

Atención Integral a Personas que Solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Documento Técnico para Prestadores
de Servicios 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 Nuñez
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



REVISIÓN EXPERTA

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

Sandra Mazo Sánchez
Asesor Médico Senior de Fòs Feminista

Liliana Ortiz Coral
Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN

Hernán Valle Calderón
IPS MiRed

Laura Viviana Pedraza
Mesa por la Vida y Salud de las Mujeres

Andrés Reyes
Profamilia

Diana Paola Suárez Santana
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Laura Gil
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Joaquín Guillermo Gómez
Universidad de Antioquia

SOCIALIZACIÓN Y VALIDACIÓN

Elizabeth Quiñónez
Ristina Rosero
Centro de Derechos Reproductivos

Gustavo Insignares
Consultor Independiente

Jimmy Castañeda
FECOLSOG

Johanna Cepeda
Grupo de Enfermería por el Derecho a Decidir

Omnuel Rodríguez Castro
UNIMÉDICOS

Índice

Propósito y contextualización del documento	8
Información clave sobre aborto para prestadores de salud	10
1- Marco de referencia para prestadores de servicios de salud como garantes del derecho a la IVE	11
1.1. Contexto normativo	12
1.1.1. Marco normativo internacional	12
1.1.2. Marco normativo nacional	12
1.2. Atención integral en IVE desde un enfoque interseccional, intercultural y de género	17
1.3. Estrategias gerenciales para garantizar el acceso a la IVE	19
1.3.1. Integración de la Atención en salud de la IVE al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)	19
1.3.2. Obligaciones administrativas	20
1.3.3. Gestión del talento humano	21
1.3.4. Atención centrada en la persona	21
1.3.5. Gestión de infraestructura e insumo	23
1.3.6. Articulación con redes de atención	23
1.3.7. Monitoreo y evaluación	24
1.3.8. Estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC)	24
2- Capacidad instalada en la prestación de atenciones para la IVE	25
2.1. Gestión de la infraestructura	27

2.1.1. Consulta externa	27
2.1.2. Consulta extramural (unidad móvil y jornada de salud)	28
2.1.3. Consulta por telesalud	28
2.1.4. Servicio de hospitalización	29
2.2. Gestión de equipos biomédicos e insumos	30
2.2.1. Dotación de equipo biomédico	30
2.2.2. Medicamentos, insumos y dispositivos médicos	32
2.3. Gestión de información y registros	33
2.3.1. Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS).....	34
2.4. Gestión del equipo de salud: inducción, sensibilización, capacitación y entrenamiento en el puesto de trabajo	41
2.4.1. Talento humano	42
2.5. Gestión de procesos prioritarios	43
3- Procesos de atención de IVE en instituciones prestadoras de servicios de salud	44
3.1. Características y componentes de la atención	45
3.1.1. ¿Es seguro realizar tratamientos para la IVE?	45
3.1.2. Características de las atenciones en salud de la IVE	46
3.1.3. Medicamentos, insumos y dispositivos médicos	47
3.1.4. Orientación y asesoría para la IVE	53
3.1.5. Tratamientos para la IVE	61
-IVE farmacológica ambulatoria antes de 12 semanas	64
-IVE no farmacológica ambulatoria antes de 15 semanas	70
-Tratamientos para la IVE más allá del primer trimestre	81

3.1.6. Anticoncepción posaborts	113
3.1.7. Control y seguimiento	114
3.2. Modalidades de la atención en salud de la IVE	116
3.2.1. Atención intramural	116
3.2.2. Atención extramural	120
4- Barreras de acceso a la IVE	122
5- Adecuaciones para poblaciones priorizadas	125
5.1. Niñez y adolescencia	126
5.2. Discapacidad	127
5.3. Pertenencias étnico-raciales	128
5.4. Diversidades sexo genéricas	129
5.5. Poblaciones en situación de movilidad	131
5.6. Personas en áreas rurales y remota	132
5.7. Sobrevivientes de violencias	133
5.8. Crisis humanitarias y nuevas tendencias en el acceso a la IVE	134
5.8.1. Emergencias sanitarias y cambios climáticos en el acceso a la IVE	135
5.8.2. Impacto de las crisis humanitarias en la provisión de servicios	136
5.8.3. Tecnologías de la Relación, la Información y la Comunicación (TRIC)en el acceso a la IVE	137
5.8.4. Recomendaciones para prestadores de servicios de salud	138
Anexos	140
Referencias	142

Glosario de abreviaturas

- ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologists
- AEEU:** Aspiración eléctrica endouterina
- AMEU:** Aspiración manual endouterina
- ATC:** Anatomical therapeutic chemical
- CDESC:** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- CEDAW:** Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- D&E:** Dilatación y evacuación
- DSDR:** Derechos sexuales y derechos reproductivos
- ET:** Entidades Territoriales
- FUM:** Fecha de última menstruación
- INVIMA:** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
- IAF:** Inducción de la asistolia fetal
- IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- ITS:** Infecciones de transmisión sexual
- IVE:** Interrupción voluntaria del embarazo
- KCl:** Cloruro de potasio
- LEV:** Líquidos endovenosos
- MISP:** Paquete Inicial Mínimo de Servicios
- MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social

- NNA:** Niñas, niños y adolescentes
- ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- PAMEC:** Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud
- PBS:** Plan de beneficios en salud.
- RIAMP:** Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal
- RIAS:** Ruta Integral de Atención en Salud
- RIPS:** Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud
- RMM:** Razón de mortalidad materna
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- SL:** Sublingual
- SNS:** Superintendencia Nacional de Salud
- SOGCS:** Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud
- SSSR:** Salud sexual y salud reproductiva
- SUH:** Sistema Único de Habilitación
- TIC:** Tecnologías de la Información y Comunicación
- VB:** Vía bucal
- VBG:** Violencias basadas en género
- VO:** Vía oral
- VV:** Vía intravaginal

Propósito y contextualización del documento

Objetivos:

Brindar herramientas para que los prestadores de servicios de salud¹ de todo el país garanticen el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), mediante atenciones integrales de salud a mujeres y personas gestantes² que la solicitan, en todas las edades gestacionales, como lo obliga la normatividad vigente.

Público:

Prestadores de servicios de salud que tienen servicios habilitados donde se pueden llevar a cabo los procedimientos y las atenciones de IVE.

Alcance:

Atención integral de la IVE en todas las edades gestacionales a lo largo del territorio nacional.

Antecedentes:

En el marco de un plan de trabajo entre Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Ministerio de Salud y Protección Social (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 normatividad 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.

¹ IPS, profesionales independientes de salud, entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes.

²Este término incluye a hombres trans, personas no binarias, de género fluido, intersexuales y otras personas de la diversidad sexo genérica con posibilidad biológica de gestar.

Normatividad:**Normativa internacional:**

- 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.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo de 1994 — Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) de 1994 — Organización de los Estados Americanos (OEA).
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing de 1995 — Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Recomendación General No. 24 de 1999 — Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW).
- Observación General No. 14 de 2000 — Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC).
- Observación General No. 20 de 2009 — Comité DESC.
- Observación General No. 22 de 2016 — Comité DESC.

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 T-128 de 2022 — Corte Constitucional de Colombia.
- Sentencia C-355 de 2006 — Corte Constitucional de Colombia.
- Ley 2294 de 2023 — Congreso 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 459 de 2012 — Ministerio de Salud y Protección Social.
- Circular Externa 2024150000000009-5 de 2024 — Superintendencia Nacional de Salud.
- Directiva 09 de 2023 — Procuraduría General de la Nación.

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.

10

Información

clave sobre aborto para prestadores de salud

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3 “Salud y bienestar”, establece en su meta 3.1 la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100.000 nacidos vivos para el año 2030 (ONU, 2018). Sin embargo, de acuerdo con las estadísticas más recientes reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 murieron aproximadamente 287.000 mujeres a nivel mundial debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, siendo en su mayoría muertes prevenibles (OMS, 2023).

Al analizar las cifras por razón de mortalidad materna (RMM) para el 2020, se reportaron 430 muertes por 100.000 nacidos vivos en países de bajos ingresos, en contraste con 12 por 100.000 nacidos vivos en países de ingresos altos. Estas diferencias reflejan desigualdades profundas de carácter social, económico y culturales, así como el impacto de contextos humanitarios y de conflicto armado, que obstaculizan el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad (OMS, 2023).

En general, las mujeres y personas gestantes en condición de vulnerabilidad—que viven en zonas rurales dispersas, presentan bajos niveles de alfabetización o pertenecen a comunidades con pertenencia étnica, racial y/o lingüística—, así como aquellas afectadas por inequidades de género, como víctimas del conflicto armado y sobrevivientes de violencia sexual, son las que tienen menor probabilidad de recibir atención, lo que incrementa su riesgo de mortalidad y morbilidad materna.

El embarazo no deseado y el aborto inseguro continúan representando un reto para la salud pública. Las brechas en el acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de aborto seguro persisten, a pesar de la evidencia que demuestra que es posible realizar estas atenciones en niveles de atención primaria, con altos estándares de calidad y sin complicaciones (Starrs et al., 2018).

La OMS clasifica el nivel de seguridad del aborto en tres categorías, como se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico #1

Clasificación del aborto según la OMS

Aborto seguro:

realizado por profesionales de salud con capacitación, utilizando métodos recomendados por la OMS*.

Aborto menos seguro:

realizado por personal con capacitación que emplea métodos no recomendados, o que, aun usando un método recomendado (como el misoprostol), lo hace sin la información.

Aborto muy inseguro:

realizado por personas no capacitadas que emplean métodos peligrosos e invasivos.

*Métodos recomendados por la OMS: combinación de mifepristona y misoprostol, misoprostol solo, aspiración al vacío (manual o eléctrica), o dilatación y evacuación (D&E), siempre realizados por personal con capacitación.

Fuente: Adaptado de Directrices sobre la Atención para el Aborto, OMS, 2022.

Considerando las definiciones establecidas por la OMS, las cifras recientes indican que, entre 2015 y 2019, el 61% de los embarazos no deseados a nivel mundial finalizaron en aborto. En ese mismo periodo se registraron anualmente 73,3 millones de abortos, lo que equivale a una tasa global de 39 por cada 1.000 mujeres y personas con posibilidad de gestar³, en edad reproductiva entre los 15 y 49 años.

³ Este término incluye a personas intersexuales, hombres trans, personas no binarias y otras personas de la diversidad sexo genérica con posibilidad biológica de gestar.



1- Marco de referencia para prestadores de servicios de salud como garantes del derecho a la IVE

1. 1. Contexto normativo

1.1.1. Marco normativo internacional

Los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) se entrelazan con múltiples derechos fundamentales como el derecho a la vida, el derecho a la igualdad, el derecho a la información y el derecho a la salud. Para los prestadores de salud, este marco normativo internacional constituye un pilar para prestar atenciones que promuevan la autonomía, la dignidad y la equidad. En la Tabla 1 se presenta una cronología de los instrumentos jurídicos y declaraciones clave que sustentan los DSDR como parte integral de los derechos humanos.

Tabla #1

Cronología del marco normativo internacional en DSDR

Año	Instrumento / Evento	Contenido clave
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) - ONU	Reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Art. 12).
1979	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) - ONU	Garantiza el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSSR) sin discriminación (Arts. 12 y 16).
1994	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo - UNFPA	Introduce el enfoque de derechos humanos en salud reproductiva. Define la salud reproductiva como bienestar integral.
1994	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) - OEA	Obliga a los Estados a prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos.
1995	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing - ONU	Reconoce los DSDR como parte inalienable de los derechos humanos. Promueve igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.
1999	Recomendación General No. 24 del Comité CEDAW - ONU	Reafirma la obligación estatal de eliminar barreras de acceso a servicios de salud, incluidos los de salud reproductiva.
2000	Observación General No. 14 del Comité DESC - ONU	Destaca la interdependencia entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales como la igualdad y la libertad.
2009	Observación General No. 20 del Comité DESC - ONU	Subraya el deber de garantizar igualdad de acceso a la salud sin discriminación, en especial para mujeres y niñas.
2016	Observación General No. 22 del Comité DESC - ONU	Establece que los servicios de salud sexual y salud reproductiva deben ser disponibles, accesibles, aceptables y de calidad.

Fuente: elaboración propia con base en instrumentos de la ONU, UNFPA y la OEA.

1.1.2. Marco normativo nacional

Colombia, como Estado firmante de tratados internacionales que reconocen los derechos humanos, ha incorporado los DSDR como derechos inalienables y exigibles. En este marco, la Constitución Política de 1991 establece al país

como un Estado Social de Derecho, fundado en el respeto por la dignidad humana, el trabajo, la solidaridad de las personas que lo integran y la prevalencia del interés general.

La Constitución consagra principios de igualdad, prohíbe la discriminación por razones de sexo, pertenencia étnica, origen nacional o fa-

miliar, lengua, religión, opinión política o filosófica, y garantiza el libre desarrollo de la personalidad, la libertad de conciencia y el acceso a información veraz e imparcial. Asimismo, establece la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres, el derecho a la salud y una protección especial para niñas, niños y adolescentes (NNA) (Constitución Política de Colombia, 1991).

Con base en lo anterior, la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional representa un hito en la jurisprudencia colombiana, al avanzar significativamente en el reconocimiento del derecho a la autodeterminación reproductiva de mujeres, niñas, adolescentes, y personas con posibilidad de gestar.

En dicha sentencia, se despenalizó el aborto consentido hasta la semana 24 de gestación, y se ratificó la vigencia de las tres causales previamente establecidas en la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional para interrupciones posteriores a ese límite. Aunque no se eliminó completamente el delito de aborto del Código Penal, esta decisión constituye un avance estructural para la garantía de los derechos fundamentales, en particular aquellos relacionados con la libertad, la autonomía corporal y el desarrollo del proyecto de vida.

En el Gráfico 2 se presentan los principales argumentos constitucionales expuestos por la Corte para sustentar esta decisión histórica.

Gráfico#2

Argumentos para la emisión de la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional

Derecho a la salud y los derechos reproductivos

La Corte Constitucional reconoce que la penalización de la IVE, conforme al artículo 122 de la Ley 599 de 2000 del Congreso de Colombia, afecta el derecho a la salud y los derechos reproductivos, protegidos en los artículos 16 y 42 de la Constitución Política. El respeto a estos derechos impone al Estado la obligación de eliminar barreras normativas que restringen el acceso a servicios de salud reproductiva para mujeres, niñas y personas gestantes.

Libertad de conciencia y dignidad humana

La libertad de conciencia se basa en el derecho personalísimo de cada individuo a tomar decisiones conforme a sus propias convicciones y creencias. La decisión de continuar o no con una gestación es intransferible y está estrechamente ligada a la integridad física, emocional y corporal de la persona. Por su parte, la dignidad humana implica el derecho a desarrollar un proyecto de vida propio, sin imposiciones externas. Obligar a una persona a asumir una maternidad no deseada mediante mecanismos de coacción o sanción penal vulnera su autonomía reproductiva, su dignidad y su libertad de conciencia. Incluso, puede constituir una forma de trato cruel, inhumano o degradante.

El derecho penal como última instancia

Penalizar de manera generalizada el aborto consentido no disuade su práctica, vulnera derechos fundamentales, perpetúa discriminaciones basadas en género y promueve escenarios de aborto inseguro, lo que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Antes de recurrir al poder punitivo del Estado, se deben priorizar medidas preventivas menos restrictivas.

Impacto desproporcionado en poblaciones en condición de vulnerabilidad

Reconoce que la penalización del aborto tiene un impacto desproporcionado sobre mujeres y personas gestantes en condición de mayor vulnerabilidad, como aquellas con estatus migratorio irregular, que viven en condición de pobreza o son menores de edad. Esta medida profundiza las desigualdades estructurales y refuerza formas de discriminación interseccional.

Fuente: adaptado de Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional.

En su análisis, la Corte identificó una tensión entre la protección del bien jurídico de la vida en gestación y otros derechos fundamentales, como la salud, la igualdad y la libertad de conciencia de las mujeres y personas gestantes. Como respuesta, propuso un sistema de plazos, acompañado de políticas públicas que garanticen el ejercicio efectivo de los DSDR.

Estas políticas deben incluir el acceso a educación integral en sexualidad, servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR), prevención del embarazo no deseado, planificación familiar, maternidad segura, atención prenatal y acompañamiento psicosocial para personas que enfrentan una gestación no deseada (Corte Constitucional, 2022).

En el contexto de la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional, para gestaciones después de 24 semanas, continúa vigente la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional como marco para el reconocimiento del derecho a la IVE. Esta sentencia establece que el aborto no constituye delito cuando, con el consentimiento de la mujer o persona gestante, se presenta alguna de las siguientes circunstancias: (1) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico; (2) cuando exista una grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (3) cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto, debidamente denunciadas (Corte Constitucional, 2006).

Además, la Corte emitió orientaciones específicas para la aplicación de estas causales:

- Cuando el embarazo represente un riesgo para la vida o la salud física, emocional, mental o social de la mujer, o cuando el feto presente malformaciones inviables con la vida extrau-

terina. En estas dos causales se requiere un certificado médico.

- Una persona profesional en psicología también está en la capacidad de certificar la existencia de riesgo para la salud mental, emocional o social que la mujer haya identificado (Sentencia T-585 de 2010 de la Corte Constitucional). Además, puede expedir el certificado de riesgo, el cual no necesariamente debe provenir de la entidad que atiende el caso, y puede encontrarse explícito dentro el documento de historia clínica.

- La mujer tiene la libertad de decidir si continúa o no el embarazo, luego de identificar el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a asumir. El certificado de riesgo no es una recomendación sobre la interrupción del embarazo, sino la confirmación de que el riesgo existe.

- En caso de coexistencia de causales, debe priorizarse la causal que implique menos requisitos y cargas para la persona.

- En los casos de violencia sexual, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentida, el único requisito es la copia de la denuncia penal excepto cuando se trate de:

» Menores de 14 años, ya que se presume jurídicamente siempre la existencia de violencia sexual.

» Víctimas de violencia en el marco del conflicto armado, a quienes el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014 del Congreso de Colombia, les reconoce el derecho a obtener atención integral y gratuita en salud, independientemente de la existencia de denuncia penal.

Adicionalmente, mediante la Sentencia SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional, se reiteró que la IVE es un derecho fundamental como

manifestación de los derechos reproductivos. Esta decisión establece estándares de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones—públicas, privadas o confesionales—responsables de garantizar esta atención (Corte Constitucional, 2018). Dichos estándares son:

- 1.** El deber de aseguradoras y prestadores de servicios de salud de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva.
- 2.** El deber de disponibilidad de los medios necesarios para la materialización de la IVE en todo el territorio, en todos los servicios según el grado de complejidad y en todas las edades gestacionales.
- 3.** El derecho a la intimidad en materia reproductiva y el deber de confidencialidad, así como el secreto profesional por parte de todo el personal de salud, es una obligación de primer orden en relación con el derecho a la IVE.
- 4.** El derecho a decidir libre de apremios, presión, coacción, manipulación sobre la IVE. Ni las mujeres y personas gestantes ni quienes atienden su solicitud pueden ser objeto de discriminación.
- 5.** La mujer o persona gestante tiene derecho a un diagnóstico oportuno y actual sobre el estado y condiciones de su embarazo. El derecho a la IVE incluye evaluaciones médicas integrales y claras, sin demoras ni negativas, así como la expedición inmediata del certificado médico correspondiente.
- 6.** La atención de la IVE debe ser tratada como una urgencia médica, sin dilaciones injustificadas, y garantizada de manera inmediata por el sistema de salud. En situaciones excepcionales, el plazo máximo para su realización no debe exceder los cinco días calendario, asegurando una respuesta oportuna y efectiva.

7. La emisión del certificado corresponde a profesionales de la salud, incluyendo profesionales de psicología; solo puede ser objetado por otra persona profesional de salud dentro de los cinco días siguientes bajo criterios técnicos y científicos. En ese mismo plazo, la aseguradora debe remitir oportunamente a un prestador de servicios de salud con capacidad técnica según la edad gestacional. Para la causal violencia sexual, basta la copia de la denuncia correspondiente.

8. El marco normativo no impone límites a la edad gestacional para la realización de la IVE. Quien brinda la atención debe informar los riesgos del procedimiento de acuerdo con la edad de gestación, para que se garantice el consentimiento informado de la persona.

9. Con base en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, entre otros derechos, las menores de edad tienen plena capacidad para decidir sobre la IVE. Lo anterior, aun cuando los padres o representantes no estuvieran de acuerdo con la decisión.

10. Solo el personal directamente involucrado en la intervención de IVE podrá hacer uso de la objeción de conciencia sí y solo sí se garantiza la prestación de esta atención en condiciones de calidad y de seguridad, sin imponer barreras ni cargas desproporcionadas a quienes la solicitan. Esto significa que no podrá objetar conciencia el personal que realiza funciones administrativas, actividades médicas preparatorias o posteriores a la intervención, ni personas jurídicas.

Para cumplir los lineamientos jurisprudenciales, especialmente los establecidos en la Sentencia SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional y la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional, el MSPS expidió la Resolución 051 de 2023, que adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la IVE. Asimismo, modifica el numeral 4.2 del Li-

16

neamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP), adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018 del MSPS. El propósito principal de esta normativa es recopilar la información proporcionada en la Sentencia SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional, que define el alcance de los DSDR y garantizan la autonomía para decidir libremente sobre la sexualidad y la reproducción (Corte Constitucional, 2018).

Esta Resolución conecta con la Resolución 459 de 2012 del MSPS, que adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para

Víctimas de Violencia Sexual que solicitan la IVE en el marco de la restitución de derechos expedida por el MSPS. Los prestadores de servicios de salud están en la obligación de activar protocolos en el sector justicia y protección de manera paralela a la atención en salud. La atención debe ser inmediata ya que se considera una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido y de la denuncia penal, como lo menciona el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014 del Congreso de Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; Congreso de Colombia, 2014).

Gráfico#3

Obligaciones de los prestadores de servicios de salud en garantía del derecho a la IVE

1	Prestar atenciones de IVE de forma oportuna y con calidad, a través de servicios habilitados en unidades de atención, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos para cada caso.
2	Realizar los trámites administrativos de referencia y contrarreferencia sin demoras en aquellos casos en que los tratamientos de IVE excedan la capacidad instalada de una institución, remitiendo a unidades de atención con capacidad técnica acorde a la edad gestacional.
3	Contar con profesionales de salud con una debida capacitación y entrenamiento en las diversas técnicas de IVE, conforme a las recomendaciones de la OMS y según la edad gestacional, así como disponer de los insumos, medicamentos y equipos necesarios para su atención (esta actividad se debe desarrollar dentro de los procesos prioritarios de los prestadores de servicios de salud).
4	Capacitar al personal en el uso adecuado de la objeción de conciencia, evitando la implementación de requisitos innecesarios o adicionales que prolonguen la atención. La prescripción de los medicamentos no se considera dentro de la categoría de procedimiento médico, por tal motivo, el negarse a hacerlo significa no garantizar el bienestar y salud de la persona incumpliendo la normativa y apartándose de la ética médica.
5	Facultar a quienes prestan servicios de salud para realizar atenciones seguras, considerando un enfoque de género, interseccional e intercultural.
6	Vigilar que el personal de salud cumpla con la adherencia al protocolo institucional y a las guías nacionales, promoviendo capacitaciones periódicas sobre los lineamientos de la IVE en donde los procesos prioritarios de los prestadores de salud se ajusten a estas recomendaciones técnicas.
7	Establecer medidas conducentes a evitar que el personal médico, asistencial o administrativo, exija documentos, trámites adicionales o haga remisiones innecesarias.
8	Implementar estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a la comunidad para fortalecer el conocimiento sobre el derecho a la IVE.
9	Asegurar la disponibilidad de consultas de orientación que brinden apoyo psicológico, acompañamiento social y emocional cuando así lo solicite la persona gestante.
10	Garantizar la asesoría y provisión de métodos anticonceptivos modernos.

Fuente: adaptado de Resolución 051 de 2023 del MSPS.

Además, la Resolución 051 de 2023 del MSPS propone mantener un enfoque basado en género, adaptado a las características de cada caso, considerando factores como la edad, el nivel educativo y socioeconómico, pertenencia étnico-racial, identidad de género, discapacidad o si se trata de población rural o urbana. Para proteger la decisión de las mujeres y personas gestantes, la información debe ser comprensible, oportuna, suficiente, adecuada, pertinente, objetiva, precisa, confiable, accesible, científica y actualizada, de modo que cada persona pueda definir una conducta frente a su situación. Esta información no debe estar influenciada por consideraciones ideológicas, persuasivas, religiosas o personales de quien presta la atención en salud.

La IVE, según esta Resolución, se considera una atención esencial y urgente que debe garantizarse en todo el territorio nacional. Esto implica que mujeres y personas gestantes en situación de vulnerabilidad—con estatus migratorio irregular o personas en situación de pobreza sin seguridad social—podrán acceder sin costo alguno. Por lo tanto, debe brindarse de forma inmediata tras la solicitud de la persona. Solo en casos justificados, es posible prever un plazo no mayor a cinco (5) días calendario para la realización del procedimiento. La justificación deberá quedar registrada en la historia clínica, detallando la razón por la cual la atención no se proporcionó de inmediato (MSPS, 2022).

En línea con esta reglamentación y como mecanismo de vigilancia para asegurar su implementación, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) emitió la Circular Externa 202415000000009-5 de 2024, estableciendo instrucciones claras para garantizar el acceso oportuno, integral y seguro a la IVE en el país. Basada en la normativa y jurisprudencia de la Corte Constitucional, esta circular incluye directrices para las Entidades Territoriales (ET) de orden departamental, distrital y municipal, así como a las entidades de aseguramiento en salud, incluidas las entidades indígenas y los

regímenes especiales, adaptados y exceptuados, y a las IPS.

Este documento también incorpora instrucciones para el personal farmacéutico, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019 del Congreso de Colombia. Definen sus competencias, obligaciones y responsabilidades, particularmente en lo relacionado con la garantía del acceso a medicamentos y dispositivos médicos dentro del modelo de dispensación. Subraya también la importancia de la confidencialidad y el respeto a la intimidad de las mujeres y personas gestantes que solicitan una IVE. Es relevante señalar que el personal farmacéutico no puede acogerse a la objeción de conciencia, pues no interviene directamente en la realización del tratamiento de IVE (SNS, 2024).

1.2. Atención integral en IVE desde un enfoque interseccional, intercultural y de género

En Colombia, estos enfoques están respaldados por tres instrumentos normativos clave:

1. La Ley 2294 de 2023 del Congreso de Colombia, que establece en su artículo 4, numeral 2, que el de derechos humanos, enfoques de género, interseccional e intercultural son ejes transversales del Plan Nacional de Desarrollo, orientados a garantizar la equidad en las políticas.

2. La Resolución 2138 de 2023 del MSPS, que adopta lineamientos para transversalizar el enfoque de género en el sector salud, con el objetivo de cerrar brechas relacionadas con sexo, género, identidad de género y orientación sexual, e incluye, entre sus directrices, la formación obligatoria del talento humano en salud.

3. La Resolución 1904 de 2017 del MSPS, que tiene como propósito garantizar el acceso a la

información y el ejercicio de los DSDR de las personas con discapacidad, reafirmando el principio de no discriminación y accesibilidad universal.

La formación en estos enfoques es esencial para que los prestadores de salud comprendan la importancia de respetar la autonomía de las mujeres y personas gestantes en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva. Asimismo, permite ofrecer una atención libre de estigmatización y discriminación, y construir entornos seguros y de apoyo. Ver Documento Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE.

El enfoque interseccional permite analizar críticamente cómo múltiples formas de desigualdad—racismo, sexism, clasismo, xenofobia y discriminación por discapacidad—se interrelacionan, generando experiencias particulares de vulnerabilidad. Examina cómo las estructuras de poder y las jerarquías sociales afectan de manera diferenciada a las personas según su género, pertenencia étnico-racial, orientación sexual, situación socioeconómica, discapacidad, entre otros factores. Asimismo, destaca la importancia de visibilizar estas desigualdades y de adoptar un abordaje integral que contemple las múltiples dimensiones de la identidad de las personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El enfoque intercultural promueve el respeto y la integración de diferentes cosmovisiones, saberes y prácticas tradicionales, fomentando el diálogo entre el conocimiento biomédico convencional y los sistemas propios de salud de las comunidades étnico-raciales. Esta perspectiva ha sido reconocida por la Sentencia T-128 de 2022 de la Corte Constitucional, así como por la Resolución 051 de 2023 del MSPS, en su numeral 4.2.2.

Este enfoque se fundamenta en el principio del reconocimiento de la diversidad cultural como

un elemento esencial para garantizar el derecho a la salud, especialmente en contextos donde confluyen múltiples identidades étnicas y culturales.

El Lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico promueve la adaptación de los servicios de salud a las particularidades de comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, isleñas y Rrom, respetando sus saberes ancestrales y prácticas tradicionales. Este enfoque reconoce y respeta sus saberes ancestrales y prácticas tradicionales, y garantiza su participación en la definición, implementación y evaluación de las políticas públicas en salud (MSPS, 2021; La Mesa por la vida y la Salud de las Mujeres, 2023).

Esta participación representa un cambio de paradigma en la relación entre los sistemas de salud y las comunidades, al promover un diálogo de saberes que permita construir de manera conjunta estrategias de atención que sean culturalmente pertinentes, respetuosas de la autonomía de los pueblos y basadas en el reconocimiento de sus derechos colectivos (MSPS, 2023).

El enfoque de género busca eliminar las desigualdades estructurales basadas en normas y roles de género tradicionales, garantizando relaciones equitativas y asegurando que todas las políticas—particularmente aquellas relacionadas con SSSR—reconozcan las diversas identidades y orientaciones sexuales, como enfatiza la Agenda Nacional para la Igualdad de Género (UNFPA, 2021).

También analiza las dinámicas de poder que atraviesan las relaciones sociales y de género, las cuales influyen en el acceso a recursos, la toma de decisiones y la participación en la vida pública, aspectos clave para la garantía de los DSDR. Al respecto, ver el documento Acompañamiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Orientación, Asesoría y Soporte Integral en los Tratamientos. Documento

Técnico para Personal de Salud, especialmente en la sección sobre desafíos de inclusión y atención a poblaciones priorizadas, donde se presentan ejemplos prácticos.

1.3. Estrategias gerenciales para garantizar el acceso a la IVE

Los prestadores de servicios de salud, en su rol de garantes del derecho fundamental a la salud (Ley Estatutaria 1751 de 2015 del Congreso de Colombia), tienen la obligación de asegurar el acceso oportuno, de calidad y sin barreras de atención; cumpliendo la normativa vigente y con un enfoque centrado en la persona, al igual que cualquier otra atención en el sistema de salud colombiano.

Esta Ley Estatutaria se complementa con la Resolución 2138 de 2023 del MSPS, que establece la transversalización del enfoque de género en la atención, orientada al cierre de brechas por sexo, género, identidad de género y orientación sexual. Esta Resolución es de obligatorio cumplimiento para todos los estándares de atención en salud.

El cumplimiento de este mandato constitucional no se limita a disponer de servicios habilitados donde se puedan prestar atenciones de IVE ni a cumplir con lineamientos técnico-científicos, también requiere de una gestión estratégica que asegure el funcionamiento adecuado del proceso de atención, mediante la planificación, la ejecución, la evaluación y la mejora continua

Por lo tanto, los prestadores de servicios de salud en Colombia deben implementar estrategias gerenciales que transformen la prestación de la IVE en una política institucional. Esto implica una gestión eficiente, asignación adecuada de recursos, eliminación de barreras para el acceso, articulación intersectorial y monitoreo permanente de la calidad. En este marco, la IVE debe concebirse como una intervención esen-

cial en SSSR, promovida y optimizada desde el nivel gerencial de la entidad, en concordancia con el marco de derechos humanos y las políticas públicas vigentes.

El liderazgo gerencial debe garantizar que todo el personal clínico y administrativo reconozca y asuma su responsabilidad como garante del derecho al acceso efectivo, no discriminatorio y de calidad a la IVE. Esto implica integrar la prestación de esta atención en el Sistema de Gestión de Calidad en Salud, incorporándolo en la estructura organizacional, la planeación estratégica y la cultura institucional, al tiempo que se fortalece al talento humano para brindar una atención centrada en la persona, en derechos humanos, en la dignidad y el bienestar integral de las mujeres y personas gestantes, en cumplimiento de la normatividad vigente.

En esta sección se describen las herramientas y los procesos reales que los prestadores de servicios de salud en Colombia pueden implementar para consolidar el proceso de atención de IVE desde una perspectiva gerencial y de mejora continua.

1.3.1. Integración de la Atención en salud de la IVE al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)

La calidad en la prestación de servicios de salud en Colombia se rige por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)—Decreto 780 de 2016 del MSPS—, que dicta disposiciones y directrices específicas sobre la garantía de la prestación. Al igual que todas las demás atenciones e intervenciones en salud prestadas por la institución, la IVE debe estar contemplada en los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la institución para garantizar la seguridad, la oportunidad y la efectividad de la atención.

20

El compromiso de las instituciones prestadoras de servicios de salud con la garantía del derecho fundamental a la IVE parte de la alta dirección de la organización, la cual no está compuesta solo por la persona designada en la gerencia, sino que incluye a los cargos más altos en la estructura organizacional y quienes

lideran procesos, áreas y toman decisiones. Este cuerpo directivo debe garantizar que la atención de la IVE sea de calidad, humanizada y segura, y se encuentre alineada en la misión, visión y valores; el código de conducta y la política de calidad.

Gráfico #4

Elementos clave para la integración de la IVE en el Sistema de Gestión de Calidad

- 1 Identificar los factores que impactan la salud de la población atendida: edad, nivel socioeconómico, condiciones de vulnerabilidad, necesidades de anticoncepción, barreras de acceso a los servicios y expectativas de la atención.
- 2 Incluir en las políticas institucionales el reconocimiento de la IVE como un derecho fundamental y como parte esencial de los servicios de SSSR, comprometiéndose con la no discriminación, la equidad y la humanización de la atención.
- 3 Elaborar protocolos y manuales internos específicos para la atención de la IVE detallando flujogramas de atención, manejo de objeción de conciencia y rutas de referencia/contrarreferencia.
- 4 Definir indicadores específicos de la IVE dentro del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC): tiempo promedio de respuesta desde la solicitud de la persona hasta la prestación del servicio; porcentaje de usuarias satisfechas con la atención de IVE; disponibilidad de medicamentos esenciales y equipos de aspiración al vacío; incidencia de barreras administrativas (número y tipo).
- 5 Efectuar auditorías periódicas (internas y externas) para evaluar la adherencia a los protocolos de IVE.
- 6 Asegurar la retroalimentación permanente al personal de salud sobre los hallazgos de las auditorías, impulsando planes de acción concretos.
- 7 Incluir la adquisición sistemática de medicamentos e insumos: misoprostol, mifepristona, cánulas de aspiración manual, etc., como parte de la planeación anual de compras.

Fuente: elaboración propia.

1.3.2. Obligaciones administrativas

La normativa colombiana establece que la IVE debe ser una atención de acceso inmediato y sin barreras. Por ello, los prestadores de servicios de salud no deben imponer requisitos administrativos innecesarios que generen demoras y vulneren el derecho de las personas. La identificación y eliminación de barreras administrativas debe ser una prioridad. Para lograrlo, se debe:

» Eliminar procesos administrativos innecesarios y cualquier obstáculo que dilate la atención de la IVE.

» Brindar las atenciones en salud relacionadas con la IVE de manera directa e inmediata, evitando implementar procesos de referencia de manera injustificada.

» Estandarizar los procesos de ingreso y atención, garantizando que cualquier persona que solicite una IVE pueda ser atendida de manera inmediata sin requisitos adicionales.

» Garantizar tiempos de espera cortos y razonables, evaluando constantemente el tiempo promedio desde la solicitud hasta la atención. Implementar mecanismos efectivos de información y orientación para que las personas co-

nozcan sus derechos y sepan cómo acceder a la IVE sin demoras ni desinformación.

»Asegurar la privacidad y confidencialidad en todos los procesos administrativos y de atención.

»Fortalecer el acceso a la atención en IVE, adaptándola a las necesidades y particularidades de las personas, y garantizando el acompañamiento integral y la calidad.

1.3.3. Gestión del talento humano

Las personas que intervienen en la prestación de los servicios de salud son fundamentales para garantizar el acceso efectivo y la calidad en la atención a quienes solicitan una IVE. Su compromiso, actitud y formación son clave para la garantía de este derecho. Los prestadores de servicios de salud deben asegurar que su personal no solo cuente con conocimientos técnicos actualizados, sino también con competencias para brindar una atención libre de estigma, discriminación o juicios personales.

La formación en SSSR debe ser continua, estructurada e institucional, con perspectiva de género, enfoque de derechos humanos y atención centrada en la persona. Esto incluye programas de inducción, reincidencia, sensibilización y capacitación en el puesto de trabajo para todo el personal, incluyendo servicios generales, seguridad y gestión administrativa. Dichos programas de formación deben abarcar, entre otros aspectos:

»Actualización DSDR y el marco normativo vigente en Colombia sobre la IVE, asegurando que todo el equipo de salud conozca las disposiciones legales y el proceso de atención establecida en la Sentencia C-055 de la Corte Constitucional y la Resolución 051 de 2023 del MSPS, junto con sus actualizaciones.

»Acceso a la salud con perspectiva de género,

promoviendo la reflexión sobre cómo las barreras estructurales han condicionado históricamente el acceso de mujeres y personas con posibilidad de gestar a los servicios de SSSR.

»Fomento de relaciones equitativas en el acto médico, integrando un enfoque de género, derechos humanos e interseccionalidad, que valore y respete la autonomía de cada persona. Esto implica eliminar discursos paternalistas y promover una comunicación clara, empática y libre de estigmatización.

»Objeción de conciencia y sus límites, garantizando que el personal comprenda que este ejercicio es individual, no institucional, y que no puede convertirse en una barrera para la atención.

»Simulación y entrenamiento en escenarios reales en la atención humanizada de la IVE, donde los equipos de salud practiquen y reciban retroalimentación sobre su desempeño en la interacción con las personas usuarias. Al respecto, ver documento Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE. Asimismo, es indispensable establecer mecanismos de supervisión de la práctica, que aseguren la aplicación efectiva de los conocimientos adquiridos y eviten que los sesgos personales interfieran en la garantía del derecho a la salud.

1.3.4. Atención centrada en la persona

Más allá del cumplimiento normativo en Colombia, la garantía del derecho a la IVE es también una cuestión de salud pública, justicia social y equidad de género. Sin embargo, estas dimensiones no pueden abordarse de manera homogénea. Cada persona que solicita una IVE llega con una historia de vida única, que puede estar condicionada por factores como su contexto social, pertenencia étnico-racial, orientación sexual, identidad de género, discapacidad,

edad, lugar de residencia, exposición a violencias, impacto del cambio climático, crisis humanitarias y situación migratoria.

Para garantizar un acceso efectivo y libre de discriminación, los prestadores deben diseñar modelos de atención que aseguren que cada espacio donde se brinde la IVE—ya sea intramural, extramural o a través de telemedicina— sea seguro, confidencial y libre de violencia institucional.

La experiencia de la persona usuaria depende tanto del tratamiento elegido como del trato recibido: respeto por la decisión, claridad en la información y acompañamiento durante todo el proceso. Para asegurar una atención humanizada, se recomienda adoptar institucionalmente los siguientes principios:

- Implementación de políticas internas claras contra la discriminación, que garanticen que ningún miembro del personal de salud pueda negar el acceso a la IVE por razones personales o prejuicios.
- Comunicación con la persona usuaria de manera clara y respetuosa, sin tecnicismos innecesarios y discursos paternalistas, que promueva la información accesible para una toma de decisiones informadas.
- Respeto por las emociones de la persona, ofreciendo orientación sin presiones ni juicios. No todas las personas que buscan una IVE lo hacen con certeza; algunas pueden experimentar miedo o culpa, y el personal de salud debe contar con la habilidad para acompañar su decisión.
- Confidencialidad y privacidad en todo momento, para eliminar la exposición innecesaria de la persona usuaria.
- Respeto por las necesidades de cada mujer

y persona gestante, que asegure una atención libre de prejuicios.

- Erradicación de prácticas coercitivas como la “inducción al desistimiento”, que históricamente han sido utilizadas para desincentivar o retrasar la decisión de las personas usuarias, especialmente en adolescentes y personas con discapacidad.
- Incorporación de un enfoque intercultural en la atención, respetando prácticas de salud propias de cada comunidad y capacitando al personal en competencias interculturales para evitar barreras lingüísticas y sesgos étnico-raciales.
- Uso del nombre identitario respetando el pronombre con el cual se identifica cada persona usuaria.
- Tolerancia cero con la violencia institucional: no realizar intervenciones de salud o preguntas innecesarias durante la atención que puedan resultar violentas o invalidantes; habilitar canales de quejas y reclamos, donde las personas usuarias puedan reportar cualquier caso de trato discriminatorio o violencia institucional.
- Garantía de la atención en IVE a todas las personas que la solicitan, independiente de su estatus migratorio y de aseguramiento.
- Evaluación de la calidad de la atención en IVE, que incluya la experiencia de las personas usuarias con relación al respeto, la empatía y la eliminación de barreras.
- Implementación de ajustes razonables, lo que implica realizar modificaciones y adaptaciones específicas según la discapacidad de las personas, para que se garantice el acceso a los derechos y libertades en igualdad de condiciones.

1.3.5. Gestión de infraestructura e insumos

La disponibilidad de infraestructura adecuada e insumos esenciales para la atención de la IVE es un aspecto clave que la gerencia de la institución debe gestionar. La atención de IVE debe contar con los recursos necesarios para su operación continua, sin depender de decisiones improvisadas o de la disponibilidad ocasional de insumos.

Desde la administración, es indispensable establecer procesos de abastecimiento y gestión de insumos que aseguren la existencia permanente de medicamentos esenciales para la IVE farmacológica, así como equipos e insumos para procedimientos de IVE no farmacológica en todas las edades gestacionales, según la capacidad instalada. La falta de estos insumos representa una barrera grave para el acceso y puede poner en riesgo la seguridad de las personas usuarias.

Otras acciones recomendadas incluyen:

- » Implementar modelos de atención extramural y acceso remoto a través de telemedicina⁴.
- » Garantizar la disponibilidad de medicamentos para la atención de la IVE en el servicio farmacéutico de las diferentes sedes del prestador.
- » Facilitar el acceso al servicio de transporte asistencial en caso de requerirse el traslado de la persona a una institución con servicios de mayor complejidad habilitados.

⁴ En Colombia la norma que permite la habilitación de servicios de salud en la modalidad de Telemedicina es la Resolución 3100 de 2019 del MSPS. A su vez, el marco jurídico que sustenta la telemedicina como modalidad de prestación de servicios de salud incluye: La Ley 1751 de 2015 del Congreso de Colombia (Ley Estatutaria de Salud), que garantiza el acceso a tecnologías y servicios de salud integrales y oportunos, incluyendo explícitamente la telemedicina (art. 5 y 7). La Sentencia C-714 de 2008 de la Corte Constitucional, que ordena implementar medidas para reducir barreras geográficas y socioeconómicas en el acceso a la salud, fundamentando la telemedicina como herramienta de equidad. La Ley 1419 de 2010 del Congreso de Colombia, que promueve el desarrollo de la telesalud, estableciendo lineamientos técnicos y operativos; y la Resolución 2654 de 2019 del MSPS, que regula específicamente la práctica de la telemedicina, definiendo estándares de calidad y seguridad.

1.3.6. Articulación con redes de atención

Cada prestador de salud debe garantizar el acceso efectivo a la IVE mediante estrategias gerenciales. Sin embargo, cuando la atención requiera ser complementada o ampliada debido a su naturaleza o complejidad, la institución debe articularse con otros actores del sistema, como hospitales públicos de referencia y clínicas privadas que cuenten con servicios habilitados de mayor complejidad, ET de salud de tipo departamental o distrital, y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Ver documento Garantía del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE. Documento Técnico para Entidades Territoriales.

La gerencia debe establecer mecanismos claros de referencia y contrarreferencia, asegurando que no se presenten demoras ni obstáculos burocráticos. Asimismo, se debe garantizar la disponibilidad de transporte básico y/o medicalizado en casos que lo requieran, evitando que la falta de ambulancias o personal de traslado se convierta en una barrera adicional.

El trabajo coordinado con otro personal de salud involucrado (personal comunitario de salud, medicina tradicional y complementaria, parte-ría tradicional), organizaciones de la sociedad civil y grupos comunitarios también puede fortalecer el acceso, facilitando el acompañamiento, información y apoyo a quienes enfrentan dificultades para acceder a la IVE.

1.3.7. Monitoreo y evaluación

La gerencia debe implementar un sistema de monitoreo y evaluación que permita identificar fallas, medir tiempos de respuesta y optimizar la calidad de la atención. El monitoreo debe incluir indicadores de acceso y calidad, tales como tiempo promedio desde la solicitud hasta la prestación de la atención de IVE, disponibilidad de insumos y medicamentos esenciales, y evaluación del nivel de satisfacción de las personas usuarias, entre otros. Ver documento Garantía del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Entidades Territoriales, sección 4.4.

Además, es clave implementar auditorías internas periódicas para revisar historias clínicas, verificar el cumplimiento de protocolos y detectar posibles barreras en la atención. Debe vigilarse el correcto ejercicio de la objeción de conciencia, asegurando que no se convierta en una barrera institucional. Ver documento Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE, capítulo 4.

1.3.8. Estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC)

Una institución de salud puede desarrollar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) sobre IVE y SSSR dirigidas a la comunidad, mediante un enfoque integral teniendo en cuenta el marco legal vigente, ofreciendo información objetiva y sin juicios de valor sobre las opciones disponibles, las atenciones seguras y el acceso a la atención.

En materia de SSSR, las estrategias deben promover la autonomía y la toma de decisiones informadas, abarcando temas como la anticoncepción, la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la prevención de las violencias basadas en género (VBG), entre otras.



Trabajar esta estrategia puede conllevar al reconocimiento y a la apropiación del derecho a la IVE en la comunidad, así como apuntar a la despenalización social de la IVE.

Para diseñar estrategias de información, educación y comunicación (IEC), se pueden tener en cuenta los siguientes pasos:

- » Realizar un diagnóstico de conocimientos dentro del territorio identificando actitudes y prácticas de la comunidad en relación con estos temas, las necesidades específicas y los grupos con mayores vulnerabilidades.
- » Diseñar mensajes claros, precisos y culturalmente apropiados, empleando diversas estrategias como talleres educativos, materiales informativos impresos y digitales, redes sociales y medios comunitarios.
- » Incorporar metodologías participativas que fomenten el diálogo abierto, la resolución de dudas y la construcción de conocimientos verídicos sobre la IVE de manera conjunta con la comunidad, involucrando a líderes comunitarios y organizaciones sociales para garantizar la pertinencia y sostenibilidad de las acciones.

Monitorear continuamente el impacto de las estrategias implementadas para realizar ajustes y asegurar que los mensajes estén llegando de manera efectiva y contribuyendo a mejorar la SSSR de la población.



2- Capacidad instalada en la prestación de atenciones para la IVE

Cuando una mujer o persona gestante solicita una IVE en el sistema de salud, frecuentemente enfrenta barreras administrativas, técnicas y actitudinales derivadas del desconocimiento de la normativa vigente por parte del personal de salud. Esto refleja la importancia de la articulación por parte de las instituciones responsables a lo largo del proceso para garantizar que la persona reciba atención equitativa y libre de discriminación.

Dado que la seguridad social en salud es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado (Constitución Política de Colombia, 1991, Art. 48), corresponde a este garantizar el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud de todas las personas usuarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esto se realiza a través de la prestación de servicios de salud y la provisión de tecnologías en salud (MSPS, 2023).

La IVE no es un servicio independiente que deba ser habilitado, es una atención que se debe prestar de forma obligatoria en los servicios que ya se encuentran habilitados. Los prestadores de servicios de salud deben contar con rutas de atención claras y socializadas con las entidades contratantes.

Además, deben disponer de protocolos institucionales basados en la evidencia científica y contar con profesionales con capacitación para atender las necesidades de la población gestante. El rango de edad gestacional que cada

prestador puede cubrir en la atención de IVE, depende del grado de complejidad (baja, mediana o alta) de los servicios, según los recursos técnicos y humanos descritos en el Sistema Único de Habilitación (SUH), contenido en la Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

Por ejemplo, una institución pública de tercer nivel que cuente con habilitación de baja, mediana y alta complejidad debe prestar atenciónes de IVE en todos estos grados, sin exigir trámites o condiciones que no estén ya contemplados en sus servicios habilitados.

Tabla #2

Atención de la IVE en relación con la complejidad⁵ de los servicios de salud según el Sistema Único de Habilitación – SUH

Atención	Servicio	Código del Servicio	Grado de Complejidad	Modalidad
IVE farmacológica antes de 12 semanas	Consulta externa: Consultorio donde se realiza examen físico (área para examen físico y área para entrevista).	312 320 325 328	Baja	-Intramural -Extramural (jornadas de salud, unidad móvil) -Telemedicina
IVE no farmacológica antes de 15 semanas	Consulta externa: Consultorio donde se realizan procedimientos (área para entrevista y área de procedimiento).	312 320 325 328	Baja	-Intramural -Extramural (jornadas de salud, unidad móvil) -Telemedicina
	Sala de procedimientos.	204 217	Baja	-Intramural
IVE no farmacológica a partir de 15 hasta 24 semanas	Consulta externa general y/o especializada: Consultorio donde se realizan procedimientos (área para entrevista y área de procedimiento).	312 320 325 328	Baja Mediana	-Intramural -Extramural (jornadas de salud, unidad móvil) -Telemedicina
	Sala de procedimientos.	204 217	Baja	-Intramural
IVE farmacológica a partir de 12 hasta 24 semanas	Hospitalización: Habitación individual.	129	Baja Mediana	-Intramural
	Sala de procedimientos cuando el servicio cuente con habitaciones múltiples.	204 217	Baja Mediana	-Intramural
IVE farmacológica después de 24 semanas	Atención del parto: -Ambiente de trabajo de parto, sala de partos, ambiente de recuperación. -Habitación individual de TPR.	1101	Baja Mediana	-Intramural

Fuente: adaptado de *Manual del usuario REPS actualización portafolio y declaración autoevaluación de servicios de salud de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 del MSPS, 2021.*

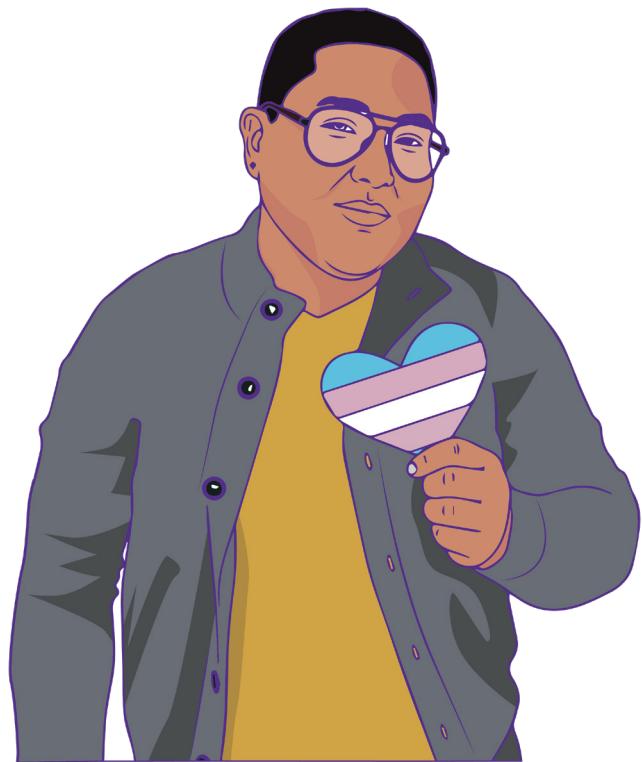
⁵ Resolución 3100 de 2019 del MSPS. *Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, 1.4. Complejidad de los servicios de salud: es la cualidad de los servicios de salud que depende de las condiciones de salud que se atiendan o prevén atender, la formación del talento humano en salud y las características de las tecnologías en salud que se requieran. Para efectos del presente manual los grados de complejidad de los servicios son: baja, mediana o alta. A algunos servicios no les aplica complejidad.*

Los prestadores de servicios de salud se deben inscribir ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) reportando sus servicios habilitados y su capacidad instalada, el cual es administrado por cada secretaría de salud departamental o distrital, o la ET de salud competente.

Estas entidades tienen la responsabilidad de verificar, administrar y diligenciar la información, mientras que el MSPS se encarga de su consolidación (MSPS, 2019). Adicionalmente, deben cumplir con los requerimientos descritos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilidades de Servicios de Salud (MSPS, 2019).

2.1. Gestión de la infraestructura

La infraestructura es esencial para garantizar condiciones mínimas de calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud. Por ello, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir con estándares específicos que aseguren la adecuada prestación de atención de IVE, minimizando los riesgos para las personas usuarias y el equipo de salud. A continuación, se describen estos requisitos.



2.1.1. Consulta externa

Las instalaciones destinadas a la consulta externa deben cumplir con las características detalladas en el Gráfico 5.

Gráfico#5

Requisitos mínimos de instalaciones destinadas a la consulta intramural

Consultorio donde se realiza examen físico

- Espacio mínimo de 10m² (sin incluir la unidad sanitaria).
- Área destinada para entrevista.
- Área para examen físico.
- Lavamanos obligatorio, excepto cuando la unidad sanitaria esté incorporada.
- Áreas separadas con divisiones con barrera física fija o móvil para garantizar privacidad.

Consultorio para procedimientos

- Espacio mínimo de 10m² (sin incluir la unidad sanitaria).
- Área destinada para entrevista.
- Área para la realización de procedimientos.
- Lavamanos obligatorio, excepto cuando la unidad sanitaria esté incorporada.
- Divisiones con barrera física fija o móvil para garantizar privacidad.
- Mesón de trabajo.
- Poceta, cuando se requiera según el tipo de procedimiento documentado en el estándar de procesos prioritarios.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

2.1.2. Consulta extramural (unidad móvil y jornada de salud)

Cuando la atención se preste en servicios con modalidad extramural, las unidades móviles deben contar con lo descrito en el Gráfico 6.

Gráfico#6

Requisitos mínimos de instalaciones destinadas a la consulta extramural
Zonas específicas para:
-Almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. -Archivo de historias clínicas. -Resguardo de equipos biomédicos.
Condiciones de seguridad y saneamiento
-Orden, aseo, limpieza y desinfección acorde con los servicios prestados. -Cumplimiento de los criterios establecidos para la modalidad intramural. -Tanque de aguas residuales que evite el vertimiento a la vía pública o fuentes fluviales. -Acceso a agua potable permanente.
Accesibilidad y señalización
-Identificación visual clara de la unidad móvil (terrestre o acuática). -Acceso a servicio de energía eléctrica o fuente alternativa. -Señalización adecuada y medidas de seguridad para el abordaje, incluyendo ingreso de personas con discapacidad. -Estructuras firmes para el ingreso y salida de personas usuarias, con protecciones laterales en espacios abiertos. -Áreas restringidas claramente señalizadas y con barreras de acceso.
Unidades móviles marítimas o fluviales
-Uniones con tierra firme sin desniveles, permitiendo el flujo de camillas y sillas de ruedas.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

Nota: Las unidades móviles deben permitir la movilización del personal, personas usuarias y equipos biomédicos y contar con lavamanos. Si se realizan consulta ginecológica o toma de muestras de cuello uterino, deben incluir unidad sanitaria. No se exige que cumplan con los criterios de infraestructura intramural.

2.1.3. Consulta por telesalud

Telediagnóstico interactivo - prestador de referencia

Cuando la atención se realiza mediante telediagnóstico interactivo, donde no se efectúan exámenes físicos ni procedimientos, el espacio debe cumplir con lo descrito en el Gráfico 7.

Gráfico#7

Requisitos mínimos de instalaciones destinadas a la consulta por telediagnóstico interactivo
Requerimientos básicos

- Espacio mínima de 4m² (sin incluir la unidad sanitaria).
- Espacio para entrevista.
- Lavamanos obligatorio, excepto cuando la unidad sanitaria esté incorporada.

Condiciones tecnológicas

- Conectividad que garantice la prestación del servicio con integridad y continuidad.
- Plataformas tecnológicas seguras, que protejan la privacidad y los datos personales, cumpliendo con la normatividad vigente.
- Suministro de energía eléctrica o baterías de respaldo para garantizar el funcionamiento de los equipos.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.



Tele-experticia sincrónica - prestador remisor

En el sitio donde se efectúa el examen físico, el consultorio debe contar con lo dispuesto en el Gráfico 8.

Gráfico#8		
Requisitos mínimos de instalaciones destinadas a la consulta por tele-experticia sincrónica		
Requerimientos infraestructura	Condiciones tecnológicas	Sala de procedimiento
<ul style="list-style-type: none"> -Área mínima de 10m² (sin incluir la unidad sanitaria). -Espacio para entrevista. -Área para examen físico. -Lavamanos obligatorio, excepto cuando la unidad sanitaria esté incorporada. -Divisiones con barrera física fija o móvil. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conectividad estable que garantice la prestación del servicio con integridad y continuidad. -Plataformas tecnológicas seguras para la protección de la información. -Suministro de energía eléctrica o baterías de respaldo para los equipos de comunicación. -Los prestadores de servicios de salud de referencia deben cumplir las mismas características de infraestructura descritas para telemedicina interactiva. 	<p>Los ambientes destinados a la realización de procedimientos deben cumplir con las siguientes condiciones básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Espacio mínimo de 8m². -Lavamanos obligatorio. -Mesón de trabajo. -Poceta cuando el tipo de procedimiento lo requiera, según el estándar de procesos prioritarios.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

2.1.4. Servicio de hospitalización

Hace referencia a las atenciones en salud que, por su condición, requieren una estancia hospitalaria mayor a 24 horas para la monitorización o realización de procedimientos. Dentro de la estructura del servicio para las atenciones de la IVE se puede ofrecer en niveles de baja y mediana complejidad, en modalidades de prestación intramural y extramural domiciliaria. Esta última se debe prestar bajo criterios controlados con el apoyo de profesionales o auxiliares de salud y la participación de la familia o persona cuidadora.

El estándar de infraestructura para un servicio de hospitalización en baja y mediana complejidad se muestra en el Gráfico 9.



Gráfico#9
Requisitos mínimos de instalaciones destinadas a hospitalización

Sala de procedimientos cuando el servicio cuente con habitaciones múltiples.
Estación de enfermería con áreas de trabajo limpio y sucio.
Área de estacionamiento de camillas y sillas de ruedas.
Habitación individual para consultante adulto con área mínima de 16m ² o múltiple con capacidad para 4 camas, con área libre mínima de 7m ² por cama, separadas por barrera física fija o móvil.
Las puertas de acceso a la habitación deben permitir el paso y giro de camillas y sillas de ruedas.
Las puertas de acceso a la habitación deben permitir el paso y giro de camillas y sillas de ruedas.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

Para la IVE farmacológica en entorno hospitalario, que puede requerir atención del producto de la concepción en una sala de partos, se adicionan los requisitos que se detallan en el Gráfico 10.

Gráfico#10

Requisitos adicionales para IVE farmacológico en entorno hospitalario

Sala de visitas.
Vestidor para mujeres y personas gestantes, y para el talento humano con casilleros.
Estación de enfermería.
En el ambiente de trabajo de parto, área para dos camillas por cada mesa de parto.
Sistema de vacío.
Barrera física o móvil entre camillas para mayor privacidad.
La sala de partos debe tener un área mínima de 16m ² que cuente con sistema de vacío.
Lavamanos quirúrgico.
Área de recuperación con puesto de enfermería.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

Si se oferta la estrategia TPR (trabajo de parto, parto y recuperación en el mismo ambiente), se debe cumplir con los criterios que se muestran en el Gráfico 11.

Gráfico#11

Requisitos para la estrategia TPR

Habitación individual de TPR con dimensión de 16m ² .
Baño, guardarropa y sistema de llamado.
Poceta.
Mesa de trabajo.
Lavamanos con dispositivo de manos libres diferente al baño.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

2.2. Gestión de equipos biomédicos e insumos

2.2.1. Dotación de equipo biomédico

La dotación de equipo biomédico hace referencia a las condiciones mínimas indispensables

que garantizan la disponibilidad de los dispositivos y herramientas necesarias para la prestación de servicios de salud. Asimismo, implica la programación periódica de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, para asegurar su óptimo funcionamiento y la seguridad en la atención.

Gráfico#12

Requisitos mínimos de dotación de equipo biomédico

Equipos requeridos en consultorios para examen físico

Los consultorios donde se realicen exámenes físicos en modalidad intramural o en tele-experticia sincrónica (persona profesional remisora) deben contar con la siguiente dotación mínima:

- Camilla fija.
- Escalerilla.
- Tensiómetro para persona adulta.
- Fonendoscopio para persona adulta.
- Equipo de órganos de los sentidos.
- Tallímetro.
- Cinta métrica.
- Báscula de grado médico.
- Termómetro.

En los consultorios donde no se realicen exámenes físicos, como en la modalidad de telemedicina interactiva y tele-experticia (persona profesional de referencia), no es necesario contar con esta dotación.

Equipos requeridos en la modalidad extramural

Para la atención en unidades móviles o jornadas extramurales, se requiere la siguiente dotación:

- Tensiómetro para persona adulta.
- Fonendoscopio para persona adulta.
- Equipo de órganos de los sentidos.
- Oxímetro.
- Glucómetro.
- Cinta métrica.
- Báscula de grado médico.
- Termómetro.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

Equipos requeridos para procedimientos de IVE no farmacológicas

Para las modalidades intramural y extramural habilitadas para la realización de procedimientos de IVE no farmacológica ambulatoria hasta 24 semanas de gestación (aspiración al vacío y D&E), la dotación mínima debe incluir lo que se detalla en el Gráfico 13.

Gráfico#13

Equipos requeridos para realizar un procedimiento de IVE no farmacológica

Dispositivo de aspiración

- Aspirador (manual o eléctrico).
- Cánulas Karman (4-12 mm, excepto la número 11, que no está incluida en el kit).
- Cánulas Berkeley 13 y 14 (para personal con capacitación en procedimientos de 13 a 15 semanas).
- Adaptador de metal calibre 12 y 14 para cánulas Berkeley y Karman a partir de la 9.
- Tubos de succión de silicona grado médico de 1 a 3 m de longitud calibre según cánula (12-13-14).
- Recipientes externos para equipo de succión.

Instrumental quirúrgico y ginecológico

- Aspiración al vacío manual o eléctrica endouterina (AMEU/AEEU):
- Espéculo.
- Tenáculo preferiblemente atraumático.
- Pinzas de Foerster (anillo).
- Dilatadores de Denniston (plásticos) o Pratt (metálicos) de 5 a 14 mm.
- Extensor de aguja y/o aguja espinal.
- Dilatación y evacuación (D&E):
- Pinzas Sopher para procedimientos hasta 17 semanas, pinzas Bierer para procedimientos hasta antes de las 24 semanas, dilatadores de 45 a 63 Fr.

Elementos de protección personal (EPP) y asepsia

- Guantes, bata, gafas para protección ocular o máscaras faciales, delantal antifluidos y tapabocas.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica (clorhexidina al 2%) para mucosas.
- Silicona para lubricar el aspirador.

Insumos adicionales y equipos biomédicos

- Equipo de venoclisis.
- Soluciones y materiales para esterilización o desinfección de alto nivel.
- Ecógrafo para realizar procedimiento bajo guía ecográfica.
- Insumos para sedación.
- Yelco 16 o 18 Fr.
- Máscara nasal.
- Monitor de signos vitales.
- Jeringas (5, 10 y 20 ml) y agujas hipodérmicas.
- Recipiente de acero inoxidable.
- Elementos para revisión de tejidos (lámpara de luz blanca, recipiente transparente y colador).

2.2.2. Medicamentos, insumos y dispositivos médicos

La adecuada gestión de medicamentos, insumos y dispositivos médicos es fundamental para garantizar la calidad y la seguridad en la prestación de servicios de salud, incluida la IVE. Esto implica asegurar condiciones mínimas para su almacenamiento, trazabilidad y seguimiento. Para lograrlo, es necesario:

- » Mantener registros actualizados de los medicamentos requeridos para la prestación de atenciones de IVE en todas las edades gestacionales.
- » Contar con información documentada sobre los dispositivos médicos destinados para uso humano.
- » Documentar procesos generales relacionados con el manejo de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.
- » Realizar inventarios periódicos de medicamentos, siguiendo la frecuencia establecida por la institución prestadora de salud.
- » Estas actividades aplican a las modalidades intramural, extramural (unidades móviles y jornadas de salud), telemedicina y tele-experticia, de acuerdo con los criterios aplicables a cada una.

Medicamentos requeridos para la IVE

En el Gráfico 14 se detallan los medicamentos utilizados en las atenciones de IVE farmacológica y no farmacológica.

Gráfico#14

Medicamentos requeridos de acuerdo con la atención de IVE

IVE farmacológica

1. Mifepristona tableta por 200 mg.

2. Misoprostol tableta por 200 mcg y de 50 mcg según edad gestacional.

3. Analgésicos como los AINEs u opioides.

IVE no farmacológica (AMEU/AEEU y D&E)

1. Mifepristona tableta por 200 mg.
2. Misoprostol tableta por 200 mcg.
3. Analgésicos como los AINEs u opioides.
4. Antibióticos previo al procedimiento para la profilaxis.
5. Lidocaína simple (1% o 2%).
6. Agentes uterotónicos: oxitocina ampolla por 10 UI, metilergonovina ampolla por 2,5 mg.
7. Agentes antifibrinolíticos: ácido tranexámico ampolla por 500 mg.
8. Líquidos parenterales: lactato de Ringer o solución salina normal 0.9%.
9. Métodos anticonceptivos modernos: métodos anticonceptivos de larga duración: dispositivo intrauterino (de cobre y hormonales), implantes subdérmicos; métodos anticonceptivos de corta duración: anticonceptivos orales combinados y de solo progestina, anticonceptivos inyectables combinados y de solo progestina.

Fuente: elaboración propia a partir de Resolución 051 de 2023 del MSPS.

Los medicamentos mifepristona y misoprostol, esenciales para la práctica del aborto seguro, cuentan con registro INVIMA en Colombia y requieren fórmula facultativa para su administración. En los entornos sin disponibilidad de mifepristona, se puede utilizar misoprostol solo para la práctica de la IVE farmacológica, siguiendo los lineamientos de la OMS.

Clasificación ATC de los medicamentos utilizados en la IVE

La Tabla 3 presenta la clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), utilizada para organizar los medicamentos de acuerdo con su estructura química, propiedades farmacológicas y terapéuticas aceptadas en Colombia.

Tabla #3

Clasificación ATC de los medicamentos utilizados en la IVE

ATC	Sustancia Química	Sistema Orgánico	Grupo farmacológico	Subgrupo farmacológico	Subgrupo químico
G03XB01	Mifepristona	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	Hormonas sexuales y moduladores del sistema genital	Otras hormonas sexuales y moduladores del sistema genital	Antiprogestágenos
G02AD06	Misoprostol		Otros productos ginecológicos	Oxitócicos	Prostaglandinas

Fuente: Adaptado de la clasificación terapéutica de medicamentos de OMS e INVIMA.

El proceso para el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos requiere de las siguientes disposiciones:

- » Estar alejados de sitios de alta contaminación.
- » Contar con luz natural y/o artificial que permita la conservación adecuada e identificación de los medicamentos y dispositivos médicos ordenados alfabéticamente.
- » Tener un sistema de ventilación natural y/o artificial diferente a ventanas o puertas abiertas que garantice la conservación adecuada de los medicamentos y dispositivos médicos.
- » Evitar la incidencia directa de los rayos solares sobre los medicamentos y dispositivos médicos.
- » Contar con mecanismos que garanticen las condiciones de temperatura y humedad relativa recomendadas por el fabricante. Para el caso de la mifepristona y el misoprostol, mantener una temperatura menor a 30°C vigilada por termohigrómetro calibrado. Estos medicamentos no requieren de refrigeración.
- » Los medicamentos y dispositivos médicos no deben estar en contacto directo con el piso.

2.3. Gestión de información y registros

La gestión de información y registros en salud hace referencia a las condiciones mínimas e indispensables que deben cumplir la historia clínica y los registros asistenciales para garantizar la trazabilidad de la atención. Para lograr estos estándares, se deben tener en cuenta las recomendaciones aplicables a las modalidades intramural, telemedicina, tele-experticia y extramural detalladas en el Gráfico 15.

Gráfico#15

Gestión de información y registros en salud

Implementar procedimientos que aseguren una historia clínica única y un registro ordenado de entrada y salida de historias en el archivo físico.

Utilizar medios electrónicos seguros, que garanticen la confidencialidad y eviten la modificación de los registros una vez guardados.

Diligenciar la historia clínica de manera clara y legible, evitando tachones, enmendaduras, intercalaciones, siglas y espacios en blanco.

Cada nota debe llevar fecha y hora de diligenciamiento con nombre completo y firma de la persona autora.

Realizar el diligenciamiento de registros simultánea o inmediatamente después de la atención en salud.

Realizar el diligenciamiento de registros simultánea o inmediatamente después de la atención en salud.

Asegurar la custodia y confidencialidad de la historia clínica y demás registros, conservándolos en archivo único según la normativa de reserva legal.

Implementar un procedimiento de consentimiento informado, que verifique su correcta aplicación y garantice que la persona usuaria o su representante apruebe o no la intervención, con base en información clara sobre beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del procedimiento.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

La Resolución 1995 de 1999 del MSPS y la Resolución 839 de 2017 del MSPS, que modifica la anterior y dicta otras disposiciones sobre el adecuado registro y manejo de la historia clínica en Colombia, considerada como un documento de carácter privado, obligatorio y sometido a estricta reserva. Su acceso está regulado por la ley y su contenido solo puede ser revelado a terceros con la autorización previa de la persona consultante.

El personal de salud directamente involucrado en la atención tiene la obligación de documentar sus observaciones, diagnósticos y acciones, en conformidad con lo establecido en estas resoluciones. Dentro de este marco de confidencialidad, cabe destacar que la incapacidad médica emitida desde la historia clínica es un anexo que merece la misma protección dentro del marco legal. Esto implica que, al gestionar la incapacidad, se debe salvaguardar el derecho a la intimidad, restringiendo la divulgación de información a solo lo estrictamente necesario para justificar la ausencia del trabajo e impedir la vulneración de derechos en los trámites de este documento.

2.3.1. Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

El MSPS reglamentó el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS) a tra-

vés de la Resolución 2275 de 2023 del MSPS. El RIPS se define como el conjunto de datos que documenta la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, utilizándose en procesos de facturación y dirección, regulación y control del sistema de salud.

En el caso de la IVE, el registro ha presentado limitaciones debido a su codificación inespecífica, lo que ha generado subregistro en diversos territorios y dificultades para identificar el número real de atenciones realizadas desde la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional.

Por ello, esta Resolución unifica criterios y establece directrices para el registro de la IVE en todas las edades gestacionales, basándose en:

» Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): utilizada para codificar los diagnósticos.

» Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS): aplicada para la identificación de los tratamientos realizados.

» Recomendaciones para la codificación en CIE-11, en cumplimiento de la Resolución 1442 de 2024 del MSPS, que adopta la Undécima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en Colombia y establece un periodo de transición de CIE-10 a CIE-11.

La Tabla 4 presenta la estructura actual de codificación CIE-10 utilizada para registrar consultas relacionadas con la IVE, teniendo como base las siguientes pautas para la codificación:

» Diagnóstico (Dx) principal: Coherente con el síntoma presentado o la comorbilidad (si existe) y, en los casos de IVE después de 24 semanas, se codifica de acuerdo con alguna de las causales descritas en el capítulo 1.

» Diagnóstico relacionado 1 (marcador de IVE):

El código Z303 (extracción menstrual) debe acompañar siempre el diagnóstico principal. Sin este código, no se configura la atención de IVE dentro del sistema de salud.

»Dx relacionado 2 (Opcional): Se usa según criterio clínico.

Tabla #4

Estructura de la consulta de IVE según CIE-10

Evento	Causa externa	Finalidad de la consulta	Dx Principal		Dx relacionado 1	Dx relacionado 2 (opcional)	CUPS
			Antes de 24 semanas	Después de 24 semanas			
Consulta promoción y mantenimiento (PyM), medicina general o enfermería	15	24	Dx según síntoma y/o comorbilidad Ej: R457 R458 F329 F430 I159 O141	Dx asociado con la causal: -Salud o vida R457 R458 F329 F430 -Malformación O350 a O359 - Abuso sexual T742	Z303 Extracción menstrual	Uso según criterio médico	890201 890205
Consulta externa, medicina general o especializada	10 11 13	24					890201 890202
Consulta psicología	13	24					890208
Consulta de urgencias, medicina general o especializada	10 11 13	24					890701 890702

Fuente: adaptada de Circular 008 de 2015 de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá.

En la tabla anterior se detalla el esquema de codificación basado en causales, teniendo en cuenta que, en la actualidad, las secretarías de salud departamentales o distritales son responsables de recolectar esta información y reportarla al MSPS. Este sistema de codificación tiene su origen en la Circular 008 de 2015 de la SDS de Bogotá.

En la Tabla 5 se presentan los códigos CIE-10 y CUPS utilizados para registrar atenciones de IVE, teniendo como base la siguiente codificación:

»Finalidad de la consulta para la IVE: Corresponde al número 24, según lo establecido en las Resoluciones 1036 de 2022 y 2275 de 2023 de MSPS, que reglamentan y establecen disposiciones sobre el RIPS.

»Dx principal: en los casos donde el tratamiento de IVE se completó, el código utilizado hace referencia al aborto médico (O045-O049).

»Dx relacionado: puede estar asociado a un síntoma o a anticoncepción posabortedo (excepto el código Z303).

»IVE fallida: si el procedimiento inicial fue incompleto (aborto retenido o continuación del embarazo), se usa el código Z303 como diagnóstico secundario.



Tabla #5

Estructura de codificación de tratamientos de IVE en todas las edades gestacionales según CIE-10

Tratamiento	Dx Principal	Dx Relacionado	CUPS
IVE no farmacológica (Aspiración al vacío antes de 15 semanas)	0045-0049	Z357, Z358, Z359, O350-O359, T742, Z300-Z309 (excepto Z303*)	750302
IVE no farmacológica fallida (Aspiración al vacío antes de 15 semanas)	0075-0079	Z303	750302
IVE no farmacológica a partir de 15 semanas (D&E)	0045-0049	Z357, Z358, Z359, O350-O359, T742, Z300-Z309 (excepto Z303*)	750303
IVE no farmacológica fallida a partir de 15 semanas (D&E)	0075-0079	Z303	750302
IVE farmacológica fallida antes de 12 semanas	0070-0074	Z303	750302
IVE farmacológica antes de 12 semanas	0045-0049	Z357, Z358, Z359, O350-O359, T742, Z300-Z309 (excepto Z303*)	750303
IVE farmacológica a partir de 12 semanas	0045-0049	Z357, Z358, Z359, O350-O359, T742, Z300-Z309 (excepto Z303*)	750303
IVE farmacológica fallida a partir de 12 semanas	0070-0074	Z303	750302
Inducción de asistolia fetal - IAF	0364	Z303	753733
Atención del óbito y Revisión uterina	0049	Z357, Z358, Z359, O350-O359, T742, Z300-Z309 (excepto Z303*)	735301 y 754101

Fuente: adaptada de Circular 008 de 2015 de la SDS de Bogotá.

Nota: *después de haber recibido un tratamiento para IVE y finalizar como exitoso no se debe utilizar el código Z303. En los casos en donde el procedimiento fue fallido (aborted incompleto, aborto retenido o continuación del embarazo) se debe adicionar este código secundario para decir que aún continúa el proceso de IVE.

En la Tabla 6 se detalla la estructura de controles y seguimientos de la codificación CIE-10.

Tabla #6

Estructura de controles y seguimientos según CIE-10

Evento	Causa Externa	Finalidad de la consulta	Dx Principal	Dx Relacionado 1	Dx Relacionado 2	CUPS
Control por medicina general, especializada o enfermería posterior a la IVE	13	24	O049 o según síntoma	Z303	Anticoncepción posabortedo (si aplica) Z300 al Z309 (con excepción de Z303)	890301 890302 890305
Control por psicología posterior a la IVE	13	24	O049 o según síntoma	Z303	Uso según criterio del personal de psicología	890308
Control posterior a la IVE para anticoncepción por medicina general, especializada o enfermería	15	24	O049 o según síntoma	Z303	Anticoncepción posabortedo (si aplica) Z300 al Z309 (con excepción de Z303)	890301 890302 890305

Fuente. adaptado de la Circular 008 de 2015 de la SDS de Bogotá.

Nota: el código Z303 confirma que el control está relacionado con la IVE.

Dado que la codificación actual con CIE-10 presenta limitaciones para identificar adecuadamente las atenciones relacionadas con la IVE, se está implementando la clasificación internacional CIE-11. Esta nueva codificación ofrece una mayor precisión en la identificación y

diferenciación de los eventos, complicaciones y tipos de atenciones de aborto, facilitando así un reporte más exacto y detallado al MSPS. En la Tabla 7 se presentan los códigos CIE-11⁶ con base en la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional.

Tabla #7

Estructura de la consulta de IVE según CIE-11

Evento	Finalidad de la consulta	Causa Externa	Dx Principal	Dx Relacionado	CUPS
Consulta PyM, medicina general o enfermería	24	Hasta 24 semanas: 49 Por causales: 34 - 35 - 36	Dx según síntoma: QA49, QA04.51, LA05-LA08, LB30-LB9Y-LB9Z, JA85, 6A7Z-6A8Z	Según síntomas asociados	890201 890205
Consulta externa, medicina general o especializada	24	Hasta 24 semanas: 49 Por causales: 34 - 35 - 36	Dx según síntoma: QA49, QA04.51, LA05-LA08, LB30-LB9Y-LB9Z, JA85, 6A7Z-6A8Z, QA49	Según síntomas asociados	890201 890202
Consulta de psicología	24	Hasta 24 semanas: 49 Por causales: 34 - 35 - 36		Dx según síntoma: QA04.51, LA05-LA08, LB30-LB9Y-LB9Z, JA85, 6A7Z-6A8Z	890208
Consulta de urgencias, medicina general o especializada	24	Hasta 24 semanas: 49 Por causales: 34 - 35 - 36	Dx según síntoma: QA49, QA04.51, LA05-LA08, LB30-LB9Y-LB9Z, JA85, 6A7Z-6A8Z	Según síntomas asociados	890701 890702

Fuente: adaptado de la Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE-11), 2023; Plataforma Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

⁶ Esta codificación aplica para IVE en todas las edades gestacionales.

En la Tabla 8 se presenta la estructura de codificación en CIE-11 incluyendo la clasificación de la IVE farmacológica y no farmacológica y los criterios específicos para su registro en el sistema de salud.

Gráfico#16

Descripción de diagnósticos en CIE-11	
CIE-11	Descripción del diagnóstico
QA49	Problemas relacionados con embarazo no deseado
QA4.51	Abuso Sexual
LA05-LA08	Anomalías estructurales del desarrollo prenatal
LB30, LB9Y, LB9Z	Anomalías estructurales del desarrollo prenatal del esqueleto
JA85	Atención materna por anomalía o lesión fetal conocida o presunta
6A7Z	Trastornos depresivos, sin especificación
6A8Z	Trastornos del estado de ánimo, sin especificación

Fuente: adaptado de la Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE-11), 2023.

En la estructura propuesta para la codificación de consultas y tratamientos de IVE, se debe parametrizar la finalidad de la consulta de acuerdo con las Resoluciones 1036 de 2022 y 2275 de 2023 del MSPS o las normas que las modifiquen o sustituyan lo que permite identificar correctamente estos eventos dentro del sistema de información en salud.

A diferencia de la clasificación anterior, CIE-11 no cuenta con un código marcador específico para la IVE, pues al contar con una finalidad de

consulta y causa de atención relacionada con la IVE, permite una identificación más detallada y precisa del evento. Con esta regulación, los RIPS migrarán directamente al MSPS, quien consolidará la información y distribuirá los hallazgos a las secretarías de salud.

En la Tabla 8 se presenta la estructura de codificación en CIE-11 incluyendo la clasificación de la IVE farmacológica y no farmacológica y los criterios específicos para su registro en el sistema de salud.

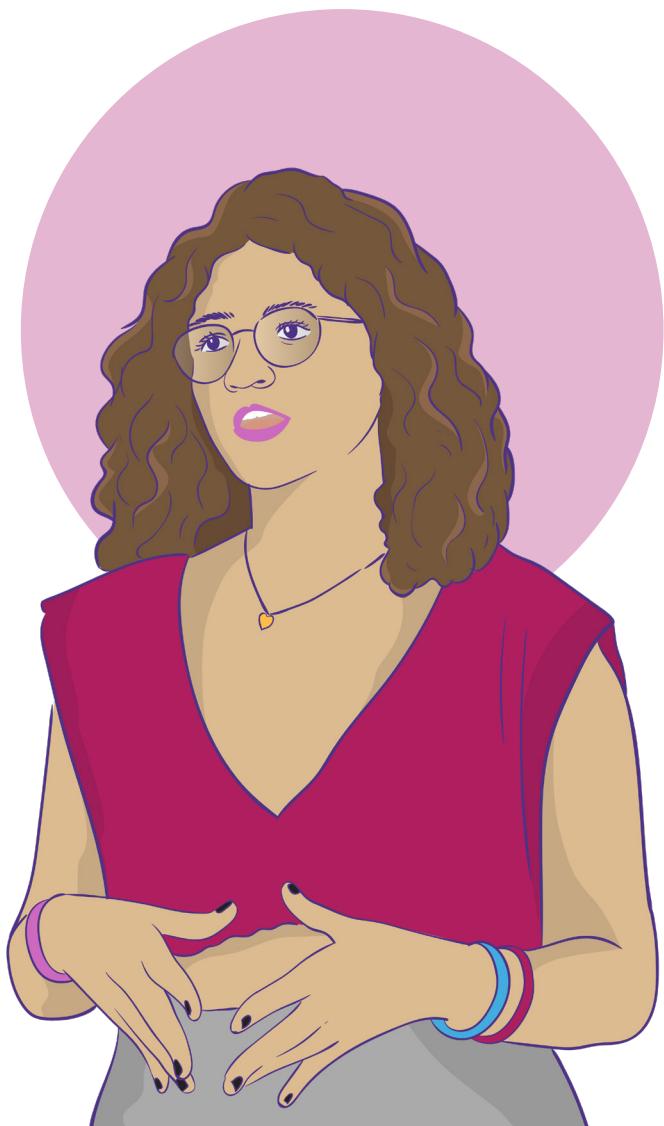




Tabla #8

Estructura de la consulta de IVE según CIE-11

Tratamiento	Vía de ingreso	Modalidad de atención	Finalidad	Dx Principal	Dx Relacionado 1	Dx Relacionado 2	CUPS
IVE no farmacológica antes de 15 semanas	02	01 a 09	24	JA00.15 a JA00.19	Códigos de extensión según la edad gestacional (ver tabla 9)	QA49 o el relacionado según la condición médica	750302
IVE no farmacológica fallida antes de 15 semanas	02	01 a 09	24	JA00.15 a JA00.19			750302
D&E a partir de 15 hasta 24 semanas	02	01 a 09	24	JA00.15 a JA00.19			750303
IVE farmacológica fallida antes de 12 semanas	02	01 a 09	24	JA00.15 a JA00.19			750302
IVE farmacológica antes de 12 semanas	02	01 a 09	24	JA00.15 a JA00.19			750302
IVE farmacológica a partir de 12 semanas	02	01 a 09	24	JA00.15 a JA00.19			735301 y 754101
Inducción de asistolia fetal -IAF-	02	01 a 09	24	JA00.15 a JA00.19			753733

Fuente: elaboración propia a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE-11), 2023; RIPS, 2019.

Clasificación de diagnósticos en CIE-11 para la IVE

En la tabla 9 se presentan los códigos de CIE-11 utilizados para la clasificación de los tratamientos de IVE, diferenciando entre abortos inducidos con o sin complicaciones y eventos fallidos.

Tabla #9

Estructura de la consulta de IVE según CIE-11

JA00.15	Aborto provocado completo o no especificado, complicado por infección pélvica o de los órganos genitales.
JA00.16	Aborto provocado completo o no especificado, complicado por hemorragia prolongada o excesiva.
JA00.17	Aborto provocado completo o no especificado, complicado por embolia.
JA00.18	Aborto provocado completo o no especificado, con otra complicación.
JA00.19	Aborto inducido, completo o no especificado, sin complicación.
JA00.30	Aborto médico fallido, complicado por infección pélvica o de los órganos genitales.
JA00.31	Aborto médico fallido, complicado por hemorragia prolongada o excesiva.
JA00.32	Aborto médico fallido, complicado por embolia.
JA00.33	Aborto médico fallido, complicado de otro tipo o no especificado.
JA00.34	Intento de aborto médico fallido, sin complicaciones.
JA00.35	Otro intento de aborto médico fallido o no especificado, complicado por infección pélvica o de los órganos genitales.
JA00.36	Otro intento de aborto fallido o no especificado, complicado por hemorragia prolongada o excesiva.
JA00.37	Otro intento de aborto fallido o no especificado, complicado por embolia.
JA00.38	Otro intento de aborto fallido o no especificado, con complicaciones de otro tipo o no especificadas.
JA00.39	Otro intento de aborto fallido o no especificado, sin complicaciones.
JA86.3	Atención materna por muerte intrauterina.
Códigos de extensión según la edad gestacional:	
XT	-XT3X Duración del embarazo menor que 5 semanas completas
	-XT09 Duración del embarazo de 5 a 13 semanas completas
	-XT65 Duración del embarazo de 14 a 19 semanas completas
	-XT5N Duración del embarazo 20 a 21 semanas completas
	-XTOT Duración del embarazo: de 20 a 25 semanas completas
	-XT4J Duración del embarazo: de 26 a 33 semanas completas
	-XT84 Duración del embarazo: de 34 a 36 semanas completas
	-XT6G Duración del embarazo más de 36 semanas completas
	-XT6K Duración no especificada del embarazo

Fuente: adaptado de la Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE-11), 2023.

Importancia de la codificación en CIE-11 para la IVE

La implementación de la codificación en la CIE-11 facilita la identificación y diferenciación de los tratamientos de IVE, asegurando mayor precisión en los registros de salud. Las principales ventajas de esta codificación incluyen:

» **Especificidad en la identificación del evento:** se detallan las complicaciones asociadas y el tipo de tratamiento utilizado.

» **Diferenciación entre IVE farmacológica y no farmacológica:** permite registrar si el tratamiento incluyó el uso de medicamentos o técnicas instrumentales.

» **Mejor gestión de información en salud:** permite analizar y hacer seguimiento a las atenciones en salud reproductiva, optimizando los reportes en el ámbito nacional. Entre otras funciones, posibilita identificar mediante códigos de extensión los tratamientos realizados según la edad gestacional.



Recomendación

Una vez que la codificación en CIE-11 entre en vigencia oficialmente, se recomienda utilizar estos esquemas para la identificación de los tratamientos de IVE, alineando la clasificación con la finalidad de la consulta y los parámetros del sistema RIPS.

2.4. Gestión del equipo de salud: inducción, sensibilización, capacitación y entrenamiento en el puesto de trabajo

Según las Resoluciones 3280 de 2018 y 051 de 2023 del MSPS, las atenciones de IVE en

cualquier edad gestacional pueden ser realizadas por prestadores de servicios de salud que cuenten con habilitación para prestar servicios, y capacitación en tratamientos para la IVE. El equipo de salud necesario para cada tratamiento depende de la modalidad, el tipo de intervención elegida tras una asesoría integral y la edad gestacional.



Gráfico#17

Personal requerido para los tratamientos según modalidad de atención

Para los tratamientos intramurales y extramurales, la atención requiere únicamente la intervención de profesional de salud en contacto directo con la persona gestante.

En los tratamientos mediante telesalud, se debe seguir la normatividad establecida en las Resoluciones 2654 de 2019 y 3100 de 2019 del MSPS:

-En telemedicina interactiva, se requiere una persona profesional de la salud que se comunique con la consultante mediante tecnologías de la información y comunicación (TIC).

-En la modalidad de tele-experticia sincrónica, se requiere la participación de una persona profesional de la salud—con o sin formación médica—que actúa como prestador remisor. Esta se comunica con personal de medicina que cumple el rol de prestador de referencia.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

2.4.1. Talento humano

El personal que participa en la prestación de atenciones de IVE debe cumplir con los requisitos establecidos para el talento humano en salud.

Gráfico#18

Perfil del personal que participa en las atenciones

El perfil de cada profesional depende de la atención a prestar.

El talento humano en salud debe contar con los títulos requeridos y presentar copias compulsadas que certifiquen su formación en pregrado y/o posgrado, según aplique.

Se debe contar con inscripción en el Registro Único de Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Para la realización de actividades de telemedicina, quien presta la atención debe contar con constancia de formación continua en manejo de TIC.

Fuente: adaptado de Resolución 3100 de 2019 del MSPS.

Adicionalmente, quienes participan directamente en las atenciones de IVE en todas las edades gestacionales deben recibir capacitación específica y actualizada, tanto teórica como práctica, que incluya:

- » Jurisprudencia y normatividad aplicable.
- » Conocimiento del proceso de atención nacional ajustado al entorno.
- » Tratamientos de IVE farmacológica y no farma-

cológica, así como manejo de complicaciones.

» Anticoncepción posaborted.

La formación continua del personal de salud es fundamental para fortalecer y actualizar permanentemente los conocimientos, habilidades clínicas y actitudes requeridas para una atención integral, segura y basada en derechos en IVE. Ver Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE.

2.5. Gestión de procesos prioritarios

La existencia y socialización de los principales procesos asistenciales es fundamental para garantizar la prestación de servicios de salud con menor riesgo. Estos procesos incluyen acciones, operaciones o tareas que se ejecutan en un tiempo definido y con un objetivo específico, abarcando tanto actividades asistenciales como administrativas dirigidas a tratar una condición de salud o a realizar un diagnóstico clínico.

Dentro de los procesos prioritarios, es esencial la revisión, adopción, y adaptación de documentos técnicos con recomendaciones específicas para mejorar la atención integral de mujeres y personas gestantes que solicitan la IVE. Estos documentos facilitan la elaboración de protocolos institucionales de atención estandarizados, asegurando prácticas clínicas de calidad por parte del personal de salud.

En el caso de la IVE, el diseño de procesos secuenciales optimiza la atención integral de las personas usuarias y contribuye a un abordaje adecuado de las condiciones de salud o diagnósticos clínicos. Cada prestador de salud debe contar con una política institucional y un programa o comité de seguridad del paciente, conforme a los lineamientos del MSPS.

El objetivo de este capítulo es proporcionar una herramienta práctica complementaria a la Resolución 3100 de 2019 del MSPS, facilitando a los prestadores de salud la implementación efectiva de procesos que garanticen el acceso seguro y sin barreras a la IVE, a través de diferentes modalidades. Esto reduce barreras y asegura que los servicios disponibles en clínicas y hospitalares puedan adaptarse a las necesidades de las personas que consultan.

Para ello, es esencial adoptar un enfoque de derechos, de género e interseccional, permitiendo

que cada persona sea partícipe de su atención. La autonomía reproductiva es un derecho individual y su garantía debe ser respaldada por todos los actores del sistema de salud.





3- Procesos de atención de IVE en instituciones prestadoras de servicios de salud

3.1. Características y componentes de la atención

En todos los contextos, la práctica segura del aborto inducido ha contribuido significativamente a mejorar el acceso efectivo a servicios de SSSR, optimizar el uso de los recursos disponibles y reducir considerablemente la mortalidad y morbilidad relacionadas con tratamientos inseguros. Este enfoque permite al personal de salud desempeñar un papel más amplio, promoviendo una atención integral y segura.

Durante la atención a mujeres y personas gestantes, se requiere de un proceso integral que permita: 1) identificar riesgos clínicos para prevenir posibles complicaciones y riesgos psicosociales oportunamente, y 2) evaluar, mediante los enfoque de derechos, de género e interseccional, si el embarazo es deseado, no planeado o genera conflicto o preocupación (reconociendo que estas categorías no son excluyentes y pueden evolucionar durante la gestación).

El personal de salud debe tener capacitación para comprender la complejidad multifactorial de estas decisiones, que pueden involucrar aspectos médicos, económicos, emocionales, de violencia o vulnerabilidad social.

En Colombia, quienes se encuentran en gestación cuentan con tres opciones para tomar una decisión informada y autónoma: 1) continuar el embarazo y llevarlo a término; 2) continuar el embarazo y optar por iniciar el trámite de adopción; y 3) solicitar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

El objetivo de mencionar estas opciones es garantizar que la persona cuente con información suficiente para tomar una decisión plenamente informada. Independientemente de la decisión, se activará de inmediato la ruta de atención correspondiente. Es imperativo que en el pri-

mer contacto clínico—ya sea para embarazos deseados, no planificados o que generen conflicto—se brinde asesoría completa sobre derechos reproductivos, incluido el acceso a la IVE.

Esta intervención debe registrarse obligatoriamente en la historia clínica, siguiendo los protocolos de registro establecidos.

3.1.1. ¿Es seguro realizar tratamientos para la IVE?

Los tratamientos para la IVE se consideran seguros cuando son realizados por personal con capacitación y con métodos recomendados por la OMS. Existen diversas intervenciones, tanto ambulatorias como intrahospitalarias, que se eligen según la edad gestacional y preferencia de la persona, siempre que se proporcione información clara, precisa y completa para garantizar el acceso.

Cuando una mujer o persona gestante cursa una gestación antes de 12 semanas, se utilizan métodos farmacológicos ambulatorios como el uso de la combinación de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo, y métodos no farmacológicos ambulatorios antes de 15 semanas, como la aspiración al vacío (manual o eléctrica) que se pueden llevar a cabo por personal con capacitación.

Estos métodos generalmente se realizan en niveles de baja complejidad, sin excluir la obligatoriedad de su práctica en todos los servicios habilitados en cualquier grado de complejidad. Mientras que cuando se presentan gestaciones a partir de 15 semanas, los tratamientos pueden ser no farmacológicos ambulatorios hasta 24 semanas, utilizando la técnica de D&E por personal de salud con capacitación, o farmacológico intrahospitalario hasta la expulsión del producto de la concepción, con el acompañamiento del personal de salud.

Este capítulo proporciona información detalla-

da de las técnicas e intervenciones seguras empleadas y recomendadas según la edad gestacional, sirviendo como herramienta de consulta para su aplicabilidad.

3.1.2. Características de las atenciones en salud de la IVE

La IVE debe operar dentro del marco de los derechos fundamentales. Esto implica incorporar de manera transversal enfoque de derechos, de género e interseccional, así como implementar estrategias para prevenir las VBG.

La atención debe ser integral, guiada por principios como la dignidad humana, la autodeterminación reproductiva, la igualdad y la no discriminación. Además, debe presentar los siguientes criterios y, en ningún caso, deben imponerse restricciones adicionales que limiten el acceso oportuno a la IVE:

» Contar con personal con capacitación para

brindar orientación pre y posabordo, cuando sea requerido o solicitado.

- » Manejar posibles complicaciones relacionadas con el aborto y garantizar la asesoría y el acceso a otros servicios de SSSR.
- » Ofrecer asesoría en anticoncepción, con acceso inmediato a métodos modernos y efectivos según la elección de la persona, promoviendo la prevención de embarazos no deseados.
- » Desarrollar programas de prevención y asesoría en ITS.
- » Integrar espacios educativos sobre DSDR, fomentando el autocuidado en salud.
- » Establecer herramientas y recursos para la identificación activa de VBG.
- » Según la OMS (2022), la calidad de la atención en IVE debe considerar las dimensiones fundamentales descritas en el Gráfico 19.

Gráfico#19

Dimensiones de las atenciones en IVE

Eficiencia y continuidad: Respuesta efectiva y seguimiento continuo.
Eficacia: Prestación de servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan.
Accesibilidad: Eliminación de barreras económicas, geográficas o culturales.
Aceptabilidad: Servicios culturalmente apropiados, centrados en la persona.
Equidad: Atención de calidad sin distinción de género, pertenencia étnico-racial y/o lingüística, ubicación geográfica o situación socioeconómica.
Seguridad: Tratamientos clínicos seguros y respaldados por evidencia científica.
Oportunidad: Respuesta inmediata a las solicitudes.
Disponibilidad: Recursos y personal suficientes para la atención.
Integralidad: Atención continua que abarque las necesidades físicas, emocionales y sociales, garantizando información clara, gestión adecuada y asesoría para el uso de métodos anticonceptivos.

Fuente: adaptado de *Directrices sobre la Atención para el Aborto, OMS, 2022*.

Estos estándares deben cumplirse de acuerdo con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia (MSPS, 2016; 2022).

Además, las atenciones de IVE deben brindarse respetando plenamente la dignidad, autonomía y diversidad de las personas que la solicitan, cumpliendo con los principios definidos por la OMS (2022):

- 1.** De cobertura universal: todas las mujeres y personas gestantes que soliciten una IVE deben recibir atención de calidad, sin barreras económicas, geográficas, sociales, entre otras, que afecten sus resultados en salud.
- 2.** Integración a la RIAMP y programas de anticoncepción.
- 3.** Disponibilidad de todos los prestadores de servicios de salud que tienen servicios habilitados donde se pueden llevar a cabo las atenciones de IVE.

Según la Resolución 051 de 2023 del MSPS, el acceso integral a la IVE debe realizarse en todas las modalidades de atención, incluyendo obligatoriamente—a excepción de la orientación—los siguientes componentes:



3.1.3. Consulta inicial para la IVE

La atención inicial de la IVE comienza con la solicitud expresa y voluntaria de la mujer o persona gestante, sin requerir trámites ni requisitos adicionales. Esta atención debe incluir la provisión de información veraz y orientación emocional oportuna. Dicha información debe ser completa, clara, comprensible y adaptada a las condiciones emocionales, culturales, lingüísticas y educativas de la persona, integrando transversalmente los enfoques de derechos, de género e interseccional.

Es fundamental brindar detalles sobre los tratamientos disponibles, riesgos, ventajas, alternativas y efectos en la salud y la vida de la mujer o persona gestante.

En cualquier momento de la atención, se debe respetar el derecho de la persona a continuar libre y voluntariamente con su embarazo. La atención debe prestarse con dignidad y sin discriminación, considerando las necesidades de poblaciones priorizadas⁷.

Según la Resolución 051 de 2023 de MSPS, la atención integral en salud para la IVE debe prestarse de manera inmediata por ser prioritaria y urgente. Solo en situaciones excepcionales

⁷ Se denominará población priorizada a: niñas, adolescentes, sobrevivientes de VBG, personas en situación de desplazamiento forzado, en situación de movilidad, personas que viven con VIH, de estratos socioeconómicos más bajos, con discapacidad, población LGBTIQ+ y comunidades con pertenencia étnico-racial y/o lingüística.

y debidamente justificadas, se podrá establecer un plazo máximo de cinco (5) días calendario a partir del momento en que la mujer o persona gestante exprese su decisión de interrumpir el embarazo en el primer contacto con el servicio de salud. Esta manifestación deberá quedar consignada en la historia clínica (MSPS, 2022).

La consulta inicial de IVE puede realizarse por el personal de salud, garantizando siempre la privacidad, confidencialidad y respeto a la autonomía de la persona. Esta consulta puede llevarse a cabo en cualquiera de las modalidades disponibles—presencial, telemedicina interactiva o a través de tele-experticia sincrónica—para asegurar un acceso oportuno y adecuado.

Es fundamental que la atención de la IVE se inicie en el lugar donde se realiza la solicitud, lo que incluye escenarios como consulta de urgencias, consulta externa, hospitalización o consultas de promoción y mantenimiento de la salud. Este enfoque busca eliminar demoras innecesarias en la prestación de la atención. Adicionalmente, toda solicitud de IVE debe documentarse de manera clara y concreta en la historia clínica, siguiendo las directrices establecidas en la Resolución 051 de 2023 del MSPS.

Cuando una persona solicita una IVE, durante la atención pueden identificarse hallazgos clínicos, ya sean principales o incidentales, como abortos espontáneos, voluntarios previos, aborto retenido o muerte fetal intrauterina, que además, requieren apoyo médico. Si durante la valoración se evidencia que la persona ha intentado previamente autogestionar el aborto con métodos farmacológicos u otros tratamientos, debe evaluarse si el proceso fue completo o si requiere atención complementaria. En todos los casos, debe garantizarse un manejo clínico confidencial, oportuno, sin cuestionamientos ni denuncias, conforme a la despenalización vigente hasta 24 semanas y, posteriormente, de acuerdo con las causales.

Historia clínica

La historia clínica es un documento privado, confidencial y reservado, en el que debe registrarse de forma cronológica, organizada e inmediata toda la información relevante de la persona usuaria. Esto permite evaluar integralmente su estado de salud, analizar riesgos, identificar la red de apoyo y definir las opciones de manejo más apropiadas. También deben documentarse todas las intervenciones realizadas por el equipo de salud. Se recomienda que la solicitud de IVE quede explícitamente consignada, señalando que la persona consultante se acoge a la Sentencia que despenaliza el aborto en Colombia. A continuación, se detallan los aspectos que deben incluirse:

1. Motivo de consulta: se debe registrar de forma textual, reflejando las palabras expresadas por la persona usuaria y colocándolas entre comillas.

2. Enfermedad actual: se describe en términos médicos el contexto de la persona gestante con relación al embarazo, incluyendo:

a) Situaciones vinculadas a embarazos no planeados o no deseados.

b) Particularidades de la sintomatología relacionada con el embarazo.

3. Revisión por sistemas: descripción del estado actual de la persona usuaria con énfasis en síntomas relacionados con el embarazo, síntomas infecciosos y síntomas sugestivos de embarazo ectópico: dolor pélvico localizado, manchado vaginal y lipotimias.

4. Es recomendable identificar y registrar las condiciones psicosociales y afectación de estas en el embarazo actual, documentando la sintomatología emocional y la categorización del riesgo.

5. Antecedentes completos:

- a) Patológicos, quirúrgicos, gineco-obstétricos, hematológicos y hemoclasificación.
- b) Alergias y consumo de sustancias tóxicas
Antecedentes traumáticos y familiares.
- c) Factores de riesgo para embarazo ectópico.
Ver Tabla 10.

Tabla #10

Consenso de los factores de riesgo para embarazo ectópico según la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)	
Factor de riesgo para embarazo ectópico	
Cambios en la estructura de la trompa (infecciones y cirugía tubárica previa).	
Embarazo ectópico previo riesgo de 10% (Mullany K, 2023).	
Más de un ectópico previo riesgo de 25% (Mullany K, 2023).	
Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) (Sivalingam V.N.,2011).	
Embarazo con DIU in situ.	
Antecedente de infertilidad.	
Uso de técnicas de reproducción asistida.	
Historia de consumo de cigarrillo.	
Edad mayor a 35 años.	

Fuente: tomado de ACOG Practice Bulletin No. 193., 2018.

6. Examen físico completo:

- a) Estado general, signos vitales y examen médico general.

- b) Confirmación del embarazo, edad gestacional y su localización.

•Cálculo de la edad gestacional según la Fecha de Última Menstruación (FUM), correlacionada con el examen físico mediante la estimación de la altura uterina (OMS, 2022).

•Ante una FUM no confiable, se puede realizar una ecografía sin que esto genere demoras en la atención; de ser requerida, puede ser realizada por personal de medicina con entrenamiento en imágenes y se debe realizar el mismo día de la consulta. Ver Tabla 11.

•No se recomienda el tacto vaginal de manera rutinaria; no obstante, si la persona que presta la atención considera su necesidad, debe consultar con la persona gestante y pedir su autorización verbal, esto con el fin de evidenciar hallazgos que aporten en el diagnóstico. Se podrá realizar en los siguientes casos:

-Para correlacionar la edad gestacional.

-Cuando la persona usuaria refiera sintomatología infecciosa o patología asociada que requiera verificación. Si se confirma infección, se debe iniciar tratamiento inmediato para reducir el riesgo de complicaciones en tratamientos de IVE.

En casos de sospecha clínica de anemia severa o sintomática, se debe solicitar un hemograma, con el fin de evaluar la estabilidad hemodinámica y tomar medidas preventivas ante una hemorragia.

Tabla #11

Situaciones en las que no se considera confiable la FUM
No se tiene clara la fecha de inicio del último sangrado.

Ciclos menstruales irregulares.

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) causantes de amenorrea (Haines M, 2023).

Lactancia materna consistente en los últimos 6 meses.

Uso de métodos anticonceptivos hormonales en los últimos tres meses, especialmente aquellos de solo progestina.

Fuente. adaptado de Planificación familiar: un manual mundial para proveedores, OMS, 2022.

7. Socialización de la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional: proporcionar información sobre las tres opciones de decisión frente a la gestación actual: continuar el embarazo e iniciar control prenatal, adelantar el trámite para la entrega en adopción del recién nacido o la IVE.

8. Identificación del contexto psicosocial:

- Evaluar la afectación emocional relacionada con el embarazo.
- Identificar si la persona gestante es víctima de VBG.
- Identificar si existe coerción para la toma de decisiones.

Esta evaluación puede ser realizada por personal de salud, excepto en los casos en los que se requiera apoyo del equipo psicosocial.

9. Provisión de información: se debe brindar información clara y suficiente sobre el diagnóstico, las opciones de manejo, el estado de salud y la edad gestacional, incluyendo ventajas, alternativas y riesgos.

10. Resolución de dudas y soporte del proceso informativo y comunicativo a través de la firma del documento de consentimiento informado del tratamiento elegido de IVE: farmacológico o no farmacológico.

11. Métodos anticonceptivos:

a) Se debe entregar información técnica sobre los métodos anticonceptivos disponibles, conforme a los criterios médicos de elegibilidad establecidos por la OMS y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

b) Explicar el mecanismo de acción, los efectos secundarios y resolver las dudas sobre mitos alrededor de la anticoncepción para garantizar una elección informada y promover la continuidad en su uso.

c) Asegurar la provisión inmediata del método anticonceptivo elegido.

12. Clasificación del riesgo obstétrico: utilizar la escala de Herrera y Hurtado contenida en la Resolución 3280 de 2018 del MSPS.

13. Realización del tratamiento de acuerdo con la elección de la persona:

a) En caso de gestaciones de menos de 24 semanas registrar en la historia clínica la decisión de la mujer o persona gestante de interrumpir el embarazo.

b) En caso de gestaciones de más de las 24 semanas identificar la existencia de alguna causal. Se debe anexar el certificado en caso de riesgo para la salud, en cualquiera de sus dimensiones, o para la vida, o en casos de grave malformación fetal incompatible con la vida extrauterina o anexar copia de la denuncia de violencia sexual, si cuenta con ella—ver numeral 1.1.2—, y según lo estipulado por la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional—ver especificaciones en gestaciones después de 24 semanas.

14. Asesoría sobre ITS y ofrecimiento de la posibilidad de tamizaje a través de pruebas rápidas para VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C. Estas se recomiendan para las personas en gestación y son voluntarias, lo cual no debe representar

un requisito, demora o barrera de acceso a la atención de IVE. Se debe registrar la oferta en la historia clínica.

15. Consideraciones para personas con Rh negativo: en procedimientos de IVE antes de las 12 semanas de gestación, tanto farmacológicos como no farmacológicos, no se recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D, dado el riesgo inexistente de isoimunización en edades gestacionales tempranas (OMS, 2022; Wiebe E, 2019).

En la consulta, la mujer o persona gestante puede decidir continuar con el embarazo. En este caso, se debe brindar orientación e información clara sobre los controles prenatales, los cuales deben iniciarse tan pronto como sea posible, y remitirla a la ruta de control prenatal independientemente de su estado de afiliación.

No se requieren exámenes de laboratorio ni estudios ecográficos de rutina para realizar la IVE en el primer trimestre (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2011; OMS, 2022), salvo que existan condiciones clínicas específicas que sugieran embarazo ectópico o falla gestacional. Si se cuenta con un equipo ecográfico y personal con capacitación, podrá realizarse un barrido ecográfico básico durante la misma consulta con tres propósitos clínicos fundamentales: (1) confirmar la localización intrauterina del embarazo, (2) descartar embarazos ectópicos, y (3) estimar de manera aproximada la edad gestacional. Esta actividad debe ser realizada por profesionales de salud con entrenamiento, sin requerir especialistas en imágenes diagnósticas ni infraestructura de alta complejidad, sin condicionar el acceso oportuno a la IVE.

Cuando se realice, debe efectuarse en un área privada diferenciada de los espacios de control prenatal, respetando cuidadosamente la autonomía de la persona, evitando toda exposición no consentida a imágenes ecográficas o sonidos de actividad cardíaca fetal, a menos que

la persona lo solicite. En ninguna circunstancia puede exigirse la presentación de reportes ecográficos formales como requisito previo para acceder a la atención, ya que constituye una barrera y está prohibido.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es el proceso mediante el cual la persona consultante expresa libremente su voluntad de interrumpir el embarazo tras recibir información clara, completa y comprensible sobre métodos, beneficios, riesgos y alternativas, según lo establecido en la Resolución 051 de 2023 del MSPS y la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional.

Este consentimiento debe garantizarse previo al tratamiento (farmacológico o no farmacológico), y debe incluir un espacio adecuado para resolver dudas y asegurar que la decisión sea completamente informada y autónoma. Su firma legitima la actuación profesional y promueve la autonomía, el respeto y la simetría en la interacción entre el personal de salud y la persona que consulta (Ovalle, 2019).

En la modalidad de telemedicina, el consentimiento informado deberá quedar registrado en la historia clínica de la persona, quien, con su firma digital, electrónica o manuscrita, según sea el caso, declarará que ha comprendido la información y que acepta ser atendida (MSPS, 2010; 2019).

En el caso de niñas y adolescentes, se reconoce su autonomía para la toma de decisiones en salud de manera individual, teniendo en cuenta su contexto y madurez cognitiva. Además, se les debe garantizar la confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus DSDR. La Corte Constitucional reconoce el derecho de las menores de edad a decidir sobre la interrupción del embarazo, ya que tienen la capacidad de elegir tratamientos e intervenciones en su cuerpo que afecten su desarrollo sexual y reproductivo. Aunque los padres o represen-

tantes legales no estuvieran de acuerdo, quien presta la atención está en la obligación de salvaguardar el derecho a la salud de la menor de edad y garantizar una atención oportuna y de calidad teniendo en cuenta el principio de autonomía y el de beneficencia y no maleficencia. Los padres o representantes legales solo acompañan la decisión y solo se tiene en cuenta la opinión de la niña o adolescente (ICBF, 2020; MSPS, 2022; 2025).

En menores de 14 años, respecto al consentimiento sustituto de padres, tutores o representantes de la patria potestad, este no es absoluto. En el caso de la IVE, aun cuando estas personas manifiesten desacuerdo con la intervención a realizar, prima el consentimiento de la niña, una vez han sido explicados los riesgos, beneficios y alternativas con lenguaje claro y adaptado, y se haya verificado la comprensión de los mismos, priorizando el principio de beneficencia (ICBF, 2020). En este marco, el asentimiento debe entenderse como un proceso que reconoce la autonomía progresiva de la menor de edad. Aunque no se limita a la firma de un documento, se recomienda dejar constancia escrita mediante la firma de la menor y de una persona testigo mayor de edad, como garantía de transparencia, voluntariedad y respeto por su decisión.

En el caso de personas con discapacidad, la Corte Constitucional ha reconocido su derecho a acceder a la IVE en igualdad de condiciones que las demás personas, sin barreras de acceso ni requisitos adicionales. La Ley 1996 de 2019 del Congreso de Colombia eliminó la figura de interdicción, de tal manera que los servicios de salud deben establecer las salvaguardias relativas al ejercicio de la capacidad cognitiva que garanticen la primacía de la voluntad y preferencias de la persona titular del derecho.

Los prestadores de salud deben garantizar los ajustes razonables y apoyos necesarios para que las personas con discapacidad ejerzan su derecho a la información y toma de decisiones

autónoma en los tratamientos de IVE, conforme a los lineamientos de la Política Nacional de Discapacidad (Congreso de Colombia, 2019).

Estos ajustes razonables deben facilitar la toma de decisiones sin necesidad de aprobación por parte de padres, tutores o representantes legales (MSPS, 2022).

Por otro lado, las mujeres y personas gestantes con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas o antecedentes psiquiátricos no requieren evaluación por parte de psiquiatría para otorgar su consentimiento.

Según la Resolución 051 de 2023 del MSPS, los consentimientos informados deben incluir lo detallado en el Gráfico 20.

Gráfico#20
Información que debe ir consignada
en el consentimiento informado
Información general sobre el marco normativo de la IVE (Corte Constitucional, 2006; 2022).
Tratamientos para interrumpir el embarazo (farmacológico o no farmacológico) y sus implicaciones.
Especificación del tratamiento elegido por la mujer o persona gestante.
Beneficios, riesgos, alternativas de los tratamientos de IVE e implicaciones. (MSPS, 2019).
Autorización explícita de la mujer o personas gestante, con su firma, para recibir el tratamiento, confirmando que ha comprendido la información sobre los riesgos y la posibilidad de requerir atención adicional.

Fuente: adaptado de Resolución 051 de 2023 del MSPS.

Las personas pueden desistir en cualquier momento del tratamiento de IVE, incluso después de haber firmado el consentimiento informado. En estos casos, se deben explicar los riesgos si ya ha iniciado algún proceso, registrar en la

historia clínica que la persona ha decidido no continuar con la IVE y remitirla formalmente a controles prenatales.

Es imperativo realizar todos los esfuerzos para eliminar barreras estructurales que limitan el acceso a poblaciones en condición de vulnerabilidad (como menores de edad, personas con pertenencia étnico-racial, con discapacidad, entre otras), para que otorguen su consentimiento de manera libre e informada. Se deben implementar herramientas en el proceso de atención para detectar posibles coerciones por terceras personas y garantizar que la decisión de la mujer o persona gestante sea autónoma y voluntaria.

La Directiva 09 de 2023 de la Fiscalía General de la Nación en sus numerales 27 y 28, indica que el secreto profesional tiene carácter inviolable, por lo cual, la persona profesional en salud vinculada a la atención de una IVE debe abstenerse de revelar cualquier información relacionada con la historia clínica y sus anexos, ya que se consideran un documento legal.

Ninguna persona de carácter natural o jurídico debe solicitar testimonios a profesionales de la salud en los que se indague sobre hechos presuntamente constitutivos del delito de aborto que son de su conocimiento debido a su ejercicio profesional, ya que estarían instándoles a violentar el secreto profesional. Cualquier información, material probatorio o evidencia física obtenida con ruptura del secreto profesional en los casos de aborto se considera ilegal.

3.1.4. Orientación y asesoría para la IVE

La orientación y asesoría en la IVE constituyen una función continua del equipo de salud, cuyo propósito principal es acompañar integralmente a las mujeres y personas gestantes durante el proceso de solicitud, atendiendo sus inquietudes, necesidades e intereses particulares.

Según la Resolución 051 de 2023 del MSPS, la orientación y asesoría son recursos importantes que permiten brindar apoyo emocional e información clara y precisa a quien la solicita. Es voluntaria y no constituye un requisito ni puede exigirse como condición previa para acceder a la atención de IVE. Puede realizarse de manera independiente o integrarse en la valoración inicial, y no requiere ser realizada únicamente por profesionales de salud mental, ya que puede ser proporcionada por personal de salud, incluido el personal comunitario de salud, medicina tradicional y complementaria, y partería tradicional, con una sensibilización y capacitación adecuada.

Este proceso fortalece la autonomía de cada persona, asegurando que sus decisiones sean congruentes con sus valores personales, creencias, contexto social y emocional específico. Basado en el enfoque de atención centrado en la persona, reconoce a cada consultante como protagonista de su proceso, adaptándose a sus necesidades específicas. Además, se garantiza una comunicación horizontal y respetuosa, con estricta privacidad y confidencialidad, permitiendo la participación de terceros únicamente cuando la persona lo autoriza explícitamente.

Se fundamenta en la escucha activa, proporcionando contención y apoyo emocional, permitiendo que la decisión sea vivida desde la reflexión y la construcción personal. La atención debe brindarse con enfoque de derechos, de género e interseccional, responder a las particularidades individuales y garantizar sus DSDR en un marco de autonomía y dignidad. Los ejes fundamentales de este proceso son:

Orientación

»Atención centrada en la persona

Implica reconocer y respetar las necesidades, elecciones, voluntad y circunstancias únicas de cada mujer o persona gestante, garantizando que sean protagonistas en su proceso de aten-

ción. La OMS enfatiza la importancia de que los servicios de salud reproductiva, incluida la IVE, sean prestados de manera que respeten los derechos, la autonomía y la dignidad de las personas (2022). Esto significa que, en cada etapa del proceso, la voluntad de la persona debe ser el eje rector de las acciones del personal de salud. Se debe crear un espacio seguro para que las mujeres y personas gestantes puedan expresar sus dudas, temores y preferencias sin sentirse juzgadas o presionadas.

Un aspecto clave de esta característica es la capacidad del personal de salud para adaptarse a las circunstancias individuales. Esto implica reconocer las diferencias culturales, sociales, emocionales y económicas que pueden influir en la toma de decisiones.

»Escucha activa

La escucha activa permite brindar un acompañamiento respetuoso a quienes buscan esta atención de salud, poniendo todos los sentidos a disposición de la persona con el objetivo de comprender plenamente su situación. Esta práctica va más allá de simplemente oír; se trata de demostrar interés genuino a través del contacto visual, una postura corporal abierta, el asentimiento y el reconocimiento emocional. La escucha activa en la atención de la IVE ayuda a reducir el miedo, la ansiedad y la incertidumbre, permitiendo que la persona se exprese con libertad y sin juicios. Este enfoque no solo mejora la calidad de la atención, sino que también contribuye a reducir el estigma y la discriminación que a menudo rodean a la IVE (IPAS, 2014).

Además, la escucha activa permite identificar barreras o necesidades específicas que pueden influir en la toma de decisiones y en el acceso a las atenciones de IVE. Algunas personas pueden enfrentar desafíos relacionados con su entorno familiar, cultural o económico, y es a través de una escucha atenta que el personal

de salud puede ofrecer alternativas y soluciones adaptadas a cada caso.

»Garantía de la confidencialidad y la privacidad

La confidencialidad se basa en un pacto implícito entre la persona consultante y el equipo asistencial, donde la información compartida es manejada con discreción y protegida de divulgaciones no autorizadas. Este compromiso es fundamental para que la persona se sienta segura al compartir información sensible.

Garantizar la confidencialidad a lo largo de todo el proceso de atención de la IVE no solo protege la información personal, sino que también evita interferencias de terceros que puedan intentar acceder a datos privados sin autorización. Este enfoque prioriza las decisiones de la mujer o persona gestante, asegurando que sus elecciones sean respetadas y libres de coerción.

»Apoyo para la toma de decisiones libres

El personal de salud debe reconocer que algunas personas requieren apoyo emocional para procesar los sentimientos vinculados a la decisión sobre la IVE. Este acompañamiento, libre de enfoques rígidos, facilita la reflexión sobre tensiones morales, espirituales o estímulos sociales, desde una mirada comprensiva y respetuosa de la singularidad de cada caso.

El objetivo es brindar herramientas que permitan analizar el contexto personal, evaluar opciones con libertad y decidir conforme a las propias convicciones. Es clave no presionar hacia ninguna opción y asegurar que la elección sea plenamente autónoma.

»Abordaje de posibles conflictos

La gran mayoría de las personas que acuden a las atenciones de IVE lo hacen con una decisión ya tomada (Brown, S., 2012; Vandamme et al., 2013; Mavuso & Macleod, 2020). En estos casos, un acompañamiento respetuoso y la ga-

rantía de un proceso seguro y libre de juicios son suficientes. Sin embargo, en algunos casos, pueden presentarse conflictos que requieran la intervención especializada del personal.

Estos conflictos pueden manifestarse a través de dudas, ambivalencia, temores, sentimientos de culpa o presiones externas. Es fundamental que el personal de salud cuente con la preparación para identificarlos y manejarlos de manera apropiada, proporcionando apoyo sin interferir en la autonomía de la mujer o persona gestante.

Situaciones en las que se recomienda atención especializada

El proceso de IVE puede generar diversas experiencias emocionales para mujeres y personas gestantes. De acuerdo con el estudio Turnaway: Las mujeres sienten una combinación de emo-

ciones positivas y negativas durante los días que siguen al aborto, de las cuales el alivio es el que predomina. La intensidad de todas las emociones disminuye con el tiempo, en especial durante el primer año. La vasta mayoría (más del 95%) de las mujeres consideran que la decisión de abortar fue correcta en todo momento e incluso después de 5 años. (ANSIRH, 2020, p. 3)

Si bien la mayoría de las personas no presentan problemas de salud mental tras una IVE, existen casos en los que se recomienda atención especializada para garantizar su bienestar psicológico. Quienes brindan orientación y asesoría deben ser conscientes de sus límites y desarrollar la capacidad de reconocer cuándo se requiere apoyo de colegas con capacitación o especialistas para el manejo de situaciones que exceden su competencia.

Gráfico #21

Factores que requieren atención especializada

Antecedentes en salud mental: Trastornos previos que pueden aumentar 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 donde el aborto es altamente estigmatizado.
Dificultades en la toma de decisiones: Ambivalencia o presión externa.

Fuente: tomado de Estudio Turnaway por ANSIRH, 2020.

Para aquellas personas que pueden estar expuestas a un mayor nivel de riesgo, es esencial transmitirles que no se les negará la atención de IVE evitando cualquier forma de estigmatización.

En la Tabla 12 se proporcionan ejemplos de verbalización para cada uno de los ejes de trabajo en la orientación.

Tabla #12

Ejemplos de verbalización en la orientación

Atención centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> - "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?"
Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> - "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 entender lo que estás viviendo".
Garantía de la confidencialidad y la privacidad	<ul style="list-style-type: none"> - "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	<ul style="list-style-type: none"> - "¿Cómo te sentirías si tomaras una decisión diferente?" - "¿Qué te ayudaría a sentirte más segura con tu elección?" - "¿Hay alguien en tu vida con quien te sientas cómoda 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?" - "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	<ul style="list-style-type: none"> - "¿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?"

Situaciones en las que se recomienda atención especializada	<p>-"Los conflictos pueden ser difíciles, pero también una oportunidad para aclarar lo que necesitas".</p> <p>-¿Qué apoyo o recursos te ayudarían a abordar esto con más confianza?"</p>
	<p>-"Según lo que has mencionado, presentas una característica particular relacionada con un antecedente (ya sea de salud mental, violencia, falta de red de apoyo o estigma), lo que me lleva a preguntarme si esto podría generar una mayor dificultad en tu proceso.</p> <p>-¿Cómo lo percibes tú? Me gustaría conocer tu opinión al respecto".</p> <p>-"En tu caso particular, sugiero que puedas acceder a un proceso de atención más especializado, que contribuya de manera más integral en la experiencia".</p>

Fuente: elaboración propia.

Asesoría

»Derechos

En diversos contextos, las personas que solicitan una IVE enfrentan baror ello, el personal de salud debe proporcionar información clara y precisa sobre los derechos que garantizan este proceso, como la confidencialidad, la autonomía, la atención sin discriminación y la toma de decisiones libres. En esta asesoría es importante informar sobre las tres opciones que tiene la mujer o persona gestante para tomar una decisión frente al embarazo.

»Métodos disponibles para la IVE

La OMS señala que la interrupción del embarazo es una atención segura cuando se realiza con métodos avalados y por personal con capacitación. Las opciones de tratamiento varían según el tiempo de gestación y las preferencias de la persona. La descripción detallada de estas intervenciones se encuentra en la sección 3.1.5 Tratamientos para la IVE. Ver documento Acompañamiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Orientación, Asesoría y Soporte Integral en los Tratamientos. Documento Técnico para Personal de Salud, secciones 2.2 y 2.3.

»Principios clave de la asesoría anticonceptiva posabortedo

- Respeto a la autonomía: cada persona tiene derecho a decidir si desea o no utilizar métodos anticonceptivos.
- Enfoque personalizado: las opciones deben adaptarse a las características individuales, considerando su salud, estilo de vida, recursos y características culturales.
- Inclusión y diversidad: reconocer que las necesidades anticonceptivas varían según las prácticas sexuales, la orientación sexual y la identidad de género.
- Disponibilidad de la atención: garantizar que la persona sepa que puede acceder a la asesoría en cualquier momento, incluso si en el presente no desea usar métodos anticonceptivos.

En el marco de la atención en IVE, la asesoría anticonceptiva posabortedo representa una oportunidad para ofrecer información y opciones adaptadas a las necesidades, preferencias y circunstancias de cada persona. Es fundamental reconocer que no todas desean o necesitan usar métodos anticonceptivos, ya sea por:

- 1) Orientación sexual.
- 2) Prácticas sexuales.
- 3) Creencias personales.
- 4) No encontrarse en riesgo de un embarazo.

No obstante, es clave ofrecer la atención de asesoría de manera respetuosa, asegurando que todas las personas sepan que está disponible. En la Tabla 13, se describen ejemplos de la orientación, asesoría y acompañamiento.

Tabla #13

Ejemplos de verbalización en la asesoría

Derechos

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

-"Quiero informarte que 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 y permite que todas las personas que la soliciten tengan acceso a servicios de salud seguros y dignos".

-"Si tu embarazo supera las 24 semanas, tienes derecho a la IVE bajo las 3 causales de la Sentencia C-355. Con gusto te explico cada una para que decidas con información. ¿Por cuál te gustaría comenzar?"

Opciones frente al embarazo

-"Quiero informarte que, frente a un embarazo, existen varias opciones disponibles: interrumpir el

embarazo, continuar con el embarazo o iniciar el proceso para 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 es válida y será respetada. El objetivo de esta sesión es asegurar que cuentes con toda la información necesaria para sentirte segura en tu elección".

-"Quiero informarte que, frente a un embarazo, existen varias opciones disponibles: interrumpir el embarazo, continuar con el embarazo o iniciar el proceso para 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 es válida y será respetada. El objetivo de esta sesión es asegurar que cuentes con toda la información necesaria para sentirte segura en tu elección".

-"El tratamiento farmacológico, la aspiración al vacío 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?"

Métodos disponibles para la IVE

-"El tratamiento farmacológico, la aspiración al vacío 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 con las opciones que hemos revisado?"

Fuente: elaboración propia.

La orientación y asesoría deben ajustarse a los tiempos, ritmos y prioridades de la mujer o persona gestante. Se debe estructurar el proceso evitando atenciones innecesarias y reduciendo cargas psicológicas adicionales. El personal de salud debe reflexionar sobre sus valores respecto a la IVE y estar en capacidad de superar prejuicios. Es fundamental comprender que negar esta atención o disuadir a la mujer o persona gestante, puede generar consecuencias adversas en la salud mental, así como en aspectos sociales y económicos que afectan el bienestar integral (Biggs et al., 2017). Ver documento Acompañamiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Orientación, Asesoría y Soporte Integral en los Tratamientos. Documento Técnico para Personal de Salud.

Detección de violencias basadas en género durante la atención

La VBG es una problemática global que vulnera la dignidad, la libertad y la autonomía de millones de mujeres y personas gestantes. Organismos internacionales, como la OMS (2013), han documentado que esta forma de violencia persiste con una magnitud alarmante, afectando a una de cada tres mujeres en el mundo.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) y la Convención de Belém do Pará (1994) reconocen la VBG como una violación de derechos humanos, un problema de salud pública y una cuestión de justicia social.

Muchas mujeres y personas gestantes que solicitan una IVE pueden haber estado expuestas a VBG. Por ello, es fundamental que el personal de salud cuente con la preparación para identificar estas situaciones, incluso cuando la violencia no sea el motivo explícito de consulta. El embarazo puede ser consecuencia de una agresión sexual o desarrollarse en un contexto de coerción, control o maltrato por parte de la pareja, la familia o el entorno social.

La responsabilidad de la violencia nunca recae en quien la padece. Implementar medidas de seguridad no significa que la persona sobreviviente controle la violencia ejercida en su contra, sino que le permite reducir sus riesgos y minimizar sus consecuencias.

Hay que reconocer que, aunque externamente pueda percibirse como solución el alejamiento de una relación violenta, esta acción no siempre resulta posible ni constituye necesariamente la opción más segura o adecuada para la persona afectada. Las razones por las cuales una mujer o persona gestante decide permanecer en una relación deben ser comprendidas y respetadas, sin imponer juicios ni presiones sobre su proceso.

Según la Resolución 051 de 2023 del MSPS, es fundamental que el personal de salud esté alerta durante la orientación, la consulta inicial y cualquier etapa del proceso de atención en IVE para identificar posibles formas de coerción o violencia que puedan afectar la decisión de la mujer o persona gestante. Esto implica agudizar la escucha y emplear estrategias sútiles pero efectivas para detectar presiones ejercidas por la pareja, la familia u otras personas, tanto para continuar como para interrumpir el embarazo.

Si el personal de salud sospecha coerción, debe generar un espacio privado y de confianza, promoviendo la seguridad de la persona y respetando su autonomía y libertad. En estos casos, es clave seguir los protocolos institucionales y normativos sin asumir un rol policial ni forzar una denuncia, sino ofrecer herramientas para que la persona pueda manejar su situación de la manera que considere más adecuada. El servicio de salud debe centrarse en proporcionar una respuesta orientada al bienestar y la garantía de derechos, no un espacio de validación legal o judicial de su decisión.

En la Tabla 14, se presentan algunas recomendaciones prácticas para la identificación y manejo de casos de violencia en la atención en IVE.

Tabla #14

Recomendaciones para la identificación y manejo de casos de violencia en la atención de IVE

Crear un entorno seguro y confidencial	<ul style="list-style-type: none"> -Asegurar que las consultas se realicen en espacios privados, evitando la presencia de acompañantes que pudieran estar ejerciendo coerción o violencia. -Explicar a la persona consultante que la información compartida es confidencial, salvo en casos donde exista riesgo inminente para su vida o la de terceros. -Mantener una actitud de respeto y sensibilidad, evitando cualquier juicio o suposición sobre su experiencia.
Incorporar preguntas sensibles y escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> -Incluir preguntas abiertas y neutrales para explorar si la persona ha estado expuesta a situaciones de violencia, sin presionarla a responder. Ejemplo: "Muchas personas que consultan por una IVE han enfrentado situaciones difíciles con su pareja o su entorno. ¿Hay algo de lo que te gustaría hablar o en lo que podamos apoyarte?" -Prestar atención a señales indirectas de violencia, como expresiones de miedo, angustia o dificultad para hablar libremente sobre su decisión.
Identificar signos de coerción o control	<ul style="list-style-type: none"> -Preguntar con delicadeza si la decisión de interrumpir o continuar el embarazo ha sido tomada libremente. Ejemplo: "Quiero asegurarme de que esta decisión sea realmente tuya y que te sientas en confianza aquí. ¿Cómo ha sido para ti llegar hasta este momento? ¿Sientes que has podido tomar esta decisión con libertad?" -Prestar atención a signos de coerción, como la presencia insistente de un acompañante que responde en lugar de la persona consultante o cambios evidentes en su comportamiento cuando está sola y cuando está acompañada.
Manejar las revelaciones de violencia con cuidado y respeto	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocer la experiencia de la persona, brindarle un espacio seguro para expresarse sin minimizar lo que siente ni imponer juicios. Ejemplo: "Lamento que hayas pasado por esto. Es importante que sepas que la responsabilidad de lo ocurrido no es tuya. Quien ejerció la violencia fue quien tomó el control y abusó de su poder, mientras que tú lograste sobrevivir a esa situación. Estás aquí, tomando decisiones sobre tu bienestar, y eso demuestra tu fortaleza. Ser amable contigo misma implica no cargar con culpas que pertenecen a otras personas". -Explicar que hay opciones de apoyo sin presionar a la persona a tomar medidas que no deseé. -Si la persona manifiesta temor a la protección de la confidencialidad, explorar maneras seguras de brindar información y recursos sin ponerla en riesgo.
Conocer y aplicar los protocolos de atención	<ul style="list-style-type: none"> -El equipo de salud debe estar familiarizado con los protocolos institucionales para la atención de víctimas de violencia sexual y de género, garantizando una respuesta adecuada y oportuna. -En los casos de violencia sexual, asegurar que la persona reciba información sobre su derecho a la atención integral según el Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual. -En casos de violencia por parte de la pareja o la familia, ofrecer información sobre redes de apoyo y servicios especializados, sin forzar la denuncia.

Respetar la autonomía y no revictimizar

- Reconocer que la persona consultante es quien decide qué tipo de apoyo desea recibir.
- Realizar preguntas con sensibilidad y respeto, asegurando que la persona se sienta escuchada y apoyada. Toda interacción debe estar orientada a ofrecer apoyo y garantizar sus derechos, absteniéndose de hacer comentarios que puedan generar culpa o juicios.
- Brindar la atención en IVE sin condicionarla a la revelación de violencia o a la aceptación de otros servicios.
- Al integrar estas prácticas en la atención en IVE, el personal de salud contribuye a garantizar que las personas que han vivido violencia reciban el acompañamiento y la información necesarias para decidir sobre su salud y bienestar, sin presiones ni barreras.

Fuente: elaboración propia.

Nota: ver documento *Acompañamiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Orientación, Asesoría y Soporte Integral en los Tratamientos. Documento Técnico para Personal de Salud*.

3.1.5. Tratamientos para la IVE

Elección del tratamiento para la IVE

Durante la atención, es fundamental practicar la escucha activa, aclarar dudas, responder a las preguntas de la mujer o persona gestante y brindar información con un lenguaje claro, accesible, objetivo e imparcial. Se debe explicar con detalle las características, ventajas y riesgos de cada técnica disponible: síntomas esperados, duración, manejo y signos de alarma que requieren atención inmediata. Además, es importante informar sobre el retorno a la fertilidad y el tiempo recomendado para reanudar las actividades cotidianas, así como obtener el consentimiento informado. Ver numeral 3.1.3.

Para la realización de la IVE, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en todas las edades gestacionales.

Se recomienda el uso de medicamentos antes de 12 semanas de gestación; la aspiración al vacío (manual o eléctrica) hasta antes de 15 semanas; y la dilatación y evacuación (D&E) a partir de 15 hasta 24 semanas, todos estos de carácter ambulatorio. También se contemplan tratamientos farmacológicos intrahospitalarios a partir de 12 semanas, así como la IAF en ges-

taciones a partir de 20 semanas, acompañada del uso de medicamentos según las indicaciones de la OMS y la Resolución 051 de 2023 del MSPS. Ver Anexo 1 y 2.

La dilatación y el curetaje (legrado uterino) es un procedimiento obsoleto debido a sus mayores riesgos y complicaciones. En su lugar, la aspiración al vacío manual o eléctrica es más segura y requiere menos recursos, siendo la técnica instrumental recomendada por la OMS (2022), así como por otros estudios (Henkel et al., 2018), para gestaciones del primer trimestre. La Tabla 15 resume estos tratamientos.

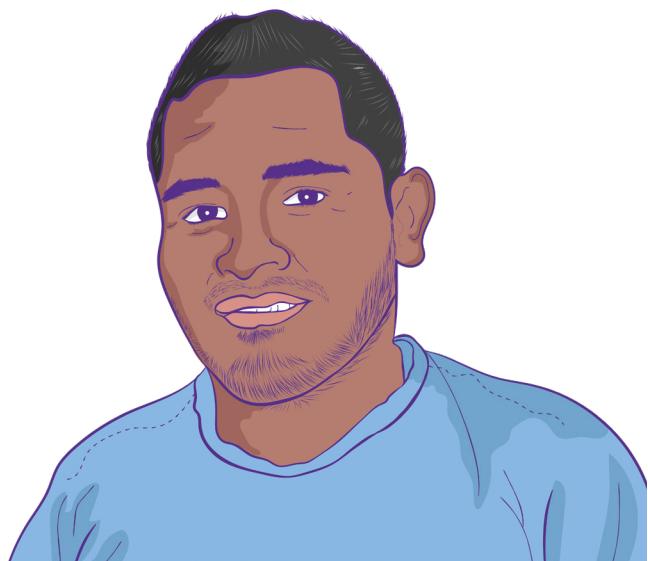


Tabla #15

Tratamientos para la IVE en cualquier edad gestacional

Evento	Tratamiento	Entorno de atención
Antes de 12 semanas	Farmacológico (mifepristona + misoprostol, o misoprostol solo)	Ambulatorio
Antes de 15 semanas	Aspiración al vacío manual o eléctrica	Ambulatorio
A partir de 15 semanas hasta 24 semanas	Dilatación y evacuación (con IAF a partir de 20 semanas)	Ambulatorio
A partir de 12 semanas hasta antes de 20 semanas	Farmacológico (mifepristona + misoprostol, o misoprostol solo)	Hospitalario
A partir de 20 semanas	Farmacológico (mifepristona + misoprostol, o misoprostol solo) junto con IAF	Hospitalario

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Para definir el tipo de tratamiento que se debe realizar de acuerdo con la edad gestacional, al decir "antes de" "a partir de" "hasta" o "después de", se delimita la edad gestacional en semanas incluyendo los días. Ejemplo: "antes de 12 semanas" significa que el tratamiento se puede realizar hasta 11 semanas y 6 días, "a partir de 15 semanas" significa que incluye 15 semanas y 0 días, "hasta 24 semanas" significa que el tratamiento se puede realizar hasta 24 semanas y 6 días, o "después de 24 semanas" indica que inicia el proceso en 25 semanas y 0 días.

La elección del tratamiento debe priorizar la preferencia de la mujer o persona gestante, siempre que no existan restricciones clínicas. Para ello, se debe considerar la edad gestacional, las condiciones médicas evaluadas en cada caso y los riesgos asociados. Todos los tratamientos para la IVE están incluidos en el plan de beneficios en salud (PBS).

El modelo de atención promueve la autogestión, permitiendo que las mujeres y personas gestantes tengan control sobre la IVE farmacológica. Pueden optar por gestionar todo el tratamiento de manera autónoma o solo una parte, eligiendo qué aspectos desean manejar por sí mismas y en cuáles requieren el apoyo de profesionales de salud con capacitación o la atención de un prestador de servicios de salud (OMS, 2022).



Tabla #16

Características de los tratamientos según la edad gestacional

Tratamiento	Descripción general	Ventajas	Desventajas
IVE farmacológica antes de 12 semanas	Mifepristona: Induce necrosis en el sitio de implantación y reblandecimiento del cérvix y del músculo liso uterino.	-No requiere instrumentación. -No requiere anestesia. -Similar a un aborto espontáneo. -Se realiza en casa. -No es invasivo. -Ambulatorio.	-Requiere horas/días para ser completado. -El sangrado postratamiento puede ser más prolongado que con la aspiración. -Menos efectivo que la aspiración.
	Misoprostol: Induce la dilatación del cérvix y contracciones uterinas.		
IVE no farmacológica por aspiración al vacío antes de 15 semanas	Dilatación del cérvix. Aspiración del contenido uterino a través de una cánula de plástico conectada a una fuente de vacío (aspirador manual o eléctrico).	-Usualmente requiere una sola visita. -El procedimiento es ambulatorio y de corta duración. -Manejo de dolor y uso de anestesia local. -Puede emplearse desde la gestación temprana hasta antes de 15 semanas. -Su efectividad es del 99%. Ambulatorio.	-Procedimiento invasivo. -Se pueden presentar complicaciones intraoperatorias. -En todos los casos requiere atención institucional. -Requiere de personal con capacitación en la técnica.
IVE no farmacológica por dilatación y evacuación D&E A partir de 15 hasta 24 semanas	Preparación y dilatación del cérvix. Procedimiento combinado entre aplicación de fórceps para la extracción del contenido uterino y aspiración al vacío.	-Es de carácter ambulatorio. -De corta duración. -El manejo de dolor puede ser combinado con bloqueo paracervical y sedación consciente. -Recuperación rápida posabortedo.	-Procedimiento invasivo. -Se pueden presentar complicaciones intraoperatorias. -En todos los casos requiere atención institucional. -Preparación cervical de 24 a 48 horas previas al procedimiento. -Requiere de personal con capacitación en la técnica.
IVE farmacológica a partir de 12 semanas	Tratamiento intrahospitalario que requiere administración de medicamentos hasta la expulsión	Las complicaciones son acompañadas inmediatamente por el personal de salud. Mínimo riesgo de perforación uterina y desgarro cervical.	-Administración de varias dosis de medicamento hasta lograr la expulsión. -Efectos secundarios con cada dosis de medicamento (por misoprostol). -La expulsión del producto de la concepción puede presentarse luego de 2 o más días. -Mayor riesgo de hemorragia, especialmente a partir de 20 semanas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Resolución 051 de 2023 del MSPS.

A continuación, se describen las características de los tratamientos de IVE en las diferentes edades gestacionales teniendo en cuenta la siguiente secuencia: IVE farmacológica ambulatoria, IVE no farmacológica ambulatoria e IVE farmacológica en el entorno hospitalario.

■ IVE farmacológica ambulatoria antes de 12 semanas

La IVE farmacológica puede realizarse en un entorno ambulatorio utilizando medicamentos antes de 12 semanas de gestación, según las recomendaciones de la OMS (2022). Puede llevarse a cabo a través de prestadores de salud con servicios habilitados donde se realicen las atenciones de IVE, o ser auto-gestionada, permitiendo a la mujer o persona gestante concluir el proceso en su hogar con el apoyo necesario. Esto favorece un mayor acceso y promueve la autonomía reproductiva de la persona, ya que no siempre es necesario acudir a un establecimiento de salud, siempre que se entregue información clara, veraz y oportuna, y se apliquen enfoques de autoevaluación y autogestión.

El proceso de atención puede ser ejecutado en su totalidad por parte de una persona profesional capacitada o por un equipo que lleve a cabo las diferentes intervenciones. También es posible realizar parte del tratamiento a distancia, combinando la atención de una persona profesional no médica con una profesional en medicina. La OMS recomienda que la IVE farmacológica puede ser realizada por personal de salud como auxiliar de enfermería, enfermería profesional y partería tradicional—recomendación fuerte a favor de la intervención— (OMS, 2015, p.37; OMS, 2022, p.32).

En Colombia, los medicamentos autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) para la IVE antes de 12 semanas son la mifepristona en combinación con misoprostol o misoprostol solo, los cuales son recomendados por la OMS. Ver capítulo 2 sobre Capacidad Instalada. Los prestadores de servicios de salud a lo largo del territorio nacional deben garantizar la disponibilidad de estos medicamentos, asegurando así la mayor efectividad y minimizando los riesgos de complicaciones

durante el proceso de IVE.

La mifepristona es un antagonista de los receptores de progesterona y glucocorticoides, lo que significa que inhibe la acción de estos últimos. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la actividad de la progesterona y sensibilizar el útero a los efectos de las prostaglandinas (Spitz, 2010).

En regiones donde la mifepristona no está disponible, la OMS recomienda el uso de misoprostol solo como alternativa segura y eficaz. Este medicamento, es un análogo sintético de la prostaglandina E1, que estimula las contracciones uterinas y facilita el ablandamiento y la dilatación del cuello uterino. Es altamente efectivo y una opción segura para la IVE, tan seguro como la combinación mifepristona y misoprostol; sin embargo, requiere de dosis repetidas generando mayores efectos secundarios y un tiempo más prolongado para lograr el éxito del tratamiento.

El misoprostol ha sido aprobado para su uso en las siguientes indicaciones ginecoobstétricas:

- ▶ Inducción del parto con feto vivo.
 - ▶ Interrupción del embarazo con feto muerto y retenido.
 - ▶ Tratamiento del aborto incompleto.
 - ▶ Hemorragia posparto.
 - ▶ Maduración del cuello uterino para procedimientos como histeroscopia y colocación del DIU.
- Por esta razón, en 2005, la OMS (2021) incluyó la mifepristona y el misoprostol en el listado de medicamentos esenciales, es decir, medicamentos mínimos necesarios para un sistema de salud básico, dado que forman parte de la atención integral para el aborto, garantizando el acceso y la prestación de servicios en salud reproductiva.

El 4 de octubre de 2012, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), dando cumplimiento a la Sentencia T-627 de 2012 de la Corte Constitucional, acordó incluir el misoprostol en el listado de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud, con las indicaciones autorizadas por el INVIMA, y el 16 de diciembre de 2016 aprobó el uso de la mifepristona en Colombia.

En la actualidad, la mifepristona y el misoprostol no son medicamentos de control especial, lo que significa que no son sustancias sometidas a fiscalización (MSPS, 2006), ya que en el 2015 el INVIMA retiró la franja violeta del misoprostol (MSPS, 2015).

En casos de IVE farmacológica a partir de 12 semanas de gestación, el tratamiento debe realizarse obligatoriamente en un entorno hospitalario, con supervisión médica continua hasta su finalización. No se debe realizar de manera rutinaria un procedimiento de aspiración al vacío o revisión de cavidad uterina adicional si la expulsión del producto de la concepción es completa (OMS, 2022). En las siguientes secciones se detallarán específicamente los procesos de la IVE farmacológica en el entorno hospitalario.

Efectividad del tratamiento

La combinación de mifepristona y misoprostol presenta una tasa de efectividad del 96% para la interrupción del embarazo intrauterino en el primer trimestre (OMS, 2003; Kulier et al., 2011; Chen & Creinin, 2015) y la OMS evidencia que este régimen es más eficaz que el misoprostol por sí solo (2022). La tasa de aborto completo con el régimen de misoprostol es del 85% (von Hertzen et al., 2007) sin necesidad de una intervención adicional, como la aspiración al vacío.

Sin embargo, para alcanzar una efectividad del 93%, es necesario administrar dosis adicionales de misoprostol (Sheldon et al.,



2019). Por lo tanto, aunque el régimen de misoprostol solo puede ser eficaz, se asocia con la necesidad de dosis repetidas y algunos estudios describen mayores dosis iniciales (Kapp et al., 2018; Raymond et al., 2019), así como con un mayor tiempo de espera antes de realizar el seguimiento para confirmar el aborto completo (Sheldon et al., 2019).

El uso de misoprostol solo puede ser empleado en regiones donde la mifepristona no esté disponible (OMS, 2022). Aproximadamente solo el 4% de las personas que reciben la combinación de mifepristona y misoprostol requieren aspiración al vacío debido a un aborto incompleto, aborto retenido o continuación del embarazo. Según un metaanálisis, las tasas promedio de aborto completo oscilan entre el 94% y el 96%, de aborto incompleto entre el 2% y el 4%, y de continuación del embarazo entre el 1% y el 3% (Kahn, 2000).

Cuando se emplea misoprostol solo, la necesidad de aspiración al vacío puede ascender por encima del 15%, y rara vez se requiere atención inmediata por sangrado excesivo (menos del 1% de los casos). Sin embargo, de presentarse este evento se debe informar a la persona sobre los signos de alarma y proporcionar información sobre los prestadores de servicios de salud disponibles en caso de requerir un proceso de referencia y contrarreferencia.

Tabla #17

Regímenes para la IVE farmacológica ambulatoria

Semanas	Tratamiento	Misoprostol solo
Antes de 10 semanas (<70 días)	<ul style="list-style-type: none"> -Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg vía sublingual, vaginal o bucal a las 24-48 horas. Recomendación fuerte a favor de la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> -Misoprostol 800 mcg vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas hasta la expulsión.
A partir de 10 hasta antes de 12 semanas (70-83 días)	<ul style="list-style-type: none"> -Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg vía sublingual, vaginal o bucal a las 24-48 horas. -Administrar misoprostol vía sublingual, vaginal o bucal cada 3 horas hasta la expulsión*. Recomendación fuerte a favor de la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> En estas directrices no se indica un número máximo de dosis de misoprostol (OMS, 2022). Recomendación fuerte a favor de la intervención.

Fuente. Adaptado de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), 2023.

Nota: *aunque OMS y FIGO no indica número de dosis de misoprostol, se sugiere administrar 2 dosis después de la mifepristona con 4 horas de diferencia, alcanzando tasas de efectividad del 97% en embarazos antes de 12 semanas de manera ambulatoria (Dzuba, 2020).

Debido a que las mujeres y personas gestantes pueden gestionar el tratamiento farmacológico por sí solas, en su totalidad o en una parte, la autogestión puede coexistir con las interacciones con personal de la salud con capacitación u otro personal involucrado⁸, en conjunto con los procesos de atención previamente descritos (OMS, 2022).



Importante (FIGO, 2023).

- La vía oral/sublingual se asocia con más efectos secundarios.
- Si hay sangrado genital, se debe evitar la vía vaginal.
- No hay una dosis máxima de misoprostol. Si el aborto no se completa después de 5 dosis, se puede continuar con dosis adicionales o descansar durante 12 horas y comenzar de nuevo.
- El misoprostol no está contraindicado en mujeres y personas gestantes multíparas.
- No se requiere ni se recomienda la aspiración de rutina después de una IVE farmacológica.

⁸ Personal comunitario de salud, farmacia, farmacéutica, medicina tradicional y complementaria, auxiliar de enfermería, partería tradicional, enfermería, personal clínico asociado e independiente.

La administración de medicamentos para la IVE se inicia con una tableta de mifepristona de 200 mg por vía oral. Posteriormente, se entregan cuatro (4) tabletas de misoprostol (800 mcg en total), que deben ser autoadministradas en una sola dosis a las 24-48 horas (1-2 días) por vía sublingual, vaginal o bucal, según las preferencias y condiciones de la persona, y siguiendo los lineamientos de las Directrices sobre la Atención para el Aborto de la OMS (2022).

Si la persona consultante desea realizar autogestión total en casa, es posible entregarle los medicamentos para su autoadministración, dejando constancia en la historia clínica (IPAS, 2021; Moseson, 2022; OMS, 2022).

La vía de administración sublingual para el misoprostol tiene una vida media corta con una concentración máxima alta en aproximadamente 30 minutos. En contraste, las vías vaginal y bucal presentan una vida media más prolongada, aunque con una concentración máxima más baja (FLASOG, 2013).

La elección de la vía de administración puede depender de factores clínicos, como intolerancia a medicamentos por vía oral o hiperémesis gravídica, entre otros. En gestaciones a partir de 10 semanas, pueden emplearse dosis de misoprostol cada tres horas hasta la expulsión (FIGO, 2023).

Efectos secundarios

»Efectos esperados

► **Sangrado vaginal:** es fundamental informar que el sangrado es un efecto esperado y que puede variar en duración e intensidad. Generalmente, inicia dentro de las tres primeras horas después de la administración de misoprostol, pudiendo aumentar en volumen sin causar descompensación. Aunque puede ser abundante, suele ser bien tolerado y, tras la expulsión del

contenido uterino, disminuye progresivamente hasta volverse escaso o desaparecer.

En algunos casos, puede persistir en forma de manchado (spotting) entre 6 y 38 días, con un promedio de dos semanas (Schaff, 2000; Wiebe, 2002; Von Hertzen, 2003; Borgatta, 2009), siendo diferente la respuesta en cada persona. Durante este proceso, es posible la expulsión de coágulos y restos ovulares (tejido). Si la gestación es mayor a 10 semanas, pueden observarse el embrión o estructuras fetales.

► **Dolor abdominal:** el dolor suele aparecer después de la administración de misoprostol y, en general, es de tipo cólico, con una intensidad mayor que la del dolor menstrual. Tiende a disminuir o mejorar tras la expulsión. Su manejo puede realizarse con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o analgésicos similares (Schreiber, 2018).

»Efectos probables

Solo una de cada cuatro personas no experimenta efectos secundarios tras la administración de misoprostol. La identificación de los efectos descritos a continuación se basa en un metaanálisis de los principales estudios clínicos sobre IVE farmacológica (Schaff, 2000; Honkanen, 2004; Henderson, 2005; von Hertzen, 2009).

Es fundamental informar que lo más probable es que la persona presente uno o varios de los siguientes síntomas:

► **Náusea y vómito:** hasta un 30% de las personas pueden experimentar náuseas o vómito dentro de las primeras cuatro horas tras la administración de misoprostol. En la mayoría de los casos, estos síntomas no requieren tratamiento y suelen resolverse espontáneamente. Si es necesario, pueden manejarse con antieméticos (Fekih, 2010).

► **Fiebre:** la fiebre (temperatura de 38 °C o más, medida con termómetro) ocurre en promedio en un 15% a 20% de las personas durante las primeras 24 horas y está asociada a la administración de misoprostol, sin ser indicativa de infección. Para su control, puede emplearse un antipirético.

► **Escalofrío:** es más frecuente, presentándose en aproximadamente un 30% a 43% de los casos (Blumenthal, 2007). Si la fiebre o el escalofrío persisten más de 24 horas después de la última dosis de misoprostol, es un signo de alarma y se recomienda acudir de inmediato a un servicio de salud para descartar una posible infección.

► **Diarrea:** se asocia al uso de misoprostol y ocurre, en promedio, en un 13% a 25% de las personas, generalmente resolviéndose el mismo día. Su frecuencia e intensidad son variables y puede afectar hasta al 50% de los casos, dependiendo de la dosis y la vía de administración (Blum, 2012).

► **Cefalea:** es poco frecuente, pero puede experimentarse luego del uso de misoprostol hasta en un 17% de las personas (Schreiber, 2018).

► **Teratogenicidad:** la posibilidad de efectos teratogénicos ha sido una de las principales inquietudes en el contexto de la IVE. Un metaanálisis que incluyó 13 estudios identificó un aumento en la incidencia de alteraciones congénitas asociadas al uso de misoprostol en etapas tempranas del embarazo, con un odds ratio (OR) de 2.69 (IC 95%: 1.57 - 4.62). Además, se encontró una relación entre el uso concomitante de misoprostol y mifepristona y la presencia de anomalías como hidrocefalia, síndrome de Möbius y defectos terminales transversales de las extremidades (Jingran, 2024).

Retorno de la fertilidad

La menstruación suele reaparecer entre 30 y 50 días después del tratamiento. La ovulación puede ocurrir tan pronto como 8 a 10 días después de un aborto inducido o espontáneo, y generalmente se restablece dentro del primer mes (Kim, 2021).

Si bien es poco común que una persona decida continuar un embarazo tras una interrupción fallida, el personal de salud debe proporcionar información clara y rigurosa sobre los posibles riesgos. Hasta la fecha, no se ha documentado una relación causal entre el uso de mifepristona y alteraciones congénitas adversas. Si una mujer o persona gestante desea continuar con el embarazo después de haber utilizado solo mifepristona, la preocupación por una posible anomalía congénita no debería ser el único criterio para limitar su autonomía reproductiva (Turner, 2024). No obstante, en la práctica clínica sí se han descrito con el uso de misoprostol.

En caso de que el embarazo persista tras la exposición al misoprostol y la persona decida proseguir con la interrupción, se recomienda finalizar el proceso mediante aspiración al vacío.

Signos de alarma

Los signos de alarma son situaciones que, aunque poco frecuentes, pueden presentarse con el uso de los medicamentos. Es importante identificarlos con el fin de asistir inmediatamente a una valoración y evitar complicaciones. A continuación, se describen los principales signos de alarma y cómo reconocerlos:

► **Hemorragia:** es un sangrado abundante que puede descompensar. Para disminuir la posibilidad de una hemorragia descompensadora se debe vigilar que, si empapa más de 2 toallas sanitarias de tamaño convencional por hora en un lapso de dos horas consecutivas, debe asistir a valoración inmediata.

»**Fiebre:** temperatura mayor o igual a 38°C que persiste después de 24 horas desde la administración de la última dosis de misoprostol.

»**Dolor pélvico:** presentar dolor que no cede con el manejo analgésico.

»**Ausencia de sangrado** después de 72 horas desde la administración de misoprostol.

Contraindicaciones absolutas

La mayoría de las mujeres y personas gestantes con gestaciones tempranas pueden optar por la IVE farmacológica con mifepristona y misoprostol, o misoprostol solo, ya que, según la evidencia disponible, es segura para la mayoría de los casos. Sin embargo, no debe iniciarse en las siguientes situaciones:

»**Sospecha de embarazo ectópico** o presencia de una masa anexial no diagnosticada.

»**Alergia** conocida a cualquiera de los medicamentos utilizados (mifepristona o misoprostol).

»**Trastornos de coagulación** o tratamiento con anticoagulantes: Se asocia con un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas durante la IVE farmacológica.

»**Porfirias:** la mifepristona está contraindicada en personas con diagnóstico de porfiria debido a que su mecanismo de acción disminuye la síntesis del grupo HEMO lo que conlleva a la acumulación de precursores de las porfirinas y de esta manera aumenta el riesgo de exacerbar la enfermedad, en especial a personas con porfiria activa o mal controlada (OMS, 2020).

»**Insuficiencia suprarrenal crónica y/o terapia crónica con corticoides:** aunque la evidencia sobre el uso de mifepristona en mujeres y personas gestantes con esta condición es limitada, se sabe que este medicamento tiene un efecto significativo en la regulación de los glucocorti-

coides (Karena, 2022) que puede persistir durante 1 a 3 días después del uso (Sun, 2014), lo que puede redundar en una menor efectividad para lograr el aborto.

No obstante, debido a la dosis baja utilizada en la interrupción del embarazo, este efecto suele ser reversible y no genera una supresión drádica del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal (HHA). Se recomienda un manejo cuidadoso en personas bajo tratamiento crónico con corticoides, ajustando las dosis conforme a las necesidades clínicas para prevenir insuficiencia suprarrenal.



Situaciones que **NO** se consideran contraindicaciones:

-Miomatosis, estenosis cervical, antecedente de conización cervical y malformaciones uterinas.

-Antecedente de cesárea tanto para casos de primer como de segundo trimestre (Xu, 2001; Chen, 2008; Berghella, 2009; Goyal, 2009).

-Embarazos múltiples (OMS, 2021).

-ITS o VIH/SIDA (OMS, 2021).

Complicaciones

La mifepristona y el misoprostol son medicamentos seguros. El sangrado vaginal que se presenta generalmente no requiere terapia o intervención adicional. Por otro lado, menos del 1% de las personas que inician el tratamiento en el primer trimestre requieren atención médica urgente, y solo el 0.05% necesita una transfusión de sangre (Bridwell, 2022).

IVE no farmacológica ambulatoria antes de 15 semanas

La IVE no farmacológica antes de 15 semanas de gestación se realiza mediante aspiración al vacío, también denominada aspiración manual o eléctrica endouterina (AMEU/AEEU). Es ambulatoria y puede realizarse con anestesia local mediante bloqueo paracervical. La OMS (2022) establece que la aspiración al vacío en el primer trimestre debe realizarse en una sala de procedimientos, sin necesidad de habilitar salas quirúrgicas.

En Colombia, este tratamiento puede llevarse a cabo en consultorios con áreas de procedimientos o en salas de procedimientos sin consultorio (MSPS, 2019). Ver Capítulo 2 sobre Capacidad Instalada. Se basa en un modelo sencillo de atención y permite que sea realizado por profesional en medicina general con una adecuada capacitación, conforme a lo estipulado en las Resoluciones 051 de 2023 y 3280 de 2018 del MSPS. La OMS (2015; 2022) establece que la IVE no farmacológica puede ser realizada por personal con capacitación como auxiliares de enfermería—recomendación débil a favor de la intervención—, personal de enfermería y parturienta tradicional que cuenten con una debida capacitación—recomendación fuerte a favor de la intervención. Ver documento Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE.

Si la institución decide, por protocolo, realizar preparación cervical antes de una IVE no farmacológica antes de 12 semanas, la OMS (2022) propone utilizar mifepristona y misoprostol—recomendación débil a favor de la intervención. Esta preparación puede variar según la edad gestacional. En todos los casos, se debe garantizar la profilaxis antibiótica y el manejo adecuado del dolor. La evacuación del contenido uterino se realiza a través de cánulas plásticas y un aspirador manual o eléctrico, lo que reduce el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo.

La alta efectividad de la aspiración al vacío ha sido ampliamente documentada, con tasas de evacuación completa de hasta el 99% de los casos (Kapp, 2020). La implementación de esta técnica en sustitución del legrado uterino ha reducido significativamente el riesgo de complicaciones, incluyendo hemorragia, perforación uterina y dolor. El riesgo de complicaciones graves es inferior al 0.1%, y la necesidad de reintervención por retención de restos ovulares se encuentra entre el 1% y el 3% (Musik, 2021). La retención de restos es más frecuente tras el aborto farmacológico, con una incidencia del 2% al 4%, en comparación con la aspiración (Foreste, 2021).

Los prestadores de servicios de salud están obligados a garantizar la atención de la IVE no farmacológica, y se recomienda adaptar espacios diferenciados que garanticen el bienestar emocional y la privacidad, cuando se realicen atenciones obstétricas diferentes a la IVE en el mismo ambiente.

Contraindicaciones relativas

- 1) Enfermedad pélvica inflamatoria activa.
- 2) Cuadro febril de origen no determinado.
- 3) Enfermedades sistémicas descompensadas.

Para todos los casos, resolver cada situación antes de iniciar la aspiración al vacío.

Instrumental básico para la AMEU/AEEU

El instrumental básico para la aspiración al vacío incluye un aspirador manual, un juego de cánulas flexibles y el instrumental adicional requerido, que debe estar disponible en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud que tienen servicios habilitados donde se pueden llevar a cabo las atenciones. Existen distintos diseños de instrumental según el fabricante, pero todos operan de manera similar.

Gráfico#22

Instrumental para aspiración al vacío

Aspirador Manual

- Tiene un diseño similar al de una jeringa en material de plástico.
- Cilindro de 60 cc en el que se recoge el contenido evacuado.
- Émbolo con mango para generar vacío.
- Válvula con dos botones para controlar la succión.
- Genera una presión al vacío de 400 a 600 mmHg, suficiente para evacuar la cavidad uterina de manera segura.

Cánula

- Material: plástico, ligeramente rígido.
 - Base fija con diseño de ala, lo que facilita su conexión con el aspirador.
 - Punta roma, para reducir el riesgo de perforación.
 - Kit de 8 cánulas con diámetros de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm.
 - Hasta la número 8 tienen dos aberturas en lados opuestos.
 - A partir de la cánula número 9 tienen una sola abertura más amplia cerca de la punta de la cánula, lo que facilita la extracción de restos ovulares de mayor tamaño.
 - El primer marcador se encuentra a 6 cm de la punta de la cánula. Los marcadores siguientes están espaciados en intervalos de 1 cm.
- >Para realizar una adecuada histerometría se debe incluir el número o los números que se encuentran seguidos de los marcadores impresos de manera vertical. Es decir, que en cánulas de un solo dígito (4-9), la histerometría se realiza hasta 12 cm, mientras que en las cánulas de dos dígitos (10 y 12), se extiende hasta 13 cm.
- >Estos marcadores permiten realizar la histerometría, sin necesidad de introducir un histerómetro metálico, reduciendo el riesgo de perforación uterina.

Dilatadores (Denniston)

- Kit con 5 dilatadores de material plástico rígido.
- Disponibles desde el calibre 5 hasta 14 mm.
- Son cónicos y cada barra tiene dos dimensiones, una en cada extremo.
- Permiten una dilatación gradual del cuello uterino.
- El número del dilatador corresponde al diámetro en milímetros de la punta.

Fuente: elaboración propia a partir de Folleto Instructivo Instrumental de AMEU, IPAS, 2006-2007; DKT, 2022.

Las reglas y excepciones que se deben tener en cuenta al momento de seleccionar la cánula y el dilatador, de acuerdo con la edad gestacional, se describen en la Tabla 18.

Tabla #18

Reglas y excepciones para elección de cánula y dilatador según edad gestacional

Reglas	Excepciones
<p>1. El número de la cánula debe corresponder al número de semanas del embarazo.</p> <p>2. Se debe dilatar hasta el número de semanas del embarazo iniciando con el dilatador de menor tamaño.</p> <p>3. El dilatador se introduce hasta sobrepasar el orificio cervical interno y no debe ir hasta el fondo uterino.</p> <p>4. Las cánulas 4 y 5 no se usan para aspiraciones al vacío en aborto, se pueden utilizar para biopsias endometriales o histerometrías comparativas.</p> <p>5. No realizar aspiración al vacío con una cánula de más o menos de 2 mm de diferencia en relación con la edad gestacional.</p> <p>6. De no lograr la dilatación esperada, suspender el procedimiento y preparar el cérvix con misoprostol durante dos horas para continuar con la aspiración al vacío.</p>	<p>1. Se puede realizar una aspiración al vacío con una cánula 1mm menos o 1mm más de la edad gestacional.</p> <p>2. Se puede dilatar hasta 1 mm menos o 1 mm más de la edad gestacional.</p> <p>3. En IVE no farmacológica con gestaciones de 5 semanas, se inicia procedimiento de aspiración con la cánula 6.</p> <p>Ejemplos para aplicar las excepciones pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adolescentes nulíparas. -Cérvix estenótico por antecedente de conización. -Embarazos de 11 semanas, debido a que el kit no cuenta con esta cánula.

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, se debe contar con la disponibilidad del instrumental complementario requerido, el cual se detalla en la Tabla 19.

Tabla #19

Instrumental complementario requerido para la IVE no farmacológica

<p>Equipo de succión: el aspirador y las cánulas son dispositivos reutilizables, de acuerdo con el proveedor, con hasta 25 usos (MSPS, 2022).</p>	<p>-----Espéculo, pinzas Foerster o de anillo, tenáculo traumático o atraumático,----- extensores de aguja de anestesia o agujas espinales. <i>Todo este instrumental debe estar esterilizado o sometido a desinfección de alto nivel.</i></p> <p>-Aspirador: puede ser esterilizado al vapor en autoclave, en soluciones como peróxido de hidrógeno o glutaraldehído; también se puede realizar desinfección de alto nivel (IPAS, 2023).</p> <p>-Cánulas: deben ser descontaminadas, lavadas y posteriormente esterilizadas o sometidas a desinfección de alto nivel antes de su reutilización, en entornos en donde no se cuente con procesos de esterilización al vapor con la temperatura apropiada para plástico.</p> <p>-Para gestaciones a partir de 13 y antes de 15 semanas se debe utilizar cánulas Berkeley calibre 13 y 14, junto con adaptador y tubo de succión en silicona grado médico calibres 12 y 14. Las cánulas Berkeley son reutilizables de acuerdo con las instrucciones del proveedor y tienen hasta 25 reúsos.</p>
<p>-Caja de vidrio con transiluminación, caja de Petri, colador y lupa.</p>	
<p>-Tensiómetro, fonendoscopio, termómetro.</p>	
<p>-Tensiómetro, fonendoscopio, termómetro.</p>	
<p>-Camilla ginecológica, lámpara de examen ginecológico, banco giratorio, mesa auxiliar, escalerilla o elevador, atril o porta-suero para administración de líquidos endovenosos.</p>	

-Recipientes autorizados para desechos y material cortopunzante.	
-Pinza portaagujas, tijera para material.	
Insumos médicos	-Solución antiséptica (clorhexidina al 2%) para mucosas. -Gasas y esparadrapo. -Jeringas de 10 y 20 cc. -Guantes estériles y no estériles.
Soluciones intravenosas y material asociado	-Lactato de Ringer (bolsas de 500 cc). -Solución salina normal (bolsas de 500 y 100 cc). -Equipo de venoclisis. -Sonda de Foley 14 y 16 Fr. -Solución de Monsel. -Catéter endovenoso 16 o 18. -Sutura reabsorbible catgut cromado 2.0.
Medicamentos	-Anestésicos y analgésicos: lidocaína sin epinefrina (al 2% o 1%), antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) u opioides. -Uterotónicos y antifibrinolíticos: misoprostol (tabletas de 200 mcg), metilergonovina (ampollas de 0.2 mg), oxitocina (ampollas de 10 UI) y ácido tranexámico (ampollas de 500 mg). -Antibióticos para profilaxis. -Corticoides y fármacos de emergencia. -Métodos anticonceptivos.

Fuente. Elaboración propia a partir de Resolución 051 de 2023 del MSPS.

Acciones previas al procedimiento

- Revisar detalladamente la historia clínica, prestando especial atención en la edad gestacional, antecedentes médicos (asma, alergias y consumo de sustancias psicoactivas), tamizaje para hemorragias idiopáticas y el método anticonceptivo elegido desde la consulta inicial.
- Cada integrante del equipo debe presentarse indicando su nombre, cargo y función dentro del procedimiento.
- Confirmar la identidad de la persona consultante y preguntar cómo desea ser llamada durante la atención.
- Asegurar que la persona ha leído, comprendido y firmado el consentimiento informado. Resolver cualquier duda antes del procedimiento.

• Identificar posibles necesidades de apoyo psicológico inmediato o factores de vulnerabilidad que requieran soporte.

• Llevar a la persona al área de alistamiento y realizar las siguientes actividades al menos 20 minutos antes del procedimiento:

- Entregar una bata o falda para que la persona se cubra tras retirarse la ropa de la cintura hacia abajo e indicar orinar antes del procedimiento.

- Canalizar miembro superior con Yelco #16 o 18 en consultantes con gestación a partir de 12 semanas por el mayor riesgo de sangrado, individualizando cada caso.

»Preparación cervical

Para garantizar la atención el mismo día de la consulta y reducir barreras relacionadas con la

prolongación de los tiempos, se recomienda la administración de los siguientes medicamentos, teniendo en cuenta las edades gestacionales en consultantes antes de 15 semanas.

» **Misoprostol**

Medicamento de primera elección. Las vías de administración recomendadas son sublingual, vaginal y bucal. La elección de la vía de administración puede ajustarse según las condiciones clínicas y preferencias de la persona (por ejemplo, intolerancia a medicamentos por vía oral o hiperémesis gravídica), sin afectar su efectividad. Es importante considerar la vida media de cada vía para asegurar la continuidad adecuada del procedimiento (OMS, 2012).

En embarazos a partir de 12 semanas se propone administrar misoprostol 2 horas antes del procedimiento por vía sublingual o 3 horas antes por vía vaginal o bucal—recomendación débil a favor de la intervención—(Vimala, 2004; Carbonell, 2006; Caliskan, 2007; Saxena, 2008; OMS, 2022). La preparación cervical ha demostrado ser útil en todas las edades gestacionales, con un efecto más evidente a partir de 12 semanas. Se debe informar a la persona que aproximadamente el 25% pueden experimentar fiebre y/o diarrea con esta dosis, y hasta la mitad pueden presentar escalofríos y náuseas (Aronsson, 2004; Vimala, 2004; Carbonell, 2006).

En embarazos antes de 12 semanas, la preparación cervical con misoprostol puede utilizarse si la dilatación cervical no es posible debido a dificultades técnicas. Sin embargo, su uso rutinario no es recomendado—recomendación débil a favor de la intervención—(OMS, 2022). Se recomienda la preparación cervical cuando exista un riesgo aumentado de laceración cervical como en primigestantes adolescentes o antecedente de conización de cuello uterino.

» **Mifepristona**

Según la OMS (2022), se propone administrar 200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes del procedimiento, ya sea en dosis única o combinada con misoprostol—recomendación débil a favor de la intervención.

Debe quedar claro que la preparación del cuello uterino se realiza previa a la IVE no farmacológica, y que esta debe llevarse a cabo una vez transcurrido el tiempo de premedicación.

Tabla #20

Preparación del cuello uterino con medicamentos

Medicamento	Dosis, vía de administración y tiempo de latencia
Mifepristona	200 mg vía oral 24 a 48 horas antes del procedimiento.
Misoprostol	400 mcg vía sublingual 2 horas antes del procedimiento.
Misoprostol	400 mcg vía vaginal o bucal 3 horas antes del procedimiento.

Fuente. Adaptado de Directrices sobre la Atención para el Aborto, OMS, 2022.

Nota: No es necesario administrar dosis secuenciales de misoprostol ni realizar tactos vaginales sistemáticos para verificar la dilatación cervical.

Preparación con medicamentos para la IVE no farmacológica antes de 15 semanas

Manejo del dolor

La IVE no farmacológica puede ser dolorosa. Por ello, se recomienda el uso rutinario de analgésicos pre y posprocedimiento (NAF, 2020), como AINEs, paracetamol u opioides, en combinación con bloqueo paracervical—recomendación fuerte a favor de la intervención (OMS, 2022). Omitir la analgesia puede aumentar la ansiedad y el malestar, prolongar el procedimiento y afectar negativamente la recuperación.

En la mayoría de los casos, la combinación de bloqueo paracervical, analgésicos y apoyo verbal es suficiente para lograr adecuado manejo del dolor y garantizar el bienestar de la persona durante el procedimiento. Para aquellos prestadores de servicios de salud que cuenten con sedación consciente, se propone la combinación con bloqueo paracervical—recomendación débil a favor de la intervención—(OMS, 2022), y no se recomienda el uso rutinario de anestesia general—recomendación fuerte en contra de la intervención—(OMS, 2022; Renner, 2024).

Profilaxis antibiótica

Existen esquemas antibióticos para la profilaxis en procedimientos no farmacológicos de IVE que incluyen tetraciclinas, quinolonas, macrólidos y betalactámicos. Cualquiera de estos grupos antibióticos puede utilizarse pre o perioperatoria—recomendación fuerte a favor de la intervención—(OMS, 2022). No obstante, un análisis de Cochrane (2012) demostró que la profilaxis antibiótica con nitroimidazoles y tetraciclinas es superior en costo-eficacia, además de evitar la administración parenteral (Sawaya, 2005; CDC, 2006; Low, 2012).

Profilaxis hemorrágica

» Misoprostol

En embarazos a partir de 9 hasta 11 semanas, se recomienda administrar 400 mcg por vía sublingual como profilaxis hemorrágica 20 minutos antes del procedimiento (Alfirevic, Z., 2007). No se recomienda el uso de oxitocina como profilaxis para hemorragia posaborte en ningún caso.

» Ácido tranexámico

Disminuye la probabilidad de hemorragia posterior al procedimiento en personas con antecedentes específicos y con tamizaje positivo

para hemorragia. Es importante comentar a la persona consultante la posibilidad de presentar náuseas y emesis (Novikova, 2015; Xia, 2020).

Se recomienda administrar 1 gramo intravenoso (dos ampollas de 500 mg) diluido en 10cc de solución salina normal (SSN) durante 10 minutos (PDTM, 2001), 20 minutos antes del procedimiento en los siguientes casos (Ferrer, 2009; Gai, 2004; Peitsidis, 2011):

- Gestaciones a partir de 12 semanas o más con placenta baja.
- Sospecha de placentación anormal (antecedente de cesárea con placenta baja).
- Anemia.
- Personas con coagulopatías adquiridas o genéticas conocidas. A criterio médico en personas con tamizaje positivo para coagulopatía idiopática (Resolución 3280 de 2018 del MSPS).

Ingreso a sala de procedimientos con acompañamiento

Previo al procedimiento, se deben registrar y comunicar verbalmente los signos vitales al equipo médico y de enfermería como parte de las paradas de seguridad. Es fundamental realizar un lavado de manos quirúrgico con jabón antiséptico, asegurando el cumplimiento de la técnica adecuada para procedimientos.

Al ingresar a la sala, el personal debe identificarse con nombre y rol, estableciendo un ambiente terapéutico mediante comunicación empática. Es clave acordar con la persona su preferencia de acompañamiento durante la intervención (explicación de la técnica del procedimiento, conversación de apoyo o musicoterapia), y asistirla en su acomodación

en la camilla, asegurando posición anatómica adecuada, comodidad y accesibilidad para el equipo tratante antes de iniciar.

Por otro lado, la persona que acompañe a la consultante debe estar entrenada para realizar dos funciones:

1. Brindar soporte emocional continuo durante el proceso, adaptándose a las necesidades específicas que manifieste la persona consultante. Esto incluye: (i) acompañamiento físico permanente, (ii) guía personalizada en técnicas de respiración y relajación corporal para manejar las sensaciones físicas, y (iii) respeto de sus emociones.

El equipo debe atender las preferencias en cuanto al nivel de interacción deseado (desde acompañamiento silencioso hasta diálogo activo), asegurando que mantenga el control sobre su experiencia durante todo el proceso. La intervención debe centrarse en facilitar su comodidad y autonomía, ajustándose a sus manifestaciones verbales y no verbales.

2. Apoyo al personal de salud que esté llevando a cabo el procedimiento.

Pasos para realizar la aspiración al vacío

»Preparación y carga del aspirador

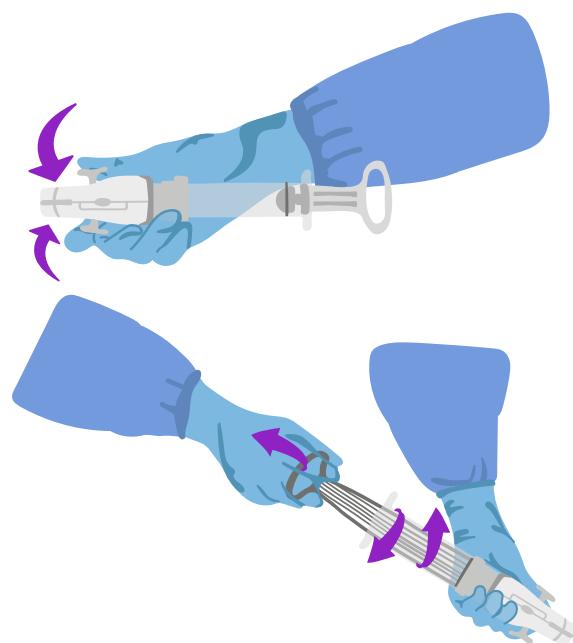
1. Revisar el émbolo y los botones de la válvula del aspirador.
2. Colocar el émbolo en el fondo del cilindro y cerrar las válvulas, empujando cada botón hacia adentro y adelante hasta sentir que encajan en su lugar.
3. Halar el émbolo hacia atrás con la mano dominante sosteniendo el cilindro con la mano no dominante hasta que los brazos del émbolo se abran automáticamente hacia afuera y se

enganchen en los lados anchos de la base del cilindro.

En esta posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirles deslizarse dentro del cilindro nuevamente empujando el contenido del aspirador dentro del útero.

Figura #1

Preparación y carga del émbolo



»Preparación del instrumental

4. Colocar el instrumental necesario en un campo o recipiente estéril y seleccionar los dilatadores y cánulas de acuerdo con la edad gestacional. Se recomienda emplear una cánula cuyo diámetro corresponda al número de semanas de gestación, ya que el uso de cánulas más pequeñas puede generar obstrucción con el tejido, dificultando la aspiración. Verificar el funcionamiento del aspirador y revisar que el resto del instrumental esté en condiciones óptimas.

»Examen pélvico bimanual

5. Antes de realizar el tacto vaginal, informar a la persona y solicitar autorización verbal para iniciar el examen. Se considera una barrera de seguridad realizar un examen pélvico bimanual previo al procedimiento, de manera cuidadosa y respetuosa, ya que esto permite:

- Correlacionar el tamaño uterino con la edad gestacional y descartar posibles patologías pélvicas o masas anexiales.
- Determinar la posición uterina identificando la versión y flexión del útero para evitar situaciones que dificulten el procedimiento.
- El tamaño del útero debe coincidir con el número de semanas registrado en la historia clínica. Si el útero está más grande de lo estimado, es posible que se trate de un embarazo más avanzado, gemelar o de una patología asociada como miomatosis uterina o malformaciones müllerianas, para lo que se debe realizar la confirmación. No se debe iniciar la aspiración si hay discordancia entre tamaño y edad gestacional. Por otro lado, si el tamaño es menor del esperado por edad gestacional se debe sospechar embarazo ectópico, menor tiempo de gestación o ausencia de embarazo.

»Inserción de espéculo vaginal

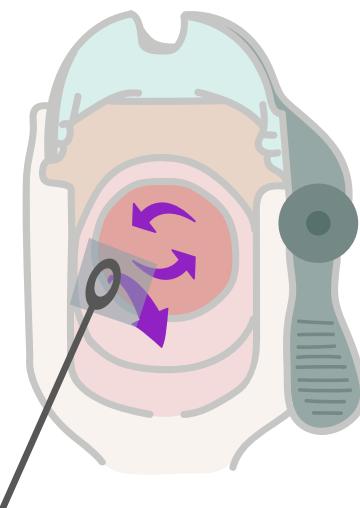
6. Informar a la persona antes de insertar el espéculo, procediendo con una inserción suave y dirigida, según los hallazgos del tacto vaginal, para minimizar las molestias. Durante la visualización del cérvix, identificar posibles signos clínicos de infección. En caso de detectarse infección, iniciar la administración de antibióticos de inmediato sin que esto represente una barrera para la atención y continuar (OMS, 2022, p.51).

»Preparación antiséptica del cérvix

7. Siguiendo la técnica de “no tocar” durante todo el procedimiento, aplicar líquido antiséptico en el orificio cervical externo, el cérvix y los fondos de saco. Con la ayuda de gasas estériles y la pinza Foerster o de anillo realizar movimientos siempre del centro a la periferia.

Figura #2

Preparación antiséptica del cérvix



Técnica de NO tocar:

-Procedimiento de asepsia en el que se evita que las partes estériles de los instrumentos que ingresarán al cuello uterino o a la cavidad uterina entren en contacto con guantes, campos o superficies que no sean estériles.

-Para lograrlo, se manipulan únicamente las zonas externas de las cánulas, pinzas o tubos (habitualmente con una pinza estéril o sujetando el adaptador) y se introduce el extremo intrauterino directamente desde su empaque o bandeja estéril.

-El propósito es minimizar la contaminación bacteriana y, por ende, reducir el riesgo de infección en procedimientos como la aspiración al vacío (manual o eléctrica) o la inserción de dispositivos intrauterinos.

»Pinzamiento del cérvix

8. Fijar transversalmente el cérvix con un tenáculo cervical, previa infiltración submucosa de 1 a 2 cc de anestésico. El pinzamiento debe realizarse de manera lenta y suave para minimizar la molestia. Se puede indicar a la persona que tosa para reducir la incomodidad provocada por el pinzamiento y la tracción.

Es importante que la fijación abarque tanto la mucosa como parte del estroma muscular, asegurando una sujeción firme del útero y evitando el desgarro de la mucosa al ejercer tracción suave. En casos de útero en retroversión, fijar el cérvix en el labio posterior, lo cual facilita la rectificación del útero.

»Bloqueo paracervical

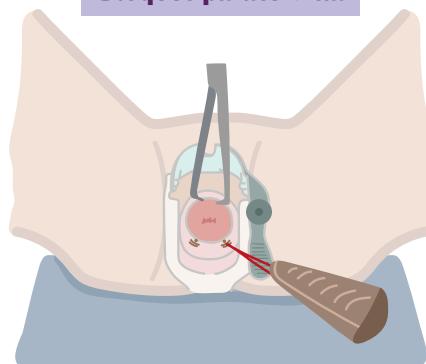
9. Infiltrar un total de 200 mg de lidocaína, lo que equivale a 10 cc de lidocaína al 2% o 20cc al 1%. Se recomienda no exceder la dosis máxima de 4.5 mg/kg o 200 mg en total por vía paracervical (Weinberg, 2015). Antes de la infiltración, se debe aspirar para descartar la administración intravascular del anestésico. Si se observa sangre en la jeringa, retirar la aguja y seleccionar otro punto en la región paracervical para la infiltración.

Un metaanálisis reciente presenta tres recomendaciones clave para el procedimiento de la IVE no farmacológica. i) El bloqueo paracervical es efectivo para reducir el dolor. ii) La efectividad del bloqueo aplicado en dos puntos es similar a la técnica de cuatro puntos; por lo que se recomienda realizar las punciones en los puntos 5 y 7 en relación con las manecillas del reloj a nivel de los fórnix vaginales. iii) Una inyección de 1.5 cm de profundidad es suficiente, en lugar de una inyección de 3 cm, y el volumen debe distribuirse equitativamente entre ambos puntos. No se recomienda esperar de tres a cinco minutos entre la inyección de lidocaína y la dilatación, ya que probable-

mente no cause una diferencia clínicamente significativa en el manejo del dolor (Renner, 2024). En todo caso, se sugiere individualizar cada atención y, si la persona que realiza la intervención considera la necesidad de hacer el bloqueo en 4 cuadrantes, no está contraindicado.

Figura #3

Bloqueo paracervical



»Dilatación cervical

10. La dilatación cervical debe realizarse progresivamente, utilizando dilatadores plásticos (Denniston) o metálicos (Pratts). Se debe iniciar con el menor calibre y aumentar gradualmente hasta alcanzar un diámetro equivalente a la edad gestacional en semanas. Debe realizarse de manera controlada, evitando introducir los dilatadores más allá del orificio cervical interno para prevenir perforaciones uterinas o la creación de una falsa ruta.

Si no es posible realizar la dilatación por dificultad en la inserción de los dilatadores, se recomienda llamar a otra persona del equipo de salud con mayor experiencia para reintentar la dilatación. Si aún no es posible, la OMS recomienda administrar 400 mcg de misoprostol sublingual (2022, p. 61). Si la persona ya recibió una dosis antes, se puede repetir la dosis y reintentar dos horas más tarde. Como última opción, se puede administrar mifepristona al menos 24-48 horas antes del procedimiento.

Figura #4

Dilatación cervical

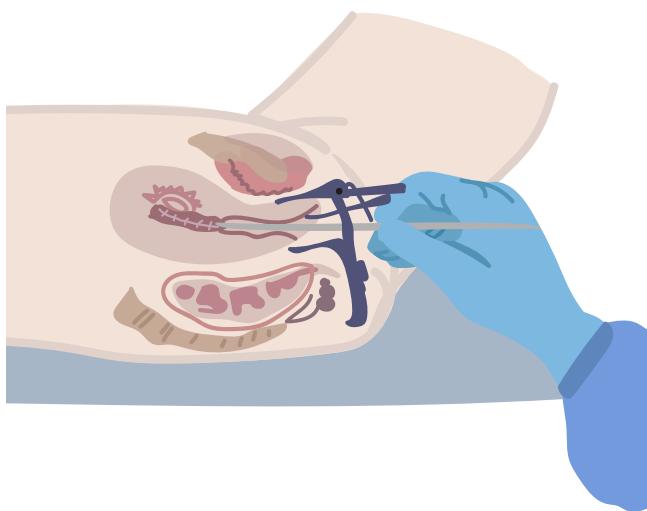
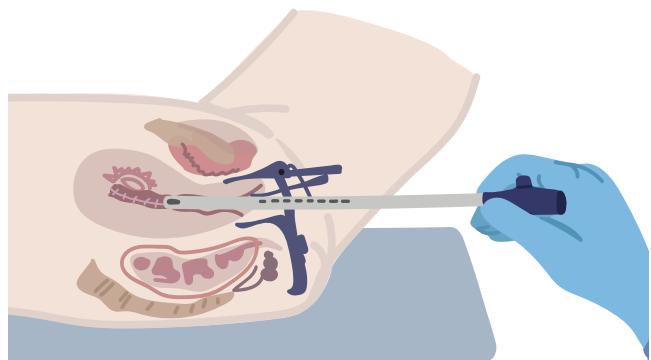


Figura #5

Inserción de la cánula



Es importante informar a la persona sobre los posibles efectos secundarios de la preparación cervical con misoprostol, así como molestias adicionales antes de administrar el medicamento (OMS, 2022, p. 60).

» **Inserción de la cánula**

11. Ejercer una tracción suave del cérvix con la mano no dominante e introducir suavemente con la mano dominante una cánula de diámetro en milímetros equivalente al número de semanas de gestación, sintiendo la anatomía del cuello uterino hasta tocar el fondo uterino. Es importante tener en cuenta la histerometría esperada que corresponde a la edad gestacional más o menos 2 cm. No insertar la cánula si se encuentra resistencia con el fin de evitar trauma del cérvix o del útero.

Tener presente durante la inserción que las cánulas tienen una serie de puntos a partir de los 6 cm del extremo distal que permiten hacer una histerometría comparativa, y de esta forma verificar la correlación clínica exploratoria. El diámetro de la cánula a usar corresponde con la edad gestacional.

» **»Ensamble de aspirador (jeringa)**

12. Si no hay dudas en la identificación del fondo uterino, retirar ligeramente la cánula y empatarla al aspirador previamente cargado haciendo movimiento de ajuste o presión hacia el aspirador, no hacia la persona. Verificar la alineación de las alas en la base de la cánula, con las válvulas y los brazos del émbolo del aspirador.

» **Succión**

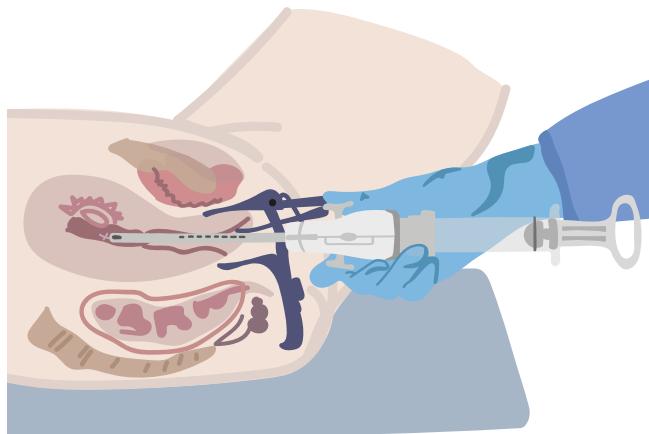
13. Una vez verificada la correcta posición, se debe liberar la presión soltando las válvulas del aspirador y realizar movimientos suaves y rotatorios de 360° de la jeringa en un solo sentido, seguido de movimientos longitudinales. Se debe recorrer la cavidad uterina desde el fondo hasta el orificio cervical interno, asegurando que siempre se siga el mismo sentido. La succión debe iniciarse en la hora 12 de las manecillas del reloj, en relación con la abertura más cercana de la punta de la cánula, la cual corresponde con la marca IPAS inscrita en la base plástica. Posteriormente, se deben realizar giros del tamaño de la ventana de la cánula cada 90°, de manera sistemática, es decir, ubi-

cándola en hora 3-6-9-12, para evitar omitir la revisión de alguna pared uterina.

Recordar que la jeringa no está estéril y por lo tanto se debe evitar cualquier maniobra que pueda causar retorno del material aspirado desde la jeringa hacia la cavidad uterina. No se debe empujar el émbolo o intentar hacer vacío nuevamente sin desempatar la jeringa de una cánula cuyo extremo está dentro del útero.

Figura #6

Succión



»Finalización de la succión

14. Se suspende la succión cuando ya no se obtiene tejido por la cánula y se verifican los signos de útero vacío, teniendo en cuenta aquellos que lo indican:

- Paso de burbujas de color rosado o rojo a través de la cánula de succión.
- Sensación de aspereza al deslizar la cánula sobre cada pared uterina.
- Contracción del útero alrededor de la cánula que dificulta su movilización (atrapamiento de la cánula).

- Aumento de dolor causado por la contracción uterina.

Una vez percibidos estos signos de vaciamiento uterino, no se debe continuar con la aspiración al vacío, y es el momento en el cual finaliza la succión.

»Retiro del aspirador

15. Retirar de manera delicada la cánula y el aspirador tras completar la intervención. Verificar la adecuada contracción uterina y la ausencia de sangrado significativo a través del orificio cervical externo.

»Revisión macroscópica del tejido

16. La revisión del tejido obtenido mediante succión debe realizarse de inmediato al finalizar para confirmar una evacuación completa. El contenido extraído se vierte en un colador, se lava con agua para eliminar excesos de sangre y coágulos, y luego se deposita en un recipiente de vidrio. Bajo luz blanca, se debe verificar la presencia de saco gestacional con vellosidades, tejido embrionario o fetal, acorde a la edad gestacional.

•Si no se identifican restos ovulares o son incompletos, se debe considerar la posibilidad de una evacuación incompleta, ausencia de embarazo o embarazo ectópico. Es fundamental detectar hallazgos macroscópicos compatibles con embarazo molar; en estos casos, se debe enviar el tejido a patología para su análisis.

•El estudio histopatológico rutinario en la IVE no farmacológica no es un requisito y solo debe realizarse en casos específicos como en sospecha de enfermedad trofoblástica, sospecha de embarazo ectópico para verificación de reacción de Arias-Stella o recolección como elemento material probatorio o evidencia física en casos de violencia sexual.

»Retiro del instrumental

17. Una vez sea verificada la ausencia de sangrado activo por el cérvix, se debe retirar el tenáculo, observando posibles sangrados en los puntos de fijación. Si se presenta sangrado en los puntos de fijación del tenáculo, se debe aplicar presión directa con gasa o torunda. En caso de persistir, se puede utilizar solución de Monsel como hemostático. Si se observa un desgarro de cuello uterino mayor a 1 cm de profundidad, realizar sutura.

18. Anunciar la finalización del procedimiento explicando a la persona el éxito de este sin complicaciones.

»Barreras de seguridad a vigilar durante el procedimiento



-Vejiga vacía antes de iniciar.

-Lavado de manos (técnica quirúrgica).

-Tacto vaginal bimanual.

-Signos de útero vacío (burbujas rojas o rosadas vistas a través de la cánula, paredes uterinas rugosas, disminución del tamaño uterino con atrapamiento de la cánula y aumento del dolor durante el procedimiento).

-Revisión de tejido.

»Observación posterior al procedimiento

19. La mayoría de las mujeres y personas gestantes a quienes se les practica una IVE durante el primer trimestre bajo anestesia local, manifiestan sentirse lo suficientemente bien como para retirarse de la institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 45 minutos. Durante este tiempo, el personal de salud debe garantizar comodidad, vigilar el nivel de dolor, verificar presencia de sangrado y administrar analgésicos y antiespasmódicos, según sea necesario.

20. La persona debe recibir información clara sobre los síntomas esperados luego del procedimiento:

- Dolor tipo cólico: ocasional durante la primera semana, que no incrementa y debe mejorar con analgésicos.

- Sangrado vaginal: similar al menstrual, con una duración promedio de 10 días, aunque puede extenderse hasta 4 semanas.

21. Proporcionar instrucciones específicas para solicitar consulta con profesional en medicina o enfermería si ocurre alguno de los siguientes:

- Hemorragia: sangrado abundante que puede descompensar. Para disminuir la posibilidad de una hemorragia descompensadora se debe vigilar que, si empapa más de 2 toallas sanitarias de tamaño convencional por hora en un lapso de dos horas consecutivas, debe asistir a valoración inmediata.

- Fiebre: temperatura mayor o igual a 38°C después de 24 horas o más desde el procedimiento.

- Dolor pélvico: presentar dolor que no cede con el manejo analgésico.

Se debe recordar el rápido retorno a la fertilidad y la recomendación de inicio de un método anticonceptivo, respetando la libertad reproductiva de cada persona. La mayoría de las mujeres y personas con posibilidad de gestar pueden retomar sus actividades habituales en pocas horas o, como máximo, en 1-2 días.

Tratamientos para la IVE más allá del primer trimestre

Como ya se ha explicado con suficiencia en este documento, en Colombia la jurisprudencia constitucional despenalizó la práctica del aborto hasta la semana 24 de gestación gracias a la

Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional. Después de este límite, la persona puede acceder a una IVE en alguna de las causales de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional. Esta normativa propone un reto para los prestadores de servicios de salud, ya que es obligatorio realizar tratamientos de IVE en todas las edades gestacionales.

Si bien la mayor proporción de IVE se realizan en el primer trimestre, un porcentaje significativo de mujeres y personas gestantes la solicitan en etapas más avanzadas de gestación. En el contexto nacional, esta situación ha generado desafíos en la prestación de la atención, ocasionando no solo barreras de acceso sino también vulneraciones de derechos, estigmatización y, en muchos casos, la continuación forzada de embarazos no planeados o no deseados.

Son pocos los prestadores de servicios de salud que realizan estas atenciones, y las razones por las cuales una mujer o persona gestante solicita tratamientos de IVE después del primer trimestre incluyen:

- » Desconocimiento de la fisiología reproductiva de su cuerpo, que las lleva a no reconocer tempranamente los signos y síntomas del embarazo.
- » Falta de acceso a métodos modernos de anticoncepción, el uso de métodos inadecuadamente o poco efectivos que llevan a fallas.
- » El reconocimiento de alteraciones congénitas en el segundo trimestre del embarazo.
- » Contexto de relaciones de poder inequitativas entre géneros, que restringen el derecho de mujeres y personas gestantes a ejercer su autonomía reproductiva.
- » Ambivalencia o dificultad en la toma de decisión.
- » No contar con una afiliación al sistema de sa-

lud o no contar con recursos para sopesar las atenciones.

» Dilaciones y demoras injustificadas que obstaculizan los trámites de referencia dentro de los tiempos estipulados por la norma, prolongándose la edad gestacional.

» Servicios de salud con limitaciones por no contar con personal con capacitación.

» Por decisión de la mujer o persona gestante hasta 24 semanas.

A su vez, la Resolución 051 de 2023 del MSPS, establece que el personal de salud debe realizar inducción de asistolia fetal (IAF) a partir de 20 semanas, bien sea antes de una dilatación y evacuación (D&E) o de un tratamiento de IVE farmacológica que supere esta edad gestacional (MSPS, 2023). Más adelante se profundizará en las intervenciones de asistolia fetal; por ahora, se abordará la IVE no farmacológica ambulatoria a partir de 15 hasta 24 semanas.

■ **Dilatación y evacuación (D&E) a partir de 15 hasta 24 semanas de gestación**

Dentro de los procedimientos de IVE no farmacológica ambulatoria, la D&E es una opción que se debe considerar cuando se cuenta con personal con capacitación en esta técnica. Los abortos inseguros en el segundo trimestre del embarazo representan una carga desproporcionada para los servicios de salud, de riesgos en términos de morbilidad materna, y las complicaciones aumentan con cada semana de gestación. Por ejemplo, el riesgo de mortalidad asociado con los abortos realizados con ≤ 8 semanas de gestación es de 0,4 por cada 100.000 tratamientos, en comparación con un riesgo de 10,4 por cada 100.000 tratamientos asociados con los abortos realizados con ≥ 21 semanas de gestación (Drey et al., 2000). No obstante, es crucial señalar que estos riesgos

disminuyen considerablemente mediante la aplicación de tecnologías basadas en evidencia científica y la intervención realizada por personal con entrenamiento y experiencia, de hecho, en Estados Unidos, la D&E es el método más usado para la práctica de la IVE en el segundo trimestre del embarazo (Nucatola, D., et al., 2010; Jackson, et al., 2001).

Requisitos para prestar atenciones de D&E

Para prestar atenciones de IVE ambulatoria a partir de 15 hasta 24 semanas de gestación, no se requieren habilidades distintas a las ya descritas en el capítulo 3.1 del presente documento. Solo se hará una diferenciación en las consideraciones técnicas propias del procedimiento aplicables a estas edades gestacionales; por lo tanto, no se profundizará en los aspectos previamente descritos, excepto en aquellos que resulten novedosos o relevantes para garantizar una atención segura y oportuna, según el tipo de tratamiento.

Atención clínica antes, durante y posterior a la D&E

Antes de llevar a cabo una D&E, además de los pasos ya descritos, se deben adicionar las siguientes acciones:

»Valoración clínica

Busca determinar si la mujer o persona gestante es candidata para una D&E. Para ello, se debe completar una historia clínica detallada, solicitar exámenes paraclínicos solo si se consideran necesarios y confirmar la edad gestacional. Además de lo anterior, la evaluación incluye:

- Examen físico completo: debe incluir los signos vitales, examen cardiopulmonar y medición de altura uterina.
- Examen genital (es opcional y si se considera

pertinente realizarlo, requiere autorización verbal de la mujer o persona gestante).

- Determinación del grupo sanguíneo y Rh, con el fin de verificar el riesgo de isoinmunización Rh.
- Tamizaje para ITS.
- En casos de antecedente de anemia o sospecha clínica de anemia severa o sintomática, se debe solicitar un hemograma para evaluar la repercusión en la estabilidad hemodinámica y así tomar medidas en caso de hemorragia.

Es fundamental que la solicitud de estos exámenes paraclínicos, aunque se consideren pertinentes, no se deben convertir en una barrera que prolongue los tiempos de atención (MSPS, 2023).

»Confirmación de la edad gestacional

Determinar la edad gestacional en la D&E es crucial para la calidad y seguridad de la atención ya que facilita que el personal de salud que va a realizar la intervención lo inicie con una preparación cervical adecuada y acorde a su nivel de experticia. Esta se puede estimar mediante FUM confiable, asociada a la medición de la altura uterina. No obstante, pueden presentarse escenarios como muerte fetal in útero, aborto incompleto, gestación múltiple, miomatosis uterina, polihidramnios, obesidad de la mujer o persona gestante y enfermedad trofoblástica gestacional, que generen discordancia entre el tamaño uterino y la edad gestacional.

Aunque la ecografía previa al aborto no se recomienda como una actividad rutinaria para verificar la edad gestacional—recomendación fuerte en contra de la intervención (OMS, 2022), en función de cada caso, puede haber razones clínicas para utilizar la ecografía antes del procedimiento (Kulier, R., & Kapp, N. 2011). Esto ocurre, por ejemplo, cuando otros métodos no

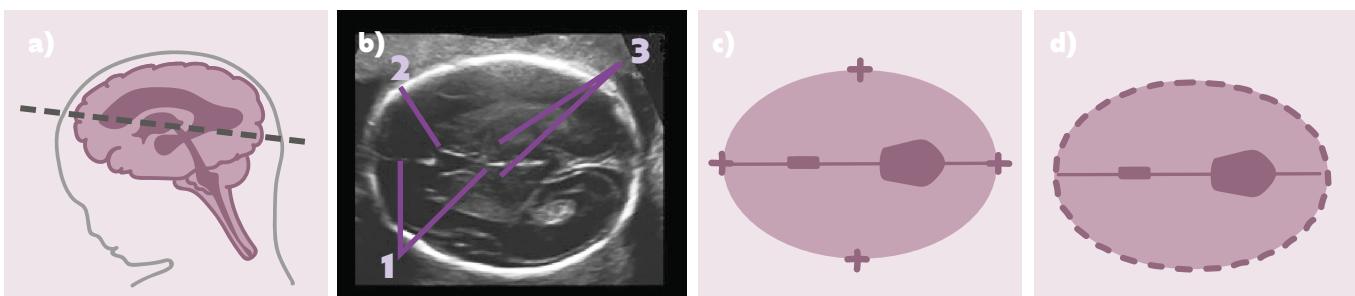
permiten confirmar la edad gestacional dentro del rango de elegibilidad para la D&E.

Para evitar una posible afectación emocional, se recomienda realizar las ecografías en espacios separados de los controles prenatales habituales, lo que ayuda a prevenir la exposición involuntaria a imágenes o sonidos, como la actividad cardíaca fetal. En el caso de que una mujer o persona gestante exprese el deseo de ver las imágenes de la ecografía, el personal de salud debe permitirlo, en coherencia con el principio de autonomía y respetando el derecho a recibir información de manera voluntaria y consciente.

Una biometría fetal completa no es necesaria antes de la IVE por D&E; ya que, la medición del diámetro biparietal (DBP) es suficiente para determinar la edad gestacional (Goldstein & Reeves, 2009). El DBP se mide ubicando las intersecciones de los calliper desde el borde externo del parietal de la calota fetal hasta el borde interno del parietal contralateral en una vista transversa, en este corte se observan 4 estructuras: 1) la tabla ósea, 2) la línea media discontinua, 3) los tálamos simétricos y 4) cavum del septum pellucidum, como se observa en la Figura 7.

Figura #7

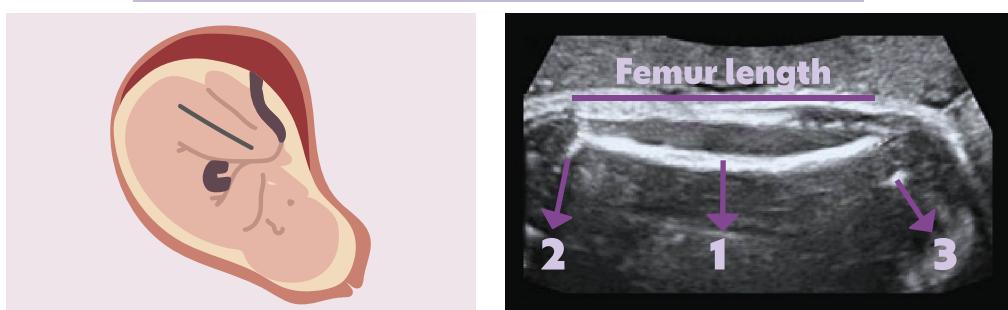
Nivel de corte transversal de la cabeza fetal para una medición correcta



Nota: El nivel del corte imagenológico transversal de la cabeza fetal para una medición adecuada se muestra en la imagen (A). La imagen (B) está correctamente magnificada: la cabeza es horizontal, ovalada y simétrica. Los puntos de referencia incluyen una hoz del cerebro continua en la línea media (1); el eco de esta línea se interrumpe en el tercio anterior por el cavum septum pellucidum (2), y los tálamos se ubican simétricamente (3). Los calibradores deben colocarse de manera que su intersección coincida con el borde externo de los huesos para medir la circunferencia céfala (C). Al usar la función de elipse, esta debe recorrer el borde externo del cráneo (D). Fuente. Tomado de Papageorgiou, A. T. et al., 2013. La medición del DBP se puede complementar con la medición de la longitud del fémur (LF) en los casos donde existan dificultades técnicas para obtener la DBP, o cuando se presenta un feto con variaciones en la estructura craneal. La medición de la LF se realiza ubicando la intersección de los calibradores (callipers) en el borde externo de las diáfisis (de externo a externo), sin incluir el trocánter ni el centro de osificación distal, como se observa en la Figura 8.

Figura #8

Nivel de la sección del fémur fetal para una medición correcta



Nota: Solo se debe medir la diáfisis osificada (1) del fémur. Se debe evitar el trocánter mayor (2) y el centro de osificación distal (3) al medir la longitud del fémur, ya que esto resulta en una medición excesiva. Fuente. Tomado de Papageorghiou, A. T. et al., 2013. En raras ocasiones, la expulsión de gestaciones a partir de 20 semanas puede resultar en supervivencia fetal transitoria. Para manejar esta situación, es crucial que el personal de salud confirme la edad gestacional y defina la IAF. Existen múltiples tablas de crecimiento fetal, y ninguna es más precisa que otra. Para este documento, se sugiere utilizar la Tabla 21 como guía en la toma de decisiones. Esta tabla presenta los datos del percentil 50, medidos en milímetros, tanto para el DBP como para la LF.

Tabla #21

Determinación de la edad gestacional por DBP y LF

Diámetro biparietal (DBP)*		Longitud del fémur (LF)**	
Edad gestacional en semanas completas	Percentil 50 (mm)	Edad gestacional en semanas completas	Percentil 50 (mm)
14	29.6	14	17
15	32.5	15	19
16	35.6	16	22
17	38.7	17	24
18	41.9	18	27
19	45.1	19	30
20	48.4	20	32
21	51.7	21	35
22	54.9	22	38
23	58.1	23	41
24	61.3	24	43
25	64.5	25	46
26	67.6	26	48
27	70.5	27	51
28	73.4	28	53
29	76.2	29	56
30	78.9	30	58
31	81.4	31	60
32	83.7	32	62
33	85.9	33	64
34	87.9	34	66
35	89.6	35	68
36	91.2	36	69
37	92.5	37	71
38	93.5	38	72
39	94.3	39	73

*Fuente: Cheikh Ismail, et al., 2013. **Fuente: Snijders, et al., 1994.

Consentimiento informado para procedimientos de D&E

Como ya se explicó, los principios del consentimiento informado para la D&E son los mismos descritos en el numeral 3.1.3. Sin embargo, en este procedimiento, el enfoque debe estar en explicar:

- En qué consiste la D&E, sus beneficios, riesgos y las alternativas disponibles.
- La duración de la intervención.
- Los medicamentos que se utilizan para la preparación y durante el procedimiento.
- Cómo se evacúa el útero.
- La importancia de contar con una persona acompañante.
- La oferta de métodos anticonceptivos, si así lo desea la persona.

Además, es crucial explicar los posibles síntomas posterior al procedimiento, así como los signos y síntomas de alarma que requieren consulta urgente. También se debe informar sobre el retorno de la fertilidad, la duración esperada del sangrado, el manejo del dolor posterior y la posibilidad de asistir a un control, si la persona lo desea.

Una vez realizada esta evaluación y confirmado que la persona cumple los criterios para una D&E, se inicia el procedimiento.

Procedimiento de D&E

La D&E es el procedimiento más seguro y eficaz para la IVE del segundo trimestre, siempre que lo realicen profesionales de salud con capacitación y con experiencia. Este procedimiento requiere:

1. Preparación del cuello uterino mediante dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos.

2. La evacuación del contenido uterino se lleva a cabo principalmente con fórceps, combinados con aspiración al vacío. Esto se emplea tanto para la ruptura de membranas y el drenaje del líquido amniótico, como para la remoción de restos hemáticos o tejidos después de la evacuación.

Una vez confirmada la edad gestacional, la preparación cervical comienza desde la primera consulta. Según las Directrices sobre la Atención para el Aborto de la OMS (2022), la preparación del cuello uterino puede realizarse según la edad gestacional, usando solo medicación o en combinación con dilatadores osmóticos. No obstante, es importante señalar que estos últimos aún no están aprobados en Colombia. La Tabla 22 detalla la preparación cervical recomendada según edad gestacional.

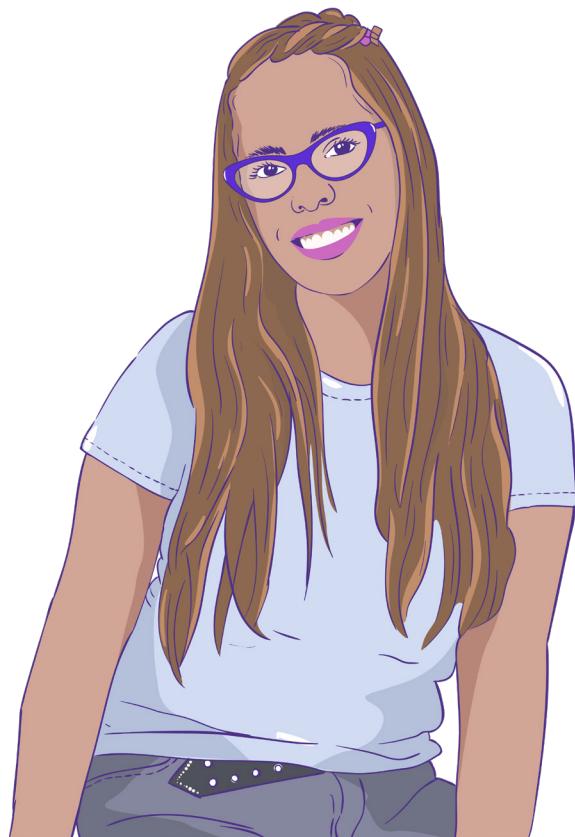


Tabla #22

Preparación cervical para un procedimiento de D&E

Edad gestacional	Medicamentos, dosis y vía de administración
A partir de 15 hasta 19 semanas	<p>Se propone realizar la siguiente medicación:</p> <p>1.Mifepristona 200 mg VO dosis única 1 a 2 días antes del procedimiento.</p> <p>2.Misoprostol 400 mcg SL/VV/VB* dosis única el día del procedimiento, 3 horas antes.</p> <p><i>(recomendación débil a favor de la intervención) (uso combinado o de uno de los dos medicamentos)</i></p>
A partir de 20 hasta 24 semanas	<p>Se recomienda realizar la siguiente medicación:</p> <p>1.Mifepristona 200 mg VO dosis única 1 a 2 días antes del procedimiento.</p> <p>2.Misoprostol 400 mcg SL/VV/VB dosis única el día del procedimiento, 3 horas antes.</p> <p><i>(recomendación fuerte a favor de la intervención) (Uso combinado)</i></p>

Nota: * SL/VV/VB: Vías de administración sublingual, vaginal o bucal.

Fuente. Adaptada de Newmann et al., 2010; Directrices sobre la Atención para el Aborto, OMS, 2022.

Los estudios más recientes demuestran que una preparación cervical adecuada a partir de 20 hasta 24 semanas de gestación disminuye significativamente los riesgos. Especialmente para este rango gestacional, se recomienda al menos un día de preparación cervical. Aunque la combinación de dilatadores osmóticos con mifepristona reduce el tiempo de la intervención, es fundamental que el personal cuente con el entrenamiento para manejar el procedimiento solo con medicamentos en ausencia de dilatadores aprobados (Diedrich, et al., 2020).

Por ello, se enfatiza en la importancia de seguir los tiempos de premedicación: administrar mifepristona durante la primera atención y misoprostol tres horas antes del procedimiento, en las instalaciones del prestador de servicios.

Para el manejo del dolor, se recomienda la administración sistemática de analgésicos como los AINEs, antes, durante y después del tratamiento, acompañado de bloqueo paracervical—recomendación fuerte a favor de la inter-

vención (OMS, 2022). También puede incluirse un manejo ansiolítico, según el contexto clínico y el deseo de la persona consultante.

Si la institución prestadora de servicios de salud cuenta con sedación, se sugiere que durante procedimiento se utilice el bloqueo paracervical combinado con sedación consciente⁹—recomendación débil a favor de la intervención (OMS, 2022). No se recomienda el uso sistemático de anestesia general, debido a consideraciones de costo, viabilidad y equidad en el acceso—recomendación fuerte en contra de la intervención (OMS, 2022).

Independiente del riesgo de infección pélvica inflamatoria, la profilaxis antibiótica en la D&E no varía de la recomendada para los procedimientos de IVE no farmacológica antes de 15 semanas. No hay un medicamento, dosis o tiempo de administración que se considere ideal, por lo que la institución debe incluir en su protocolo un régimen en función del gasto, la disponibilidad y la prevalencia local de ITS.

⁹ Utilización de una combinación de medicamentos—un sedante para relajar y un anestésico para bloquear el dolor—con el fin de reducir el nivel de conciencia durante un tratamiento médico.

Instrumental e insumos para la D&E

1. Espéculo de Weisman Graves.
2. Tenáculo atraumático.
3. Cánula Berkeley # 14 y Karman # 8.
4. Dilatadores Pratt 45 Fr a 63 Fr.
5. Fórceps Sopher de 28-33 cm de longitud por 14 mm de espesor en la punta.
6. Fórceps Bierer de 28-33 cm de longitud por 17 mm de espesor en la punta.
7. Bloqueo paracervical:
 - Jeringa de 10cc.
 - Extensor de anestesia o aguja espinal.
 - Lidocaína al 2%.
8. Solución antiséptica (clorhexidina al 2% para mucosa).
9. Aspiración al vacío (manual o eléctrica).



Pasos para realizar una D&E

Se debe disponer de una camilla ginecológica que permita ubicar a la mujer o persona gestante en posición de litotomía. Esta camilla debe contar con una bandeja en el extremo inferior para recolectar material biológico como sangre, líquidos y tejido.

Es muy importante verificar una dilatación cervical adecuada antes de introducir cualquier elemento o instrumento en la cavidad uterina, a fin de prevenir complicaciones.

La dilatación debe ser suficiente para insertar el instrumental con facilidad. Si se identifica que no es así, se puede administrar una segunda dosis de misoprostol (400 mcg SL, VV, VB), tres horas después de la primera dosis administrada al ingreso el día del procedimiento.

El talento humano mínimo requerido incluye: profesional en medicina con capacitación en D&E, personal de enfermería, personal con capacitación en barrido ecográfico y profesional de anestesiología (en instituciones que cuenten con procesos de sedación consciente).

A continuación, se describen los pasos para realizar una D&E:

1. Indicar a la consultante que evacúe la vejiga justo antes del procedimiento.

2. Primera “parada de seguridad”: una vez que la consultante ingresa a la sala de procedimientos, se verifican datos de identificación, edad gestacional, número de fetos, antecedentes relevantes, medicamentos administrados, signos vitales y sitio de canalización.

3. Realizar un saludo respetuoso y la presentación del equipo de salud.

4. Confirmación y verificación: confirme verbalmente la voluntad de la consultante de continuar con el procedimiento. Verifique la firma del consentimiento informado y el diligenciamiento completo de la historia clínica.

5. Revisar nuevamente los antecedentes médicos relevantes y los síntomas actuales.

6. Indicar a la persona que se ubique en posición de litotomía, asegurando su comodidad y privacidad.

7. Preparación del instrumental: la persona profesional en medicina debe verificar que cuenta con todo el instrumental requerido y disponerlo adecuadamente sobre la mesa.

8. Administración de sedación: en caso de que la institución cuente con esta posibilidad, la persona especialista en anestesiología inicia la administración de medicación para sedación consciente por vía endovenosa para el manejo del dolor y la ansiedad.

9. Segunda “parada de seguridad”: informar al equipo el inicio formal del procedimiento.

10. Realizar un examen genital para identificar el tamaño y posición uterina, así como el grado de dilatación cervical. Si esta no es adecuada,

prepare los dilatadores Pratt y adicionelos a la mesa de procedimiento.

11. La persona profesional de apoyo realiza el barrido ecográfico para identificar: presentación fetal, situación y posición, así como la ubicación de la placenta.

12. Colocar el espéculo, inspeccionar la cavidad vaginal, identificar secreciones o lesiones visibles y documentarlas en la nota del procedimiento si requieren tratamiento.

13. Realizar asepsia y antisepsia del cérvix y canal vaginal con clorhexidina al 2% para mucosas, siguiendo el mismo protocolo descrito para los procedimientos de aspiración al vacío antes de 15 semanas.

14. Realizar el bloqueo paracervical tal como se explicó en los procedimientos de aspiración al vacío antes de 15 semanas. Pinzar el cérvix en la posición de las 12 o las 6 horas con un tenáculo preferiblemente atraumático.

15. Traccionar suavemente el tenáculo para bajar el cuello uterino por la vagina, y así rectificar la luxación del cuerpo uterino.

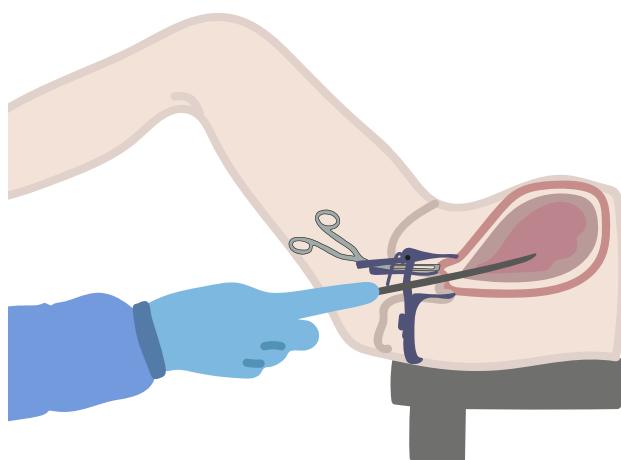
16. Confirmar que la dilatación del cérvix sea adecuada antes de introducir el fórceps. Deslizar el fórceps correspondiente a la edad gestacional suavemente. Detenerse si se encuentra resistencia y no ejercer fuerza. En caso de persistencia, utilizar dilatadores Pratt progresivamente hasta lograr la dilatación necesaria. Ver Tabla 23 para definir fórceps y dilatadores según edad gestacional.

17. Dilatación mecánica (si aplica): introduzca el dilatador hasta franquear el orificio cervical interno (OCI), sin llevarlo hasta el fondo uterino, ya que esto genera mayor dolor y riesgo de perforación. La dilatación debe comenzar con el dilatador de menor calibre y progresar hasta alcanzar el tamaño necesario para permitir el paso del fórceps.

18. Una vez lograda la dilatación cervical adecuada, proceda con la aspiración del líquido amniótico utilizando la cánula Berkeley #14. Esta maniobra debe realizarse bajo visualización ecográfica en tiempo real para confirmar la progresión, dicha acción facilita el descenso del tejido fetal.

Figura #9

Aspiración del líquido amniótico

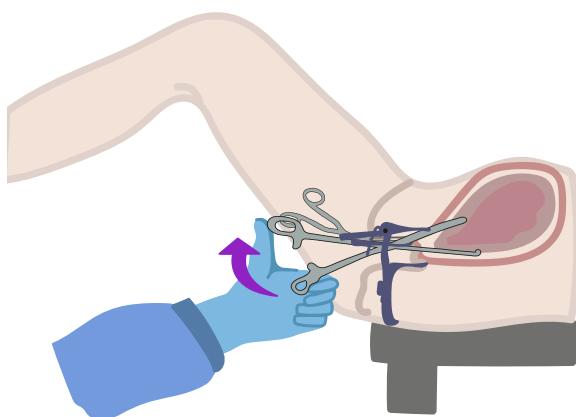


Tomada de: Edelman, A. & Kapp, N, 2017.

19. Mantener una tracción suave sobre el tenáculo. Introducir el fórceps cerrado y abrirlo dentro de la cavidad uterina. Abrir las mandíbulas en sentido vertical y no horizontal para evitar lesiones en los vasos cervicales y uterinos, que se ubican a los lados del útero.

Figura #10

Apertura de las mandíbulas de los fórceps

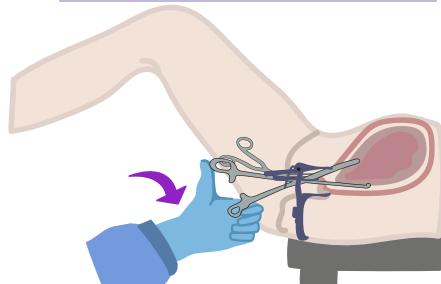


Tomada de: Edelman, A. & Kapp, N, 2017.

20. Una vez el fórceps sobrepease el OCI, ábralo suavemente y en su máxima extensión posible, siempre bajo visión ecográfica para identificar el tejido más cercano a la pinza. Como principio rector, la extracción del tejido debe efectuarse desde el segmento uterino, no desde el fondo uterino. El útero grávido del segundo trimestre suele encontrarse en posición anterior en el abdomen. Por lo tanto, quien realiza la intervención debe descender la mano para poder trabajar en el segmento uterino.

Figura #11

Posicionamiento correcto de la pinza en el segmento uterino inferior

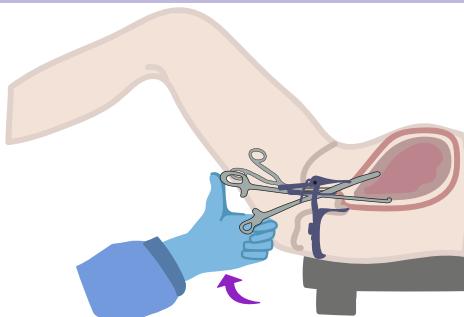


Tomada de: Edelman, A. & Kapp, N, 2017.

21. Para evacuar el tejido fetal, cierre suavemente el fórceps alrededor del tejido atrapado y realice movimientos rotatorios de 90 grados para facilitar la desarticulación antes de retirarlo. Tener cuidado de no raspar ni morder el miometrio con el fórceps manteniendo siempre el instrumento en la zona media y baja del segmento uterino. Las tomas altas de tejido, cerca del fondo uterino, incrementan el riesgo de perforación.

Figura #12

Evacuación desde la zona baja de la cavidad uterina



Tomada de: Edelman, A. & Kapp, N, 2017.

22. Repetir los pasos anteriores hasta remover por completo el tejido fetal. Para la extracción de la placenta, utilizar el fórceps con movimientos suaves de adentro hacia afuera, evitando tomas fúndicas, hasta lograr el desprendimiento y extracción.

23. Utilizar la ecografía para identificar la extracción completa del tejido fetal y placentario, si se cuenta con el equipo biomédico.

24. Si se identifica que algún tejido ha migrado hacia el fondo uterino desde el segmento inferior, utilizar succión al vacío para ayudar a descenderlo. En el caso poco probable de que no se logre extraer, administrar 400 mcg de misoprostol por vía bucal o sublingual, y esperar 3 horas para intentar nuevamente.

25. Una vez removido el tejido fetal y placentario, realizar aspiración al vacío utilizando primero la cánula Berkeley #14 y luego la Karman #8 para asegurar la extracción de algún tejido remanente.

26. Verificar visualmente el tejido fetal extraído: tórax, calota, espina, cuatro extremidades y placenta, ya que permite confirmar la evacuación completa. Si hay dudas, utilizar ecografía o realizar inspección manual de la cavidad uterina.

27. Iniciar el método anticonceptivo elegido por la persona consultante, respetando su decisión y autonomía.

28. Una vez culminado el procedimiento, realizar la “tercera parada de seguridad” e informar al equipo que el procedimiento fue exitoso y sin complicaciones.

29. Enviar el tejido fetal y placentario en bolsa roja, para disposición mediante incineración o cremación, como producto de riesgo biológico. Ver sección Manejo del producto de la concepción.

Tabla #23

Elección del fórceps y dilatadores según edad gestacional

Edad gestacional	Medicamentos, dosis y vía de administración
A partir de 15 hasta 17 semanas	1.Dilatadores*: Inicie dilatación en 45 Fr hasta 55 Fr. 2.Fórceps: Utilice Sopher de longitud 28-33 cm, ancho de la mandíbula 14 mm.
A partir de 18 hasta 24 semanas	1.Dilatadores*: Inicie dilatación en 45 Fr hasta 63 Fr. 2.Fórceps: Utilice Bierer de longitud 28-33 cm, ancho de la mandíbula 17 mm.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: *Para conocer la dilatación en milímetros (mm), se realiza la conversión dividiendo los French (Fr) entre 3. Ejemplo: $45/3=15$ mm.

1. Para embarazos a partir de 15 hasta 17 semanas, se recomienda dilatar hasta 55 Fr, ya que el ancho de la mandíbula del fórceps Sopher es de 14 mm.

2. Para embarazos a partir de 18 hasta 24 semanas, se recomienda dilatar hasta 63 Fr, ya que el ancho de la mandíbula del fórceps Bierer es de 17 mm.

Indicaciones especiales posterior a la D&E

»Posoperatorio inmediato

Una vez finalizado el procedimiento, se debe trasladar a la persona consultante al área de recuperación. En general, el tiempo estimado de recuperación después de una D&E es de 1 hora, sin embargo, no existe un límite de tiempo estricto. La persona debe salir de las instalaciones cuando se encuentre en una condición general óptima. Durante este periodo se debe:

- Observar el volumen del sangrado.
- Dar manejo y vigilar el control del dolor.
- Monitorear los signos vitales con estabilidad hemodinámica.

El personal de salud a cargo del área de recuperación debe prestar atención a estos signos y revisarlos constantemente. Cualquier hallazgo fuera del rango esperado debe relacionarse con la escala de alertas tempranas de enfermería y comunicarse al personal médico. También se debe indagar sobre necesidades emocionales y, si la persona lo solicita, informar al equipo psicosocial. Finalmente, es importante reiterar la disponibilidad para resolver cualquier inquietud en todo momento.

Si el estado de salud de la persona consultante es adecuado, se le debe indicar que deambule para verificar que se encuentra en óptimas condiciones para recibir el egreso. En ese momento, se debe explicar los signos de alarma para consulta inmediata al centro de atención donde se realizó el procedimiento u otro centro de preferencia de la consultante, en caso de presentar:

- Sangrado genital abundante descompensador, es decir, que empape más de 2 toallas sanitarias de tamaño normal por hora durante 2

horas seguidas, acompañado de palidez, taquicardia, lipotimia o mareo.

- Dolor pélvico intenso que no mejora con el analgésico.
- Signos de infección como fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ o secreción vaginal de mal olor.
- Cualquier otro síntoma como secreción láctea o mastodinia.

La asesoría e inicio anticonceptivo debe ser inmediato si la persona así lo desea y siguiendo los criterios médicos de elegibilidad según la OMS. Para personas que han tenido una IVE en el segundo trimestre del embarazo, los métodos anticonceptivos están clasificados como categoría 1 y 2 (OMS, 2019). Este aspecto será desarrollado con mayor profundidad en la sección 3.1.6 Anticoncepción posabortedo.

Con relación a los aspectos emocionales que puedan surgir después del procedimiento, y que no se hayan manifestado previamente, este momento constituye una oportunidad clave para brindar apoyo psicosocial. Si la persona así lo desea, se debe realizar la interconsulta al área de psicología, garantizando siempre el respeto por su voluntad y necesidades.

■ IVE farmacológica en entorno hospitalario a partir de 12 semanas de gestación

En entornos donde no se disponga del personal con capacitación en tratamientos no farmacológicos ambulatorios, la combinación de mifepristona y misoprostol, o misoprostol solo, representa una opción segura y eficaz cuando una mujer o persona gestante solicita una IVE a partir de 12 semanas de gestación. Este tratamiento debe realizarse en un servicio de hospitalización con acompañamiento de personal asistencial (Kortsmit K., 2021).

La combinación de estos medicamentos cumple funciones específicas: la mifepristona prepara el cérvix para la dilatación, y el misoprostol genera contracciones uterinas para facilitar la expulsión del producto de la concepción (Edelman & Mark, 2017). Idealmente, las mujeres o personas gestantes que solicitan la IVE deberían poder elegir el tratamiento—farmacológico o no farmacológico—en un entorno donde el personal las acompañe en la toma de decisiones, sin embargo, algunos prestadores de servicios de salud no ofrecen la gama completa de tratamientos por falta de capacitación, insumos o instrumental (Kerns, J. et al., 2012).

Comparar datos entre estudios sobre IVE farmacológica después del primer trimestre resulta complejo, ya que los resultados pueden ser inconsistentes o estar sujetos a factores de confusión, como:

- Diferencias en los rangos de edad gestacional.
- Uso de intervenciones adicionales (p. ej., dilatadores osmóticos o aspiración al vacío después de la expulsión fetal).
- Necesidad de procedimientos de asistolia fetal.
- Variabilidad en el tiempo de duración del tratamiento.
- Diferencias en la definición de aborto exitoso o fallido para estas edades gestacionales (Zwerling et al., 2023).

Ante estas dificultades metodológicas y clínicas, se propone organizar esta sección teniendo en cuenta dos variables clave: la edad gestacional y la necesidad de realizar IAF. Asimismo, se sugiere considerar los tiempos de recuperación postratamiento, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente y el acompañamiento clínico integral.

Requisitos para la atención de la IVE farmacológica a partir de 12 semanas

Los prestadores de servicios de salud no requieren otras habilidades diferentes a las ya descritas a lo largo de este documento, especialmente en la sección 3.1 Características y Componentes de la Atención. La diferencia radica en que las habilidades necesarias para un prestador de salud con experiencia en obstetricia son similares a las del manejo de la inducción del parto a término que se maneja intrahospitalariamente.

Es importante no perder de vista que las complicaciones de la IVE farmacológica a partir de 12 pero antes de 22 semanas, son similares a las descritas en los tratamientos de primer trimestre. En cambio, las complicaciones después de 22 semanas son comparables a las complicaciones obstétricas del embarazo a término, lo que resalta la importancia de capacitar al personal para enfrentar este tipo de emergencias.

Atención clínica antes, durante y posterior a una IVE farmacológica a partir de 12 semanas de gestación

Esta sección describe la atención requerida en tratamientos de IVE farmacológica a partir de 12 semanas de gestación, que deben contar con un entorno hospitalario. Aunque los medicamentos y sus tiempos de administración son los mismos, es necesario hacer diferenciaciones según la edad gestacional en cuanto a las dosis y a las intervenciones clínicas adicionales.

Se abordarán los siguientes componentes: valoración clínica, regímenes farmacológicos por edad gestacional, necesidad de IAF, manejo del dolor, manejo del producto de la concepción y periodo de recuperación.

»Valoración clínica

La valoración clínica debe incluir una historia clínica detallada que identifique antecedentes relevantes, factores de riesgo para hemorragia, prestando especial atención en gestaciones a partir de 22 semanas. Además, es fundamental confirmar la edad gestacional usando la FUM para determinar si se requiere una IAF.

En gestaciones después de 24 semanas, la historia clínica debe contar con el certificado de riesgo según la causal que aplique, y, en particular, cumplir con los lineamientos técnicos y operativos de la RIAMP, establecidos en la Resolución 3280 de 2018 del MSPS. Asimismo, es fundamental no perder de vista en esta valoración a mujeres y personas gestantes que han sido víctimas de VBG, para su respectiva notificación. Es importante recordar que esto último se debe indagar en todas las edades gestacionales.

El examen físico debe incluir signos vitales, examen cardiopulmonar, medición de la altura uterina y examen genital, si este es pertinente. En casos de embarazos no deseados, es crucial evitar auscultar la actividad cardíaca fetal de forma que la mujer o persona gestante la escuche, dado que esto puede provocar una afectación emocional significativa.

Al igual que para las personas gestantes que solicitan una D&E, se debe determinar el grupo sanguíneo y el Rh evaluando la indicación para la administración de inmunoglobulina anti D en aquellas con reporte de Rh negativo como medida de prevención de isoimunización para gestaciones futuras. También se recomienda realizar hemograma en personas con antecedente de anemia y tamizaje de ITS sin que estos paraclínicos se conviertan en barreras o generen demoras en la atención (MSPS, 2023).

»Determinación de la edad gestacional

Como se explicó previamente, la edad gestacional puede estimarse utilizando la FUM y la medición de la altura uterina. Cuando la FUM es confiable, su margen de error es bajo; sin embargo, cuando no lo es, puede generar dificultades para el personal de salud. En estos casos, la altura uterina, medida desde el borde superior de la sínfisis pública hasta el fondo uterino, ofrece información complementaria para estimar la edad gestacional.

Existen escenarios clínicos que pueden generar discordancias entre el tamaño uterino y la edad gestacional esperada, como la muerte fetal in útero, el aborto incompleto, la gestación múltiple, la miomatosis uterina, el polihidramnios, la obesidad materna o la enfermedad trofoblástica gestacional. En estos casos, el uso de ecografía puede ser útil para precisar la edad gestacional. Esta información es clave no solo para definir las dosis correctas de medicamentos según el rango gestacional, sino también para establecer si se requiere IAF, particularmente en gestaciones a partir de 20 semanas.

No se requiere una biometría fetal completa para este fin, por lo que se recomienda utilizar la Tabla 21 como herramienta de apoyo en la toma de decisiones clínicas. En los servicios donde se cuente con ecografía, este recurso puede ser de gran utilidad para estimar la edad gestacional. Se sugiere realizar la ecografía en espacios diferentes a los destinados a controles prenatales de gestaciones en curso, para evitar la exposición involuntaria a imágenes o sonidos, como la actividad cardíaca fetal, que puedan generar afectación emocional.

En el caso de que una mujer o persona gestante exprese el deseo de ver las imágenes de la ecografía, el personal de salud debe permitirlo, en coherencia con el principio de autonomía y respetando el derecho a recibir información de manera voluntaria y consciente (MSPS, 2023).

Tratamiento de IVE farmacológica en entorno hospitalario a partir de 12 semanas de gestación

En esta sección se describen las acciones de buenas prácticas discutidas en la evidencia médica. Como se ha mencionado anteriormente, no existe un consenso unificado sobre el manejo óptimo de la IVE en edades gestacionales avanzadas, especialmente en situaciones clínicas específicas, como en personas con antecedentes de cicatriz uterina. A continuación, se recopilan recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible.

1. Para el manejo del dolor de la IVE farmacológica, se recomienda ofrecer de manera sistemática medicamentos como AINEs u opioides como se ha descrito en todas las edades gestacionales—recomendación fuerte a favor de la intervención (OMS, 2022). En gestaciones a partir de 12 semanas se sugiere utilizar métodos adicionales para el control del dolor como la analgesia peridural en instituciones donde esté disponible recomendación débil a favor de la intervención (Jackson & Kapp, 2020; OMS, 2022).

2. Para tratamientos de IVE farmacológica en gestaciones a partir de 12 semanas, se recomienda indagar por la hemoclasiificación para administrar profilaxis con inmunoglobulina anti-D en los casos que se requiera (Chan et al., 2019; OMS, 2022).

3. No se recomienda el uso sistemático de antibióticos profilácticos durante la IVE farmacológica—recomendación fuerte en contra de la intervención (OMS, 2022). No obstante, si se presenta una expulsión incompleta de la placenta o de las membranas ovulares y se requiere un procedimiento adicional (como una revisión uterina o una aspiración al vacío), si se recomienda la profilaxis antibiótica—recomen-

dación fuerte a favor de la intervención (OMS, 2022).

4. Los medicamentos utilizados para la IVE farmacológica a partir de 12 semanas de gestación son la mifepristona y misoprostol como primera elección, o misoprostol solo como segunda opción terapéutica cuando no se cuenta con la mifepristona—recomendación fuerte a favor de la intervención (Whitehouse et al., 2020; OMS, 2022).

5. Analgesia peridural: es un procedimiento que consiste en inyectar medicamentos anestésicos en el espacio epidural. Esto bloquea las terminaciones nerviosas y reduce el dolor. Se utiliza para aliviar el dolor en el parto, después de una intervención o en procedimientos quirúrgicos.

6. La evidencia médica apunta a que se pueden utilizar las vías de administración descritas para la IVE farmacológica a partir de 12 semanas, con la consideración de que el misoprostol se puede repetir a intervalos según edad gestacional hasta lograr la expulsión. El intervalo recomendado entre la mifepristona y el misoprostol debe ser mínimo de 24 horas, ya que los estudios han demostrado que el tiempo de expulsión del producto de la concepción se acorta cuando se utiliza esta combinación, comparada con el uso de misoprostol solo (OR 1,7; IC del 95 %: 1,03-2,9; p = 0,03) (Chaudhuri et al., 2014; Wu et al., 2021; Touval et al., 2025).

Los prestadores de salud deben tener cautela al definir el número máximo de dosis de misoprostol en personas gestantes con cicatriz uterina previa. Aunque el riesgo de ruptura uterina es bajo, el juicio clínico y la preparación institucional ante eventos de emergencia se vuelven cruciales, especialmente en edades gestacionales avanzadas. Esto se debe a que el útero se vuelve más sensible a las prostaglandinas, particularmente después de 24 semanas, mo-

mento en el cual la dosis de misoprostol debe reducirse (OMS, 2022).

7. El personal que puede realizar tratamientos de IVE farmacológica a partir de 12 semanas de gestación incluye a profesionales en medicina general y especialistas, siempre que cuenten con la capacitación adecuada—recomendación fuerte a favor de la intervención (OMS, 2022). Asimismo, se propone que otras personas profesionales de la salud con capacitación pueden intervenir en estas atenciones, como profesionales de la medicina tradicional, auxiliares de enfermería, enfermería profesional y partería tradicional—recomendación débil a favor de la intervención.

8. La IAF es un procedimiento que se realiza antes de administrar los medicamentos para la IVE farmacológica a partir de 20 semanas de gestación (MSPS, 2023).

- La viabilidad fetal se refiere a la posibilidad de que un feto sobreviva fuera del útero. Determinar este punto es complejo, ya que representa un continuo fisiológico influido por la duración del embarazo, así como por múltiples factores y condiciones clínicas individuales (ACOG, 2023).

- La periviabilidad es el periodo en el que el feto puede sobrevivir fuera del útero con soporte vital avanzado, aunque con un alto riesgo de muerte y de morbilidades graves (ACOG, 2017). En este contexto, realizar la IAF en la periviabilidad o una vez alcanzada la viabilidad fetal previene una expulsión inesperada (poco frecuente, pero grave) de un feto con actividad cardio-respiratoria—recomendación de buena práctica (Diedrich et al., 2024).

9. Respecto a la seguridad de la IVE farmacológica a partir de 12 semanas, la retención de la placenta es la complicación más frecuente (12-33%), y puede tratarse de manera fácil y segura mediante aspiración al vacío, sin que

ello cause hemorragia subsecuente o requiera transfusión (Makhlof et al., 2003).

- Un ensayo clínico aleatorizado encontró que las tasas de retención placentaria se redujeron al 10% cuando se administraron de forma rutinaria 10 unidades de oxitocina después de la expulsión fetal, en comparación con 600 mcg de misoprostol vía oral o manejo expectante, cuyas tasas fueron del 29% y 31% respectivamente (Jacques et al., 2020).
- Posterior a una IVE farmacológica en estas edades gestacionales utilizando esquemas con misoprostol, es seguro esperar al menos 4 horas después de la expulsión fetal para permitir el alumbramiento completo, lo cual puede reducir intervenciones innecesarias como la revisión uterina de rutina (Zwerling, B., et al., 2023; MSPS, 2023).

10. En cuanto al uso de amniotomía, actualmente no existen datos suficientes sobre su eficacia o seguridad en el contexto de la IVE farmacológica en edades gestacionales avanzadas. Por lo tanto, la evidencia disponible es insuficiente para recomendar esta práctica como parte del manejo clínico.

Pasos para realizar una IVE farmacológica a partir de 12 semanas

Una vez realizada la valoración clínica, determinada la edad gestacional, diligenciada la historia clínica y obtenido el consentimiento informado, deben tenerse en cuenta los siguientes pasos:

1. Generar la orden de hospitalización en un área destinada exclusivamente para personas que solicitan una IVE, diferente a la sala de partos. Explicar detalladamente el plan de atención y los procesos que se van a desarrollar a partir de ese momento. Es fundamental ofrecer

acompañamiento emocional continuo si la persona lo solicita, incluyendo el de una persona acompañante de su elección.

2. Canalizar un acceso venoso para la administración de líquidos endovenosos (LEV), medicamentos para el manejo del dolor y, si corresponde, la toma de muestras de laboratorio, de acuerdo con la pertinencia clínica.

3. Tomar signos vitales cada hora, registrándolos cuidadosamente y reportando cualquier alteración relevante al equipo médico.

4. En gestaciones a partir de 20 semanas, realizar el procedimiento de IAF antes de iniciar cualquier medicación para la inducción y expulsión. La IAF puede realizarse mediante cloruro de potasio, digoxina o lidocaína, dependiendo del protocolo institucional y la experiencia de quien realiza el procedimiento. No iniciar los medicamentos de inducción sin haber verificado previamente la efectividad de la asistolia fetal.

5. Administrar los medicamentos para la inducción y expulsión según el esquema correspondiente, el cual se detalla en la tabla 24.

Tabla #24

Dosificación y vías de administración de la mifepristona y misoprostol o misoprostol solo según edad gestacional

A partir de 12 hasta antes de 20 semanas	A partir de 20 hasta antes de 24 semanas	**Después de 24 hasta 27 semanas	***A partir de 28 semanas
Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 400 mcg cada 3 horas VB/SL/VV* hasta la expulsión.	Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 400 mcg cada 3 horas VB/SL/VV* hasta la expulsión. Previa IAF	Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 200 mcg cada 4 horas VB/SL/VV* hasta la expulsión. Previa IAF	Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 50-100 mcg cada 4 horas VV o misoprostol 50-100 mcg cada 2 horas VO* Previa IAF
Misoprostol 400 mcg VB/SL/VV cada 3 horas hasta la expulsión	Misoprostol 400 mcg VB/SL/VV cada 3 horas hasta la expulsión Previa IAF	Misoprostol 200 µg cada 4 horas VB/SL/VV hasta la expulsión Previa IAF	Misoprostol 25-50 mcg cada 4 horas VV o misoprostol 50-100 mcg cada 2 horas VO Previa IAF

Fuente: Tomado de FIGO, 2023; Zwerling, B., 2023.

*VB/SL/VV/VO: Vías de administración bucal, sublingual, vaginal y oral.

**Después de 24 semanas, disminuir la dosis de misoprostol por la sensibilidad aumentada del útero a la prostaglandina.

***En antecedente de cicatriz uterina después de 24 semanas disminuir la dosis de misoprostol a la mitad de la dosis correspondiente para la edad gestacional, y después de 28 semanas es posible pensar en una histerotomía (acción de buena práctica; recomendación de expertos).

6. La evidencia no establece una dosis máxima de misoprostol. Es posible suspender la administración de prostaglandinas después de cinco dosis consecutivas, evaluar el caso bajo criterio médico y reiniciar posteriormente si es necesario. En general, la expulsión ocurre antes de las 24 horas y, como máximo, a las 48 horas de iniciado el proceso.

7. Brindar manejo del dolor durante todo el tratamiento, incluyendo el uso de analgesia pe-

ridural en instituciones donde esté disponible, si la persona gestante así lo desea. Permitir la adopción de la posición que resulte más cómoda y favorecer la movilización libre durante la inducción.

8. Evitar exploraciones genitales frecuentes, salvo cuando se presenten alteraciones en el progreso de la inducción o exista indicación médica.

9. Evitar la deshidratación administrando LEV y

líquidos orales durante la inducción.

10. Atender el expulsivo con personal de salud con capacitación en obstetricia, con especial cuidado en prevenir desgarros perineales. Acompañar los pujos, vigilar el descenso fetal y orientar a la persona en el manejo de la respiración.

11. Una vez sucedido el expulsivo, realizar pinzamiento y corte del cordón umbilical. Si la persona lo ha pedido con antelación o lo solicita en ese momento, debe permitírsela ver el producto para facilitar el proceso de duelo o despedida en caso de que así lo considere. Brindar el tiempo necesario y preparar el producto con diligencia, según protocolo institucional.

12. En el caso de que la persona no desee verle, el personal de salud debe evitar esta acción e inmediatamente realizar el embalaje, determinando peso, talla y sexo biológico para los datos de la historia clínica. Según la Resolución 051 de 2023 del MSPS y de conformidad con la Resolución 0652 de 2016 del MSPS, no se debe diligenciar certificado de defunción a menos que la mujer o persona gestante exprese su intención de adelantar un rito fúnebre o de inhumación.

13. En cuanto a la atención del alumbramiento, en edades gestacionales antes de 20 semanas, se debe esperar la expulsión de la placenta y verificar si se encuentra completa; de lo contrario, pasar a una aspiración al vacío. En gestaciones a partir de 20 semanas donde el útero es más sensible a la administración de oxitocina, y además es el periodo donde se puede presentar episodios de hemorragia, la sugerencia es realizar alumbramiento activo (MSPS, 2018). Revisar que la placenta se encuentre completa y, en caso de que no, llevar a una revisión uterina. No se debe realizar revisión uterina de rutina.

14. En este punto de la atención, iniciar el mé-

todo anticonceptivo de preferencia de acuerdo con los criterios médicos de elegibilidad para cada caso y preferencia de la mujer o persona gestante. Se puede insertar un DIU, un implante subdérmico, iniciar un método de corta duración o realizar procedimiento de anticoncepción definitiva.

15. Trasladar a un área de recuperación diferente a la sala de recuperación posparto.

Vigilancia posterior a la expulsión

Este periodo es muy importante, ya que es el lapso en el cual se puede presentar una complicación como hemorragia o eventos tromboembólicos. Por ello, se requiere una vigilancia exhaustiva de los signos vitales, el sangrado genital y el tono uterino, la cual debe realizarse cada 15 minutos.

Para edades gestacionales hasta 24 semanas, el tiempo de recuperación propuesto es de 1 a 2 horas, y posterior a esto, si todo se encuentra dentro de lo normal, se puede dar egreso. Para edades gestacionales después de 24 semanas, se propone seguir los pasos del puerperio inmediato según la Resolución 3280 de 2018 del MSPS, este caso, el tiempo de recuperación es de 2 horas evaluando los mismos puntos (signos vitales, sangrado genital y tono uterino cada 15 minutos). El alta hospitalaria puede darse 24 horas posterior al tratamiento, o según criterio médico. Se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Deambulación temprana para evitar eventos tromboembólicos.
- Administrar la inmunoglobulina anti-D antes del egreso, y hasta antes de las 72 horas del tratamiento, a toda persona Rh negativo cuya pareja sea Rh positivo o si este dato se desconoce.
- Entregar fórmula para esquema analgésico

con AINEs o paracetamol y de inhibición de la lactancia.

- Proporcionar un listado de signos de alarma y recomendaciones de vigilancia, incluyendo:
 - Sangrado abundante o hemorragia y sangrado de mal olor.
 - Fiebre persistente $> 38^{\circ}\text{C}$.
 - Dolor hipogástrico persistente, vómito o diarrea.
 - Síntomas urinarios como disuria, polaquiuria u orina de mal olor.
 - Síntomas mamarios como congestión mama-ria, enrojecimiento, dolor y calor.
 - Cambios en el estado de ánimo.
 - Cuidados de los puntos perineales o de la cicatriz abdominal en caso de haber necesitado corrección de desgarros o histerotomía.

En caso de presentar alguno de estos signos y síntomas, se debe recomendar a la persona regresar a la institución o asistir al servicio de urgencias. Asimismo, es posible indicar una cita de control a las 72 horas como lo indica la Resolución 3280 de 2018 del MSPS.

► **Inducción de asistolia fetal (IAF) a partir de 20 semanas de gestación**

Cuando la edad gestacional ha avanzado más allá del primer trimestre, las atenciones de IVE presentan nuevos retos para los prestadores de servicios de salud. Estos incluyen la necesidad de intervenciones que requieren formación específica, como la D&E, o la atención en servicios de hospitalización para garantizar un aborto seguro. En gestaciones a partir de 20 semanas, además se indica realizar la IAF. No obstante, la evidencia científica disponible

es limitada para emitir recomendaciones claras y universales sobre esta práctica, debido a las variaciones significativas en los patrones clínicos, las preferencias de la persona consultante, los riesgos percibidos—tanto clínicos como legales—y la escasez de estudios rigurosos en la literatura (Diedrich et al., 2024).

La IAF se incorpora principalmente en contextos de previabilidad, periviabilidad o viabilidad fetal, es decir, cuando el feto podría sobrevivir fuera del útero, aunque con un alto riesgo de complicaciones neonatales severas. Esto plantea interrogantes éticos y clínicos: ¿Cuáles son las razones para realizar una IAF antes de una IVE a partir de 20 semanas?

Algunos estudios de cohorte retrospectiva sobre IAF previa a la IVE farmacológica en el segundo trimestre reportan que esta intervención puede reducir el intervalo entre la inducción y la expulsión fetal (Elimian et al., 1999). Además, se ha descrito que el flujo sanguíneo ute-rino disminuye rápidamente tras la IAF, lo cual podría reducir el riesgo de hemorragia durante y después del tratamiento (Ruano et al., 2004). Desde una perspectiva técnica, algunos profesionales que realizan D&E consideran que la IAF facilita el procedimiento al generar un tejido más reblandecido, lo que potencialmente acorta la duración de la intervención y disminuye las complicaciones (Paul et al., 2009; Lohr et al., 2018). Sin embargo, es importante destacar que la evidencia que respalda estos beneficios es limitada.

Más allá de los argumentos clínicos o técnicos, también influyen las preferencias de la mujer o persona gestante y del equipo de salud, particularmente en gestaciones periviables o via-bles, debido a las implicaciones legales y éticas. Una de las motivaciones frecuentes es evitar la expulsión inesperada—poco común, pero clíni-ca y emocionalmente significativa—de un feto con actividad cardio-respiratoria, lo cual pue-de generar dificultades tanto para la persona como para el personal de salud—recomenda-

ción de buena práctica (Diedrich et al., 2024).

En Colombia, el límite de edad gestacional para considerar la IAF se establece a partir de 20 semanas, de acuerdo con la Resolución 051 de 2023 del MSPS. La asesoría y el acompañamiento en la toma de decisiones frente a esta intervención debe estar centrada en la persona, explicando de manera clara los riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones, y respetando sus creencias, valores y prioridades—recomendación de buena práctica. La misma resolución indica que aquellas instituciones que realizan IAF, pero que no cuentan con la habilitación para la inducción y atención del óbito, deben llevar a cabo los procesos de referencia y contrareferencia para garantizar una atención inmediata y continua en otras instituciones.

Medicamentos y técnicas para realizar la IAF

Los medicamentos más utilizados para inducir la asistolia fetal antes de una IVE son el cloruro de potasio (KCl), la digoxina y la lidocaína. La administración de estos medicamentos se realiza bajo guía ecográfica directa, intraamniótica, intrafetal, intratorácica, intracardíaca o intrafúnica.

»Cloruro de potasio (KCl)

El cloruro de potasio induce la asistolia mediante la desregulación de la concentración intracelular y extracelular de potasio en los miocitos cardíacos. Comúnmente, el KCl es inyectado bajo visión ecográfica transabdominal en los ventrículos cardíacos fetales con aspiración de sangre fetal, que confirma la ubicación correcta antes de administrar el medicamento (Pasquini et al., 2008; Süzen Çaypınar et al., 2023).

La presentación del medicamento es en ampolla de 10ml que contiene 20mEq, es decir, de 2 mEq/ml. Se ha documentado en diversos estudios una amplia variedad de dosis de KCl, uti-

lizando el medicamento para la reducción fetal en gestaciones múltiples antes de 14 semanas, donde las guías recomiendan de 1 a 4 mEq (0,5 a 2 ml) (Beriwal et al., 2020).

En el segundo trimestre, la dosis más utilizada es de 6 a 20 mEq (3 a 10 ml) en gestaciones hasta 27 semanas (Pasquini et al., 2008; Sfakianaki et al., 2014; Süzen Çaypınar et al., 2023). A partir de 32 semanas, se han presentado revisiones que sustentan dosis de 10 a 20 mEq (5 a 10 ml) para la reducción fetal selectiva (Beriwal et al., 2020).

No existe evidencia sólida que relacione directamente la dosis con la edad gestacional. En la práctica, se han empleado dosis estándar independientemente de la edad gestacional, por lo que se sugiere que una dosis mínima tóxica para la mujer o persona gestante que genere la asistolia fetal puede ser 10 mEq (5 ml).

En cuanto a su efectividad, diversos estudios han reportado tasas de éxito del 100% de asistolia fetal con la primera inyección, teniendo en cuenta que la mejor vía de administración es intracardíaca (Pasquini et al., 2008; Sfakianaki et al., 2014). En cuanto a los riesgos de utilizar el KCl, existe solo reportes de casos que han descrito infección funicular por Clostridium perfringens, atribuida a contaminación externa (Li Kim Mui et al., 2002), y administración incidental en circulación materna, probablemente por falta de pericia del operador (Coke et al., 2004). Además, se debe tener en cuenta que, la hipercalemia también puede inducir arritmias cardíacas a niveles séricos bajos, por lo que es fundamental confirmar el lugar de la inyección de cloruro de potasio.

Finalmente, uno de los principales desafíos es lograr una colocación intracardíaca o intrafúnica, en particular si quien lo realiza tiene poca formación en procedimientos guiados por ecografía. Ningún estudio describe otras ubicaciones intrafetales.

»Digoxina

Es un glucósido cardíaco que inhibe la bomba sodio-potasios ATPasa. Tiene la ventaja de ser un medicamento que se puede administrar para la asistolia fetal por vía transabdominal o transvaginal e inyectándola intraamniótica o intrafetal (Tocce et al., 2013; White et al., 2016). La digoxina administrada intrafetal, ya sea por vía transabdominal o transvaginal, presenta mayores tasas de éxito (Gariepy et al., 2013; Tocce et al., 2013).

La presentación del medicamento es en ampolla de 0.25mg/1 ml. La evidencia soporta dosis de 1 mg, que ha demostrado ser segura, independientemente de la vía de administración. Dosis menores a 1 mg presentan mayores tasas de fracaso, por lo que se sugiere utilizar entre 1 y 1.5 mg (Molaei et al., 2008; Nucatola et al., 2010).

En cuanto su efectividad, se reporta un rango entre el 77% y el 99.4% para generar la asistolia fetal al día siguiente de la primera inyección (Nucatola et al., 2010; Tocce et al., 2013). La administración intrafetal es más efectiva que la intraamniótica, ya que esta última reporta fallas entre el 8% y 10%, e incluso, tasas de falla del 31% cuando la administración es transabdominal, en comparación con una tasa de falla del 4.7 % cuando se realiza por la misma vía, pero de forma intrafetal utilizando la misma dosis (Molaei et al., 2008; Nucatola et al., 2010; Sium et al., 2022).

Una limitación de esta técnica es que la verificación de la asistolia puede demorar varias horas, y generalmente no se confirma sino hasta el día siguiente, lo que dificulta conocer con precisión el tiempo que transcurre entre la administración del medicamento y la asistolia fetal, y prolonga los tiempos de atención clínica. En cuanto a los riesgos, se han descrito infección intrauterina y efectos secundarios como náuseas, vómito, fatiga y molestias en el sitio

de la inyección. Dado que es un medicamento cardiotóxico, puede generar arritmias si se administra incidentalmente en la sangre de la mujer o persona gestante. Existen estudios que han demostrado niveles séricos por debajo de rangos tóxicos en administraciones intraamnióticas (Sharvit et al., 2019).

Los efectos secundarios conocidos como náuseas y vómito pueden ser síntomas tempranos de toxicidad por digoxina (Drey et al., 2000). En cuanto a la infección intraamniótica, se considera una complicación poco frecuente, con tasas reportadas de aproximadamente 1% (Steward et al., 2012; Tocce et al., 2013).

»Lidocaína

Es un anestésico antiarrítmico que inhibe los canales de sodio, la iniciación y conducción del impulso nervioso. Como el KCl, se administra bajo guía ecográfica ubicando la punta de la aguja en cavidades cardíacas fetales, especialmente en los ventrículos. La aspiración de sangre fetal confirma la ubicación de la aguja (Reeves et al., 2022).

El medicamento se presenta en vial de lidocaína al 2% (200 mg en 10 ml) o lidocaína al 1% (100 mg en 10 ml). La dosis para producir asistolia fetal es variable. Se han realizado revisiones utilizando diferentes dosis en rangos desde 50 mg a 400 mg (5 ml a 40 ml con lidocaína al 1%) (López-Cepero et al., 2013). Otra revisión de cohorte retrospectivo que analizó a personas gestantes que fueron llevadas a IAF con lidocaína por vía transabdominal intracardiaca, no observó diferencia estadísticamente significativa entre quienes recibieron 200 a 240 mg y quienes recibieron 400 a 480 mg en la primera inyección, y en cinco casos (fetos) se requirió una segunda dosis (Reeves et al., 2022).

En cuanto a la efectividad, la lidocaína induce la asistolia fetal especialmente cuando se realiza por vía transabdominal intratorácica o intracardiaca, alcanzando tasa de éxito del 95% y 98%

respectivamente (Reeves et al., 2022). Un beneficio importante de este medicamento es su rápido inicio de acción, lo que permite confirmar la asistolia durante la misma inyección en la mayoría de los casos reportados, al igual que con el KCl.

Respecto a los riesgos, su toxicidad ha sido demostrada por tinnitus y vómito. No obstante, su margen de seguridad está dado, ya que se

utilizan dosis por debajo de las utilizadas para anestesia y por debajo de los niveles tóxicos (7 mg/kg/hora) (Torp et al., 2023). No hay datos que evidencien otras complicaciones como infecciones intraamnióticas, aunque la vía de administración es igual que la de otros agentes. Los desafíos de esta técnica son los mismos descritos para el KCl, para punciones intracardiacas e intratorácicas.

Tabla #25

Descripción de dosis, efectividad, riesgos y vía de administración de los medicamentos utilizados para procedimientos de IAF

Medicamento	Dosis	Efectividad	Riesgos descritos	Vía de administración
Cloruro de potasio (KCl) (20 mEq/10cc)	10 a 20 mEq (5 a 10 ml)	100%	-Infección intra amniótica. -Administración en sangre materna.	Transabdominal: -Intracardíaca. -Intrafúnica.
Digoxina (0.25mg/1 ml)	1 a 1.5 mg (4 a 6 ml)	77% al 99%	-Infección intra amniótica. -Efectos secundarios como náuseas, vómito, fatiga (síntomas tempranos de toxicidad).	Transabdominal o transvaginal: -Intra amniótica. -Intrafetal.
Lidocaína (1% o 2%) (100 mg o 200 mg en 10 ml)	200 a 240 mg (2%: 10 a 12ml) (1%: 20 a 24ml)	95% al 98%	Pocos estudios: -Tinnitus, vómito (como signos de intoxicación leve).	Transabdominal: -Intracardíaca. -Intratorácica (intrafetal).

Fuente: Elaboración propia a partir de Reeves et al., 2022.

Imagen#2

Insumos para la IAF



1. Cloruro de potasio ampolla 20 mEq/10 ml o;
2. Digoxina 0.25mg/1 ml o;
3. Lidocaína al 1%/10 ml o 2%/10ml para la IAF y para anestesia local.
4. Aguja espinal 20 Gx 90 Mm.
5. Jeringas 10cc.
6. Guantes estériles.
7. Gasas.

»Pasos para realizar un procedimiento de IAF

A continuación, se describe el procedimiento detallado para la IAF, conforme con las buenas prácticas clínicas:

1. Brindar asesoría sobre el procedimiento, explicando de manera clara los riesgos, beneficios, alternativas e implicaciones, y obtener el consentimiento informado debidamente firmado.

2. Entregar una bata clínica a la persona gestante, que permita descubrir la región abdominal, e indicarle que vacíe la vejiga antes de iniciar el procedimiento.

3. Ingresar los datos de la persona gestante en el ecógrafo, con el objetivo de registrar evidencia fotográfica de la asistolia fetal. Configurar el equipo en modo M y, utilizando una sonda convex, registrar la frecuencia cardíaca fetal. Luego, visualizar la presentación, situación y posición fetal para elegir el sitio óptimo de punción. Considerando los 8 cuadrantes del abdomen, observar imagen de 4 cámaras.

4. Preparar los insumos necesarios para el procedimiento; realizar asepsia y antisepsia de la región abdominal con clorhexidina al 4 % para piel; y colocar campos estériles para delimitar adecuadamente el área de punción.

5. Si la persona profesional de salud lo considera y la persona gestante lo autoriza, se puede administrar anestesia local en el sitio elegido para la punción con lidocaína al 2% sin epinefrina, con el fin de disminuir la sensación de dolor. Esta acción puede ayudar a evaluar el recorrido de la punción.

6. Realizar la punción bajo guía ecográfica, utilizando una aguja espinal calibre 20 o 22 G, según el medicamento seleccionado para la IAF:

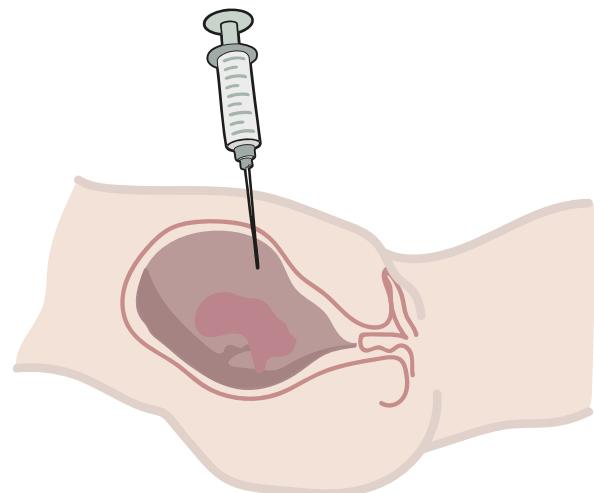
- Si se utiliza KCl o lidocaína por vía transabdominal, posicionar la punta de la aguja en las cavidades cardíacas fetales, preferiblemente en los ventrículos. Para confirmar la ubicación, aspirar 1 cc de sangre fetal. Algunas instituciones también emplean la administración de SSN al 0.9% para visualizar turbulencia del líquido en cavidades cardíacas.

- Si se utiliza digoxina, por vía transabdominal o transvaginal, el medicamento se administra intraamniótico o intrafetal.

- La lidocaína por vía transabdominal también puede administrarse por vía intratorácica fetal.

Figura #13

Inducción de asistolia fetal



Tomada de: Edelman, A. & Kapp, N, 2017.

7. Observar la presencia de asistolia fetal según el medicamento utilizado:

- Con KCl, la asistolia debe observarse de forma inmediata.

- Con lidocaína, puede observarse inmediatamente o hasta 5 minutos después.

- Con digoxina, es necesario verificar la asistolia 24 horas después de la punción.

8. Como norma de buena práctica, verificar la asistolia fetal antes de iniciar la administración de cualquier medicamento para completar el procedimiento de IVE. Para KCl y lidocaína, se recomienda confirmar la asistolia a los 30 minutos de su administración.

Consideraciones especiales para todas las edades gestacionales

»Lactancia

No constituye una contraindicación para la realización de una IVE, ya sea farmacológica o no farmacológica. La evidencia disponible indica que los medicamentos utilizados, mifepristona y misoprostol, no representan un riesgo para el lactante. El misoprostol pasa rápidamente a la leche materna en concentraciones mínimas y se vuelve indetectable en corto tiempo.

Se recomienda lactar justo antes de la administración del misoprostol, o bien, postergar la lactancia durante al menos cuatro horas después de la última dosis. Otra opción es extraer y almacenar leche previamente a la administración del medicamento (Vogel, 2004).

»DIU in situ y embarazo

Cuando existe un DIU in situ y se diagnostica una gestación intrauterina, debe retirarse antes de iniciar la IVE farmacológica. Además, se debe obtener el consentimiento informado por escrito, asegurando que la persona comprenda la situación clínica y los pasos a seguir. En gestaciones a partir de 20 semanas, es indispensable garantizar la extracción del DIU como parte del manejo inicial (OMS, 2018).

»Asma

Aunque se han descrito precauciones en el uso de algunas prostaglandinas en personas con asma, el uso de mifepristona y misoprostol—o misoprostol solo—no está contraindicado para

la IVE, independientemente de la edad gestacional. A diferencia de otras prostaglandinas, el misoprostol relaja la musculatura lisa del árbol traqueobronquial, por lo que no genera efectos adversos en personas con asma.

»Mujeres y personas gestantes con indicaciones maternas o fetales para IVE

Estos casos suelen corresponder a embarazos deseados, en los cuales se toman decisiones de IVE debido al diagnóstico de patologías graves en la mujer o persona gestante o alteraciones fetales. En este contexto, se requiere especial cuidado con la terminología empleada, y es fundamental una explicación humanizada y respetuosa sobre el tratamiento.

Si la persona desea ver el feto y transitar un proceso de duelo, la opción más adecuada es una IVE farmacológica en entorno hospitalario, con acompañamiento profesional hasta la expulsión. Es esencial permitir que la persona guíe su atención, y si lo solicita, se le debe ofrecer apoyo para elegir un nombre y que tenga una adecuada despedida.

»Cesárea anterior o cicatriz uterina previa

En mujeres y personas gestantes con antecedente de cesárea, suele haber preocupación respecto al riesgo de ruptura uterina al utilizar esquemas de mifepristona y misoprostol para la IVE en el segundo trimestre. En una revisión sistemática que evaluó este riesgo entre 14 y 28 semanas, que incluyó 22 estudios (siete ensayos aleatorizados [n = 923] y 15 estudios observacionales [n = 6195]), encontró que el riesgo de ruptura uterina en personas con cesárea previa fue del 1,1 % (10/874) (IC del 95 %: 0,6-2,1), mientras que en personas sin cesárea previa fue del 0,01 % (2/6.244) (IC del 95 %: 0,0-0,12). Esto demuestra que el uso de estos medicamentos es seguro hasta 24 semanas de gestación, incluso en personas con cicatriz uterina (Henkel et al., 2023).

Dado que el útero se vuelve más sensible al misoprostol a medida que avanza el embarazo, en gestaciones después de 24 semanas se recomienda reducir las dosis y ampliar los intervalos entre aplicaciones, especialmente en personas con cicatrices uterinas (RCOG, 2022).

»**Placenta previa y espectro de placenta accreta**

La placenta previa se define como la oclusión parcial o total del orificio cervical interno (OCI) y afecta entre el 0,3 % y el 2 % de los embarazos en el tercer trimestre (Martinelli et al., 2018). En el contexto de los tratamientos de IVE en el segundo trimestre hasta 24 semanas, la D&E puede ser una opción segura incluso en consultantes con placenta previa, siempre que se realice en condiciones clínicas adecuadas.

En mujeres y personas gestantes con antecedente de cesárea y placenta previa, existe un alto riesgo de desarrollar espectro de placenta accreta (Silver & Branch, 2018). Esta condición se caracteriza por una invasión anómala de la placenta en el miometrio, que incluso puede extenderse hacia órganos adyacentes como la vejiga, con alto riesgo de hemorragias graves.

El reconocimiento de este espectro implica la necesidad de atención por parte de equipos multidisciplinarios especializados, con experiencia en el manejo de emergencias y hemorragias obstétricas severas, para garantizar una atención segura.

»**Salud mental**

La evidencia científica ha demostrado que no existe un riesgo aumentado de problemas de salud mental como depresión o ansiedad, en mujeres y personas gestantes que experimentan un embarazo no planeado y que finaliza en aborto, en comparación con aquellas que culminan con un recién nacido vivo (American Psychological Association, 2008).

Por el contrario, se ha observado que a quienes se les niega el acceso a un aborto debido a que su embarazo está demasiado avanzado experimentan más emociones negativas (arrepentimiento e ira) y menos alivio y felicidad, que aquellas a quienes se les practica un aborto (Rocca et al., 2013). La mayoría de las personas afirman que interrumpir el embarazo fue la decisión correcta, incluso quienes expresaron arrepentimiento (Edelman & Kapp, 2017).

Así como la percepción del dolor, el trámite de las emociones y la vivencia de la experiencia pueden variar en cada persona. Sin embargo, la persistencia de los sentimientos negativos relacionados con el proceso ocurre con baja frecuencia (Charles, 2008). Un estudio transversal sobre las situaciones psicosociales posterior al aborto concluyó que las mujeres que accedieron a un tratamiento electivo mostraron menos angustia que las que cursaron otro tipo de aborto (Kotta, 2018).

»**Inhibición de la lactancia**

Después de un procedimiento de D&E, es posible la aparición de secreción láctea como parte del proceso fisiológico, lo que puede causar congestión mamaria persistente, dolor y riesgo de mastitis. La producción de leche se activa fisiológicamente a partir de la semana 16 de gestación, razón por la cual es importante prevenir síntomas relacionados en personas que interrumpen embarazos en el segundo trimestre (Chen et al., 2015).

La cabergolina, un alcaloide sintético derivado de la ergotamina ha demostrado ser eficaz para inhibir la lactancia. La administración de una única dosis al momento del tratamiento es efectiva para prevenir la congestión mamaria y sus complicaciones asociadas (Henkel et al., 2023). Esta intervención es bien tolerada y resulta útil por su aplicación en monodosis.

»Manejo del producto de la concepción

Uno de los pasos esenciales al finalizar los tratamientos es el manejo de los tejidos de la gestación. De acuerdo con los lineamientos del MSPS, los restos ovulares, embriones y fetos, productos de aborto o muerte fetal antes de 22 semanas de gestación o con pesos menores de 500 gramos, no son considerados estrictamente cadáveres, sino restos producidos como consecuencia de la atención en salud en sala de procedimientos o partos. Por lo que, entra en la connotación de residuos anatomicopatológicos y deben ser enviados a incineración¹⁰ como material o tejido de riesgo biológico.

Los productos de la concepción y otros subproductos de la gestación que no vayan a ser inhumados deberán ser colocados en bolsa a prueba de goteo, congelados y almacenados para el tratamiento posterior por no más de 7 días, debido a sus características y posible descomposición. El tratamiento final es térmico de alta eficiencia en plantas de incineración u hornos, y las cenizas se disponen en rellenos.

Cuando el producto de la concepción se encuentra entre 22 semanas de gestación o más, un peso igual o superior a 500 gramos, o mide 25 cm o más longitudinalmente (corona-talón), se puede suponer procesos de inhumación¹¹ o cremación¹². Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), los productos gestacionales por debajo de este umbral no deben ser inhumados, sino dispuestos como residuos hospitalarios.

En los casos en los que de forma individual la mujer o persona gestante exprese su intención de adelantar algún rito fúnebre o de inhumación,

se diligenciará el certificado de defunción fetal, como se estipula en la Resolución 051 de 2023 del MSPS y de conformidad con la Resolución 0652 de 2016 del MSPS; lo anterior en consideración del ejercicio de la libertad de cultos o religiosa informando los aspectos legales y sanitarios del proceso. Cuando la mujer o persona gestante no lo solicite, la institución prestadora de servicios de salud realizará el tratamiento idóneo de los productos de la concepción que resulten de la IVE. En este caso, debe quedar registrado un consentimiento informado explícito que autorice a la institución de salud realizar los procedimientos inherentes al manejo y disposición final del nonato.

De acuerdo con la Resolución 0652 de 2016 de MSPS, los casos de IVE no deberán ser reportadas al Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales mediante el certificado de defunción, y dicha información estadística será suministrada única y exclusivamente mediante el sistema de información RIPS con el fin de no generar doble reporte.

»Acompañamiento en el manejo del duelo

En gestaciones deseadas, el manejo del duelo es relevante y no un evento menor. Cuando una mujer o persona gestante decide la IVE por indicación médica (materna o fetal), el acompañamiento emocional y simbólico cobra especial relevancia. El personal de salud debe contar con entrenamiento para brindar apoyo imparcial y respetuoso, evitando cualquier tipo de discriminación, juicio de valor o trato que pueda considerarse cruel, inhumano o degradante.

Es fundamental garantizar que la persona gestante pueda ejercer su derecho a la libre determinación y a la expresión de sus necesidades

¹⁰ Proceso de oxidación térmica que convierte la fracción combustible de los residuos en gases y un residuo inerte que debe ser dispuesto de manera adecuada.

¹¹ Acción de enterrar o depositar en los cementerios cadáveres, restos óseos y partes humanas.

¹² Acción de quemar o reducir a cenizas cadáveres, restos humanos o restos óseos u órganos y/o partes humanas por medio de la energía calórica.

emocionales y culturales. Se debe permitir que la persona consultante y su familia, si la persona lo quiere, decidan si desean reclamar el cuerpo del feto para inhumación. En caso de no hacerlo, la institución prestadora de servicios de salud deberá realizar el proceso de incineración conforme a la normativa vigente.

Cualquiera que sea la decisión, esta debe consignarse en la historia clínica, acompañada de un documento firmado que respalde la activación de la ruta correspondiente. Es indispensable crear un entorno de protección e intimidad que permita a la persona gestante y su familia realizar una despedida y un manejo del duelo acorde con sus creencias religiosas, culturales o conmemorativas, incluyendo la conservación de recuerdos, si así lo solicitan. Asimismo, si la persona o su familia requieren apoyo psicosocial, este debe ser brindado como parte de una atención integral (MSPS, 2024).

»Isoinmunización Rh

En los abortos realizados antes de 12 semanas de gestación, tanto en tratamientos farmacológicos como no farmacológicos, no se recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D, ya que el riesgo de isoinmunización es prácticamente inexistente—recomendación fuerte en contra de la intervención (Wiebe, E., 2019; OMS, 2022). Sin embargo, en embarazos a partir de 12 semanas, se debe determinar el factor Rh y, en los casos en los que la persona gestante sea Rh negativo, se debe administrar inmunoglobulina anti-D en un plazo no mayor a 72 horas posterior al tratamiento.

»Complicaciones de los tratamientos de IVE

Los tratamientos de IVE llevados a cabo por profesionales con capacitación y con las técnicas adecuadas se consideran intervenciones de salud seguras. Sin embargo, a medida que aumenta la edad gestacional, el personal de salud debe reforzar la vigilancia de las barreras de

seguridad para minimizar el riesgo de complicaciones. Es importante destacar que, cuando estas complicaciones se presentan, su tasa es menor al 0.1% (Musik, 2021). A continuación, se describen los posibles eventos que se pueden presentar durante la atención de una IVE, independientemente de la edad gestacional.

»Hemorragia

La hemorragia posaborted es poco frecuente, ocurriendo en menos del 1% de los casos. No obstante, cuando se presenta, puede estar asociada a morbilidad significativa y es una de las principales causas de mortalidad relacionada con el aborto. Representa aproximadamente el 14% de las muertes en tratamientos del primer trimestre y entre el 33% y el 40% en los del segundo trimestre (Kerns, 2024). Entre los factores de riesgo asociados a la hemorragia uterina en el contexto del aborto, se destacan las gestaciones a partir de 12 semanas, la edad avanzada de la persona gestante y una dilatación cervical insuficiente (Frick, 2010).

Aunque la IVE farmacológica se asocia con un mayor volumen de sangrado en comparación con la no farmacológica, el sangrado en ambos métodos es mínimo y no se observan diferencias clínicas significativas (Kerns, 2013). La incidencia de hemorragia varía entre 0 y 3 por cada 1.000 abortos inducidos con medicamentos hasta 9 semanas de gestación, o mediante aspiración al vacío antes de 15 semanas. Sin embargo, en los tratamientos de evacuación uterina realizados a partir de 15 semanas, la incidencia aumenta, alcanzando un rango de 0,9 a 10 por cada 1.000 casos (Kerns, 2013).

En el caso de hemorragias posteriores a un evento obstétrico, la cantidad de sangre perdida no siempre se correlaciona directamente con un desenlace clínico significativo. No obstante, se considera que una pérdida superior a 500 cc es suficiente para diagnosticar hemorragia y activar el código rojo. Es crucial des-

tacar que la alteración de parámetros clínicos como el nivel de conciencia, la presión arterial sistólica, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca o la reducción del gasto urinario son indicadores suficientes para evaluar la gravedad del sangrado, independientemente del volumen estimado, y justifican la oportuna activación del código rojo, permitiendo una intervención temprana por parte del equipo tratante (Fischerova, 2009).

La perforación uterina es una complicación poco frecuente de la IVE, pero potencialmente peligrosa si conduce a una hemorragia. En tratamientos de primer trimestre, el riesgo es del 0,01%, con una frecuencia varía de 0,1 a 3 por cada 1.000. Este riesgo aumenta en tratamientos realizados después del segundo trimestre (Kerns, 2024) e incrementa junto con la morbilidad y mortalidad en gestaciones más avanzadas (Kerns, 2013). A pesar de esto, la mayoría de los abortos en el segundo trimestre pueden completarse de manera segura en el ámbito ambulatorio (Kerns, 2024).

La placenta de implantación baja no ha demostrado estar asociada con un aumento en la incidencia de hemorragias (Halperin, 2003), y no existen evidencias científicas que respalden que la miomatosis y la paridad sean factores de riesgo para la hemorragia posabortione.

Las principales causas de sangrado en eventos obstétricos en todas las edades gestacionales se dividen en cuatro etiologías: tono uterino, trauma, retención de tejido y coagulopatías. Estas causas se agrupan mnemotécnicamente, según su frecuencia, en las cuatro T: Tono, Trauma, Tejido y Trombina. Por lo tanto, al clasificar el origen del sangrado, es fundamental evaluar estas etiologías en el orden indicado (Kerns, 2013).

Tabla #26

Etiologías del sangrado posabortione que requieren maniobras avanzadas

Etiología	Incidencia
Atonía	52%
Placentación anormal	17%
Laceración cervical	12%
Perforación uterina	7%
Sangrado de segmento inferior sin atonía uterina	5%
Coagulopatía intravascular diseminada	5%

Fuente: Adaptado de Kerns, 2024.

Para una identificación e intervención temprana del sangrado relacionado con la IVE, se ha establecido el sistema de alerta obstétrica temprana junto con el índice de choque, el cual activa el código rojo. El índice de choque es un indicador de hipovolemia, y se define como la relación entre la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica (FC/PAS). Un valor mayor o igual a 0.9 se asocia con un aumento en la mortalidad, y un valor superior a 1 incrementa la probabilidad de requerir transfusión.

En el registro clínico debe destacarse la presencia de la hemorragia con el volumen estimado y los síntomas relacionados con el choque, como dolor, malestar general, ansiedad y disnea (FIGO, 2022). En consecuencia, el tratamiento debe ajustarse según la causa identificada del sangrado.

En todos los casos, es esencial mantener una vigilancia constante para determinar la necesidad de iniciar el trámite de referencia y contrarreferencia, así como el traslado de la persona a una institución con servicios habilitados de mayor complejidad para un manejo adecuado de la complicación.

Si se sospecha hipovolemia, se debe realizar una evaluación precoz, ya que la condición clínica de la persona puede deteriorarse rápidamente hacia un choque hipovolémico o he-

morrágico. Se recomienda la reanimación por metas, buscando mantener una presión arterial sistólica igual o mayor a 90 mmHg (para una presión arterial media-PAM de 60 mmHg), hasta lograr el control del sangrado. Para ello, se indica la administración de bolos de 500cc de cristaloides, preferiblemente lactato de Ringer, para prevenir la acidosis hiperclorémica y deterioro de la función renal que puede producir el cloruro de sodio (Lewis, 2018; Malbrain, 2020). Luego de la administración de cada bolo, se debe evaluar el estatus clínico de la persona para detectar mejoría de los signos y síntomas del choque hipovolémico.

Dado que no existen guías específicas para el manejo de la hemorragia posterior al aborto, este documento sugiere una aproximación clara: al identificar el sangrado, se deben registrar los cambios en la escala de alerta temprana, clasificar el choque y activar el código rojo. Adicionalmente, se debe realizar un masaje uterino bimanual e iniciar, de manera oportuna y secuencial, los medicamentos uterotónicos según el orden sugerido en la Tabla 27, para edad gestacional antes de 20 semanas. El objetivo primordial de estas acciones es prevenir la progresión del sangrado.

Tabla #27

Secuencia de administración de medicamentos en hemorragia posabortedo antes de 20 semanas

1	Metilergometrina: 0.2 mg IM cada 5 minutos hasta total de 5 dosis.
2	Ácido tranexámico: 1 g disuelto en 100 mL de cloruro de sodio al 0.9%. Administrar en 10 minutos; se puede repetir a los 30 minutos.
3	Misoprostol: 800 mcg sublingual dosis única.
4	Oxitocina: 40 UI disueltas en 500 cc administrar IV en 1 hora (125 ml/hora).

Fuente: *Elaboración propia, adaptada del protocolo de hemorragia obstétrica de la Resolución 3280 de 2018 del MSPS.*

Nota: La administración de los medicamentos es secuencial (uno tras otro), no se debe esperar a que uno de los medicamentos controle el sangrado antes de decidir administrar el siguiente. El objetivo es actuar de forma continua.

Si el sangrado es persistente a pesar del manejo farmacológico descrito, en gestaciones antes de 20 semanas, se recomienda el taponamiento uterino con catéter Foley, el cual puede insuflarse con 60 a 80 cc de solución salina. Su objetivo es detener la hemorragia y preparar a la persona gestante para un trámite de referencia y contrarreferencia.

Para casos de hemorragia en gestaciones a partir de 20 semanas, se recomienda seguir los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018 del MSPS para el manejo de la hemorragia obstétrica.

Tabla #28

Secuencia de administración de medicamentos en hemorragia obstétrica

Embarazos a partir de 20 semanas	
1	Oxitocina: 40 UI disueltas en 500 cc, administrar IV en 1 hora (125 ml/hora)
2	Ácido tranexámico: 1 g disuelto en 100 mL de cloruro de sodio al 0.9%, administrar en 10 minutos; se puede repetir a los 30 minutos
3	Metilergometrina: 0.2 mg IM repetir a los 20 minutos y posteriormente cada 4h hasta total de 5 dosis
4	Misoprostol: 1000 mcg intrarrectal dosis única

Nota: La administración de los medicamentos es secuencial (uno tras otro), no se debe esperar a que uno de los medicamentos controle el sangrado antes de decidir administrar el siguiente. El objetivo es actuar de forma continua. Fuente. *Elaboración propia adaptada de la Resolución 3280 de 2018 de MSPS.*

Además del manejo medicamentoso mencionado y si los uterotónicos no han controlado el sangrado, con el objetivo de detener el flujo sanguíneo, se recomienda el taponamiento uterino con balón hemostático Bakri o el dispositivo artesanal con condón (MSPS 2018). Una vez insertado el balón, se debe iniciar un tratamiento antibiótico de amplio espectro (Georgiou, 2009), aplicar el traje antichoque no neumático y proceder con los trámites de referencia y contrarreferencia, según corresponda. En instituciones que cuenten con personal idóneo, se

considerará la realización de suturas hemostáticas uterinas o histerectomía (subtotal o total) de urgencia.

Para todos los casos, es fundamental monitorear los signos vitales constantemente durante el código rojo. Esto incluye el control de líquidos administrados y eliminados (para lo cual se debe colocar una sonda vesical), la observación del sangrado vaginal y la prevención de la hipotermia cubriendo a la persona con sábanas o mantas precalentadas y administrando todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39 °C. Si durante el código rojo la clasificación del choque es moderada, se deben administrar dos unidades de glóbulos rojos empaquetados O negativo sin cruzar. En caso de choque severo, se debe realizar una politransfusión (6 unidades de glóbulos rojos empaquetados, 6 unidades de plaquetas y 6 unidades de plasma). Si el sangrado se controla farmacológicamente, se sugiere dejar a la persona en observación durante 2 horas y evaluar su posible egreso o mantenerla hospitalizada, según evolución. El control del evento después del egreso debe realizarse en 48 horas. Ver protocolo de hemorragia en la Resolución 3280 de 2018 del MSPS.

»**Hematometra**

La hematometra, o acumulación de sangre en la cavidad uterina, es una condición que puede progresar, causando distensión y dolor, y que requiere manejo quirúrgico (Helber, 2024). Clínicamente, se sospecha si, una aspiración uterina o una dilatación y evacuación (D&E), se presenta dolor pélvico intenso y el útero permanece aumentado de tamaño, sin involución (Sherer, 2010).

Aunque puede haber sangrado vaginal y dilatación cervical, su ausencia no descarta el diagnóstico. Cuando se sospecha clínicamente hematometra, el diagnóstico diferencial se apoya en la ecografía. Esta muestra una cavidad endometrial distendida con contenido líquido ho-

mogéneo e hipoeocoico, o material heterogéneo de aspecto arenoso, ambos compatibles con hematometra.

La incidencia de hematometra es baja; estudios reportan una frecuencia de entre 0.1 y 1 por cada 100 tratamientos (Sherer, 2010). Si bien no se han identificado factores de riesgo claros, se ha asociado a la multiparidad y a una dilatación cervical progresiva inadecuada, lo que puede conducir a un cierre prematuro del cérvix.

El diagnóstico de hematometra se confirma cuando, al realizar una reevacuación uterina, se obtienen sangre o coágulos sin presencia de tejido ovular visible. Es importante señalar que, siempre que una mujer o persona con posibilidad de gestar presente dolor tras un tratamiento de evacuación uterina, debe descartarse la retención urinaria como posible causa. El manejo para la hematometra es la evacuación al vacío de la cavidad uterina.

»**Perforación uterina**

La perforación uterina es una complicación rara, generalmente localizada en la línea media de la cara anterior o posterior del cuerpo uterino, áreas que están poco vascularizadas. El riesgo de perforación es del 0.1% (Musik, 2021). La mayoría de las perforaciones no requieren tratamiento ni generan efectos a mediano o largo plazo. Sin embargo, si provocan dolor severo, sangrado o la presencia de tejido intraabdominal, la complicación debe ser atendida por un prestador de salud con servicios habilitados de mayor grado de complejidad para un manejo adecuado.

Los factores que aumentan el riesgo de una perforación uterina incluyen: estenosis cervical marcada, antero-flexión o retroflexión del útero, malformaciones uterinas y la inexperiencia del personal (Comendant, 2014). Es importante identificar de manera activa en la anamnesis es-

tos antecedentes para tomar medidas preventivas, como la preparación cervical adecuada y la tracción del tenáculo para corregir posiciones uterinas extremas.

Las personas que no presenten inestabilidad hemodinámica durante dos horas pueden ser dadas de alta, con instrucciones claras sobre signos de alarma estrictos y un control programado en 48 horas. Por otro lado, si la persona presenta inestabilidad hemodinámica durante su evolución previa al alta, debe ser trasladada a laparotomía de urgencia.

»**Sepsis asociada a infección pélvica**

La incidencia de infección después de una IVE no farmacológica por aspiración al vacío es del 0.5%, según un metaanálisis de grandes estudios sobre complicaciones del aborto (Russo, 2013). La OMS señala que la presencia de una infección pélvica preexistente al momento del aborto no farmacológico es un factor de riesgo para infecciones posteriores (OMS, 2022). En general, el riesgo de infección es bajo si el procedimiento se realiza correctamente, se administran antibióticos profilácticos (Low, 2012) y se sigue una técnica aséptica adecuada.

Los síntomas que deben alertar sobre una posible infección incluyen: fiebre, escalofríos, secreción vaginal anormal, dolor pélvico, sangrado prolongado, sensibilidad uterina aumentada y/o recuento elevado de glóbulos blancos. En caso de infección, deben administrarse antibióticos siguiendo los regímenes recomendados para la enfermedad pélvica inflamatoria y, además, ofrecerse manejo a las parejas sexuales (Russo, 2013). Si la persona presenta sepsis o choque séptico, se requiere hospitalización inmediata y manejo con antibióticos de amplio espectro.

»**Evacuación fallida y retención de restos ovulares**

La necesidad de reintervención por presencia

de restos ovulares en procedimientos de IVE no farmacológica oscila entre el 1% y el 3% (Musk, 2021), ya que la retención de restos es más frecuente después de una IVE farmacológica (Foreste, 2021).

Los síntomas comunes incluyen sangrado abundante o prolongado, dolor abdominal que no mejora o aumenta y persistencia de un cérvix permeable después del procedimiento no farmacológico (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). El manejo recomendado para gestaciones antes de 20 semanas es la reevacuación uterina al vacío. En aquellas de mayor edad gestacional y con evidencia de retención de restos, la evacuación puede realizarse mediante revisión uterina.

Los siguientes factores están asociados y pueden ser útiles para aumentar la sospecha diagnóstica en una persona que presenta los síntomas mencionados (Foreste, 2021):

- Inexperiencia de quien presta la atención e inadecuada técnica en el tratamiento.
- Sospecha de implantación y placentación inadecuada.
- Edad gestacional en el momento de la IVE, ya que la retención es más frecuente en procedimientos de primer y segundo trimestre en comparación con pérdidas espontáneas o posparto.
- Antecedente de cirugías con entrada a cavidad uterina, como miomectomías o perforaciones uterinas y cesáreas.
- Malformaciones uterinas.
- Antecedente personal de retención de restos ovulares.
- Multiparidad.

En el caso de una persona con una anomalía uterina conocida o si presenta dificultad en la evacuación por cualquier razón, se sugiere realizar una ecografía intraoperatoria.

»Desgarro cervical

Es una complicación que generalmente ocurre durante el proceso de dilatación del cérvix o como resultado del uso del tenáculo. Para prevenirlo, se recomienda:

1. Usar tenáculos atraumáticos.
2. Tomar una porción adecuada del estroma cervical.
3. Dilatar con cuidado y suavidad, ejerciendo tracción suave y constante.

La preparación cervical reduce significativamente el riesgo de lesiones cervicales (Kapp, 2010; Ercan, 2011). Esta complicación es menos probable en IVE farmacológico a partir de 12 semanas, ya que no requiere instrumentación del cuello uterino. El manejo puede incluir presión directa con gasa, aplicación de solución de Monsel, o sutura con catgut cromado.

»Reacciones anestésicas durante los procedimientos de IVE

La sedación consciente (también conocida como sedación moderada) es una técnica anestésica que induce una depresión del estado de conciencia. Durante este estado, la persona consultante conserva el control de sus reflejos protectores y la capacidad de responder a estímulos verbales simples. Es especialmente útil para reducir la ansiedad y el dolor durante intervenciones médicas, y a menudo produce amnesia. Las funciones respiratorias y cardiovasculares no se ven afectadas; la ventilación espontánea es adecuada, por lo que no se requieren intervenciones para mantener una vía aérea permeable. La OMS (2022) propone

ofrecer un tratamiento combinado de sedación consciente y bloqueo paracervical para el manejo del dolor durante la IVE no farmacológica, independientemente de la edad gestacional, siempre que la sedación consciente esté disponible.

Las personas consultantes tienen derecho a un manejo adecuado del dolor y deben participar en un proceso de toma de decisiones compartida sobre el manejo del dolor y la sedación durante el tratamiento. Aunque la sedación consciente es generalmente segura, los medicamentos utilizados conllevan riesgos potenciales que deben ser evaluados, reducidos y manejados por un especialista en anestesiología.

La NAF (2024), expone intervenciones aplicables en todos los casos:

- Proporcionar a las consultantes información sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de los medicamentos a utilizar.
- Realizar una evaluación previa completa (antecedentes y examen físico) antes de la sedación moderada.
- Debe estar presente en la sala una persona profesional en medicina para el manejo de vías respiratorias.
- Se puede utilizar un consentimiento informado específico para la analgesia y la sedación.

La toxicidad sistémica por lidocaína en un bloqueo paracervical ocurre cuando se administra de manera inadvertida en vasos sanguíneos. A concentraciones plasmáticas relativamente bajas, los efectos incluyen mareos, parestesias periorales, alteraciones visuales, tinnitus y un sabor metálico en la boca. Con dosis más altas, pueden aparecer espasmos musculares, pérdida de conciencia y convulsiones. En casos de dosis extremadamente altas, se pueden presentar hipotensión, depresión respiratoria o

incluso la muerte (Maltzer, 2009).

Es importante señalar que gran parte de la información existente sobre la dosificación de los anestésicos locales no está basada en evidencia sólida. La indicación sobre las dosis máximas de lidocaína se basa principalmente en las recomendaciones del fabricante, presentándola como una "dosis máxima total" con el fin de prevenir la administración excesiva y la toxicidad (Valencia, 2011). La vida media de la lidocaína se describe entre 60 y 120 minutos, y la dosis máxima recomendada por vía paracervical es de 4.5 mg/kg (hasta 200 mg en total).

En las instituciones prestadoras de servicios de salud que no cuenten con personal con capacitación para tratamientos en gestaciones a partir de 12 semanas, y en aquellas mujeres o personas gestantes que requieran completar la evacuación farmacológica mediante aspiración al vacío o revisión uterina, se debe ofrecer la opción de sedación consciente. Asimismo, debe acordarse un plan de manejo del dolor con la persona, siempre bajo el principio de una atención centrada en sus necesidades y bienestar.

»**Secuelas a largo plazo posterior a la IVE**

La mayoría de las mujeres y personas gestantes a quienes se les practica correctamente la IVE no presentan secuelas a largo plazo en su salud física, reproductiva o emocional. La evidencia disponible indica que no es posible vincular la IVE segura con efectos adversos a largo plazo, tales como infertilidad, abortos espontáneos, embarazos ectópicos, placenta previa, desprendimiento de placenta, preeclampsia, parto prematuro o cáncer de mama (Rowlands, 2014).

3.1.6. Anticoncepción posaborted

Según la OMS, es esencial implementar mecanismos que aseguren el acceso o la derivación a servicios de anticoncepción post-aborto, así

como la provisión de anticonceptivos a las personas que los soliciten (OMS, 2022). Los prestadores de servicios de salud deben establecer un compromiso en relación con la atención de la SSSR, incluyendo la anticoncepción, asesoría, elección y acceso, ya que son intervenciones clave para mejorar la salud de la población y disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materna; además, se consideran actividades de garantía obligatoria.

En la asesoría anticonceptiva se busca conocer las expectativas reproductivas de las mujeres y personas gestantes que solicitan la IVE, y brindarles la información necesaria para que, si lo desean, puedan acceder de manera informada y voluntaria a un método anticonceptivo de forma inmediata. Esta asesoría es fundamental para promover el bienestar y la autonomía de las personas, sus familias y las comunidades. Entre los elementos que contribuyen a la calidad de la atención en anticoncepción posabortedo se incluyen: la posibilidad de elegir entre una amplia variedad de métodos anticonceptivos, información sobre las tasas de falla, características de cada grupo de anticonceptivos, posibles efectos, costos, duración y uso correcto. Todo esto debe considerar el proyecto de vida y la calidad de vida de la persona, correlacionándolo con los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (2015).

La menstruación suele reaparecer entre 30 y 50 días después del tratamiento. Sin embargo, la ovulación puede regresar tan pronto como entre 8 y 10 días tras la interrupción del embarazo y, en la mayoría de los casos, se restablece dentro del primer mes (Kim, 2021).

Debido a este rápido retorno a la fertilidad, es fundamental informar a la persona y ofrecer métodos anticonceptivos efectivos, preferentemente de larga duración, como los DIUs (hormonal y de cobre) y el implante subdérmico. Estos métodos deben estar disponibles para su inicio inmediato, si así lo decide la persona.

La evidencia respalda el uso inmediato de cualquier anticonceptivo moderno (de larga o corta duración) tras una IVE farmacológica o no farmacológica. Si la persona opta por un DIU (hormonal o de cobre), este debe insertarse inmediatamente una vez se haya verificado la finalización exitosa del tratamiento y la cavidad uterina esté vacía.

Posterior a un tratamiento de IVE en el primer trimestre, la mayoría de los métodos anticonceptivos se clasifican como categoría 1 en personas sin patologías de base. La excepción es el DIU en casos de infección pélvica activa o aborto séptico, donde se considera categoría 4 según los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (2015). En los casos de elección informada e inicio inmediato del inyectable de solo progesteronona, la probabilidad de disminución en la efectividad del método anticonceptivo es baja. Para aquellas personas que no desean iniciar ningún método anticonceptivo moderno y desean emplear métodos basados en la fertilidad, se les debe informar la alta tasa de falla y la posibilidad de embarazos no deseados (OMS, 2022).

En tratamientos de IVE del segundo trimestre, los métodos anticonceptivos se clasifican en categoría 1 y 2, lo cual indica que son seguros y eficaces, y pueden utilizarse con confianza en todas las circunstancias. En general, la OMS recomienda el uso de estos métodos como una opción válida y segura para la planificación de la familia y la salud reproductiva (OMS, 2019). El inicio inmediato del método anticonceptivo tras una IVE, independientemente de la edad gestacional, reduce entre un 30% y un 60% la probabilidad de un nuevo embarazo no planeado y/o no deseado, y, en consecuencia, de un aborto repetido, en comparación con el retraso de su uso hasta el control posterior o el retorno de la menstruación. Las tasas de continuidad del uso de métodos anticonceptivos después de un año son un 50% mayores cuando las personas eligen métodos de larga duración frente a corta duración.

Las instituciones que ofrecen atenciones de IVE deben contar con la capacidad de proveer la mayoría de los métodos anticonceptivos en sus instalaciones. En caso de no poder ofrecer el método elegido por la mujer o persona gestante (como la ligadura tubárica), se debe proporcionar información detallada sobre el método, realizar la remisión correspondiente y ofrecer un método temporal. Además, todas las personas, incluso aquellas que optan por un método anticonceptivo regular, deben recibir información sobre la anticoncepción de emergencia y el uso de preservativos para la prevención de ITS.

La provisión de métodos anticonceptivos debe seguir los lineamientos establecidos en la Resolución 769 de 2008 del MSPS. Esto incluye el consentimiento informado, con especial atención en la capacidad de las menores de edad—incluidas menores de 14 años— para consentir el inicio de un método anticonceptivo de acuerdo con lo que señala la Resolución 309 de 2025 (MSPS, 2025).

3.1.7. Control y seguimiento

De acuerdo con la evidencia científica, incluida la guía de la OMS Directrices sobre la Atención para el Aborto (2022), y conforme con lo establecido en la Resolución 051 de 2023 del MSPS, los prestadores de servicios de salud no deben realizar controles posteriores en casos de IVE farmacológica sin signos de alarma o IVE no farmacológica sin complicaciones.

Esta práctica es válida siempre que la mujer o persona gestante haya recibido información clara sobre los signos de alarma, las posibles complicaciones, y cuándo y dónde acudir en caso de necesitarlos.

Se debe programar cita de control en los siguientes casos:

- A solicitud de la mujer o persona gestante: si

refiere presentar signos de alarma explicados en las actividades de educación, o si desea evaluar su salud en general, confirmar la ausencia de complicaciones y reforzar las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.

• Cuando se determine necesario bajo concepto médico: cuando el personal de salud indique que la persona debe asistir a control por alguna condición clínica particular.

• Cuando no se haya iniciado un método anticonceptivo: se debe ofrecer el agendamiento de la cita y anotarlo en la historia clínica.

• Una IVE farmacológica exitosa se define como la expulsión completa de los productos de la concepción sin requerir una intervención adicional, como la aspiración al vacío. En estos casos, se debe clasificar a la persona mediante el interrogatorio y examen físico, según lo descrito en la Tabla 29.

Tabla #29

Clasificación de desenlace de la IVE farmacológica

Aborto completo	Se presenta cuando, tras el uso de medicamentos, la persona refiere sangrado vaginal (con o sin expulsión de tejidos), resolución del cólico y la desaparición de los síntomas de embarazo. En el examen físico se encuentra útero de tamaño normal, cuello cerrado y sangrado ausente o mínimo. La conducta es dar regreso con asesoría anticonceptiva e inicio del método elegido, si así lo desea. En caso de elegir un DIU, puede insertarse el mismo día.
Falla del tratamiento (continuación del embarazo)	Se evidencia embrión vital por ecografía (embriocardia) o crecimiento del saco gestacional acorde con el tiempo transcurrido. En este caso, se debe proceder a una aspiración uterina.
Aborto incompleto	Se define como la presencia clínica de un cérvix abierto o permeable y sangrado vaginal (OMS, 2022). Es un diagnóstico principalmente clínico y NO ecográfico, ya que no existe una medida definida del endometrio en aborto incompleto, teniendo en cuenta que el grosor del endometrio no predice una intervención quirúrgica (Reeves et al., 2009).
Aborto retenido	Presencia de saco sin vitalidad (sin embriocardia o colapsado), con disminución del tamaño o sin crecimiento con respecto a la medida inicial.

Fuente: Elaboración propia a partir de Directrices sobre la Atención para el Aborto, OMS, 2022.

Durante la atención de control, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones y realizar un interrogatorio dirigido a:

- La presentación de los síntomas esperados y probables por el uso de medicamentos.
- La percepción de la persona consultante sobre los cambios en los síntomas de embarazo, comparando el estado inicial con el momento del control.
- Realizar examen ginecológico en caso de que tenga indicación clínica. No se recomienda realizar de manera rutinaria.
- Confirmar si se inició el método anticonceptivo elegido y verificar su uso correcto. En caso

de no haber elegido, reforzar la asesoría sobre los métodos disponibles.

El seguimiento es especialmente importante cuando se ha utilizado misoprostol como único medicamento, ya que su efectividad es de aproximadamente 85 %, y existe evidencia que asocia el uso del medicamento con alteraciones congénitas si el embarazo continúa.

Si se confirma un aborto retenido, restos ovulares o sangrado persistente, se debe evaluar el manejo a seguir durante la consulta, según las opciones clínicas, situación médica y preferencias de la persona. En caso de continuación del embarazo, la indicación será proceder con tratamiento no farmacológico (aspiración al vacío). A continuación, se presentan las orientaciones clave a tener en cuenta:

- Informar sobre el autocuidado, tamizaje de cáncer de cuello uterino, prevención de ITS y retorno de la fertilidad.
- En consultantes que hayan tenido una IVE farmacológica antes de 12 semanas, aspiración al vacío o D&E, el control debe contemplar todos los puntos anteriormente descritos.
- Para IVE farmacológica realizada en entorno hospitalario, el control es opcional (como en los casos hasta 24 semanas), siempre individualizando cada situación.
- En gestaciones después de 24 semanas, se propone seguir las recomendaciones de la Resolución 3280 de 2018 del MSPS, que indican que el control o seguimiento debe realizarse entre el tercer y quinto día posterior a la IVE, como parte de la atención al puerperio mediato.
- Estos controles pueden realizarse mediante la modalidad de telemedicina, a través de telemonitoring sincrónico. No necesariamente deben ser presenciales.

3.2. Modalidades de la atención en salud de la IVE

3.2.1. Atención intramural Modelo

La atención de la IVE debe estar disponible en todas las instituciones públicas, privadas, laicas y confessionales prestadoras de servicios de salud que cuenten con servicios habilitados para realizar dichas atenciones. Debe estar integrada dentro de las unidades materno-perinatales, de acuerdo con la RIAMP expuesta en la Resolución 3280 de 2018 del MSPS. Se caracteriza por un modelo sencillo que garantiza una atención integral, respetando la privacidad y la oportunidad.

El modelo contempla el acompañamiento y cuidado proporcionado por profesionales de la salud, que pueden incluir enfermería, medicina general, medicina familiar, ginecología, psicología y trabajo social. No obstante, la ausencia de alguna de estas profesiones no debe considerarse como una barrera para garantizar la oportunidad y la calidad (MSPS, 2022).

El modelo está estructurado en momentos claramente definidos, diseñados para ser aplicados en cualquiera de las siguientes modalidades de atención disponibles:

- **Presencial:** atención directa en prestadores de servicios de salud.
- **Telemedicina interactiva:** comunicación entre la mujer o persona gestante y el equipo de salud para la orientación y atención. La comunicación puede ser sincrónica (en tiempo real, mediante llamada o videollamada) o asincrónica (a través del envío y posterior respuesta de consultas por correo electrónico, mensajes de texto o de voz).
- **Tele-experticia sincrónica:** consulta mediante la interacción a través de las TIC para apoyo en la toma de decisiones clínicas. La interacción se realiza entre una persona profesional de la salud (médica o no médica) que se encuentra con la consultante y la persona profesional en medicina que se encuentra a distancia.

El proceso de atención, independientemente de su modalidad (intramural, extramural o virtual), debe incluir los componentes descritos en el apartado 3.1 de este documento. Estos son universales para cualquier modalidad de atención, pero se deben tener en cuenta las particularidades según los tipos de tratamientos que se pueden realizar en las diferentes edades gestacionales (p. ej.: el inicio de la atención por telesalud que finaliza en una IVE no farmacológica en modalidad intramural).

Modalidades

La atención para la IVE se adapta a distintas modalidades de prestación de servicios: intramural, extramural y telemedicina. Cada una po-

see especificaciones que aseguran el cumplimiento de estándares de calidad, oportunidad y enfoque de derechos, de género e interseccional. En la Tabla 30 se presentan las actividades clave para cada modalidad.

Tabla #30

Modalidades de atención y actividades clave

Modalidad	Componentes de la atención	Límites de edad gestacional según modalidad
Intramural	<ul style="list-style-type: none"> -Consulta inicial presencial. -Orientación, asesoría y acompañamiento, si lo requiere. -Tratamiento de acuerdo con la edad gestacional. -Asesoría anticonceptiva e inicio inmediato. -Control y seguimiento, si lo requiere. 	<ul style="list-style-type: none"> •En todas las edades gestacionales. •Antes de 12 semanas.
Extramural (Jornadas de salud o unidad móvil)	<ul style="list-style-type: none"> -Consulta inicial en videollamada haciendo uso de las TIC. -Orientación, asesoría y acompañamiento, si lo requiere. -Tratamiento de acuerdo con la edad gestacional. •Envío de medicamentos al domicilio o en la entidad prestadora de servicio de salud. -Asesoría anticonceptiva con inicio autogestionado. -Control y seguimiento, si lo requiere. 	<ul style="list-style-type: none"> •IVE autogestionada completa antes de 12 semanas. •Examen físico: no se realiza por modalidad de atención.
Telemedicina interactiva	<ul style="list-style-type: none"> Talento humano en salud médico o no médico (prestador remisor): •Consulta inicial presencial. •Orientación, asesoría y acompañamiento, si lo requiere. •Tratamiento de acuerdo con la edad gestacional. •Asesoría anticonceptiva e inicio inmediato. •Control y seguimiento, si lo requiere. 	<ul style="list-style-type: none"> •Antes de 12 semanas. •Entrega e inicio de medicamentos. •IVE Autogestionada parcial o total.
Tele-experticia sincrónica	<ul style="list-style-type: none"> Profesional en medicina (prestador de referencia) •Contacto por videollamada haciendo uso de las TIC. •Apoyo a la consulta de personal de salud no médico. 	

Fuente: Elaboración propia.

La telesalud busca mejorar el acceso, la resolutividad, la continuidad y la calidad de la atención clínica, así como impactar positivamente la salud pública y la educación en salud, mediante el uso de las TIC. De acuerdo con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1419 de 2010, la telesalud se define como el conjunto de actividades, servicios y métodos relacionados con la salud, que se realizan a distancia con uso de las TIC, e incluye, entre otras, la telemedicina.

La telemedicina es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Esta modalidad puede ser ejecu-

tada por profesionales de la salud y personal de salud no profesional o técnico, con el propósito de facilitar el acceso y mejorar la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta o acceso en su área geográfica.

La implementación de atenciones por telesalud no exime a los prestadores de servicios de salud ni a las aseguradoras de su responsabilidad de priorizar la prestación personalizada de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de Colombia, 2010).

De acuerdo con las disposiciones de la Resolución 2654 del 2019 del MSPS, la práctica de telemedicina en Colombia debe garantizar la calidad y la seguridad de la información. Esta modalidad puede desarrollarse mediante comunicación sincrónica o asincrónica, según sea el caso, e incluye la atención a personas ubicadas dentro o fuera de las instalaciones del prestador. Quien presta el servicio de salud, en el contexto de su autonomía, determinará si la persona usuaria requiere atención presencial.

Según el artículo 14 de la Resolución 2654 de 2019 del MSPS, la modalidad de telemedicina presenta las siguientes categorías, las cuales pueden combinarse entre sí:

• **Telemedicina interactiva:**

Es la relación a distancia mediante video-llamada en tiempo real entre una persona profesional de la salud y la persona usuaria, para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases (ver criterios de inclusión).

• **Telemedicina no interactiva:**

es la relación a distancia entre una persona profesional de la salud y la persona usuaria, para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata.

• **Tele-experticia:**

Es la relación a distancia sincrónica o asincrónica entre:

«**Dos profesionales de la salud:**

Una persona que atiende presencialmente a la consultante (prestador remisor) y otra que atiende a distancia (prestador de referencia).

-Quien atiende presencialmente es responsable de los componentes de la consulta, registro de la elección, firma de documentos y la entrega de recomendaciones.

-Quien atiende a distancia es responsable de la verificación de la información entregada, su entendimiento y resolución de dudas, la cual debe consignarse en la historia clínica.

«Profesional en medicina y no profesional:

-Personal de salud no profesional (técnico, tecnólogo o auxiliar) que atiende presencialmente (prestador remisor) y profesional de la salud a distancia (prestador de referencia).

-Quien atiende a distancia será responsable de la asesoría para elección del tratamiento, registro de la elección y de las recomendaciones que reciba la persona consultante.

• **Telemonitoreo:**

Es la relación entre el personal de la salud y la persona consultante en cualquier lugar donde esta se encuentre, a través de una infraestructura tecnológica que recopila y transmite a distancia datos clínicos. Esto permite a quien presta el servicio realizar seguimiento y revisión clínica o proporcionar una respuesta relacionada con tales datos. El telemonitoreo podrá realizarse con método de comunicación sincrónica o asincrónica.

Tabla #31

Criterios de inclusión y exclusión para la atención por telemedicina interactiva

Criterios de inclusión *	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Gestación menor a 83 días (antes de 12 semanas). • Fecha de última menstruación confiable: <ul style="list-style-type: none"> - Ciclos regulares en volumen y duración (interrogar por los últimos 2 ciclos). - No uso de métodos anticonceptivos hormonales en los últimos 3 meses. - No lactancia exclusiva en los últimos 6 meses. • Ausencia de signos clínicos de embarazo ectópico: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor pélvico unilateral. - Sangrado genital escaso tipo spotting. • Persona gestante sin antecedente de coagulopatía o tratamiento anticoagulante. 	<p>Si no se cumplen todos los criterios de inclusión la persona gestante no es candidata para una atención por la modalidad de telemedicina interactiva y su manejo debe ser presencial.</p>

Fuente. Elaboración propia adaptada de Aiken, et al., 2021.

En telemedicina, se calcula la edad gestacional basada en la FUM. Si la consultante cuenta con un reporte ecográfico, se correlaciona con la edad gestacional por FUM y se determina el tiempo de embarazo; sin embargo, este no debe ser un requisito ni convertirse en una barrera para acceder a la atención.

En caso de que la persona no cumpla con los criterios de inclusión y seguridad para realizar tratamiento en casa, quien presta el servicio se podrá abstener de realizar la prescripción y tiene la responsabilidad de redirigir a la modalidad presencial. En una atención de telemedicina interactiva de calidad se deben llevar a cabo las siguientes actividades:

1. Confirmar la identidad de la persona mediante la verificación de su documento de identidad.

2. Recomendar que la consulta se realice en un espacio donde la persona se sienta

cómoda y con privacidad para hablar con seguridad.

3. Explicar el propósito de la consulta, los temas que se abordarán y la duración estimada de la atención.

4. Transmitir, de manera empática, que se trata de un espacio seguro, privado y confidencial, en el que puede compartir su información con confianza.

5. Diligenciar la historia clínica completa, exceptuando el examen físico.

6. Evaluar los antecedentes, riesgos y criterios de inclusión para continuar con la atención por telemedicina.

7. Explicar claramente las implicaciones de recibir atención en esta modalidad.

8. Tener presente que, según los hallazgos durante la valoración o por preferencia de la persona, la atención puede trasladarse a una modalidad presencial.

3.2.2. Atención extra tramural

Según la OMS, las atenciones de IVE se brindan a través del modelo AIA (Atención integral del aborto) que busca garantizar la prestación de información, la gestión del aborto y control/seguimiento posabortion. Sin embargo, también es posible ofrecer solo componentes específicos de este proceso de atención los cuales pueden ser proporcionados por el sector público, privado o de organizaciones no gubernamentales (ONG), y pueden desarrollarse en un espacio comunitario o entorno extra-mural.

Los enfoques de prestación de servicios no son estáticos. A medida que aumenta el rol de las tecnologías digitales, el desarrollo de la ciencia y la evidencia sobre intervenciones efectivas, las innovaciones en este campo seguirán evolucionando. Desde este punto de vista se plantea:

»Modelos de acompañamiento: los modelos de acompañamiento involucran a un profesional comunitario que asiste a la consultante durante el proceso de IVE farmacológica. Este apoyo puede ser telefónico, mediante una plataforma tecnológica segura o de forma presencial, e incluye la provisión de información, asesoría, apoyo emocional y/o logístico, así como referencias o asistencia para interactuar con servicios de salud cuando sea necesario o deseado.

»Servicios de extensión comunitaria: implican el desplazamiento de personal de salud para prestar atención en comunidades o a otros equipos de salud, fuera de su lugar

habitual de trabajo y residencia. Esta estrategia, que incluye iniciativas como las clínicas móviles, busca ampliar la cobertura en zonas remotas o rurales. No obstante, la evidencia sobre su efectividad específica en la atención del aborto es aún limitada.

»Herramientas de apoyo digital: consisten en aplicaciones digitales que brindan información confiable, recordatorios vía mensajes de texto y herramientas para calcular la edad gestacional.

»Modelos de reducción de daños: son modelos clínicos donde se proporciona a mujeres y personas gestantes información previa al aborto, orientación sobre cómo y dónde conseguir los medicamentos, y su uso correcto. Aunque los medicamentos no se suministran directamente, se ofrece apoyo posterior si la persona lo requiere.

»Líneas directas: son servicios de atención telefónica que orientan a mujeres y personas gestantes sobre cómo acceder a atenciones de aborto seguro. Estas líneas pueden limitarse a proporcionar información basada en evidencia o articularse con otros modelos para facilitar el acceso a medicamentos y ofrecer acompañamiento durante y después del proceso.

»Marketing social: consiste en aplicar técnicas de marketing a problemáticas sociales con el objetivo de motivar a las personas a adoptar comportamientos considerados beneficiosos. Aunque ha sido utilizado con éxito en la distribución de productos sanitarios como los preservativos, su aplicación en la atención de la IVE, especialmente en

la distribución de medicamentos e instrucciones está menos documentada. No obstante, esta estrategia podría representar una vía viable para aumentar el acceso y reducir barreras económicas.

»**Franquicia social:** es un sistema de relaciones contractuales, generalmente administrado por una ONG, que adapta el modelo de franquicia comercial para alcanzar objetivos sociales. A diferencia de la franquicia comercial, su propósito no es lucrativo sino social. Sin embargo, la evidencia disponible sobre su efectividad sugiere la posibilidad de inequidades en el acceso a los servicios.

Independientemente de las múltiples modalidades de prestación de atenciones de la IVE, se busca garantizar:

- Acceso a información científicamente precisa y comprensible en todas las etapas.
- Acceso a medicamentos de calidad garantizada, incluidos los utilizados para el tratamiento del dolor.
- Soporte de referencia de respaldo si se desea o se necesita.
- Vinculación con una oferta apropiada de servicios anticonceptivos para quienes desean anticoncepción posabortedo.

En Colombia, para garantizar la prestación de los servicios extramurales o comunitarios en la atención integral de la IVE, los prestadores de servicios de salud deben regirse por la Resolución 3100 del 2019 del MSPS. Asimismo, deben realizar el Re-



gistro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con el fin de habilitar los servicios ante las secretarías de salud departamentales o distrital, o ante la entidad que tenga a cargo dichas competencias donde defina establecer su sede. Dicha inscripción producirá efectos en todo el territorio nacional sin que requiera inscripción en cada una de las entidades anteriormente nombradas.

Esto implica que, si quien presta el servicio decide ofrecer atenciones en la modalidad extramural, jornada de salud o unidad móvil en una ET diferente a donde realizó la inscripción, debe solicitar autorización ante esa secretaría de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, sin que requiera tener sede en cada departamento donde decida operar.



4- Barreras de la IVE

En la actualidad, Colombia cuenta con una normativa que despenaliza el aborto, reconociéndolo como un derecho reproductivo que debe ser garantizado en los servicios de salud. Esto implica que no se puede criminalizar a quien solicita una IVE, ya que su acceso se fundamenta en el principio de autonomía reproductiva (Corte Constitucional, 2018). No obstante, a pesar de los avances en la jurisprudencia y en las políticas estatales, aún persisten barreras en el acceso de esta atención, independientemente del régimen de afiliación de la persona solicitante.

El Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Circular Externa 047 de 2022 del MSPS emiten directrices al sistema de salud para fortalecer la atención integral de salud a mujeres y personas gestantes conforme a la RIAMP.

En dicha circular, se enfatiza la importancia de garantizar el acceso sin barreras a la IVE en todos los servicios independientemente del grado de complejidad para todas las mujeres y personas gestantes, incluidas aquellas con estatus migratorio irregular.

Además, se destaca la necesidad de ejecutar acciones para el entrenamiento del personal, así como mejorar la comunicación a nivel territorial con un enfoque intercultural. Según el MSPS, estas medidas administrativas forman parte de la política pública orientada a reducir la morbilidad y mortalidad materna, especialmente la relacionada con el aborto inseguro (MSPS, 2023).

El Estado, junto con los prestadores de servicios de salud deben ser garantes de una atención integral. Sus obligaciones no se limitan únicamente a la prestación de atenciones, sino que también incluyen aspectos relacionados con la provisión de información adecuada sobre los derechos que asisten a la persona, así como la accesibilidad a servicios médicos, psicológicos y de trabajo social que son necesarios para su plena garantía (Congreso de Colombia, 2015; La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2025).

El Informe Defensorial propone la categorización de las vulneraciones a la IVE las cuales se enuncian a continuación (Defensoría del Pueblo & UNFPA, 2024):

- **Barreras socioculturales:** estigmatización y desconocimiento. Apunta a todo el contexto de patrones culturales y religiosos, estigma y desconocimiento de derechos que afectan e impiden el acceso a información, educación y medios para decidir, los cuales son requisitos para la toma informada de decisiones.

- **Discriminación:** se refiere a cualquier trato diferenciado, exclusión, restricción o preferencia, basado en motivos prohibidos o injustificados

(como género, edad, estatus migratorio, condición social, orientación sexual, pertenencia étnico-racial, etc.), que obstaculiza o niega el acceso efectivo, oportuno y de calidad en las atenciones de IVE a las mujeres y personas gestantes que tienen derecho a ella.

- **Violencia reproductiva:** vulnera directamente la autonomía reproductiva. Si bien esta autonomía se refiere a la capacidad de una persona para decidir libremente sobre su vida reproductiva, la violencia reproductiva, según el informe defensorial, engloba formas específicas de agresión. Estas incluyen la violencia obstétrica, la violencia reproductiva en el ámbito familiar y la violencia reproductiva con ocasión del conflicto armado.

- **Criminalización:** aún con la despenalización del aborto, genera discriminación y estigmatización en torno a la decisión de una IVE. El temor a ser criminalizadas no solo disuade a mujeres y personas gestantes de buscar atención legal y segura, sino que también presiona a los profesionales de la salud.

- **Barreras de acceso:** son prácticas que limitan u obstaculizan la atención efectiva y legal de las mujeres y personas gestantes dentro del sistema de salud, sin importar su tipo afiliación. Estas conductas contradicen directamente la normativa vigente.

Por otro lado, en el informe realizado por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, se define como barrera de acceso a la IVE a cualquier conducta que, por acción u omisión, constituya una limitación u obstáculo para el acceso oportuno a la atención (González, 2020). Incurrir en estas conductas contradice los lineamientos establecidos por la Corte Constitucional, y se interpreta como negación o dilación de la atención a la IVE, lo cual constituye una vulneración del derecho a la salud.

Las barreras de acceso efectivo a la IVE no se

definen únicamente por el contexto legal. La legalidad del aborto no se traduce fácilmente a una garantía de acceso a la atención. Las mujeres y personas gestantes en condiciones de particular vulnerabilidad —como adolescentes, personas con nivel socioeconómico bajo, del área rural dispersa y quienes enfrentan inequidades de género—, encuentran barreras sociales, económicas, culturales y médicas para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva de manera libre y sin violencia (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2025).

Estas barreras pueden ser interpuestas por los prestadores de servicios de salud, familiares de la persona, grupos armados ilegales, grupos religiosos, movimientos antiderechos, entre otros. A continuación, se presentan de forma general las barreras más frecuentes que dificultan el acceso efectivo a la IVE. Ver documento

Garantía del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Entidades Territoriales, capítulo 4.



Gráfico#23

Barreras más comunes que limitan el acceso a la IVE

1	Falta de acceso a información precisa.
2	Suministro de información o asesoramiento sesgado.
3	Imposición de períodos de espera obligatorios.
4	Requisitos de autorización de terceros.
5	Restricciones en los espacios donde pueden brindarse atenciones de IVE.
6	Limitaciones en el personal de salud autorizado para prestar estas atenciones.
7	Falta de servicios asequibles.
8	Violaciones de la confidencialidad y la privacidad.
9	Falta de garantía de acceso y continuidad de la atención cuando una persona profesional de salud objeta conciencia.
10	Escasez o falta de licencia de medicamentos esenciales.
11	Desconocimiento del derecho de las mujeres y personas gestantes a gestionar sus propios abortos.

Fuente: adaptado de *La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2025*



5- Adecuaciones para poblaciones priorizadas

La garantía del derecho a la IVE exige la eliminación de barreras legales, administrativas, culturales y geográficas. Además, la atención debe ser oportuna, de calidad, centrada en la persona, y respetuosa de su autonomía, dignidad y decisiones reproductivas (Congreso de Colombia, 2015; OMS, 2022). Dado que las mujeres y personas gestantes enfrentan múltiples formas de discriminación y desigualdad que se interrelacionan, es fundamental que la SSSR que incluye el acceso a la IVE, considere estas intersecciones para garantizar una atención integral y libre de discriminación.

En este sentido, se debe aplicar el enfoque de derechos, de género e interseccional, que implica el reconocimiento de la diversidad de experiencias y desarrollar estrategias específicas que respondan a las particularidades de cada grupo poblacional (MSPS, 2021).

El enfoque de derechos, de género e interseccional no solo implica reconocer la diversidad de experiencias, sino también la aplicación de acciones afirmativas para asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud reproductiva. Asimismo, promueve un lenguaje inclusivo y accesible que prevenga la discriminación o revictimización de personas en situación de vulnerabilidad (MSPS, 2021). En este sentido, la interseccionalidad resulta fundamental en la implementación de políticas públicas, pues permite identificar y eliminar las múltiples barreras que enfrentan las poblaciones priorizadas al intentar acceder a la IVE y otros servicios de salud esenciales.

5.1. Niñez y adolescencia

El acceso a la IVE para niñas, niños y adolescentes (NNA) debe garantizarse desde un enfoque de derechos humanos, reconociendo la autonomía progresiva y el principio del interés superior de la niña o del niño. A nivel internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) establece la obligación de los Estados de garantizar que NNA puedan expresar sus opiniones sobre las decisiones que afectan su salud y bienestar, así como acceder a servicios de salud sin discriminación. El Comité de Derechos del Niño enfatiza la importancia de garantizar el acceso a servicios de SSSR, incluyendo la IVE, con confidencialidad y sin barreras. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible también subraya la necesidad de asegurar el acceso universal a servicios de SSSR, con especial atención a adolescentes.

En el contexto colombiano, la Constitución Política de 1991 (artículos 13, 44 y 93) reconoce la protección especial de la niñez y establece la obligación del Estado de garantizar el acceso equitativo a la salud. Este principio se desarrolla en la Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) y la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), que afirman el derecho de NNA a recibir atención en salud

sin requisitos adicionales que limiten su capacidad de decisión según su grado de madurez. Las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022 de la Corte Constitucional reafirman que el acceso a la IVE es parte del derecho fundamental a la salud, sin distinción de edad, pertenencia étnico-racial, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad o condición socioeconómica.

En este marco, la Resolución 3280 de 2018 del MSPS establece la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS), incorporando directrices específicas en SSSR para NNA. A su vez, la Ley 1146 de 2007 y la Ley 1257 de 2008 del Congreso de Colombia refuerzan la obligación estatal de garantizar estos servicios, estableciendo mecanismos de protección para niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, quienes pueden acceder a la IVE sin necesidad de presentar una denuncia previa.

La Resolución 2367 de 2023 del MSPS (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031) establece estrategias para mejorar el acceso a los servicios de SSSR para esta población, mientras que la Resolución 051 de 2023 del MSPS destaca la importancia de eliminar barreras administrativas y fortalecer la formación del personal de salud en atención con enfoque de derechos, de género e interseccional.

Finalmente, la Resolución 309 de 2025 del MSPS reconoce de forma explícita la autonomía progresiva de los NNA ya que tienen la capacidad de elegir tratamientos e intervenciones en su cuerpo que afecten su desarrollo sexual y reproductivo. Incluso si los padres o representantes legales no están de acuerdo, quien presta el servicio de salud está en la obligación de salvaguardar el derecho a la salud de la menor y garantizar una atención oportuna y de calidad teniendo bajo los principios de autonomía y el de beneficencia y no maleficencia. En el caso de las menores de edad, es un consentimiento sustituto, es decir que los padres o representantes

legales acompañan la decisión y solo se tiene en cuenta la opinión de la menor de la menor. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022) (ICBF,2020) (Resolución 309, 2025).

Para fortalecer la garantía del acceso a la IVE para NNA, se recomienda:

«Garantizar la autonomía progresiva en la toma de decisiones sobre la IVE, asegurando que la edad no sea una barrera para el acceso a servicios de SSSR, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo.

«Capacitar al personal de salud en atención a la niñez y adolescencia con enfoque de derechos, de género e interseccional, garantizando un trato respetuoso y libre de estigmatización.

«Asegurar la confidencialidad en la atención en SSSR, protegiendo el derecho de NNA a acceder a la IVE sin discriminación.

«Eliminar barreras administrativas innecesarias, asegurando que no se exija autorización o consentimiento informado por parte de terceras personas para la toma de decisiones reproductivas de menores de edad.

«Recordar que las menores de 14 años tienen derecho a decidir sobre su salud reproductiva y se hace necesario que el equipo de salud adapte la información para asegurar su comprensión, ofrezca apoyo psicosocial, reporte la presunción de violencia o abuso sexual y active la ruta de protección y restitución de derechos.

«Fortalecer los programas de educación sexual integral, promoviendo el acceso a información clara y basada en derechos sobre la IVE.

5.2. Discapacidad

El acceso a la IVE para personas con discapacidad debe garantizarse desde un enfoque de derechos humanos, asegurando la eliminación

de barreras físicas, comunicativas y actitudinales en los servicios de salud. Este acceso debe ser equitativo, digno y centrado en el respeto a la autonomía de cada persona.

En el plano internacional, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) reconoce el derecho de todas las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Esta convención subraya la necesidad de aplicar ajustes razonables para garantizar la accesibilidad y el ejercicio pleno de este derecho. De forma complementaria, tanto el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) destacan la obligación de los Estados de garantizar el acceso sin restricciones a los servicios de SSSR, incluida la IVE, prestando atención especial a quienes enfrentan múltiples formas de discriminación.

En Colombia, la Constitución Política de 1991 (artículos 13, 42 y 49) establece el derecho a la igualdad y la obligación del Estado de garantizar el acceso a la salud sin ningún tipo de discriminación. Este principio se desarrolla en la Ley 1618 de 2013 del Congreso de Colombia, que obliga al Estado a asegurar la atención en salud para personas con discapacidad mediante la eliminación de barreras de accesibilidad y la promoción de su autonomía en la toma de decisiones. Por su parte, la Ley 1751 de 2015 del Congreso de Colombia consagra la salud como un derecho fundamental, y exige que los servicios se presten bajo principios de accesibilidad universal. En este marco, las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022 de la Corte Constitucional reafirman que el acceso a la IVE es un derecho fundamental que no puede estar condicionado por la discapacidad. En consonancia, la Resolución 3280 de 2018 del MSPS incorpora lineamientos específicos para la atención en SSSR de personas con discapacidad, subrayando la importancia de la información accesible y

la atención con enfoque de derechos, de género e interseccional.

La Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social (CONPES 166 de 2013) establece medidas para garantizar la autonomía en las decisiones sobre su SSSR. Asimismo, la Resolución 3100 de 2019 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y la Resolución 2367 de 2023 del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 del MSPS refuerzan la necesidad de implementar ajustes razonables en la prestación de estas atenciones.

Adicionalmente, la Resolución 1904 de 2017 y la Resolución 051 de 2023 del MSPS, establecen lineamientos concretos para la implementación de apoyos, salvaguardas y ajustes razonables en el contexto de la IVE, asegurando que la atención sea accesible, respetuosa y libre de discriminación.

Para fortalecer la garantía del acceso a la IVE para personas con discapacidad física, sensorial (auditiva o visual), mental (cognitiva o psicosocial) o múltiple, se recomienda:

«Preguntar si la persona con discapacidad requiere apoyo y seguir sus indicaciones.

«Eliminar barreras físicas, comunicativas y actitudinales en los servicios de salud, garantizando entornos accesibles y formatos de información adaptados.

«Capacitar al personal de salud en atención con enfoque de derechos, de género e interseccional, para personas con discapacidad, promoviendo el respeto por la autonomía y la toma de decisiones informadas.

«Asegurar la accesibilidad de la información sobre la IVE, incluyendo formatos de lectura fácil, documentos con versión en braille, pictogramas, videos en lengua de señas y dispositivos de apoyo para la comunicación.

«Asegurar que haya señales para orientar a las personas en sillas de ruedas o con movilidad reducida hacia las vías de circulación más accesibles.

«Garantizar la presencia de apoyos para la toma de decisiones sin que ello implique la sustitución de la voluntad de la persona con discapacidad. No se debe exigir a la persona la gestión y/o provisión de estos apoyos.

«Fortalecer la articulación con organizaciones de personas con discapacidad para la difusión de información sobre DSDR, incluyendo el acceso a la IVE.

5.3. Pertenencias étnico-raciales

El acceso a la IVE para personas pertenecientes a pueblos indígenas, comunidades afrocolombianas, raizales, palenqueras, isleñas y pueblos Rrom debe garantizarse mediante un enfoque intercultural que respete su cosmovisión, sistemas de salud tradicionales y formas de vida comunitaria.

Desde el ámbito internacional, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) establece el derecho de estos pueblos a disfrutar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación, con atención especial a los derechos de las mujeres y personas gestantes. En la misma línea, la Plataforma de Acción de Beijing (1995) subraya la necesidad de garantizar servicios de SSSR de calidad para todas las personas, sin importar su pertenencia étnica o cultural.

En Colombia, la Constitución Política de 1991 reconoce la diversidad étnica y cultural del país como fundamento de la Nación (artículos 7, 8, 13 y 330), y establece la obligación del Estado de garantizar y proteger los derechos de la población étnico-racial. Es importante señalar

que, aunque el Estado debe reconocer los usos y costumbres propios de cada comunidad, este reconocimiento debe armonizarse con el respeto por los derechos fundamentales, que son individuales y prevalecen frente a prácticas comunitarias que puedan vulnerarlos.

La Ley 70 de 1993 del Congreso de Colombia reconoce el derecho de las comunidades afrocolombianas a definir sus propias estrategias de desarrollo y bienestar, incluyendo el acceso a servicios de salud con pertinencia cultural. Por su parte, el Decreto 1953 de 2014 del Gobierno Nacional de Colombia reglamenta el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), permitiendo a los pueblos indígenas la autodeterminación en la organización y prestación de servicios de salud, en coherencia con sus prácticas ancestrales y la sentencia T-128 de 2022 de la Corte Constitucional ordena incluir a las parteras tradicionales del Pacífico en el sistema de salud.

Las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022 de la Corte Constitucional garantizan el derecho a la IVE en todo el territorio nacional, sin distinción de pertenencia étnica o ubicación geográfica. Reafirman que, si bien los usos y costumbres comunitarios son reconocidos, no pueden restringir el ejercicio de derechos fundamentales como la salud o la autonomía reproductiva.

Para hacer efectivo el acceso a la IVE en estas poblaciones, es necesario implementar estrategias adaptadas al contexto étnico y cultural, que incluyan Información accesible en lenguas propias y en formatos comprensibles; capacitación del personal de salud en enfoques interculturales; y, articulación con autoridades tradicionales y parteras, respetando sus roles dentro de los sistemas propios de salud.

La Resolución 3280 de 2018 del MSPS establece lineamientos para adecuar la atención en salud a la diversidad étnica, incluyendo la IVE. Asimismo, la Resolución 2367 de 2023 del MSPS del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 refuerza el compromiso del Estado

con una atención diferenciada e intercultural, garantizando que los modelos de cuidado respeten las creencias, prácticas y estructuras organizativas propias de cada comunidad.

Para fortalecer la garantía del acceso a la IVE para las poblaciones indígenas, afrodescendientes, raizales, palenqueras, isleñas y Rrom, se recomienda (La Mesa por la vida y la Salud de las Mujeres, 2023):

«Garantizar la pertinencia cultural en la prestación de atenciones en IVE, articulándola con los sistemas de salud propios de las comunidades, respetando sus modelos de atención y sus conocimientos tradicionales.

«Proporcionar información en las lenguas maternas de las comunidades y en formatos accesibles que respeten sus tradiciones y cosmovisión.

«Capacitar al personal de salud en enfoque intercultural e interseccional, asegurando una atención libre de prejuicios y basada en el respeto por la diversidad étnica y cultural.

«Fortalecer la participación de liderazgos comunitarios en la definición de estrategias de atención en SSSR.

«Garantizar la accesibilidad geográfica a los servicios de salud, fortaleciendo los sistemas de transporte sanitario en regiones de difícil acceso.

«Respetar la autonomía de las personas gestantes de comunidades étnicas, asegurando que las decisiones sobre la IVE se tomen de manera informada y voluntaria, sin coerción ni imposición de valores ajenos a su cultura.

5.4. Diversidades sexo genéricas

El acceso a la IVE para personas con identida-

des sexo-genéricas diversas debe garantizarse desde un enfoque basado en derechos humanos, reconociendo la identidad de género como un derecho fundamental. Este enfoque debe asegurar condiciones de igualdad, no discriminación y atención integral, sin prejuicios por orientación sexual, identidad o expresión de género.

A nivel internacional, los Principios de Yogakarta reconocen que todas las personas tienen derecho al más alto nivel posible de salud, incluyendo la SSSR, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016) establece que los Estados deben garantizar el acceso a servicios de SSSR a todas las personas, incluyendo aquellas con identidades sexo-genéricas diversas. En la misma línea, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Form de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) resalta la importancia de eliminar las barreras que enfrentan las personas LGBTIQ+ para acceder a estos servicios.

En el contexto colombiano, la Constitución Política (1991, artículos 13, 16 y 42) consagra el derecho a la igualdad, a la autonomía personal y al reconocimiento de la diversidad familiar. La Ley 1751 de 2015 del Congreso de Colombia reconoce la salud como un derecho fundamental, garantizando su prestación sin ningún tipo de discriminación. A su vez, la Ley 1482 de 2011 del Congreso de Colombia (Ley Antidiscriminación) penaliza cualquier acto de discriminación por identidad de género u orientación sexual, incluyendo aquellos que se presenten en el acceso a servicios de salud.

La jurisprudencia constitucional ha sido clara en esta materia: las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022 de la Corte Constitucional reafirman el carácter fundamental del derecho a la IVE y prohíben cualquier restricción indebida. La Sentencia T-622 de 2014 de la Corte Constitucional reconoce la identidad de género como un derecho protegido y ordena al Esta-

do garantizar el acceso sin discriminación a los servicios de salud. Por su parte, el Decreto 1227 de 2015 del Gobierno Nacional de Colombia reglamenta el reconocimiento de la identidad de género en documentos oficiales, facilitando el acceso a servicios conforme con la identidad autopercebida de cada persona.

En ese sentido, las Resoluciones 3280 de 2018 y 051 de 2023 del MSPS, incorporan lineamientos para una atención con enfoque de derechos, de género e interseccional e inclusivo, reconociendo el derecho a la IVE de todas las personas con posibilidad biológica de gestar, sin importar su identidad de género. Esto incluye a hombres transgénero, personas transmasculinas, no binarias, intersexuales, y otras identidades con las que la persona se autoidentifique.

La Política Nacional para la garantía de los derechos de la población LGBTI (CONPES 4147 de 2025) busca asegurar el goce efectivo de todos los derechos y el acceso a una ciudadanía plena para esta población. Aborda las principales problemáticas que enfrentan entre otras, representaciones sociales, narrativas, símbolos e imaginarios discriminatorios que deben ser transformados para el pleno ejercicio de los derechos, las violencias por prejuicios que amenazan la vida, la seguridad y la integridad que se vencen reforzando los mecanismos de protección y fortaleciendo la articulación interinstitucional. Finalmente, la Resolución 2367 de 2023 del MSPS del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 incluye directrices específicas para garantizar el acceso equitativo a servicios de SSSR a toda la población, reconociendo y respetando su diversidad sexo-genérica.

Para fortalecer la garantía del acceso a la IVE para personas de identidades sexo-género diversas, se recomienda:

«Garantizar el acceso a la IVE sin discriminación por identidad de género, asegurando que los sistemas de información y los registros médicos respeten el nombre y los pronombres

correctos, reconozcan la identidad de cada persona.

«Capacitar al personal de salud en enfoque de derechos, de género, interseccional y atención centrada en la persona y libre de prejuicios, asegurando que los servicios de salud sean inclusivos y respetuosos con la identidad de género de cada persona.

«Asegurar la disponibilidad de protocolos de atención con enfoque de derechos, de género e interseccional, incorporando guías específicas para la atención de personas de la diversidad sexo-genérica.

«Eliminar barreras administrativas y requisitos innecesarios, asegurando que el acceso a la IVE no esté condicionado por procesos burocráticos que afecten de manera desproporcionada a las personas con identidades de género diversas.

«Promover campañas de información y sensibilización, para garantizar que las personas con diversidad de género conozcan sus derechos y puedan acceder a la IVE de manera segura y libre de estigma.

5.5. Poblaciones en situación de movilidad

El acceso a la IVE para personas en situación de movilidad y en contextos de crisis humanitaria debe garantizarse bajo los principios de igualdad, no discriminación y protección de los derechos humanos, incorporando un enfoque de derechos, de género e interseccional que reconozca sus condiciones particulares de vulnerabilidad.

A nivel internacional, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990) reconoce el derecho de toda persona en situación de movilidad a recibir

atención médica de urgencia, incluyendo servicios de SSSR. De igual forma, el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (2018) insta a los Estados a garantizar el acceso a servicios de salud independientemente del estatus migratorio. En esta misma línea, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha subrayado que el derecho a la salud implica el acceso libre de barreras a los servicios de SSSR, y que los Estados deben eliminar obstáculos administrativos, económicos y culturales que afecten de manera desproporcionada a las personas migrantes.

En Colombia, la Constitución Política (1991, artículos 13, 93 y 100) establece la igualdad de derechos y la protección de las personas en situación de movilidad, en concordancia con los tratados internacionales de derechos humanos. La Ley 1751 de 2015 del Congreso de Colombia, que consagra la salud como un derecho fundamental, garantiza el acceso a servicios de salud sin discriminación por nacionalidad o situación migratoria.

La jurisprudencia constitucional ha reforzado este principio. Las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022 de la Corte Constitucional reconocen el acceso a la IVE como un derecho fundamental que no puede restringirse por razones de nacionalidad, estatus migratorio o pertenencia étnico-racial. A su vez, la Resolución 3280 de 2018 y la Resolución 051 de 2023 del MSPS, establecen la necesidad de incorporar un enfoque de derechos, de género e interseccional en la atención de servicios de SSSR para personas en movilidad humana.

Además, la Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) incluye medidas específicas de protección para NNA migrantes en situación de vulnerabilidad. Por su parte, el Plan de Respuesta a Emergencias en Salud Pública, establecido en la Resolución 2200 de 2005 del MSPS, refuerza la obligación de garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva en contextos de emergencia y movilidad humana.

Para fortalecer la garantía del acceso a la IVE para personas migrantes y en contextos humanitarios, se recomienda (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2022):

«Eliminar barreras administrativas y legales que impidan el acceso a la IVE para personas migrantes, garantizando que no se requiera documentación adicional para recibir atención.

«Capacitar al personal de salud en atención con enfoque de derechos, de género e interseccional, asegurando que los servicios sean inclusivos y culturalmente apropiados para personas migrantes y en crisis humanitarias.

«Garantizar la disponibilidad de servicios de traducción e interpretación para personas migrantes que no hablen español, facilitando su acceso a información clara y comprensible.

«Asegurar el acceso a servicios de salud en zonas de frontera y en territorios con alta concentración de población migrante, fortaleciendo la articulación con organismos humanitarios y redes comunitarias.

«Incluir la IVE como parte de los servicios esenciales de salud en contextos de emergencia, siguiendo los lineamientos de la OMS y del Comité Permanente entre Organismos (IASC).

5.6. Personas en áreas rurales y remotas

Garantizar el acceso a la IVE para personas que habitan en áreas rurales o remotas requiere la implementación de estrategias con enfoque de derechos, de género e interseccional, que aseguren equidad en la prestación de servicios de salud, sin importar la ubicación geográfica.

Desde el ámbito internacional, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) reconoce la necesidad de facilitar el acceso a

servicios de salud de calidad para mujeres y personas gestantes en zonas rurales, eliminando las barreras geográficas, económicas y socioculturales. En la misma línea, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que los Estados deben garantizar el acceso a servicios de SSSR sin discriminación, y asegurar que las personas en territorios rurales no enfrenten obstáculos adicionales para ejercer su derecho a la IVE.

Los Principios de Equidad en Salud de la ONU, establecidos en la Declaración de Alma-Ata (1978) y reafirmados en la Declaración de Astaná (2018), destacan la necesidad de adoptar modelos de atención primaria que respondan a las realidades de las comunidades rurales. Las Directrices de la OMS sobre el Aborto Seguro (2022) refuerzan esta postura al recomendar estrategias como la atención extramural, el uso de telemedicina y la formación de personal de salud local, como mecanismos clave para acercar las atenciones de IVE a estas poblaciones.

En el contexto colombiano, la Constitución Política (1991, artículos 13, 49 y 366) establece la obligación del Estado de garantizar el acceso equitativo a la salud, sin discriminación. La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) del Congreso de Colombia ratifica este mandato al consagrar la salud como un derecho fundamental y exigir la eliminación de barreras de acceso. Las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022 de la Corte Constitucional han sido claras al establecer que el acceso a la IVE no puede depender de la ubicación geográfica de la persona solicitante. Asimismo, la Resolución 3280 de 2018 establece directrices específicas para garantizar el acceso equitativo a servicios de SSSR en zonas rurales.

Adicionalmente, el Decreto 780 de 2016 (Único Reglamentario del Sector Salud) del MSPS, define mecanismos de atención diferencial, incluyendo estrategias como la telemedicina y las brigadas móviles. Por su parte, la Ley 387 de 1997 del Congreso de Colombia, que regu-

la la atención a poblaciones vulnerables, como aquellas afectadas por el conflicto armado, resalta la necesidad de garantizar el acceso a servicios esenciales en zonas de difícil acceso.

Finalmente, la Resolución 2367 de 2023 del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 reafirma el compromiso del Estado con la eliminación de las barreras de acceso a la salud en territorios rurales y remotos, incluyendo el acceso a la IVE como parte fundamental del derecho a la SSSR. Para fortalecer la garantía del acceso a la IVE personas en áreas rurales y remotas, se recomienda:

«Fortalecer las modalidades de atención extramural y telemedicina para garantizar el acceso a la IVE en zonas rurales, incluyendo la provisión de medicamentos para la IVE con acompañamiento remoto.

«Capacitar al personal de salud local en atención integral en SSSR e IVE, asegurando que haya profesionales con capacitación para la prestación de estos servicios en cada territorio.

«Garantizar la distribución y acceso a medicamentos esenciales para la IVE en los centros de salud rurales, asegurando que la falta de insumos no sea una barrera para acceder a este derecho.

«Implementar estrategias de transporte sanitario que permitan la referencia oportuna a centros de salud con servicios de mayor grado de complejidad en casos que requieran atención especializada.

«Desarrollar campañas de información y educación en SSSR adaptadas a las condiciones socioculturales de cada territorio, promoviendo el acceso seguro a la IVE sin estigma ni discriminación.

«Al ser las zonas rurales territorios más propensos a estar en disputa por parte de grupos armados, se debe asegurar la confidencialidad

y tomar todas las medidas necesarias para evitar poner en riesgo a quienes se encuentran en zonas de control por parte de grupos armados y que acceden a servicios de SSSR.

5.7. Sobrevivientes de violencias

El acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para personas sobrevivientes de violencia debe garantizarse a través de un enfoque integral, centrado en la persona y basado en los derechos humanos. Este enfoque debe asegurar protección, confidencialidad, trato digno y la eliminación de barreras, permitiendo una atención oportuna y sin revictimización.

En el marco internacional, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) reconoce la violencia de género como una forma de discriminación que restringe el ejercicio de los DSDR, y obliga a los Estados a implementar medidas de protección específicas para quienes la han vivido.

De manera complementaria, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) y la Convención de Belém do Pará (1994) establecen la responsabilidad de los Estados de garantizar el acceso a servicios de salud, incluyendo la atención a la IVE para las sobrevivientes de violencia.

Las Directrices de la OMS para la Atención Clínica de la Violencia Sexual (2013) refuerzan esta obligación, estableciendo que debe asegurarse valoración médica inmediata, atención psicosocial, acceso a anticoncepción de emergencia y acceso a la IVE en casos de violencia sexual.

El Comité de Derechos Humanos subraya que los Estados deben eliminar cualquier restricción indebida al acceso a la salud reproductiva para víctimas de violencia de género. En la misma línea, la Resolución 2106 de 2013 del Consejo

de Seguridad de la ONU reafirma el derecho de las sobrevivientes de violencia sexual a recibir atención médica, incluida la IVE, sin discriminación ni procesos revictimizantes. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible también reconoce la urgencia de garantizar el acceso universal a los servicios de SSSR, especialmente para quienes han sido víctimas de violencia.

A nivel nacional, la Constitución Política de Colombia (1991, Artículos 13, 42 y 49) establece el derecho a la igualdad y la protección especial para personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo a las víctimas de violencia. La Ley 1257 de 2008 del Congreso de Colombia establece medidas específicas de protección frente a la violencia basada en género, la cual, se conecta con la ley 2215 de 2022 del Congreso de Colombia que fortalece la política pública en contra de la violencia hacia las mujeres, y la Ley 1719 de 2014 del Congreso de Colombia garantiza atención integral para sobrevivientes de violencia sexual, incluida la IVE sin necesidad de denuncia previa.

Por su parte, la Ley 1146 de 2007 y el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006) exigen atención prioritaria en salud para NNA víctimas de violencia sexual. El Decreto 780 de 2016 del Gobierno Nacional de Colombia y la Ley 1751 de 2015 del Congreso de Colombia refuerzan la obligación del Estado de brindar atención inmediata y sin barreras en servicios de SSSR.

Las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022 de la Corte Constitucional han reiterado que la IVE es un derecho fundamental, y que, en el caso de violencia sexual, no se deben imponer requisitos adicionales que obstaculicen su acceso.

Asimismo, la Resolución 3280 de 2018 del MSPS establece la RIAS para víctimas de violencia, e incluye protocolos diferenciados definidos en la Resolución 0459 de 2012 del MSPS, complementados por la Resolución 051 de

2023 del MSPS, que incorporan lineamientos específicos para esta población. Finalmente, la Resolución 2367 de 2023 del MSPS, correspondiente al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, plantea estrategias para la atención integral en salud de personas víctimas de violencia basada en género.

Para fortalecer la garantía del acceso a la IVE personas sobrevivientes de violencias, se recomienda:

«Garantizar el acceso inmediato a la IVE sin requerimiento de denuncia previa, eliminando cualquier barrera legal o administrativa que retrasase la atención.

«Capacitar al personal de salud en atención con enfoque de derechos, de género e intersectorial, asegurando que las sobrevivientes sean atendidas con respeto y sin revictimización.

«Implementar protocolos de atención integral para víctimas de violencia sexual, asegurando el acceso a la anticoncepción de emergencia, la profilaxis postexposición y la IVE cuando sea requerida.

«Asegurar la confidencialidad y el respeto por la autonomía de las personas sobrevivientes, garantizando su derecho a decidir sobre su salud reproductiva sin coerción.

«Fortalecer la articulación intersectorial entre salud, justicia y protección social para garantizar rutas de atención efectivas y con enfoque de derechos humanos.

5.8. Crisis humanitarias y nuevas tendencias en el acceso a la IVE

Las crecientes crisis humanitarias, como conflictos armados, desplazamientos, desastres naturales, cambios climáticos, pandemias y emergencias sanitarias, impactan de manera

desproporcionada a las poblaciones vulnerables, intensificando las barreras de acceso a los servicios de salud, en particular los relacionados con la SSSR. Paralelamente, la rápida digitalización y el uso de las TIC ofrecen nuevas vías para facilitar el acceso a la SSSR, aunque también generan interrogantes sobre regulación y equidad informativa.

En contextos de crisis humanitaria, las directrices del IASC sobre salud reproductiva definen el Paquete Inicial Mínimo de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (MISP), que comprende la atención segura y accesible para la IVE. De manera similar, la guía técnica de la OMS (2018) considera la IVE como parte integral de los servicios esenciales en emergencias, reafirmando el derecho a la salud de las mujeres y personas gestantes. En Colombia, el Plan de Respuesta a Emergencias en Salud Pública según la Resolución 2200 de 2005, también subraya la importancia de asegurar la atención en salud reproductiva durante estas situaciones.

5.8.1. Emergencias sanitarias y cambios climáticos en el acceso a la IVE

Las emergencias sanitarias exacerbadas por brotes epidémicos o desastres naturales asociados al cambio climático tensionan la capacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades de la población. En Colombia, estas situaciones pueden afectar desproporcionadamente la garantía de los DSDR.

El hacinamiento, la violencia de género y la sobre sexualización, que, sumados a desigualdades preexistentes, aumentan la vulnerabilidad de mujeres y niñas, dificultando el acceso a atenciones esenciales como la IVE y la anticoncepción de emergencia.

La pandemia por COVID-19 en 2020 evidenció la fragilidad de los sistemas de salud y su impacto en la atención de la IVE a nivel global, debido a la centralización de recursos y la falta

de estrategias efectivas. Fallas estructurales, restricciones de movilidad, reasignación de recursos y sobrecarga hospitalaria limitaron el acceso a estos servicios, generando demoras y cancelaciones.

Organismos de salud y derechos humanos advirtieron que, al igual que en crisis sanitarias previas (SARS, MERS, Ébola, Zika), la pandemia tendría un impacto desproporcionado en la SSSR de mujeres y personas gestantes, aumentando la mortalidad materna, los embarazos no deseados y las demoras en la atención.

El desabastecimiento de insumos esenciales para la SSSR, como anticonceptivos y medicamentos para la IVE, comprometió la autonomía reproductiva y elevó el riesgo de abortos inseguros. La disminución en la oferta de servicios de SSSR, causada por la sobrecarga del sistema, contagios del personal, reasignación de profesionales y falta de estrategias de reemplazo, junto con las dificultades económicas y de transporte, limitó aún más el acceso, como lo reflejó el aumento en las llamadas a líneas de apoyo para aborto seguro.

El cambio climático, otra crisis humanitaria apremiante, impacta la seguridad alimentaria, la economía, genera desplazamientos y afecta la prestación de servicios de SSSR. Fenómenos como el aumento de temperaturas, sequías, tormentas e inundaciones dañan infraestructuras sanitarias, dificultan el acceso a centros de salud y a servicios esenciales como anticonceptivos y atención prenatal. En emergencias, la SSSR suele relegarse, agravando la vulnerabilidad y el riesgo de embarazos no deseados y abortos inseguros.

En Colombia, con más del 80% del territorio en riesgo de deslizamientos e inundaciones (IDEAM, 2023) y proyecciones de aumento de temperatura (hasta 3.2°C para 2100), la accesibilidad a los servicios de salud en regiones vulnerables se ve comprometida, y la frecuencia de eventos extremos aumenta la demanda

da en el sector salud. A su vez, incrementa la violencia de género, la explotación sexual y los matrimonios forzados, especialmente durante desplazamientos por desastres naturales, donde mujeres y niñas quedan más expuestas y sin garantías de seguridad.

Los eventos climáticos extremos pueden elevar la mortalidad materna y neonatal por falta de acceso oportuno a servicios obstétricos y neonatales esenciales. Además, el calor extremo y la contaminación se asocian con complicaciones obstétricas, parto prematuro, bajo peso al nacer y mayor riesgo de muerte fetal, acentuando problemas de salud mental en mujeres y personas gestantes.

Garantizar la disponibilidad de anticonceptivos, medicamentos para la IVE y personal capacitado en emergencias es crucial para evitar crisis reproductivas. Es fundamental desarrollar políticas de adaptación climática en el sector salud para fortalecer la resiliencia de los servicios de SSSR en comunidades vulnerables.

Normativamente, Colombia ha avanzado con la Ley 1523 de 2012 (Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres) y el Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático, buscando fortalecer la respuesta ante emergencias y asegurar los DSDR. La Ley 1931 de 2018 del Congreso de Colombia también establece directrices para la gestión del cambio climático y la adaptación del sistema de salud, garantizando la continuidad de los servicios de SSSR en crisis.

Es imperativo que los prestadores de servicios de salud adopten enfoques innovadores y flexibles para asegurar la continuidad de las atenciones de IVE durante las emergencias sanitarias en cualquier circunstancia, mediante una planificación estratégica alineada con la normatividad vigente y un enfoque centrado en la persona.

5.8.2. Impacto de las crisis humanitarias en la provisión de servicios

Las crisis humanitarias, generalmente causadas por conflictos armados, desastres naturales o crisis económicas impactan de forma devastadora en la vida de las personas, incluido el aspecto sexual y reproductivo. Mujeres y personas con posibilidad de gestar en situación de vulnerabilidad son quienes enfrentan mayores riesgos, ya que la interrupción de los servicios de salud, el acceso restringido a métodos anticonceptivos y el incremento de la violencia de género las expone a embarazos no deseados y abortos inseguros. Durante estas crisis, los casos de abortos inseguros aumentan significativamente, generalmente como consecuencia de embarazos no planificados y la falta de acceso a servicios de salud seguros, lo que incrementa la exposición a complicaciones graves e incluso a la muerte.

En Colombia, se ha enfrentado una compleja situación humanitaria enquistada por décadas de conflicto armado, un crecimiento poblacional acelerado, la urbanización desordenada en gran parte por nuestra complejidad geográfica y el deterioro ambiental (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2020). Estos factores han aumentado la exposición de la población a crisis recurrentes. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el 31% de los municipios del país han registrado presencia de actores armados, el 60% han sido afectados por desastres naturales y el 7% presentan una doble afectación, lo que profundiza la precariedad en el acceso a la salud.

Dentro de las principales problemáticas que se presentan en estos contextos, se destaca la vulneración de los DSDR. La violencia de género se intensifica, especialmente la violencia sexual, el feminicidio y la trata de personas. Al mismo tiempo, se elevan las tasas de mortalidad materna y neonatal, así como la incidencia de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

El desplazamiento forzado, lejos de reducir, acentúa la necesidad de servicios de SSSR, ya que muchas mujeres y personas con posibilidad de gestar buscan posponer o evitar embarazos en contextos de alta incertidumbre y riesgo.

Sin embargo, en estos escenarios, el acceso a métodos anticonceptivos se ve gravemente restringido, y la falta de estructuras de apoyo social agrava la exposición de adolescentes y jóvenes a prácticas sexuales no seguras. A esto se suma la discriminación estructural, que limita el acceso de ciertas poblaciones, como personas con discapacidad y aquellas con identidades de género diversas, a una atención en salud digna y libre de estigma (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2020).

La atención en SSSR y la provisión de IVE durante crisis humanitarias dependen en gran medida de la capacidad del sistema de salud para anticiparse y responder a estos eventos. En este contexto, los prestadores de servicios de salud tienen un papel fundamental en garantizar el acceso a la IVE, incluso en medio de crisis humanitarias. Para ello, es esencial adoptar estrategias que permitan la continuidad del servicio y la mitigación de los riesgos asociados a la falta de atención en SSSR. La preparación previa resulta clave: los prestadores de servicios de salud deben asegurar que los servicios de SSSR, incluida la IVE, formen parte de los planes de contingencia territorial, identificando las principales barreras de acceso y estableciendo estrategias para superarlas. Esto implica coordinar con entes territoriales, agencias de cooperación y organizaciones comunitarias para fortalecer la respuesta en escenarios de crisis.

El acceso a la IVE en situaciones de crisis humanitaria no es un tema secundario dentro de la respuesta en salud. Por el contrario, es una atención esencial y urgente que salva vidas y garantiza el ejercicio de los DSDR en condiciones de dignidad y seguridad. Los prestadores de servicios de salud deben asumir el compro-

miso de garantizar que, sin importar la magnitud de la crisis, las personas que requieran estos servicios puedan acceder a ellos de manera segura y oportuna.

5.8.3. Tecnologías de la Relación, la Información y la Comunicación (TRIC) en el acceso a la IVE

Las TRIC han revolucionado la prestación de servicios de salud, incluyendo la IVE. Como ya se abordó en este documento, la telesalud ha emergido como una herramienta clave para extender el acceso al aborto seguro, especialmente en regiones con restricciones geográficas o normativas.

Durante la pandemia de COVID-19, la implementación acelerada de la telemedicina permitió a muchas mujeres y personas gestantes acceder a la IVE de manera remota, minimizando los riesgos de exposición al virus y superando barreras de movilidad. Sin embargo, este modelo también plantea desafíos relacionados con la privacidad digital, la regulación de los servicios y la propagación de desinformación.

Así mismo, las TRIC han transformado el acceso a la información y a la atención de IVE. Plataformas digitales, aplicaciones móviles y redes sociales han permitido a las personas acceder a información fiable sobre IVE, reduciendo barreras asociadas al estigma y la desinformación. La telemedicina se ha consolidado como una herramienta clave para la provisión segura y efectiva de la IVE, especialmente en regiones donde el acceso a centros de salud es limitado. Además, el uso de inteligencia artificial en la orientación de personas que desean interrumpir su embarazo ha optimizado el proceso de toma de decisiones informadas, aunque también plantea desafíos éticos y de regulación.

En Colombia, la pandemia llevó a una rápida adopción de la telemedicina como una alternativa viable para la atención en salud. Las primeras experiencias de atenciones de IVE por consul-

ta virtual en el país fueron las de La Fundación Oriéntame y Profamilia, que permitieron a muchas mujeres y personas gestantes acceder a servicios seguros de aborto en casa mediante el uso de medicamentos, con un esquema basado en la valoración médica remota y el acompañamiento continuo. Este modelo no solo redujo las barreras geográficas y económicas, sino que también garantizó un acceso oportuno y seguro a la IVE en un contexto de crisis sanitaria. Además, la experiencia demostró que la telemedicina para el aborto es una opción segura y efectiva, con tasas de éxito comparables a las de las atenciones presenciales.

A pesar de su potencial, la telesalud para el aborto enfrenta múltiples retos. Las restricciones normativas en algunos países exigen la presencia física del personal de la salud, lo que limita la expansión de estos servicios. En Colombia, aunque existe un marco regulatorio para la telemedicina establecido por la Ley 1419 de 2010 del Congreso de Colombia y regulado por la Resolución 2654 de 2019 del MSPS, falta de lineamientos específicos para la atención bajo esta modalidad ha generado incertidumbre en la prestación de la atención. Además, persisten desafíos técnicos, como la conectividad inestable y el acceso desigual a dispositivos electrónicos, lo que puede afectar la calidad de la atención.

Otro aspecto crítico es la privacidad digital. En un mundo donde los datos personales son cada vez más vulnerables, las aplicaciones de seguimiento de salud y los registros electrónicos pueden representar un riesgo para las personas que buscan abortar. La vigilancia digital y la recopilación de datos pueden ser utilizados en contextos restrictivos para criminalizar el acceso al aborto, lo que subraya la necesidad de protocolos robustos de protección de datos en plataformas de telemedicina.

Asimismo, la desinformación representa un desafío significativo. La proliferación de información errónea en redes sociales y plataformas en línea ha generado confusión entre quienes bus-

can servicios de aborto seguro. La propagación de mitos y falsas afirmaciones puede disuadir a las personas de optar por atenciones seguras, ya sean autogestionadas o médicaamente supervisadas, poniendo en riesgo su salud. Por ello, es crucial el desarrollo de estrategias para contrarrestar la infodemia del aborto mediante la difusión de información basada en evidencia y la creación de plataformas digitales confiables.

Es fundamental que los prestadores de salud adopten estas herramientas con protocolos de seguridad y confidencialidad adecuados para garantizar una atención libre de riesgos y sesgos. También es clave establecer mecanismos de regulación y monitoreo que eviten el uso indebido de plataformas digitales para difundir información falsa sobre la IVE, garantizando que las usuarias accedan a contenido basado en evidencia científica.

Sin embargo, a pesar de estos desafíos, la telemedicina ha demostrado ser una herramienta poderosa para garantizar el acceso a la IVE, especialmente en contextos de crisis sanitaria y restricciones de movilidad. La experiencia en Colombia, junto con la de países como Inglaterra y Australia, donde la telemedicina para la IVE ha sido altamente efectiva y aceptada, evidencia su potencial como un servicio permanente dentro de los sistemas de salud.

Para maximizar sus beneficios, es esencial fortalecer los marcos regulatorios, garantizar la protección de datos y promover la educación digital en SSSR. Solo así se podrá consolidar la telesalud como una vía accesible, segura y digna para la IVE.

5.8.4. Recomendaciones para prestadores de servicios de salud

«Incorporación de la IVE en planes de respuesta a emergencias.

«Integrar la SSSR y la IVE en los planes institucionales de gestión del riesgo y respuesta a

crisis humanitarias y sanitarias.

«Garantizar que los insumos esenciales, incluyendo medicamentos para la IVE, estén disponibles en situaciones de emergencia.

«Coordinar con actores gubernamentales, ET y agencias humanitarias para asegurar la continuidad de estos servicios en crisis.

«Incluir la IVE como parte de los servicios esenciales de salud en contextos de emergencia, siguiendo los lineamientos de la OMS y del Comité Permanente entre Organismos (IASC).

Fortalecimiento de la capacidad institucional y del talento humano

- Implementar programas de formación continua en atención de IVE en contextos de crisis para el personal de salud.
- Sensibilizar a los equipos de salud y administrativos sobre la importancia de garantizar un acceso sin discriminación y con enfoque de derechos.
- Incorporar mecanismos de apoyo psicosocial y asesoramiento para las personas usuarias en escenarios de crisis.

Adaptación climática y sostenibilidad en la prestación de servicios

- Identificar los riesgos ambientales en la infraestructura de las entidades que prestan servicios de salud y adoptar medidas de resiliencia frente a desastres naturales.
- Desarrollar estrategias de atención móvil o descentralizada para asegurar el acceso a la IVE en zonas vulnerables a eventos climáticos extremos.
- Participar en iniciativas de política pública

orientadas a la adaptación del sistema de salud frente al cambio climático.

Regulación y fortalecimiento de la telemedicina para la IVE

- Asegurar el cumplimiento de normativas nacionales e internacionales en la prestación de servicios de telemedicina para la IVE.
- Implementar estándares de protección de datos y privacidad en plataformas digitales utilizadas para la atención remota.
- Desarrollar mecanismos de verificación de información en línea para combatir la desinformación sobre el aborto seguro.

Monitoreo y evaluación de la calidad del servicio.

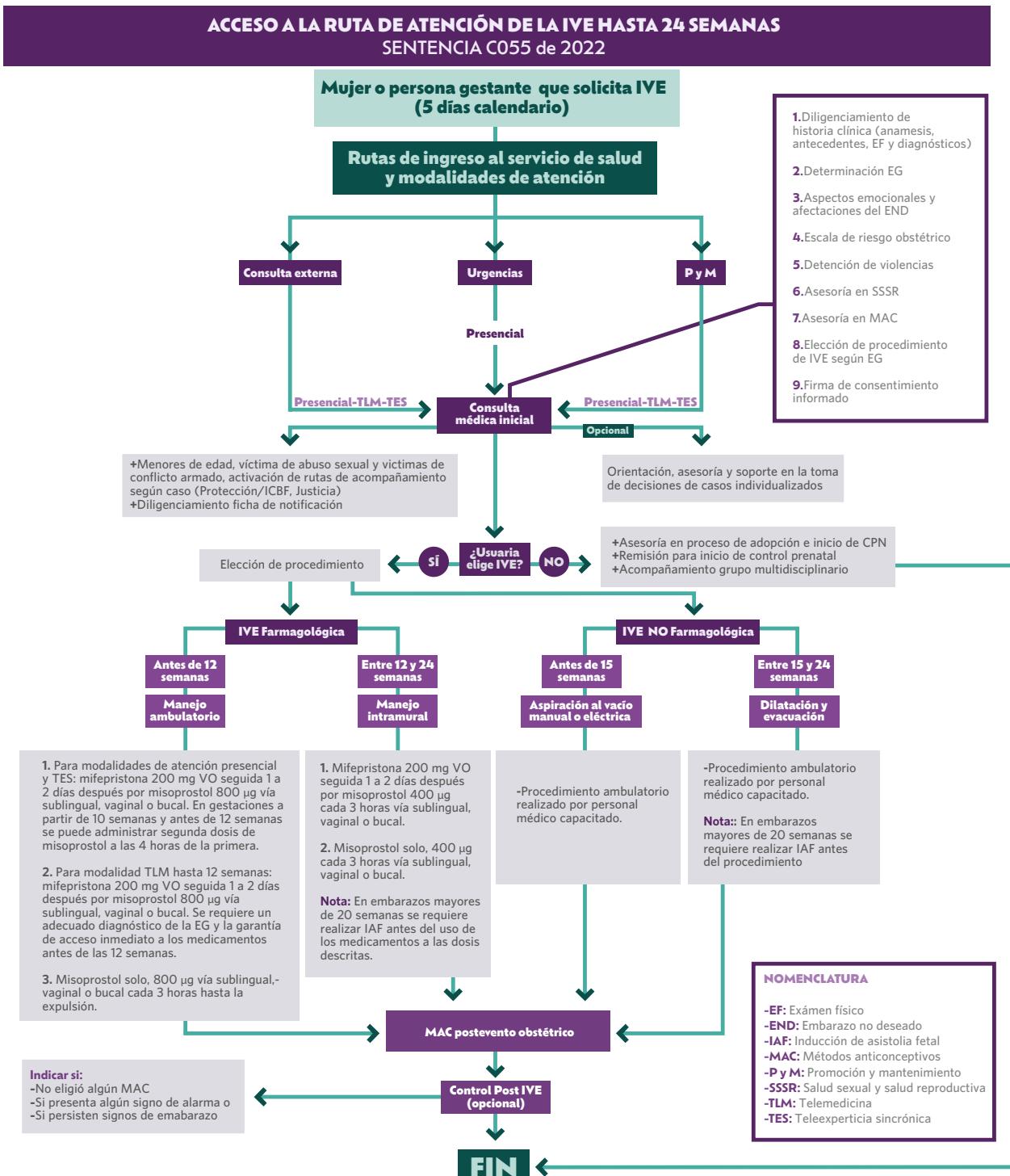
- Establecer indicadores de calidad en la atención de la IVE, asegurando la prestación oportuna y con enfoque de derechos, de género e interseccional.
- Implementar mecanismos de seguimiento y retroalimentación de las personas usuarias para mejorar continuamente los servicios.

- Evaluar de manera sistemática el impacto de los factores globales en la provisión de la IVE, adaptando las estrategias institucionales según los hallazgos.

Los prestadores de servicios de salud tienen un rol crucial en la garantía del derecho a la IVE en Colombia y deben asumir este compromiso con un enfoque integral, basado en la evidencia y enmarcado en la normatividad vigente. La preparación, la flexibilidad y la innovación serán clave para asegurar que, sin importar el contexto, toda persona que requiera estos servicios pueda acceder a ellos de manera segura, digna y sin barreras.

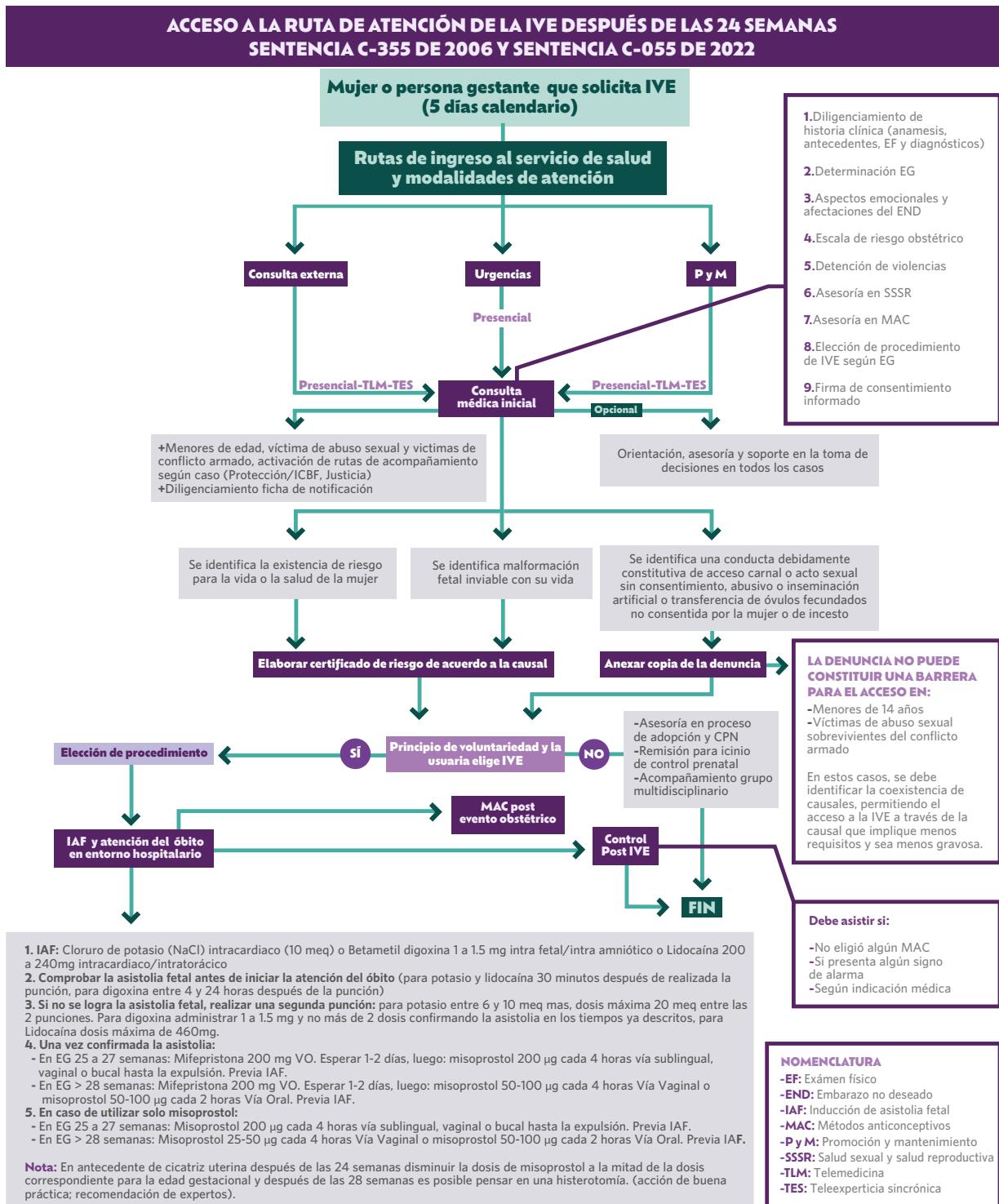
Anexo 1

Flujograma acceso al proceso de atención de la IVE hasta 24 semanas



Anexo 2

Flujograma acceso al proceso de atención de la IVE después 24 semanas



Referencias

Aiken, A., Lohr, P. A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: A national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 128(9), 1464-1474. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16668>

Alfirevic, Z., Blum, J., Walraven, G., Weeks, A., & Winikoff, B. (2007). Prevention of postpartum hemorrhage with misoprostol. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 99(Suppl 2), S198-S201. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.09.012>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). Understanding and navigating viability. <https://www.acog.org/advocacy/facts-are-important/understanding-and-navigating-viability>

American College of Obstetricians and Gynecologists, & Society for Maternal-Fetal Medicine. (2017). Obstetric care consensus No. 6: Periviable birth. *Obstetrics and Gynecology*, 130(4), e187-e199. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002352>

American Psychological Association (2008). Task Force on Mental Health and Abortion, Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC.

Aronsson, A., Helström, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2004). Sublingual compared with oral misoprostol for cervical dilatation prior to vacuum aspiration: A randomized comparison. *Contraception*, 69(2), 165-169.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad.html>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documentsDRIPS_es.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/agenda-de-desarrollo-sostenible/>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2018). Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/195

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://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30029-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30029-9)

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)

Beriwal, S., Impey, L., & Ioannou, C. (2020). Multifetal pregnancy reduction and selective termination. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 22, 284-292.

Berghella, V., Airoldi, J., O'Neill, A. M., Einhorn, K., & Hoffman, M. (2009). Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: A systematic review. *BJOG*, 116(9), 1151-1157.

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>

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T. N., Chelli, H., Hajri, S., et al. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118(2), 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.039>

Caliskan, E., Filiz, T., Yucesoy, G., Coskun, E., Vural, B., & Corakci, A. (2007). Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical ripening prior to manual vacuum aspiration under local anesthesia: A randomized study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12(4), 372-377.

Center for Disease Control MMWR. (2006). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/rr5511.pdf>

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, 436-450.

Chan, M. C., Gill, R. K., & Kim, C. R. (2022). Rhesus isoimmunisation in unsensitised RhD-negative individuals seeking abortion at less than 12 weeks' gestation: A systematic review. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 48(3), 163-168. <https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2021-201225>

Chaudhuri, P., Mandal, A., Das, C., & Mazumdar, A. (2014). Dosing interval of 24 hours versus 48 hours between mifepristone and misoprostol administration for mid-trimester termination of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 124(2), 134-138. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.08.009>

Cheikh Ismail, L., Knight, H. E., Ohuma, E. O., Hoch, L., Chumlea, W. C., & International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century. (2013). Anthropometric standardisation and quality control protocols for the construction of new, international, fetal and newborn growth standards: the INTERGROWTH-21st Project. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(Suppl 2), 48-v. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12127>

Chen, B. A., Reeves, M. F., Creinin, M. D., Gilles, J. M., Barnhart, K., Westhoff, C., & Zhang, J. (2008). Misoprostol for treatment of early pregnancy failure in women with previous uterine surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(6), 626.e1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.02.021>

Chen, F. H., Chen, S. L., & Hu, W. Y. (2015). Taiwanese women's experiences of lactation suppression after stillbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(4), 510-517.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristona con misoprostol bucal para el aborto médico: Una revisión sistemática. *Obstetricia y Ginecología*, 126(1), 12-21.

Coke, G. A., Baschat, A. A., Mighty, H. E., & Malinow, A. M. (2004). Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 13(4), 287-290.

Comendant, R., Horodogea, S., & Sagaidac, I. (2014). Complications and safety. En Rowlands, S. (Ed.), *Abortion Care* (pp. 122-132). Cambridge: Cambridge University Press.

Comisión Internacional de Juristas (CIJ). (2007). Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. <https://www.refworld.org/es/leg/resol/cij/2007/es/58135>

Comisión Internacional de Juristas (CIJ). (2017). Principios de Yogyakarta +10. Principios adicionales sobre derechos humanos y orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales. <https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2022/02/021522-Principios-de-Yogyakarta-mas-10.pdf>

Committee on Practice Bulletins-Obstetrics (2017). Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics and gynecology*, 130(4), e168-e186.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. (2016). Observación General No. 22: El derecho a la salud sexual y reproductiva. <https://www.refworld.org/docid/5f76f4de4.html>

Comité de los Derechos del Niño. (2016). Observación General No. 20: Sobre la efectividad de los derechos del niño en la adolescencia. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights-child>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (1999). Recomendación general No. 24: La mujer y la salud. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

Congreso de Colombia. (1997). Ley 387 de 1997 - Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Diario Oficial No. 43.091. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34371>

Congreso de Colombia. (2006). Ley 1098 de 2006: Código de Infancia y Adolescencia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22258>

Congreso de Colombia. (2007). Ley 1146 de 2007: Protección contra la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27015>

Congreso de Colombia. (2008). Ley 1257 de 2008: Medidas de protección contra las violencias de género. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34496>

Congreso de Colombia. (2010). Ley 1419 de 2010: Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40937>

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1482 de 2011 - Por la cual se modifica el Código Penal y se establecen otras disposiciones para garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, frente a actos de discriminación y hostigamiento. Diario Oficial No. 48.278. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/noma.php?i=44306>

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1618 de 2013 - Por medio de la cual se establecen disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Diario Oficial No. 48.717. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/noma.php?i=51420>

Congreso de Colombia. (2014). Ley 1719 de 2014 - Acceso a la justicia para víctimas de violencia sexual. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=57688>

Congreso de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

Congreso 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.php?i=99712>

Congreso de Colombia. (2023). Ley 2294 de 2023: Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia potencia mundial de la vida". <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=209510>

Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. (2013). Resolución 2106 (2013): Violencia sexual en conflictos armados. [https://undocs.org/S/RES/2106\(2013\)](https://undocs.org/S/RES/2106(2013))

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. (2010). Sentencia T-585 de 2010. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-585-10.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2014). Sentencia T-622 de 2014: Derechos de las personas en estados intersexuales y consentimiento informado en intervenciones médicas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-622-14.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2018). Sentencia SU-096 de 2018. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2021). Sentencia T-017 de 2021. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-017-21.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sentencia C-055 de 2022. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/c-055-22.htm>

Davis, K. D., Bushnell, M. C., Iannetti, G. D., St Lawrence, K., & Coghill, R. (2015). Evidence against pain specificity in the dorsal posterior insula. F1000Research, 4, 362. <https://doi.org/10.12688/f1000research.6833.1>

Defensoría del Pueblo y UNFPA. (2023). Informe defensorial: Interrupción voluntaria del embarazo e implementación de la Sentencia C-055 de 2022. <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe-web.pdf>

Departamento Nacional de Planeación. (2010). Política Pública Nacional para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas LGBTI - CONPES 166 de 2010. <https://www.dnp.gov.co>

Departamento Nacional de Planeación. (2013). Documento CONPES 166 de 2013: Política pública nacional de equidad de género para las mujeres. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/E-con%C3%B3micos/166.pdf>

Departamento Nacional de Planeación. (2025). Documento CONPES 4147: Política nacional para la garantía plena de los derechos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas y no normativas (OSIGDNN). <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/4147.pdf>

Diedrich, J. T., Drey, E. A., & Newmann, S. J. (2020). Society of Family Planning clinical recommendations: Cervical preparation for dilation and evacuation at 20-24 weeks' gestation. *Contraception*, 101(5), 286-292. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.01.002>

Diedrich, J., Goldfarb, C. N., Raiddoo, S., Drey, E., Reeves, M. F., & Clinical Affairs Committee y Society for Maternal-Fetal Medicine. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Induction of fetal asystole before abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.08.048>

Digital Privacy for Reproductive Choice in the Post-Roe Era. (2023). *New York University Law Review*.

Drey, E. A., Thomas, L. J., Benowitz, N. L., Goldschlager, N., & Darney, P. D. (2000). Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5), 1063-1066. <https://doi.org/10.1067/-mob.2000.105438>

Dzuba, I. G., Castillo, P. W., Bousiéquez, M., Lugo Hernández, E. M., Castañeda Vivar, J. J., & Sanhueza Smith, P. (2020). A repeat dose of misoprostol 800 mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64-70 and 71-77 days of gestation: A retrospective chart review. *Contraception*, 102(2), 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.05.012>

Edelman, A., & Kapp, N. (2017). Dilatation & evacuation (D&E) reference guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation ('second trimester'). Ipas.

Edelman, A., & Mark, A. (2017). Medical Abortion Reference Guide: Induced abortion at or after 13 weeks gestational age ('second trimester'). Ipas.

Elimian, A., Verma, U., & Tejani, N. (1999). Effect of causing fetal cardiac asystole on second-trimester abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 94(1), 139-141. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00273-2](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00273-2)

Ferrer, P., Roberts, I., Sydenham, E., Blackhall, K., & Shakur, H. (2009). Anti-fibrinolytic agents in postpartum hemorrhage: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9, 29.

FLASOG. (2013). Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología (3^a ed.). <https://www.fas-go.org.ar/images/Uso-de-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecologia-FLASOG-2013.pdf>

Fischerova, D. (2009). Urgent care in gynaecology: Resuscitation and management of sepsis and acute blood loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 23(5), 679-690. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.06.002>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). Directrices interagenciales para la gestión de casos de violencia basada en género.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Guía práctica para la implementación del paquete inicial mínimo de servicios para la salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis humanitarias (PIMS). <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ANEXO%202-CONTEXTO%20Y%20GENERALIDADES%20SOBRE%20EL%20PIMS.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2023a). Riesgo de desastres y cambio climático AS Colombia.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2023b). Subclúster de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Salud Materna y Violencias Basadas en Género (VBG): Priorización departamental y municipal eventos de Salud Sexual y Reproductiva en el marco del Fenómeno de El Niño.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2024) Cambio Climático. <https://www.unfpa.org/es/cambio-clim%C3%A1tico#readmore-expand>

Foreste, V., Gallo, A., Manzi, A., Riccardi, C., Carugno, J., & Sardo, A. D. S. (2021). Hysteroscopy and retained products of conception: An update. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*, 10(4), 203-209. https://doi.org/10.4103/GMIT.GMIT_125_20

Frick, A. C., Drey, E. A., Diedrich, J. T., & Steinauer, J. E. (2010). Effect of prior cesarean delivery on risk of second-trimester surgical abortion complications. *Obstetrics and Gynecology*, 115(4), 760-764. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d43f42>

Gai, M. Y., Wu, L. F., Su, Q. F., & Tatsumoto, K. (2004). Clinical observation of blood loss reduced by tranexamic acid during and after caesarean section: A multi-center, randomized trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 112(2), 154-157.

Ganatra, B., Gerdts, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)

Gariepy, A. M., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Achilles, S. L., Russo, J. A., & Creinin, M. D. (2013). Transvaginal administration of intraamniotic digoxin prior to dilation and evacuation. *Contraception*, 87(1), 76-80.

Georgiou, C. (2009). Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage: A review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(6), 748-757.

Goldstein, S. R., & Reeves, M. F. (2009). Clinical assessment and ultrasound in early pregnancy. In P. Maureen et al. (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care* (pp. 63-77). Wiley-Blackwell.

González Vélez, A. C., & Castro, L. (2020). La producción de conocimiento experto: Un eje central en la implementación del aborto legal en Colombia. *La Mesa por la Salud y la Vida de las Mujeres*.

Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), 1117-1123.

Guttmacher Institute. (n.d.). Embarazo no deseado en Colombia. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf>

Haines, M. S. (2023). Endocrine complications of anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00744-9>

Halperin, R., Vaknin, Z., Langer, R., Bukovsky, I., & Schneider, D. (2003). Late midtrimester pregnancy termination in the presence of placenta previa. *The Journal of Reproductive Medicine*, 48(3), 175-178.

Helber, A. R., Provencher, M., Moore, C., & Panebianco, N. (2024). Hematometra: A rare case of pelvic pain in females identified with point-of-care ultrasound. *POCUS Journal*, 9(1), 14-15. <https://doi.org/10.24908/pocus.v9i1.16988>

Henkel, A., & Shaw, K. A. (2018). Advances in the management of early pregnancy loss. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 30(6), 419-424. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000501>

Gariepy, A. M., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Achilles, S. L., Russo, J. A., & Henkel, A., Miller, H. E., Zhang, J., Lyell, D. J., & Shaw, K. A. (2023). Prior cesarean birth and risk of uterine rupture in second-trimester medication abortions using mifepristone and misoprostol: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 142(6), 1357-1364. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005259>

Henkel, A., Johnson, S. A., Reeves, M. F., Cahill, E. P., Blumenthal, P. D., & Shaw, K. A. (2023). Cabergoline for lactation inhibition after second-trimester abortion or pregnancy loss: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 141(6), 1115-1123. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005190>

Ho, P. C., Blumenthal, P. D., Gemzell-Danielsson, K., et al. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99, S178-S181.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2020). Concepto 0000026 de 2020.

Instituto Nacional de Salud. (2024). Informe de mortalidad materna PE XII 2024. <https://www.ins.gov.co/busador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20XII%202024.pdf>

International Planned Parenthood Federation. (2021). La crisis climática y la salud y los derechos sexuales y reproductivos [Documento de posición].

International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. (1994). International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology guidelines. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 4(1), 34-48. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1994.04010034.x>

ICRW. (2022). The Critical Importance of Sexual and Reproductive Healthcare During Emergency Settings.

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. (2019). Minimum Initial Service Package (MISP) for sexual and reproductive health in crisis situations: Field manual. UNFPA. <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-for-sexual-and-reproductive-health-in-crisis-situations>

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

IPAS. (2023). Guía de consulta rápida para profesionales de la salud que brinda servicios de aborto y postabortedo: Elementos clave para la atención a mujeres en situación de aborto. <https://ipasmexico.org/wp-content/uploads/2023/10/GuiaDidactica-Digital.pdf>

Jackson, E., & Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(11), 1348-1357. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16212>

Jackson, R. A., Teplin, V. L., Drey, E. A., Thomas, L. J., & Darney, P. D. (2001). Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: A randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 97(3), 471-476.

Jacques, L., Heinlein, M., Ralph, J., Pan, A., Nugent, M., Kaljo, K., & Farez, R. (2020). Complication rates of dilation and evacuation and labor induction in second-trimester abortion for fetal indications: A retrospective cohort study. *Contraception*, 102(2), 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.018>

Journal of Maine Medical Center. Strengthening the Evidence Base for Telehealth for Abortion Service Delivery. (2020).

Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2018). Medical abortion in the late first trimester: A systematic review. *Contraception*, 99(2), 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.01.001>

Kapp, N., & Lohr, P. A. (2020). Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy, and choice. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 63, 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.11.008>

Kerns, J., Vanjani, R., Freedman, L., Meckstroth, K., Drey, E. A., & Steinauer, J. (2012). Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 116(3), 244-248. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.10.016>

Kerns, J., & Steinauer, J. (2013). Management of postabortion hemorrhage: Release date November 2012 SFP Guideline #20131. *Contraception*, 87(3), 331-342. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.024>

Kerns, J., Brown, K., Nippita, S., & Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception*, 129, 110292. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110292>

Kim, C., Nguyen, A. T., Berry-Bibee, E., Ermias, Y., Gaffield, M. E., & Kapp, N. (2021). Systemic hormonal contraception initiation after abortion: A systematic review and meta-analysis. *Contraception*, 103(5), 291-304. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.01.017>

Kortsmit, K. (2021). Abortion surveillance — United States, 2019. *MMWR Surveillance Summaries*, 70(9), 1-29.

Kumsa, F.A., Prasad, R. & Shaban-Nejad, A. Medication abortion via digital health in the United States: a systematic scoping review. *npj Digit. Med.* 6, 128 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00871-2>

Kulier, R., & Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 83(1), 30-33.

La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID: Un estudio sobre sus efectos en Colombia. (2021).

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2017). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. https://despenalizaciondelabortion.co/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2020). Informe sobre el contexto de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. https://despenalizaciondelabortion.co/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2023). Diagnóstico sobre la garantía del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres afrodescendientes de Pereira. <https://despenalizaciondelabortion.co/wp-content/uploads/2023/05/Diagnostico-garantia-accesos-IVE-Pereira.pdf>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2023). "Uno pasa por muchas cosas": Barreras de acceso a la IVE en mujeres refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia. <https://despenalizaciondelabortion.co/wp-content/uploads/2022/09/Libro-Migrantes2-Digital.pdf>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2025). Barreras para la garantía de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Una propuesta de reclasificación.

Larrea, S. (2015). Aborto farmacológico dispensado a través de un servicio de telemedicina a mujeres de América Latina: Complicaciones y su tratamiento. Revista de Salud Pública, 17(3), 456-467. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n3.12345>

Lewis, S. R., Pritchard, M. W., Evans, D. J., Butler, A. R., Alderson, P., Smith, A. F., & Roberts, I. (2018). Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill people. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 8(8), CD000567. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000567.pub7>

Li Kim Mui, S. V., Chitrit, Y., Boulanger, M. C., Maisonneuve, L., Choudat, L., & de Bièvre, P. (2002). Sepsis due to Clostridium perfringens after pregnancy termination with feticide by cordocentesis: A case report. Fetal Diagnosis and Therapy, 17(2), 124-126. <https://doi.org/10.1159/000048022>

Livshits, A., Machtlinger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A., & Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. Fertility and Sterility, 91(5), 1877-1880. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.01.084>

Lohr, P. A., Parsons, J. H., Taylor, J., & Morroni, C. (2018). Outcomes of dilation and evacuation with and without feticide by intra-cardiac potassium chloride injection: A service evaluation. Contraception. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.010>

Lohr, P. A., Parsons, J. H., Taylor, J., & Morroni, C. (2018). Outcomes of dilation and evacuation with and without feticide by intra-cardiac potassium chloride injection: A service evaluation. *Contraception*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.010>

López-Cepero, R., Lynch, L., & de la Vega, A. (2013). Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 105(1), 14-17.

Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. A. A. M., & Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(3), CD005217.

Makhlouf, A. M., Al-Hussaini, T. K., Habib, D. M., & Makarem, M. H. (2003). Second-trimester pregnancy termination: Comparison of three different methods. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 407-411. <https://doi.org/10.1080/0144361031000120923>

Malbrain, M. L. N. G., Langer, T., Annane, D., et al. (2020). Intravenous fluid therapy in the perioperative and critical care setting: Executive summary of the International Fluid Academy (IFA). *Annals of Intensive Care*, 10, 64.

Martinelli, K. G., Garcia, É. M., Santos Neto, E. T. D., & Gama, S. G. N. D. (2018). Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: A meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(2), e00206116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206116>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Resolución 0459 de 2012: Por la cual se establecen los lineamientos para la atención integral a 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. (2017). Resolución 1904 de 2017: Por la cual se adopta la política de atención integral en salud para personas con discapacidad en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018 - Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019 - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resolucion%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a). Enfoque diferencial en salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). Lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). Lineamiento para la atención integral de personas sobrevivientes de violencia sexual.

Makhlouf, A. M., Al-Hussaini, T. K., Habib, D. M., & Makarem, M. H. (2003). Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). Circular Externa No. 44 de 2022. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2044%20de%20%202022.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023a). Resolución 051 de 2023: Por la cual se actualizan los lineamientos técnicos y operativos para la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023b). Resolución 2367 de 2023 - Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202367%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023c). 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

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023c). Resolución 2335 de 2023. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202335%20de%202023.pdf

Molaei, M., Jones, H. E., Weiselberg, T., McManama, M., Bassell, J., & Westhoff, C. L. (2008). Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion. *Contraception*, 77(3), 223-225. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2007.10.011>

Musik, T., Grimm, J., Juhasz-Böss, I., & Bätz, E. (2021). Treatment options after a diagnosis of early miscarriage: Expectant, medical, and surgical. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(46), 789-794. <https://doi.org/10.3238/ärztebl.m2021.0346>

Naciones Unidas. (1978). Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud.

Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments-convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Makhlouf, A. M., Al-Hussaini, T. K., Habib, D. M., & Makarem, M. H. (2003). Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). Circular Externa No. 44 de 2022. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2044%20de%20%202022.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023a). Resolución 051 de 2023: Por la cual se actualizan los lineamientos técnicos y operativos para la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023b). Resolución 2367 de 2023 - Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202367%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023c). 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

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023c). Resolución 2335 de 2023. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202335%20de%202023.pdf

Molaei, M., Jones, H. E., Weiselberg, T., McManama, M., Bassell, J., & Westhoff, C. L. (2008). Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion. *Contraception*, 77(3), 223-225.

Musik, T., Grimm, J., Juhasz-Böss, I., & Bätz, E. (2021). Treatment options after a diagnosis of early miscarriage: Expectant, medical, and surgical. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(46), 789-794. <https://doi.org/10.3238/ärztebl.m2021.0346>

Naciones Unidas. (1978). Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud.

Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments-convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Naciones Unidas. (1990). Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.

Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

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

Naciones Unidas. (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Novikova, N., Hofmeyr, G. J., & Cluver, C. (2015). Ácido tranexámico para prevenir la hemorragia posparto. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007872.pub3>

Nucatola, D., Roth, N., & Gatter, M. (2010). A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 81(1), 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.08.014>

Organización de los Estados Americanos. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/13.convencion.belen%20DO%20para.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (2nd ed.).

Organización Mundial de la Salud. (2013a). Directrices de la OMS para la atención clínica de la violencia sexual.

Organización Mundial de la Salud. (2015a). Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception [Funciones del personal de salud en la prestación de atención para un aborto seguro y anticoncepción postabortion].

Organización Mundial de la Salud. (2015b). Medical eligibility criteria for contraceptive use (5^a ed.) [Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos]. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018a). Guía técnica para la atención en salud reproductiva en situaciones de emergencia. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/srh-humanitarian-settings/en/>

Organización Mundial de la Salud. (2018b). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (3^a ed.). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021a). Generación de resiliencia en los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria durante y después de la pandemia de COVID-19.

Organización Mundial de la Salud. (2021b). Generación de resiliencia en los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria durante y después de la pandemia de COVID-19 [Documento de posición]. Guía práctica para la implementación del paquete inicial mínimo de servicios para la salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis humanitarias (PIMS). (2020). Páginas 12 y 127.

Organización Mundial de la Salud. (2021c). Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349589/9789240027114-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2022a). Abortion care guideline: Supported service-delivery approaches (Recommendation 48 - Telemedicine and Best Practice Statement 49 - 3.6.1). <https://sr-hr.org/abortioncare/chapter-3/service-delivery-options-and-self-management-approaches-3-6-supported-service-delivery-approaches-recommendation-48-and-best-practice-statement-49-3-6-1/>

COVID-19: A breeding ground for sexual and gender-based violence.

Organización Mundial de la Salud. (2022c). Directrices sobre la atención para el aborto. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2022d). Manual de planificación familiar para proveedores de servicios de salud. https://fphandbook.org/sites/default/files/JHU-Handbook22_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2023a). Impacts of Climate Change.

Organización Mundial de la Salud. (2023b). Mortalidad materna. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Mundial de la Salud & UNICEF. (2018). Declaración de Astaná sobre la Atención Primaria de Salud. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Astaná, Kazajistán. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins. CCP.

O'Shea, L. E., Lohr, P. A., Lord, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2021). Cervical priming before surgical abortion between 14 and 24 weeks: A systematic review and meta-analyses for the National Institute for Health and Care Excellence—New clinical guidelines for England. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, 3(1), 100283. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100283>

Ovalle Gómez, C. (2009). Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile: Estudio de casos. CINDE. <https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/523/OvalleGomezConstanza2009.pdf>

Papageorghiou, A. T., Sarris, I., Ioannou, C., Todros, T., Carvalho, M., Pilu, G., Salomon, L. J., & International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century. (2013). Ultrasound methodology used to construct the fetal growth standards in the INTERGROWTH-21st Project. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 120(Suppl 2), 27–v. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12313>

Partnership for Maternal, Newborn and Child Health & Organización Mundial de la Salud. (2022). Sexual and reproductive health and rights in humanitarian crises.

Pasquini, L., Pontello, V., & Kumar, S. (2008). Intracardiac injection of potassium chloride as method for feticide: Experience from a single UK tertiary centre. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(4), 528-531. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01639.x>

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P. G., & Creinin, M. D. (2009). Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care. Wiley-Blackwell.

Plataforma Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). <https://web.sispro.-gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=RIPSCausaExternaVersion2>

Rawling, M. J., & Wiebe, E. R. (2001). A randomized controlled trial of fentanyl for abortion pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(1), 103-107.

Reeves, M. F., Goldfarb, C. N., Rubin, S. L., Kuperstock, J. L., DiBianco, L., & Picciotto, A. (2022). Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: A cohort study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 48(4), 275-280. <https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2021-201350>

Reeves, M. F., Lohr, P. A., Hayes, J. L., Harwood, B. J., & Creinin, M. D. (2009). Doxycycline serum levels at the time of dilation and evacuation with two dosing regimens. *Contraception*, 79(2), 129-133.

Renner, R. M., Ennis, M., McKercher, A. E., Henderson, J. T., & Edelman, A. (2024). Local anaesthesia for pain control in first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD006712. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006712.pub3>

República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>.

República de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016 - Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 49.889.

Right to Education Initiative, & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2019). Right to education handbook. UNESCO. https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/RTE-UNESCO_Right%20to%20education%20handbook_2019_En.pdf

Rocca, C. H., Kimport, K., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(3), 122-131. <https://doi.org/10.1363/4512213>

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists [RCOG]. (2011). The care of women requesting induced abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7). RCOG. https://www.rcog.org.uk/media/nwcjrf0o/abortion-guideline_web_1.pdf

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG]. (2022). Fetal Awareness Evidence Review, December 2022. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Ruano, R., Dumez, Y., Cabrol, D., & Dommergues, M. (2004). Second- and third-trimester therapeutic terminations of pregnancy in cases with complete placenta previa: Does feticide decrease postdelivery maternal hemorrhage? *Fetal Diagnosis and Therapy*, 19(6), 475-478. <https://doi.org/10.1159/000080157>

Russo, J. A., Achilles, S., DePiñeres, T., & Gil, L. (2013). Controversies in family planning: Postabortal pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 87(4), 497-503.

Saxena, P., Sarda, N., Salhan, S., & Nandan, D. (2008). A randomized comparison between sublingual, oral, and vaginal routes of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anesthesia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(1), 101-106. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tuncalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmезoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)

Makhlof, A. M., Al-Hussaini, T. K., Habib, D. M., & Makarem, M. H. (2003). Sexual and Reproductive Health and Rights: Measuring Values and Norms to Guide Swedish Development Cooperation. (2021). EBA Report 2021:04. <https://eba.se/en/reports/new-report-sexual-and-reproductive-health-and-rights-measuring-values-and-norms-to-guide-swedish-development-cooperation/17674/>

Sfakianaki, A. K., Davis, K. J., Copel, J. A., Stanwood, N. L., & Lipkind, H. S. (2014). Potassium chloride-induced fetal demise: A retrospective cohort study of efficacy and safety. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 33(2), 337-341. <https://doi.org/10.7863/ultra.33.2.337>

Sharvit, M., Klein, Z., Silber, M., Pomeranz, M., Agizim, R., Schonman, R., & Fishman, A. (2019). Intra-amniotic digoxin for feticide between 21 and 30 weeks of gestation: A prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126(7), 885-889. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15640>

Sheldon, W. R., Durocher, J., Dzuba, I. G., Sayette, H., Martin, R., Velasco, M. C., & Winikoff, B. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: A multicenter, randomized trial. *Contraception*, 99(5), 272-277. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.01.004>

Silver, R. M., & Branch, D. W. (2018). Placenta accreta spectrum. *The New England Journal of Medicine*, 378(16), 1529-1536. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1709324>

Singh, S., & Maddow-Zimet, I. (2016). Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: A review of evidence from 26 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(9), 1489-1498. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13552>

Sium, A. F., Tufa, T. H., Grentzer, J. M., & Prager, S. (2022). Effectiveness of intra-cardiac lidocaine and intra-amniotic digoxin at inducing fetal demise before second trimester abortion past 20 weeks at a tertiary hospital in Ethiopia: A retrospective review. *Contraception: X*, 4, 100082. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2022.100082>

Snijders, R. J., & Nicolaides, K. H. (1994). Fetal biometry at 14-40 weeks' gestation. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 4(1), 34-48. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1994.04010034.x>

Starrings, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., et al. (2018). Accelerate progress—Sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642-2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

Steinauer, J. E., Diedrich, J. T., Wilson, M. W., Darney, P. D., Vargas, J. E., & Drey, E. A. (2008). Uterine artery embolization in postabortion hemorrhage. *Obstetrics and Gynecology*, 111(4), 881-889. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181685780>

Steward, R., Melamed, A., Kim, R., Nucatola, D., & Gatter, M. (2012). Infection and extramural delivery with use of digoxin as a feticidal agent. *Contraception*, 85(2), 150-154. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.005>

Superintendencia Nacional de Salud. (2024). Circular externa 202415000000 0009-5 del 15 de agosto de 2024: Garantía del acceso, calidad e integralidad de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExternas/Circular%20externa%20n%C3%BAmero%20202415000000009-5%20de%202024.pdf>

Süzen Çaypınar, S., Oğlak, S. C., Polat, İ., Kurt Bilirer, K., Sezer, S., Gedik Özköse, Z., & Karakaş, S. (2023). A new and more effective feticide technique in late termination of pregnancy: Potassium chloride injection into the interventricular septum of the fetal heart. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(3), 779-787.

Tocce, K., Sheeder, J. L., Edwards, L. J., & Teal, S. B. (2013). Feasibility, effectiveness and safety of transvaginal digoxin administration prior to dilation and evacuation. *Contraception*, 88(6), 706-711. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.08.005>

Torp, K. D., Metheny, E., & Simon, L. V. (2023). Lidocaine toxicity. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532913/>

Touval, O., Ellert, A., Daykan, Y., Schonman, R., Klein, Z., & Yagur, Y. (2025). The efficacy of mifepristone-misoprostol regimen versus misoprostol-only for medication abortion at 22 + 0/7 to 30 + 0/7 weeks' gestation. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 311(3), 749-756. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07737-2>

Tschann, M., Salcedo, J., & Kaneshiro, B. (2016). Nonpharmaceutical pain control adjuncts during first-trimester aspiration abortion: A review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(3), 331-338. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12445>

UNESCO, UNAIDS, UNICEF, UN Women, & WHO. (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335> UNFPA. (2021). *Agenda Nacional para la Igualdad de Género 2021-2025*.

Valencia Aguirre, S., González Vélez, A. C., Gil Urbano, L., Houghton Martínez, M. P., & Zuluaga, J. (2021). Grupo Médico por el Derecho a Decidir, Colombia. Documento de posición: Impacto de la pandemia causada por el COVID-19 y otras crisis humanitarias sobre la disponibilidad de los servicios de aborto. Bogotá.

Verriots, M., Chang, P., Fitzgerald, M., & Fabrizi, L. (2016). The development of the nociceptive brain. *Neuroscience*, 338, 207-219. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.07.026>

White, K. O., Nucatola, D. L., & Westhoff, C. (2016). Intra-fetal compared with intra-amniotic digoxin before dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 128(5), 1071-1076. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001671>

Whitehouse, K., Brant, A., Fonhus, M. S., Lavelanet, A., & Ganatra, B. (2020). Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: A systematic review and meta-analysis. *Contraception: X*, 2, 100037. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100037>

Wiebe, E., Campbell, M., Aiken, A., & Albert, A. (2019). Can we safely stop testing for Rh status and immunizing Rh-negative women having early abortions? A comparison of Rh alloimmunization in Canada and the Netherlands. *Contraception: X*.

Wu, L., Xiong, W., Zeng, M., Yan, A., Song, L., Chen, M., Wei, T., Zu, Q., & Zhang, J. (2021). Different dosing intervals of mifepristone-misoprostol for second-trimester termination of pregnancy: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 154(2), 195-203. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13541>

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & Prabhu, M. (2023). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.097>

