

Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE





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



Luis Mora
Representante

Martha Lucia Rubio
Representante Auxiliar

Jose Luis Wilches
Asesor en Salud Sexual
y Reproductiva

Luz Magdalena González
Especialista en Salud
Sexual y Reproductiva

Adriana Rodriguez
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
Elia Marcela Marulanda
Gómez
Consultoras Temáticas

Nathalia Muñoz Solarte
Secretaría Técnica y
Metodológica

María Cristina Avendaño Ciro
Redactora Técnica Editorial

REVISIÓN EXPERTA

Dana Alejandra Barrera Yate
Corporación Colectiva
Justicia Mujer

Diana Lucelly Mosquera Montaña
E.S.E Salud Pereira
Elia Robles
ILEX Acción Jurídica

Aura María Gutiérrez Acosta
Profamilia

Erika Saldarriaga
Red Huilense de Defensa
y Acompañamiento en
Derechos Sexuales y
Reproductivos - RHUDA

Diana Lezcano
Subred Integrada de
Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

Jovana Alexandra Ocampo Cañas
Universidad de los Andes

SOCIALIZACIÓN Y VALIDACIÓN

Ralph Parrado
Consultor independiente

Joaquín Urazan
Consultor independiente

Johanna Cepeda Saavedra
Enfermería Derecho a
Decidir

Cintya Durán
E.S.E. Hospital San José
de Maicao

Lizeth Katherine Ordóñez Castro
Secretaría de Salud
Departamental - SDS Cauca

Luis Jorge Hernández
Universidad de los Andes

María Fernanda Martínez
Universidad Militar Nueva
Granada

Dauris Mejía
Universidad Nacional de
Colombia

índice

Propósito y contextualización del documento	6
Introducción	8
1- Visión general del contexto y la necesidad de formación en IVE para prestadores de servicios de salud	9
1.1. Relación del aborto inseguro con las brechas formativas en IVE del talento humano en Colombia	10
1.2. Limitaciones y necesidades en la formación de pregrado de ciencias de la salud	12
2- Personal de salud como garante del derecho a la IVE	16
2.1. ¿Qué significa ser personal de la salud garante del derecho a la IVE?	17
2.2. Modelo de competencias en la formación del talento humano para la atención de IVE	18
2.2.1. Enfoque en derechos, género e interseccional	20
2.2.2. Actitudes	21
2.2.3. Competencias profesionales	22
2.2.4. Competencias prácticas	24
2.3. Ampliación de Roles en la Atención de Aborto Seguro	28
3- Formación integral y entrenamiento práctico en IVE	31
3.1. Programa de formación en IVE para prestadores de servicios de salud	32
3.1.1. Propuesta curricular de la capacitación teórica	34
3.1.2. Propuesta curricular de la capacitación teórico-práctica	38
4- Garantía del derecho a la IVE frente al ejercicio de la objeción de conciencia	46
4.1. Marco normativo y conceptual de la objeción de conciencia	47
4.2. Aplicación de la objeción de conciencia en los servicios de salud para IVE	49
Anexos	55
Referencias	75

Glosario de abreviaturas

AMM:	Asociación Médica Mundial
AMEU:	Aspiración manual endouterina
CIPD:	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DBP:	Diámetro biparietal
DESC:	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
D&E:	Dilatación y evacuación
DSDR:	Derechos sexuales y derechos reproductivos
EAPB:	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EIS:	Educación integral para la sexualidad
END:	Embarazo no deseado
ET:	Entidades Territoriales
FLASOG:	Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
FUM:	Fecha de última menstruación
IAF:	Inducción de asistolia fetal
ICBF:	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IEC:	Información, educación y comunicación
IPS:	Instituciones Prestadoras de servicios de Salud
IVE:	Interrupción voluntaria del embarazo
LF:	Longitud diafisaria femoral
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social

NAF:	National Abortion Federation
NNA:	Niñas, niños y adolescentes
OEА:	Organización de los Estados Americanos
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
PAMEC:	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud
PBS:	Plan de Beneficios en Salud
PIC:	Plan de Intervenciones Colectivas
PIDESC:	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
RHUDA:	Red Huilense de Defensa y Acompañamiento en Derechos Sexuales y Reproductivos
RIAMP:	Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal
RIPS:	Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNS:	Superintendencia Nacional de Salud
SOGCS:	Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud
SSSR:	Salud sexual y salud reproductiva
SUA:	Sistema Único de Acreditación
SUH:	Sistema Único de Habilitación
THS:	Talento humano en salud
UNFPA:	Fondo de Población de Naciones Unidas
VBG:	Violencias basadas en género

Propósito y contextualización del documento

Objetivos:

Proporcionar lineamientos pedagógicos para que los prestadores de servicios de salud¹ de todo el país, las instituciones formadoras de estudiantes y profesionales de salud y las entidades territoriales (ET), desarrollen y fortalezcan las competencias técnicas, éticas y administrativas del talento humano, de manera que se garantice el acceso oportuno, seguro y de calidad a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en todas las edades gestacionales, conforme a la normatividad colombiana vigente y los estándares internacionales de derechos humanos, género e interculturalidad.

Público:

- Prestadores de servicios de salud, que tienen servicios habilitados donde se pueden llevar a cabo atenciones de IVE.
- Áreas de talento humano de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas responsables de capacitar a su personal en salud sexual y salud reproductiva (SSSR) e IVE.
- Coordinaciones académicas y de educación continua de instituciones formadoras de talento humano en salud (THS).

Alcance:

Formación para la 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 el 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 normativa vigente. Con base en lo anterior, se emitió una convocatoria, en la cual la Fundación Oriéntame fue seleccionada como la institución responsable de llevar a cabo este proceso.

Metodología:

El desarrollo del conjunto de documentos técnicos se sustentó en la evidencia científica más reciente, encabezada por la guía Directrices sobre la Atención para el Aborto de la OMS (2022), que unifica y actualiza las guías emitidas en 2012, 2015 y 2019. Como criterio de jerarquía, se privilegiaron revisiones sistemáticas de organismos especializados y otras fuentes secundarias de alta calidad para respaldar cada recomendación clínica y formativa. El proceso inició con una revisión exhaustiva de los documentos de 2014, lo que permitió identificar oportunidades de mejora y actualizar contenidos. Los hallazgos científicos se contrastaron con el marco jurídico nacional. Posteriormente se realizaron rondas de iteración con personas expertas y, más adelante, con actores clave en el acceso a la IVE en distintos territorios, para asegurar una representación temática amplia y diversa. Todos los aportes fueron sistematizados, clasificados y evaluados por el equipo desarrollador, que los integró de manera coherente en la versión consolidada de los documentos.

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

¹ IPS, Profesionales independientes de salud, Entidades con objeto social diferente y Transporte especial de pacientes.

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.
- Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente (versión revisada; adoptada en 1981 y enmendada en 1995 y 2005) — Asociación Médica Mundial.
- 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.
- Declaración de Ginebra, enmendada por la 68.ª Asamblea General — Asociación Médica Mundial de 2017.

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.
- Ley 1966 de 2019 — Congreso de Colombia.
- Resolución 051 de 2023 — Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 2138 de 2023 — Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 3280 de 2018 — 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.
- Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 Resolución 2367 de 2023 — Ministerio de Salud y Protección Social.

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.

Introducción

Esta guía constituye el cuarto título de la serie de documentos técnicos que el MSPS, en alianza con el UNFPA, ha desarrollado para consolidar la atención integral de la IVE en Colombia. Mientras que los tres documentos precedentes —Atención integral a personas que solicitan una IVE. Documento técnico para prestadores de servicios de salud; Garantía del acceso a la IVE. Documento técnico para entidades territoriales; y Acompañamiento para la IVE: Orientación, asesoría y soporte integral en los tratamientos. Documento técnico para personal de salud— ofrecen lineamientos clínicos, operativos y jurídicos, esta guía para la formación y fortalecimiento de competencias para la garantía del derecho al acceso a la IVE se ocupa de la dimensión pedagógica: propone un modelo sistemático para desarrollar las competencias técnicas, éticas y administrativas del talento humano responsable de garantizar este derecho fundamental.

Por lo tanto, no es un documento de consulta de contenidos clínicos o científicos —ya tratados en los documentos mencionados—, ni un instructivo estandarizado de capacitación. Su finalidad es servir de marco metodológico flexible para que prestadores de servicios de salud e instituciones formadoras de talento humano diseñen, implementen y evalúen programas de inducción, capacitación, entrenamiento y educación continua que respondan a sus particularidades institucionales, a las características del territorio y a las necesidades de su población. Al adoptar este modelo, los prestadores de servicios de salud y los programas académicos contribuirán a que la IVE se preste con oportunidad, humanización, seguridad y calidad, en consonancia con la evolución normativa colombiana y con los estándares internacionales de salud y derechos humanos.



1-Visión general del contexto y la necesidad de formación en IVE para prestadores de servicios de salud

1.1. Relación del aborto inseguro con las brechas formativas en IVE del talento humano en Colombia

El aborto inseguro continúa siendo una causa prevenible de morbilidad y mortalidad materna. La IVE, cuando se practica con protocolos basados en evidencia, es muy segura y presenta bajos índices de complicaciones; sin embargo, cuando el aborto se realiza en condiciones inseguras, es decir, fuera de los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) un tratamiento clínicamente sencillo se convierte en un riesgo sustancial para la vida y la salud de las mujeres y personas gestantes². En el mundo, 6,9 millones de personas cada año solicitan atención por complicaciones derivadas de abortos inseguros en países de ingresos medios y bajos, y al menos 5 millones quedan con discapacidades temporales o permanentes asociadas al procedimiento (Singh et al., 2017; Shaw, 2016).

En Colombia se estiman 834.000 embarazos no deseados al año; entre el 31% y el 43% culminan en aborto, es decir, unos 360.000 casos anuales (Instituto Guttmacher, 2022). Aunque las cifras oficiales de morbilidad son limitadas, un estudio señala que una tercera parte de quienes abortan fuera del marco legal desarrollan complicaciones que requieren tratamiento institucional, mientras que una quinta parte de esas complicaciones no recibe atención (Prad et al., 2011). El sistema de salud atiende anualmente a 93.000 mujeres y personas gestantes por complicaciones evitables asociadas a abortos inseguros, y las proyecciones del MSPS indican hasta 70 muertes cada año por esta causa (MSPS y UNFPA, 2014). De forma acumulada, 507 muertes maternas asociadas a aborto se registraron entre 2006 y 2024, lo que equivale

al 5,4% de todas las muertes maternas del periodo (DANE, Estadísticas Vitales – Defunciones maternas, series 2006-2023 definitivas y 2024pr; datos 2024 preliminares publicados el 26-03-2025).

La situación empeora para la población afrodescendiente e indígena: según cifras disponibles, la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos fue de 181 entre mujeres negras afrodescendientes y de 293,4 entre mujeres indígenas; frente a 89,4 entre mujeres sin identificación étnica (Instituto Nacional de Salud, 2022). La incidencia del aborto inseguro es particularmente alta en los territorios con mayoría afrocolombiana. Como señala el informe IVE desde el margen, debido a la ausencia de servicios formales y a la desconfianza institucional muchas mujeres afrodescendientes recurren a abortos autogestionados acompañados por parteras tradicionales (ILEX Acción Jurídica, 2023). Estas situaciones subrayan la urgencia de visibilizar las desigualdades raciales en la mortalidad y morbilidad vinculadas al aborto inseguro y de diseñar respuestas sanitarias que garanticen la igualdad en el disfrute del derecho a la salud reproductiva.

La respuesta del sistema depende, en gran medida, de disponer de personal suficiente y con preparación. La OMS proyecta que para 2035 el mundo enfrentará un déficit de 12,9 millones de profesionales con la formación mínima necesaria para prestar servicios esenciales de salud, incluidos medicina, enfermería y partería profesional (OMS, 2013; 2024). Este déficit es general, e impacta en los servicios de SSSR, donde la atención del aborto seguro exige competencias técnicas y actitudinales específicas que, con frecuencia, no se abordan en la formación de base. Además, la OMS destaca la gran desigualdad interna: la disponibilidad de personal calificado es menor en zonas rurales y en el sector público, y la oferta de personal de medicina especializada, partería profesional,

² Este 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.

enfermería profesional y auxiliar es insuficiente en muchos entornos (2024).

Estas brechas globales se reflejan en el país. El desconocimiento del marco legal e indebida injerencia en las decisiones de las mujeres y personas gestantes, se traducen en valoraciones psicológicas injustificadas, malas prácticas en el ejercicio de la objeción de conciencia y juicios morales que dilatan o niegan el acceso a la IVE (Yukasa y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2022; RHUDA y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2021). A ello se suma la persistencia de esquemas farmacológicos diferentes a los definidos en los protocolos clínicos y/o el uso de tecnologías obsoletas: según un estudio, en 2014 el legrado uterino seguía siendo el método predominante en cerca del 80% de las instituciones de salud (Prada et al., 2014), diagnósticos territoriales más recientes indican que el panorama apenas ha cambiado. En el Quindío por ejemplo, solo un profesional había recibido formación en aspiración manual endouterina (AMEU) y la mayoría manifestó no conocer la técnica (Yukasa y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2022); en Neiva, usuarias y personal sanitario describen el legrado como práctica rutinaria (RHUDA y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2021).

El impacto se intensifica cuando convergen factores de discriminación racial: mujeres afrodescendientes en Pereira temen las secuelas del legrado y desconfían del sistema de salud, recurriendo a métodos tradicionales inseguros (Asociación Guadalupe Zapata y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2023). Estas brechas adquieren matices territoriales y étnico-raciales todavía más marcados en la costa Pacífica. En los corregimientos fluviales y las zonas rurales de Chocó, Valle del Cauca y Bolívar, la ausencia de IPS habilitadas, los altos costos de traslado y la desconfianza histórica frente al sistema formal, llevan a que numerosas mujeres afrodescendientes opten por abortos autogestionados acompañados por parteras tradicionales. Redes comunitarias como la Red

Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó (ASOREDIPAR) y las asociaciones de partería del litoral han documentado que, ante la ausencia de acompañamiento institucional, las parteras tradicionales brindan orientación, emplean plantas medicinales y vigilan signos de alarma durante el proceso de atención. Sin embargo, esta labor se realiza sin reconocimiento oficial, sin acceso a insumos básicos ni rutas de remisión, lo que expone tanto a las usuarias como a las propias parteras a situaciones de riesgo y estigmatización (ILEX Acción Jurídica, 2023).

Por otra parte, muchos profesionales se consideran simples “ejecutores de normas” y no protagonistas en la generación de evidencia ni en la actualización de políticas de SSSR (Vargas Trujillo et al., 2011). Al estar al margen de esos espacios de discusión, reconocen que su formación sobre IVE es insuficiente y se sienten con poca preparación para ofrecer un servicio de calidad (Quintero, 2012; Rodríguez-Calvo et al., 2012). La educación en las ciencias de la salud confirma esta brecha: aunque las personas que se encuentran en proceso de formación en salud conocen las causales de despenalización, muestran desconocimiento práctico sobre cómo canalizar adecuadamente a las personas que solicitan una IVE (Stanhope et al., 2017).

Por lo tanto, a la cantidad de barreras que han documentado diversas organizaciones y que ya se han abordado ampliamente en el capítulo 4 del documento Garantía del Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) - Documento Técnico para Entidades Territoriales, se deben sumar las que se relacionan con los prestadores de servicios de salud, dentro de las cuales se pueden mencionar (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017):

- Actitudes discriminatorias, demoras en el servicio, ausencia de protocolos internos.
- Rutas de atención fragmentadas.
- Fallas en los sistemas de referencia y contra-referencia.

Estas brechas o barreras impactan de forma desproporcionada a grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad, como adolescentes, personas en condición de pobreza, habitantes de zonas rurales, afrodescendientes, indígenas, población Rrom, personas con estatus migratorio irregular, hombres trans y personas no binarias, perpetuando su exposición a procedimientos inseguros o de baja calidad.

1.2. Limitaciones y necesidades en la formación de pregrado de ciencias de la salud

La experiencia acumulada por Oriéntame —acompañando procesos de capacitación para personal de salud en distintos territorios y recibiendo profesionales que rotan en atenciones de IVE— deja al descubierto una realidad constante: los programas de pregrado de Medicina, Enfermería y otras ciencias de la salud en Colombia ofrecen escasos contenidos sustantivos sobre SSSR, derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) y, en especial, sobre aborto seguro. Esta carencia obliga a que el aprendizaje crítico se posponga hasta que la persona profesional se incorpora a la práctica clínica.

Esta ausencia de contenidos ha sido documentada en diferentes estudios. Uno de ellos realizado por la Universidad de los Andes y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres en 2018, a partir de la revisión y análisis de currículos relacionados con la IVE en las facultades de medicina de cuatro universidades en Bogotá. El estudio reveló que ninguno de los planes académicos revisados describía estrategias pedagógicas detalladas para la enseñanza de la IVE. Dentro de los principales hallazgos, se encontraron:

1) A pesar de que en todos los currículos se incluye el tema de las causales de despenalización del aborto y objeción de conciencia, hay

desconocimiento sobre las sentencias vigentes hasta la fecha del estudio.

2) Se desconoce los contenidos y la aplicación de la guía Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud (MSPS, 2014).

3) El manejo instrumental del aborto se sigue entendiendo como legrado uterino.

4) No se identifica el aborto inseguro como factor asociado a mortalidad materna.

5) No se diferencia entre realizar orientación basada en derechos y realizar una consejería.

6) No se reconoce el flujograma de canalización o remisión de la mujer o persona gestante a las rutas de atención.

7) No se contempla el consentimiento informado.

8) No se enseña la utilización de métodos recomendados por la OMS para realizar la IVE farmacológica o no farmacológica de forma ambulatoria según edad gestacional.

De manera transversal, se encontraron factores que obstaculizan la formación de estudiantes de las ciencias de la salud:

1) Influencia confesional en la pertenencia institucional de algunas personas docentes, lo cual permite el debate teórico en el aula, pero restringe la práctica clínica y presupone un déficit de reconocimiento de los DSDR.

2) Modelo pedagógico tradicional, centrado en la transmisión unidireccional de contenidos.

3) Ausencia de liderazgo docente en torno a los temas de SSSR e IVE, en donde predominan voces adversas a los DSDR sin respaldo en la evidencia científica ni en la evolución jurisprudencial.

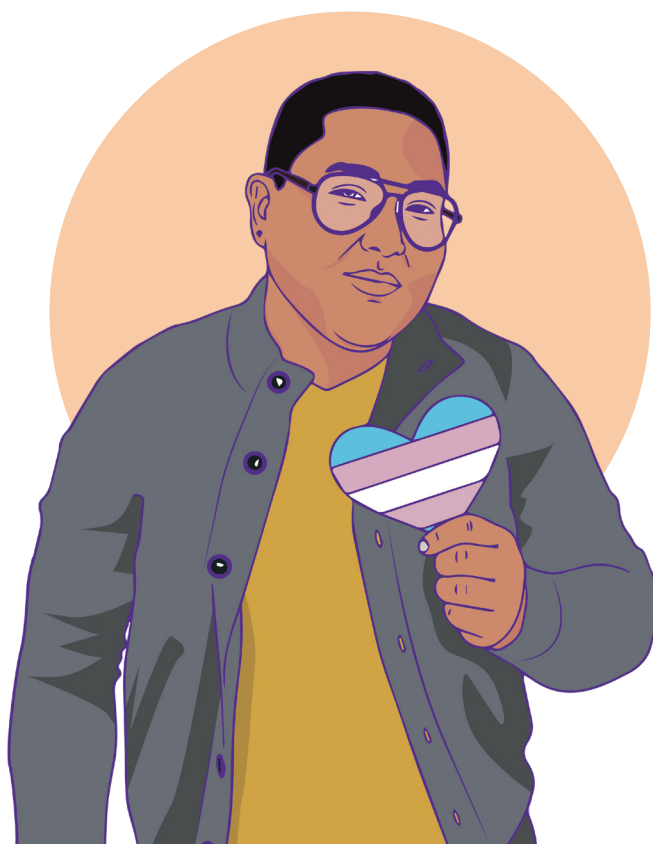
4) El aprendizaje se orienta a un marco legal defensivo; las actitudes personales, prejuicios y estigmas se anteponen a los derechos de las mujeres y personas gestantes.

Un estudio aplicado a estudiantes de cuarto y sexto año de medicina en Bucaramanga (Quintero-Roa & Ochoa, 2015), confirma el desconocimiento en materia de IVE por parte del estudiantado respecto al manejo de las causales y la no procedencia de la objeción de conciencia. La mayoría consideró que las personas que se forman en medicina general no se encuentran listas para orientar una IVE y las entrevistas cualitativas mostraron que las convicciones religiosas y temores legales siguen influyendo incluso después de la rotación clínica.

Por su parte, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas-Latinoamérica y El Caribe (UNFPA-LACRO), realizó en 2017 una encuesta aplicada a 14 facultades de medicina de Latinoamérica, de las cuales 4 fueron colombianas. Aunque todas las universidades declararon incluir “aborto” dentro del currículo, solo dos de cada tres abordaban explícitamente el aborto inducido y sus implicaciones legales, y apenas una de cada cuatro contaba con un sistema formal para evaluar y retroalimentar la docencia en SSSR. La mayoría de la enseñanza se daba en clases magistrales, y la práctica clínica y los talleres representaban menos de la mitad de las estrategias pedagógicas reportadas.

En posgrado de Obstetricia y Ginecología la cobertura general de SSSR fue mayor, sin embargo el aborto inducido seguía ausente en casi la mitad de los programas y en un 77% de los casos carecía de evaluación docente estandarizada. La encuesta evidenció que la formación universitaria sobre aborto seguro resulta parcial, poco sistemática y débil en su dimensión ética-legal, dejando a las personas profesionales de la salud sin competencias completas al momento de ingresar al servicio clínico (Gómez, 2020).

Un estudio cualitativo realizado en 2021 en la Universidad Surcolombiana con estudiantes de octavo semestre de Enfermería (Troche & Bonilla, 2021) muestra cómo la percepción sobre la IVE se construye sobre bases altamente influenciadas por el contexto familiar, religioso y académico. Antes del ingreso a la universidad, la mayoría asociaba el aborto con un procedimiento ilegal, traumático y moralmente condenable; durante la carrera, si bien amplían su visión, manifiestan que la información recibida es muy superficial y centrada en la asignatura de salud materna, sin un abordaje integral ni neutral por parte de varios docentes. Persisten vacíos normativos —desconocen actualizaciones y la norma técnica— y prevalece la inseguridad para asesorar a una consultante que solicita IVE. La confluencia de enseñanzas parciales y posturas morales de quien imparte clase produce conflicto interno, incertidumbre y temor a vulnerar derechos, profundizando las barreras para el acceso efectivo a la atención.



Finalmente, un estudio de 2024 con 208 estudiantes de medicina de cinco universidades de Medellín (Oliveros & de la Torre, 2024) refuerza la evidencia de vacíos formativos: aunque 82,7% apoya la despenalización del aborto el 44,7% declara no sentirse con la preparación para acompañar una IVE. El 72,1% identifica la ausencia de contenidos sobre IVE en la formación como barrera principal para el acceso, y la pertenencia religiosa se asocia fuertemente a la oposición (OR 8,1). En conjunto, los encuestados reconocen que el déficit de conocimientos teóricos y prácticos del personal de salud limita directamente la atención, confirmando que la formación universitaria no provee las competencias clínicas y éticas necesarias para garantizar una IVE segura y oportuna.

Estos resultados corroboran la urgencia de integrar, desde el pregrado, contenidos que aborden la autonomía de la persona futura profesional de la salud y su responsabilidad ética y normativa como garante del derecho a la IVE en relación con el ejercicio efectivo de los DSDR, con enfoque de derechos, género e interseccional, y una perspectiva crítica y constructivista sobre salud universal, género y SSSR. Asimismo, subrayar la necesidad de liderazgo docente respaldado por evidencia nacional e internacional y protegido por la autonomía académica.

Por estas razones, para viabilizar las atenciones de IVE en los prestadores de servicios de salud, la capacitación del talento humano se convierte en el eje operativo más crítico. Esa formación debe cubrir no solo los aspectos técnicos de los tratamientos, sino también los componentes conceptuales, éticos, administrativos y legales que enmarcan la atención de la IVE. Además, debe involucrar tanto al personal clínico como administrativo, de modo que todos los eslabones del proceso de atención comprendan su responsabilidad en la garantía del derecho. Ver documento Garantía del acceso a la IVE. Documento Técnico para Entidades Territoriales, capítulo 3.

El Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) exige a las IPS desarrollar procesos de formación continua que partan de un análisis de necesidades, definan contenidos, duración y perfiles de formadores, y establezcan mecanismos de ejecución, evaluación y seguimiento. Dichos procesos deben abordar, entre otros temas: derechos humanos y específicamente DSDR; enfoque de derechos, género e interseccional, y contenidos técnicos específicos para la atención de la IVE. La formación requiere espacios de sensibilización y aclaración de valores, revisión de datos sobre morbilidad asociada al aborto inseguro, análisis de los marcos legales y éticos aplicables, dominio de protocolos nacionales, y preparación para la atención diferencial.

Además, debe incluir orientación en la toma de decisiones y asesoría anticonceptiva basada en derechos (entendiendo la importancia de desarrollar estas competencias, pero dejando claro que la orientación y la asesoría anticonceptiva son opcionales y no deben ser entendidas como obligatorias o habilitantes para poder acceder a la IVE), entrenamiento teórico-práctico en IVE farmacológica y no farmacológica; así como manejo de complicaciones, identificación de situaciones de violencia y conocimiento de las rutas de referencia y contrarreferencia.



La práctica suficiente en escenarios reales es clave para consolidar la competencia clínica. Estas acciones de formación continua pueden ser implementadas directamente por las IPS o mediante alianzas con entidades académicas y organizaciones especializadas en la atención de IVE. Las modalidades virtuales certificadas también cumplen este propósito y facilitan el acceso de profesionales que trabajan en zonas apartadas.

Asimismo, la formación debe reforzar la comprensión y el respeto por los saberes ancestrales y los actores comunitarios, en particular la partería tradicional, reconociendo su papel en territorios étnica y culturalmente diversos. Preparar a quienes serán profesionales de la salud para articularse con las parteras tradicionales, que en muchas regiones son la primera fuente de información y acompañamiento en SSSR, reduce tensiones institucionales, facilita modelos colaborativos culturalmente pertinentes y cierra brechas de acceso para las poblaciones más excluidas. Ignorar o subvalorar estos conocimientos comunitarios perpetúa barreras y limita la eficacia de las intervenciones en aborto seguro. Por ello, los planes de estudio y los programas de educación continua deben incluir módulos sobre diálogo intercultural, coordinación con partería tradicional y derivación oportuna, de manera que el sistema formal integre, y no excluya, las prácticas ancestrales que ya protegen la salud y los derechos reproductivos en numerosos territorios del país.

En conclusión, el desarrollo de las competencias del talento humano de las ciencias de la salud para garantizar la atención de IVE exige formación específica, tanto en el pregrado como a través de programas de educación continua. Sin embargo, los estudios reseñados evidencian que estos contenidos están ausentes o se imparten de manera superficial en las facultades. Diseñar e implementar módulos formativos que incluyan práctica supervisada, evaluación de competencias y actualización periódica es, por tanto, la tarea ineludible para

las universidades y las IPS; de otra forma, las brechas identificadas seguirán traducéndose en barreras para el acceso seguro y oportuno a la IVE en Colombia.





2- Personal de salud como garante del derecho a la IVE

2.1. ¿Qué significa ser personal de la salud garante del derecho a la IVE?

La atención para la IVE parte de un principio incuestionable: la decisión libre de la mujer o persona gestante, reconocida como ciudadana plena, sujeta de derechos y moral, agente de conciencia, con plena autonomía y libertad sobre su cuerpo, su salud y su proyecto de vida. Esta decisión no es un hecho aislado, sino parte de su historia, su contexto y lo que para ella tiene sentido en ese momento.

Bajo este entendido, el rol de toda persona involucrada en la atención de la IVE es acompañar esa decisión con respeto, sin juicios, y con la mejor calidad posible. Esto significa ofrecer una atención oportuna, con información clara y veraz, y con condiciones que garanticen bienestar físico y emocional. También implica asegurar que no haya barreras innecesarias ni dilaciones, y que se respete, en todo momento, su privacidad.

La prestación de la atención de la IVE debe ser centrada en las personas, no debe ser prejuiciosa ni punitiva, y tampoco debe estar encaminada a influir en la decisión de la mujer o persona gestante; respetando que son ellas mismas quienes lideran la toma de decisiones sobre su intervención de manera informada, y si es su voluntad, ser acompañadas por parte del personal de salud. Este debe, por tanto, orientar todas sus acciones a facilitar que la decisión se tome sobre información veraz, suficiente, comprensible, sin injerencias derivadas de convicciones personales, religiosas, axiológicas o morales. Ese deber incluye garantizar la confidencialidad absoluta de la atención, impidiendo cualquier intromisión de terceros sin autorización expresa de las consultantes.

En este marco, la IVE se inscribe en un modelo de atención integral en SSSR, que cubre nece-

sidades en salud y psicosociales, sin imponer requisitos adicionales que nieguen o demoren el acceso oportuno.

Ser garante del derecho a la IVE no es solo dar un tratamiento médico; es brindar un espacio seguro, donde la mujer o persona gestante sienta que puede confiar, preguntar, expresar sus dudas y tomar decisiones informadas. Es escuchar sin imponer, es cuidar sin juzgar. Durante mucho tiempo, la relación entre profesionales de la salud y consultantes llamada “acto médico-paciente”, se basó en un modelo paternalista donde solo el médico decidía lo “mejor” sin consultar la voluntad de quien recibía la atención, relegando así su autonomía y dándole al profesional la tutoría de su cuerpo y destino. En el mundo actual las normas internacionales y nacionales nos invitan a construir relaciones basadas en el diálogo, el consentimiento y la confianza.

La influencia de los derechos humanos sobre la ética médica fue reconocida formalmente por la Asociación Médica Mundial (AMM) en su 51.^a Asamblea (1999), al recomendar a las escuelas de medicina que incluyan la enseñanza obligatoria de ética y derechos humanos en sus planes de estudio. Por lo tanto, la relación clínica debe concebirse como un espacio de corresponsabilidad, entre la persona profesional en salud y la persona consultante.

La Declaración de los Derechos del Paciente (AMM, 2005) y el Código Internacional de Ética Médica recuerdan que la persona profesional de la salud debe ofrecer todos los recursos científicos disponibles, pero también garantizar la autonomía y la justicia hacia quien consulta. Esto implica que la deliberación sobre riesgos y beneficios ya no ocurre en un solo sentido; exige diálogo informado y consentimiento expreso.

La Declaración de Ginebra, enmendada por la 68.^a Asamblea General de la AMM (Chicago, 2017), establece, entre otros mandatos, que la

persona profesional de la salud “no empleará sus conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza” (párr. 4), situando explícitamente la práctica clínica dentro del marco de los derechos fundamentales.

En Colombia, la Circular Externa 202415000 0000009-5 de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) nos recuerda ese compromiso: acompañar con humanidad, garantizar el acceso a la IVE sin barreras, y reconocer que quien consulta es experta en su propia vida. Como personal de salud, tenemos la obligación de cuidar, respetar y garantizar que cada decisión se tome con libertad y dignidad. Esta circular detalla obligaciones concretas para el talento humano que hace efectiva la garantía del derecho a la IVE (SNS, 2024):

- **Abstenerse** de imponer barreras administrativas, ejercer violencia obstétrica o emitir comentarios estigmatizantes.
- **Garantizar** atención integral enfoque de derechos, género e interseccional.
- **Mantener** absoluta confidencialidad de la información clínica.
- **Proporcionar** información oportuna y suficiente sobre el estado del embarazo y las opciones disponibles.
- **Vigilar** la protección del derecho a una vida libre de violencias y respetar la autonomía reproductiva.
- **Sensibilizar** en género, discapacidad y enfoque étnico-racial.
- **Abstenerse** de juicios religiosos o ideológicos, ciñéndose a parámetros científicos y al orden jurídico vigente.

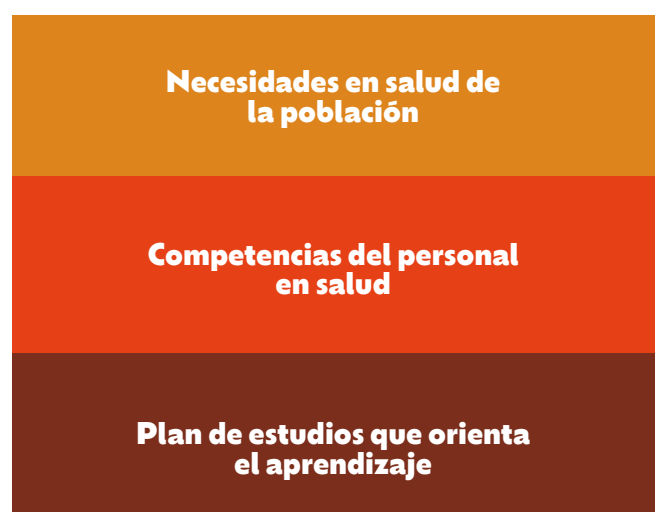
Estas directrices concretan el principio ético de prioridad de la persona consultante, estableci-

do en la Declaración de Ginebra, y transforman la práctica profesional al reconocer a la mujer y persona gestante como sujeta de derechos. Al mismo tiempo, asignan al personal de la salud el rol de garante de esos derechos para asegurar que las decisiones reproductivas se ejerzan sin coacción y con pleno respeto a la dignidad humana.

2.2. Modelo de competencias en la formación del talento humano para la atención de IVE

El ejercicio del rol garante del derecho a la IVE implica no solo un compromiso ético y legal por parte del personal de salud, sino también una preparación rigurosa y actualizada que le capacite para acompañar decisiones reproductivas desde una atención centrada en derechos, libre de estigma, coerción o negligencia. En este sentido, el modelo de competencias propuesto por la OMS (2022) y adaptado a nuestro contexto, ofrece una estructura formativa coherente con las exigencias clínicas, normativas y sociales de la atención en SSSR.

Este enfoque curricular se construye a partir de tres elementos clave:



Esto permite generar la aplicación de conocimientos, habilidades y actitudes en situaciones reales de desempeño, más que de la mera acumulación de contenidos. Al situar al estudiante en el centro y focalizarse en resultados, la educación basada en competencias ofrece trayectorias flexibles que promueven equidad e inclusión, y facilita la incorporación transversal de enfoques de pedagogía crítica—la cual promueve la reflexión sobre la práctica, la ética y la justicia social (Walsh, 2009)—, género y derechos: condiciones indispensables para quienes tienen la función de ser garantes del derecho a la IVE.

Estas competencias están atravesadas por tres enfoques transversales (derechos, género e interseccional), y se agrupan en tres categorías:

«**Actitudes:** base del ejercicio profesional ético, se asocia con la autopercepción como garante de derechos.

«**Competencias profesionales:** transversales a las funciones clínicas, incluyen habilidades como comunicación, trabajo en equipo, conducta personal y toma de decisiones.

«**Competencias prácticas:** específicas en atención integral del aborto y anticoncepción, desde un enfoque técnico y humanizado.

En el Gráfico 1, se presenta una adaptación contextualizada del documento WHO releases new family planning and abortion care competency standards for health workers (OMS, 2022).

Gráfico #1

Competencias en atención integral de aborto y anticoncepción para personal de salud

ENFOQUES TRANSVERSALES

Derechos, género e interseccional

ACTITUDES

Transversal a todas las competencias

COMPETENCIAS PROFESIONALES

Transversal a todas las competencias prácticas

- Atención centrada en la persona
- Colaboración
- Toma de decisiones
- Comunicación
- Práctica basada en evidencia
- Conducta personal

COMPETENCIAS PRÁCTICAS

Competencias específicas de aborto

Competencias específicas de anticoncepción

Fuente: Adaptado de WHO releases new family planning and abortion care competency standards for health workers (OMS, 2022).

La formación bajo este modelo debe implementarse mediante metodologías participativas, diferenciadas según perfiles del talento humano, y articuladas al trabajo interdisciplinario. Esto requiere fortalecer las capacidades institucionales para diseñar e implementar programas de formación continua, tal como lo dispone el SOGCS.

Los contenidos deben integrar aspectos normativos, éticos y comunicacionales, y estar articulados a estrategias de seguimiento, monitoreo y evaluación, en coherencia con los indicadores establecidos por el MSPS. Así mismo, es responsabilidad institucional garantizar que el talento humano participe activamente en estos procesos formativos y que se eliminen todas las prácticas que obstaculicen el acceso a la IVE, conforme a la Circular Externa 2024150000000009-5 de 2024 de la SNS y las sentencias de la Corte Constitucional.

Esta estructura de competencias no solo fundamenta el quehacer de las personas profesionales como garantes del derecho a la IVE, sino que también constituye la base de la propuesta formativa para la capacitación del talento humano desarrollada en este documento, en el capítulo 3. De este modo, el modelo de competencias no es un marco abstracto, sino el eje articulador entre los principios éticos del ejercicio profesional, las obligaciones institucionales y las estrategias pedagógicas necesarias para transformar la atención de IVE en una práctica segura, accesible y basada en derechos.

2.2.1. Enfoque en derechos, género e interseccional

La formación del talento humano para la atención de la IVE debe entenderse como un proceso ético, que promueva la garantía plena del derecho a la salud, en coherencia con el enfoque de derechos, género e interseccional (estos enfoques han sido abordados en el capítulo 1.2 atención integral en IVE desde un enfoque interseccional, intercultural y de género del

documento Atención Integral a Personas que Solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo - Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud). Esta formación debe partir de su reconocimiento como un derecho fundamental respaldado por el marco constitucional y legal colombiano, en especial por las Sentencias C-055 de 2022, SU-096 de 2018 y C-355 de 2006 de la Corte Constitucional. En consecuencia, se requiere que todas las personas que participan en la atención de la IVE comprendan a profundidad las obligaciones del Estado y del sistema de salud en torno al respeto, protección y garantía de este derecho bajo los principios de la salud, la dignidad humana, la libertad y la autodeterminación reproductiva.

El proceso de capacitación debe incluir espacios de sensibilización orientados a la reflexión crítica sobre las creencias personales, los valores y las prácticas institucionales frente al aborto. La formación en ética del cuidado permite identificar prácticas estigmatizantes, prejuicios de género y raciales, así como conductas discriminatorias que constituyen barreras de acceso, especialmente para mujeres, adolescentes, afrodescendientes, indígenas y personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

Además de las obligaciones mencionadas en el numeral 2.1 de este documento, la Circular Externa 2024150000000009-5 de 2024 de la SNS establece que se tiene que garantizar una atención libre de discriminación, respetuosa del consentimiento informado, de la confidencialidad y del nombre identitario de las personas trans y no binarias, promoviendo así el enfoque de atención centrada en la persona (SNS, 2024).

Desde el punto de vista técnico, la formación debe estar orientada a desarrollar competencias clínicas en el uso de los métodos seguros recomendados por la OMS. Ver documento Atención Integral a Personas que Solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud, capítulo 3.

Esta capacitación debe considerar las particularidades de cada caso, conforme a los criterios definidos en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP) adoptadas mediante la Resolución 3280 de 2018 del MSPS y actualizadas por la Resolución 051 de 2023 del MSPS, la cual establece los estándares clínicos y protocolos diferenciados para la atención integral, humanizada y de calidad en SSSR, incluyendo la anticoncepción postaborto y el manejo de complicaciones.

Asimismo, debe incorporarse el enfoque de derechos, género e interseccional, con el fin de comprender cómo las desigualdades estructurales afectan de manera diferenciada a cada persona y materializan barreras de acceso a los servicios de salud. La Resolución 2138 de 2023 del MSPS señala que las acciones del sector salud se deben orientar hacia la disminución de las brechas derivadas del sexo, género, orientación sexual o identidad de género; así mismo, se sugiere incorporar otras variables en el análisis de brechas como la pertenencia étnico-racial, la edad, la zona en la que se habita, el nivel de ingresos, situaciones de especial vulneración de los derechos como la migración, ser víctimas de conflicto armado, estar en situación de calle, entre otros determinantes sociales que al intersecarse con el género pueden ocasionar aún más desventajas sociales (Resolución 2138 de 2023 del MSPS, numeral 6.3). Este enfoque implica desarrollar competencias para adaptar la atención a las trayectorias vitales de las personas, sus contextos culturales, territoriales y sociales, tal como también lo contempla el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Resolución 2367 de 2023 del MSPS), que establece acciones afirmativas y ajustes razonables para responder a estas diversidades.

En el documento Acompañamiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: Orientación, Asesoría y Soporte Integral en los Tratamientos - Documento Técnico para Personal de Salud se encuentran las definiciones ampliadas de DSDR, la aplicación del enfoque interseccional con al-

gunas pautas para identificar barreras diferenciadas, y recomendaciones de atención inclusiva que ilustran cómo integrar, en la rutina clínica, el enfoque de derechos, género e interseccional a lo largo de toda la atención de IVE.

2.2.2. Actitudes

Las actitudes son el núcleo de todas las competencias y se aprecian mejor cuando se entienden como una estructura integrada por tres capas que se retroalimentan: el componente cognitivo, formado por las ideas y creencias; el afectivo, desarrollado por las emociones y valoraciones positivas o negativas; y el conductual, que se expresa en la disposición a actuar de determinada manera. Esta caracterización, conocida en la psicología social como el modelo ABC de las actitudes (Eagly & Chaiken, 1998; Rosenberg & Hovland, 1960), resulta especialmente útil para la atención en IVE. Si el personal de salud alberga creencias limitadas o inexactas acerca del procedimiento o de las personas que lo solicitan, esa base cognitiva restringe la información que brinda y la empatía que comunica.

Cuando además siente rechazo o miedo —la dimensión afectiva— tiende a asumir un trato distante o moralizante. Finalmente, aunque tenga los conocimientos técnicos, la ausencia de una intención conductual orientada al respeto puede traducirse en demoras, obstáculos o reducción de la calidad de la atención. Reconocer esta dinámica permite trabajar de forma simultánea en actualizar saberes, revisar emociones y prejuicios, y cultivar prácticas justas y respetuosas con los DSDR. Solo así cada mujer o persona gestante será atendida como sujeta de derechos, y el personal de salud podrá reconocerse plenamente como garante de su dignidad y autonomía.

Una persona garante del derecho a la IVE debe:

- **Respetar y proteger** los derechos humanos y DSDR en todo acto profesional, actuando sin dis-

criminación y con apego al marco legal vigente.

- **Personalizar** la atención según el contexto socioeconómico, cultural y psicológico de cada consultante, adaptando la comunicación y los métodos de aprendizaje (las pautas y recomendaciones para la comunicación efectiva y respetuosa en la atención de IVE puede consultarse en el documento Acompañamiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: Orientación, Asesoría y Soporte Integral en los Tratamientos - Documento Técnico para Personal de Salud).

- **Respetar** la decisión informada de la mujer o persona gestante, asegurando procesos claros de consentimiento informado y los métodos para obtenerlo.

- **Garantizar** un trato digno, no punitivo y sensible a la diversidad de creencias y valores, diversidad de género, orientación sexual, pertenencia étnico-racial, discapacidad y otras condiciones de mayor vulnerabilidad.

- **Salvaguardar** la confidencialidad y privacidad en toda interacción y en el manejo de información clínica.

- **Actuar** con transparencia y rendición de cuentas, velando por la calidad y seguridad de la atención.

- **Comprometerse** con el aprendizaje continuo y fomentar el desarrollo profesional propio y del equipo de trabajo.

- **Contribuir** en respuestas integrales en el acceso a la IVE, trabajando de forma articulada con todo el equipo de salud y personal administrativo, así como con otras partes clave de la comunidad.

- **Usar los recursos** de manera eficiente y sostenible, reduciendo desperdicios cuando sea posible.

En los procesos de formación al talento humano,

el desarrollo de actitudes no puede limitarse a la transmisión de normas o protocolos. Implica crear espacios de transformación personal y profesional, en los que se fomente la empatía, el respeto por la diversidad y el compromiso con la justicia reproductiva. Las actitudes son el soporte que permite aplicar los conocimientos y habilidades técnicas con sentido humano, garantizando una atención ética, libre de prejuicios y realmente centrada en la persona.



2.2.3. Competencias profesionales

Las competencias profesionales son transversales a todas las áreas de la práctica en salud y constituyen la base operativa que permite al talento humano actuar como garante del derecho a la IVE. El primer paso de esa garantía es cumplir las obligaciones que derivan de su rol como persona servidora pública, contratista o funcionaria del sistema de salud. A partir de ese deber legal e institucional se despliegan las demás competencias: acompañar decisiones reproductivas libres y seguras, brindar información veraz y comprensible, y sostener una interacción clínica basada en los derechos humanos y la dignidad de cada mujer y persona gestante.

El rol garante implica reconocer a la consultante como agente activa de su propio proceso, con plena autonomía para elegir objetivos de salud e intervenciones que respondan a sus necesidades. Por eso, el desarrollo de estas competencias debe ser una prioridad en los procesos formativos, ya que permiten consolidar prácticas éticas, empáticas y basadas en la evidencia. A continuación, se describen los seis núcleos de competencias profesionales:

Atención centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> -Centrar la práctica de la IVE en la mujer o persona gestante, ofreciendo una atención empática, respetuosa, eficaz, segura, equitativa e integrada, ajustada a sus necesidades físicas, cognitivas, culturales, emocionales y lingüísticas. -Mostrar respeto por la autonomía, metas, perspectivas, preferencias, elecciones, derechos y prioridades de la persona consultante. -Brindar atención culturalmente sensible y compasiva, libre de estigma, culpa o discriminación, practicando humildad cultural y promoviendo la seguridad, diversidad e inclusión. -Desarrollar principios de educación y alfabetización en salud, que garanticen el consentimiento informado y promuevan la gestión autónoma de la salud. -Reconocer el acceso a la anticoncepción y a la IVE como derechos fundamentales, contribuyendo a eliminar barreras y facilitar la navegación en el sistema de salud.
Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> -Adoptar un enfoque adaptativo, no jerárquico y sistémico en la toma de decisiones de la persona consultante. -Aplicar pensamiento crítico y análisis sistemático: buscar información de múltiples fuentes, priorizar, gestionar recursos de forma eficiente y evitar su uso excesivo. -Mantener flexibilidad y calma ante situaciones difíciles: ajustar prioridades, mostrar agilidad e innovación, y liderar con inteligencia emocional.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> -Planificar las interacciones clínicas: aclarar el propósito de la atención, facilitar conversaciones horizontales y asegurar entornos físicos adecuados, con uso de intérpretes o mediadores culturales cuando sea necesario. -Escuchar de manera activa y empática: emplear técnicas de comunicación verbal y no verbal, formular preguntas abiertas, parafrasear, resumir y responder con sensibilidad. -Transmitir información con propósito: utilizar lenguaje claro y adaptado al nivel de alfabetización en salud, distinguir hechos de opiniones, y verificar la comprensión de la persona consultante. -Documentar y compartir información con responsabilidad: respetar el consentimiento, la privacidad y los protocolos, utilizando herramientas digitales de forma segura y actualizando oportunamente al equipo.
Colaboración	<ul style="list-style-type: none"> -Promover el trabajo interdisciplinario y la articulación con la red de apoyo de la persona consultante si es su voluntad. -Facilitar el acceso a recursos comunitarios y establecer alianzas basadas en respeto mutuo, liderazgo compartido y reducción de jerarquías que obstaculicen resultados en salud. -Identificar tensiones o conflictos y gestionarlos proactivamente mediante estrategias de mediación y entornos libres de violencia institucional. -Promover, en los municipios que corresponda, la articulación efectiva con organizaciones y redes de participación tradicional, reconociéndolas como agentes comunitarias con capacidad para brindar información oportuna, basada en evidencia y culturalmente adecuada sobre la IVE. Esta articulación debe orientarse a ampliar el alcance territorial de las estrategias de información, orientación y acompañamiento, en especial hacia mujeres y personas gestantes afrodescendientes e indígenas que enfrentan barreras estructurales de acceso a los servicios de SSSR y habitan en zonas rurales, dispersas o de difícil acceso.
Práctica basada en evidencia	<ul style="list-style-type: none"> -Mantenerse al día con la evidencia científica, aplicarla en la práctica y promoverla entre colegas, participando éticamente en la generación y movilización del conocimiento. -Identificar brechas de información, buscar datos en fuentes confiables –guías nacionales e internacionales, bases de datos, literatura especializada– y evaluar críticamente su calidad y relevancia. -Fomentar una cultura de mejora continua de la calidad: cumplir protocolos de seguridad, aprender de aciertos y fallos, proponer acciones correctivas y participar activamente en los ciclos de medición y mejora.
Conducta personal	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocerse y actuar dentro de los límites de su competencia profesional, derivando cuando sea necesario. Actuar con ética, honestidad y responsabilidad, consultando ante dilemas y rechazando cualquier forma de influencia indebida. -Comprometerse con el aprendizaje reflexivo, buscar retroalimentación y gestionar su propio bienestar físico, mental y emocional para garantizar una atención segura; sin embargo, esto no exime a la institucionalidad de hacer todos los esfuerzos por proteger la salud mental del talento humano.

2.2.4. Competencias prácticas

Las competencias prácticas son específicas, aunque no exclusivas, en la prestación de atenciones integrales de IVE y anticoncepción. Son fundamentales para traducir en acciones concretas el rol de garante del derecho a la IVE y deben desarrollarse de forma integrada con los enfoques de género, derechos e interseccional, actitudes y competencias profesionales.

Competencias en atención integral del aborto

Estos elementos aplican de forma diferenciada a cada rol del equipo de salud dentro de la atención de IVE en Colombia (para verificar los roles y la aplicación de competencias, ver documento Atención Integral a personas que solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE. Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud).

«Conocimiento técnico:

Manejar conocimientos clave de anatomía, fisiología, farmacología, tipos de aborto, tratamientos y esquemas farmacológicos y no farmacológicos para la IVE, manejo del dolor, síntomas, signos de alarma y manejo básico de complicaciones.

«Conocimiento jurídico y normativo:

Es crucial e ineludible que las personas profesionales de la salud conozcan la normativa sobre la IVE en Colombia. Esto implica reconocer el derecho legal que le asiste a las mujeres y personas gestantes a solicitar la IVE en los servicios de salud y a que se le respeten sus derechos fundamentales a la salud, autonomía reproductiva, dignidad humana y a la igualdad. Ver capítulo 1 del documento Atención Integral a personas que solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud.

«Realizar adecuadamente la consulta inicial:

- Diligenciamiento completo de la historia clínica y registro completo de las atenciones de acuerdo con lo establecido en la resolución 1036 de 2022 del MSPS. Ver sección 2.3.1 Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del documento Atención Integral a personas que solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud.

- Recepción de la solicitud de IVE sin requerir justificación alguna ni indagar por las razones de la decisión hasta 24 semanas.

- En casos de gestaciones después de 24 semanas, registro de la causal y diligenciamiento del certificado de riesgo dentro de la historia clínica, de acuerdo con las directrices definidas por la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional.

- Obtención del consentimiento informado: proporcionar una explicación clara, completa y comprensible de beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones, respetando el principio de autonomía; esto incluye a personas con discapacidad y a niñas, niños y adolescentes (NNA). De acuerdo con la Resolución 309 de 2025 del MSPS, los NNA tienen derecho a recibir información adaptada a su desarrollo, a expresar su opinión y a firmar el consentimiento en ejercicio de su autonomía y derecho a la salud, sin requerir la autorización de padres o representantes legales (MSPS, 2025). Ver capítulo 3 del documento Atención Integral a Personas que Solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud.

- Identificación de violencia de género y realización de las notificaciones correspondientes.

- Asesoría anticonceptiva, conforme a los criterios de elegibilidad médica de la OMS.



«Orientación, asesoría y soporte integral:

El personal de salud debe garantizar un acompañamiento técnico, ético y centrado en la persona durante todo el proceso de atención de IVE. Para ello, se requiere el desarrollo de habilidades estructuradas en dos pilares interdependientes: orientación y asesoría. Ver documento Acompañamiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Orientación, Asesoría y Soporte Integral en los Tratamientos.

El desarrollo de habilidades blandas por parte del THS favorece el cambio de perspectiva y rompe paradigmas dentro de la atención, al reconocer a la persona que consulta como sujeta de derechos, y comprender sus emociones y contexto. Brindar una atención que priorice sus necesidades y bienestar potencializa un escenario de calidad.

La capacidad de comunicarse de forma clara, empática y respetuosa implica ajustarse a las necesidades concretas de cada persona usuaria: realizar las modificaciones, así como apoyos necesarios y razonables para que todas las personas ejerzan sus derechos en igualdad de condiciones, sin importar sus circunstancias o particularidades. Por ejemplo, ofrecer información con pictogramas o lenguaje sencillo a niñas, niños, adolescentes o personas con discapacidad cognitiva; disponer de intérpretes de señas o traductores para usuarias sordas o hablantes de lenguas indígenas; y entregar materiales en el idioma nativo de personas extranjeras.

Solo así se genera confianza, se facilita la comprensión y se garantiza una atención verdaderamente integral. Comprender y respetar la diversidad de cosmovisiones, creencias, valores y contextos culturales es indispensable para brindar una atención culturalmente adaptada y libre de prejuicios.

«Habilidades en tratamiento de IVE farmacológica antes de 12 semanas:

- Se debe conocer:
 - Indicación clínica y verificación de edad gestacional.
 - Los medicamentos utilizados, esquema de tratamiento y sus mecanismos de acción.
 - La efectividad del tratamiento, vías de administración, posibles efectos secundarios, contraindicaciones y signos de alarma.
 - Las características y particularidades del tratamiento.
 - Monitoreo, identificación oportuna y manejo de las complicaciones.
- Informar beneficios, riesgos y pasos de autoadministración.
- Activar rutas de referencia y contrarreferencia, cuando esté indicado.

«Habilidades en la atención de IVE por telemedicina y acompañamiento seguro al tratamiento autogestionado:

Adicional a las habilidades previamente mencionadas, se incluyen las siguientes:

- Informar oportunamente sobre los canales de comunicación disponibles para consultar ante inquietudes en el proceso de IVE.
- Confirmar la edad gestacional utilizando fecha de última menstruación (FUM) confiable o ecografía disponible.
- Identificar y descartar contraindicaciones médicas y verificar que la persona tenga acceso real y oportuno a servicios de urgencias.
- Obtener el consentimiento informado remoto: explicar riesgos, beneficios, alternativas y límites de la teleconsulta, comprobar comprensión y documentar la voluntad libre de la usuaria.
- Prescribir y gestionar la entrega de los medicamentos: precisar dosis, vía de administración y condiciones de almacenamiento; coordinar envío a domicilio o retiro en farmacia conforme a la Resolución 2654 de 2019 del MSPS.
- Proporcionar instrucciones claras para la autoadministración, manejo del dolor, efectos secundarios y signos de alarma.
- Informar los canales de comunicación para resolver dudas durante todo el proceso.
- Reconocer signos de alarma en el seguimiento y activar de inmediato las rutas de referencia o contrarreferencia apropiadas.
- Manejar adecuadamente las plataformas de telesalud: realizar videoconsultas, usar firma electrónica, registrar historia clínica en siste-

mas seguros, cifrar comunicaciones, verificar identidad y solucionar fallas técnicas básicas sin comprometer la confidencialidad.

- Adaptar la comunicación al nivel de alfabetización digital o lingüística: emplear lenguaje sencillo, incorporar intérpretes o material visual cuando se requiere.
- Cumplir la normativa colombiana de telesalud, farmacovigilancia y protección de datos, garantizando que la atención sea segura, confidencial y libre de barreras para el ejercicio del derecho a la IVE.

«Habilidades en tratamientos de IVE no farmacológica antes de 15 semanas³.

Deben ir encaminadas a:

- Explicar procedimiento y expectativas a la consultante.
- Resolver contraindicaciones relativas antes del procedimiento.
- Manejar medicamentos para profilaxis antibiótica, analgesia, prevención de hemorragia y preparación cervical, según edad gestacional.
- Conocer el instrumental y el kit de aspiración al vacío, incluyendo indicaciones, contraindicaciones y medidas de bioseguridad.
- Ejecutar la técnica paso a paso, incluyendo la técnica "no tocar", preparación y bloqueo paracervical, dilatación cervical, aspiración manual o eléctrica, identificación de signos de vaciamiento completo, revisión del tejido extraído y recuperación posintervención.
- Monitorear, identificar y manejar oportunamente las complicaciones.

³El entrenamiento debe estar acompañado de una persona profesional experimentada en la técnica. Se recomienda un mínimo de 40 procedimientos supervisados por la persona facilitadora, conforme a la experiencia de formación práctica sistematizada por la Fundación Orientame.

- Administrar anticoncepción postaborto, si fue elegida por la persona consultante.

«Habilidades en procedimientos de dilatación y evacuación (D&E)⁴:

- Determinar de manera precisa la edad gestacional, mediante FUM confiable y medidas ecográficas de diámetro biparietal (DBP) y longitud diafisaria femoral (LF). Ver numeral 3.1.5 del documento Atención Integral a Personas que Solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud.
- Manejar el dolor antes, durante y después del procedimiento, así como la profilaxis antibiótica.
- Realizar adecuadamente la preparación cervical antes de la intervención.
- Identificar y usar el instrumental necesario.
- Dominar la técnica paso a paso para realizar una D&E, conforme a protocolos actualizados.
- Monitorear, identificar y manejar oportunamente las complicaciones.

«Habilidades en tratamientos de IVE farmacológica en entorno hospitalario:

Estos procedimientos son una valiosa herramienta en ámbitos donde no se cuenta con personal con capacitación en las técnicas de IVE no farmacológica a partir de 12 semanas. Es indispensable:

Determinar edad gestacional con FUM confiable o medidas ecográficas (DBP y LF). Ver numeral 3.1.5 del documento Atención Integral a Personas que Solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud.

- Conocer las recomendaciones de buenas prácticas clínicas para la atención farmacológica en el segundo y tercer trimestre de la gestación.
- Reconocer los pasos clínicos, protocolos, medicamentos indicados, vías de administración y dosis según edad gestacional.
- Garantizar atención humanizada, incluyendo manejo del dolor, limitación del examen genital repetitivo y vigilancia posterior a la expulsión.

«Habilidades y conocimientos para realizar una Inducción de Asistolia Fetal (IAF)

- El personal a cargo debe contar con las habilidades para manejar los medicamentos utilizados para realizar una IAF, conocer el mecanismo de acción, efectividad, riesgos y vías de administración; así como reconocer los insumos necesarios. También, debe monitorear, identificar y manejar oportunamente las complicaciones.

Técnicas para procedimientos de IAF:

- **Técnica intracardiaca** por vía transabdominal con potasio o lidocaína⁵.
- **Técnica intraamniótica** o intrafetal por vía transabdominal o transvaginal con digoxina⁶.

⁴Se requiere el apoyo de una persona calificada en procedimiento guiado por ecografía básica y vigilancia del postoperatorio inmediato. Adicionalmente, se recomienda un entrenamiento de 100 intervenciones acompañado de persona experta, en un centro habilitado donde se realicen estas intervenciones. Este número ha sido establecido con base en la experiencia acumulada por el equipo de capacitación práctica de la Fundación Oriéntame.

⁵Se propone un entrenamiento de 20 procedimientos, acompañado por una persona experta capacitadora, en un centro de atenciones donde se practiquen estas intervenciones. El número de procedimientos se establece de acuerdo con la experiencia del personal de la Fundación Oriéntame en los procesos de capacitación práctica.

⁶Se propone un entrenamiento de 10 procedimientos, a una persona experta capacitadora, en un centro de atenciones donde se practiquen estas intervenciones.

Competencias en anticoncepción

- Brindar asesoría y consejería anticonceptiva desde un enfoque de derechos, equidad y autonomía, que permita a cada persona tomar decisiones libres, informadas y seguras sobre el método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades, contexto y proyecto de vida.
- Conocer y explicar de manera clara los mecanismos de acción de cada método anticonceptivo y los efectos secundarios.
- Asesorar sobre métodos de larga duración, corta duración y muy corta duración: aclarar mitos y realidades, explicar características del método, efectividad, beneficios y limitaciones, cambios menstruales u otros.
- Asesorar sobre métodos anticonceptivos definitivos (ligadura de trompas y vasectomía), anticoncepción de emergencia y doble protección.

Para desarrollar estas competencias prácticas en condiciones reales de atención, es indispensable contar con habilidades clínicas, conocimientos normativos y herramientas comunicativas integradas. Como lo señala la OMS (2022), estas capacidades deben ser fortalecidas mediante procesos formativos que combinen la teoría con el ejercicio reflexivo y la práctica supervisada, respondiendo a contextos diversos y desafiantes.

2.3. Ampliación de Roles en la Atención de Aborto Seguro



La OMS ha dejado claro que la seguridad del aborto no depende exclusivamente de la profesión médica. Sus directrices sobre tareas compartidas (OMS 2015; 2022) indican que, con la formación adecuada y dentro de límites clínicos definidos, el personal de enfermería, la partería

profesional, la obstetricia y otros perfiles sanitarios pueden confirmar gestaciones tempranas, prescribir y acompañar la IVE farmacológica, practicar la aspiración al vacío y ofrecer consejería y anticoncepción postaborto con la misma seguridad y eficacia que el personal médico.



Las mismas directrices reconocen la autogestión de la IVE farmacológica como una opción segura y eficaz cuando la persona dispone de información de calidad, acompañamiento confiable y acceso oportuno a servicios de salud para eventuales complicaciones. Por ello, los programas formativos deben incorporar a educadores comunitarios y acompañantes, incluidas redes feministas y organizaciones de base, dotándolos de competencias para brindar información veraz, detectar signos de alarma y activar sin demora las rutas de referencia.

Adaptando estas recomendaciones al contexto colombiano para el manejo de la IVE en el primer trimestre de gestación, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

a. Atención de IVE farmacológica	<p>La persona que brinda la atención debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar la elegibilidad para el tratamiento farmacológico. -Suministrar los medicamentos con instrucciones claras sobre su uso. -Explicar el manejo de efectos secundarios comunes. -Identificar signos de alarma de manera oportuna. -Verificar la completitud del aborto y determinar si se requiere intervención adicional.
	<p>No es indispensable que la persona que proporciona la IVE farmacológica esté también capacitada para realizar aspiración al vacío.</p> <p>Sin embargo, debe asegurarse el acceso oportuno a una persona con esa competencia, en caso de ser necesario. Según la OMS, pueden participar en la provisión de la IVE farmacológica las siguientes profesiones: medicina especializada, medicina general, enfermería profesional, auxiliar de enfermería y partería profesional.</p>
b. Atención de IVE no farmacológica	<p>La persona que brinda el servicio debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar la edad gestacional. -Realizar examen pélvico bimanual. -Preparar el cuello uterino si se requiere. -Conocer y aplicar la técnica de “no tocar”. -Ejecutar el procedimiento de aspiración. -Administrar analgesia, incluido el bloqueo paracervical. -Evaluar la completitud del procedimiento mediante inspección de los productos evacuados. -Identificar signos de alarma de manera oportuna. -Brindar el manejo básico de las complicaciones, incluidas aquellas de aborto autogestionado, sin un carácter punitivo. -Conocer las rutas de activación de referencia y contrarreferencia a centros especializados.
	<p>La OMS avala que este procedimiento sea realizado por profesionales en medicina general, medicina especializada, enfermería profesional y partería profesional.</p>
c. Manejo inicial de complicaciones que no ponen en riesgo la vida	<p>Para el tratamiento de infección o sangrado posaborto, la OMS avala las siguientes profesiones con el entrenamiento apropiado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medicina general. -Medicina especializada -Enfermería profesional. -Auxiliar de enfermería. -Partería profesional.

Por su parte, la National Abortion Federation (NAF, 2024) reafirma que la seguridad de la atención de IVE depende del nivel de capacitación, no del título profesional. Esta entidad reconoce la participación de personal de medicina, de enfermería profesional y de enfermería auxiliar. Colombia ha incorporado algunas de estas directrices en su marco regulatorio.

La Resolución 051 de 2023 del MSPS dispone que:

» Toda prestación de IVE debe contar, como mínimo, con una persona profesional con competencias para garantizar el tratamiento, la orientación y asesoría.

» El equipo puede estar integrado —cuando sea posible— por profesionales de enfermería, medicina general o familiar, ginecología, psicología y trabajo social.

» La ausencia de alguno de estos perfiles no puede transformarse en barrera de acceso.

Además, reconoce facultades de acompañamiento y orientación para auxiliares de enfermería, partería tradicional, agentes comunitarios y practicantes de medicina tradicional y complementaria (Resolución 051 de 2023 del MSPS, numeral 4.2.2 “Talento humano”). Esto alinea el proceso de atención con la recomendación de la OMS de redistribuir tareas según competencias.

La Circular Externa 2024150000000009-5 de 2024 de la SNS refuerza estas disposiciones. Ordena a las EAPB e IPS:

» Fortalecer las capacidades técnicas de enfermería, partería tradicional, agentes comunitarios y medicina ancestral.

» Formar en estándares técnicos y jurisprudencia clave: Sentencias C-055 de 2022, SU-096 de 2018 y C-355 de 2006 de la Corte Constitucional.

» Garantizar su participación activa en la orientación y apoyo para el acceso a la IVE.

» Con estas acciones, el país avanza hacia un modelo de atención basado en evidencia y en derechos humanos, en el que el aborto seguro puede y debe ser atendido por diversos perfiles sanitarios y comunitarios, siempre que demuestren competencias y garanticen la calidad de la atención.

Por su parte, las parteras tradicionales cumplen un rol histórico y cultural fundamental como referentes de confianza, cuidado y saberes en sus comunidades. La Sentencia T-128 de 2022 de la Corte Constitucional reconoce la partería como patrimonio inmaterial de la Nación y destaca que se trata de una forma de medicina ancestral que: I) acompaña la gestación, el parto y el puerperio; II) presta servicios de salud y diagnóstico donde, a menudo, no existe otra oferta asistencial; III) materializa la autonomía reproductiva de las mujeres y garantiza sus DSDR mediante educación, planificación y acompañamiento; y IV) opera, casi siempre, de manera gratuita pese a la ausencia de reconocimiento estatal.

Su presencia cotidiana en los territorios, la cercanía con las mujeres y su autoridad social les permite identificar tempranamente situaciones de riesgo, brindar orientación culturalmente adecuada y acompañar decisiones autónomas sin imponer juicios morales, incluida la solicitud de información sobre IVE. Integrar activamente a las parteras tradicionales en las políticas públicas y en los procesos de atención —respetando su saber y fortaleciendo la coordinación con el sistema de salud— no solo potencia un enfoque territorial, sino que constituye un paso ineludible hacia la justicia racial y la reparación histórica frente a siglos de exclusión institucional.



3- Formación integral y entrenamiento práctico en IVE

3.1. Programa de formación en IVE para prestadores de servicios de salud

En este capítulo se describe un esquema curricular el cual no es un programa cerrado, sino el marco de referencia que deben emplear las IPS y las instituciones de educación en salud para diseñar sus propias iniciativas de capacitación, inducción, educación continua y entrenamiento en puesto de trabajo para la IVE, con el fin de garantizar una atención segura, ética, libre de estigma y plenamente alineada con los DSDR.

La formación está dirigida a profesionales de la salud, personal en entrenamiento, personal administrativo y estudiantes de carreras de salud

y otros roles de apoyo asistencial o administrativo, y puede ser implementada por cualquier prestador de servicios de salud e instituciones de educación con programas de salud y formación continua del país. Las rutas formativas deben adecuarse a los servicios habilitados y su grado de complejidad en cada IPS, al perfil de su talento humano y a la realidad epidemiológica y cultural de su territorio; la matriz de competencias y las estrategias pedagógicas funcionan como piezas modulares que cada institución debe articular según sus necesidades y recursos.

El modelo contempla dos rutas formativas diferenciadas, según el perfil del personal participante:

Formación teórica con estrategias de aprendizaje activo

Enfocada en la comprensión del aborto inseguro como problema de salud pública, el marco normativo vigente relacionado con el derecho a la IVE y la organización institucional para garantizar rutas de atención efectivas.

Dirigida a **todo el talento humano** que participa en el proceso de acompañamiento, acceso y atención de IVE: estudiantes de ciencias de la salud, medicina especializada, medicina general, medicina tradicional, enfermería, auxiliar en enfermería, química farmacéutica, trabajo social, psicología, personal de apoyo y/o administrativo, partería tradicional, gestores comunitarios, auxiliar administrativo en salud, auxiliar en salud pública, auxiliar en servicios farmacéuticos, técnico profesional/ tecnología en atención prehospitalaria.



Formación teórico-práctica

Profundiza en habilidades clínicas, técnicas y comunicativas necesarias para la atención de los tratamientos de la IVE.

Dirigida al talento humano en salud (THS) que participa en el proceso de atención integral de IVE: estudiantes de ciencias de la salud, medicina especializada, medicina general, enfermería, auxiliar en enfermería y partería tradicional.

Ambas rutas pueden impartirse en modalidad presencial, virtual o híbrida, adaptando sus contenidos⁷ y metodologías a las realidades institucionales, territoriales y culturales. La propuesta está basada en un modelo de educación por competencias, articuladas en cuatro dimensiones esenciales. Ver capítulo 2:

• **Enfoques transversales:** derechos, género e interseccional.

• **Actitudes:** principios éticos y disposiciones para una atención humanizada.

• **Competencias profesionales:** toma de decisiones, comunicación, atención centrada en la persona.

⁷La elaboración de los contenidos puede apoyarse en los documentos: *Atención integral a personas que solicitan una IVE. Documento técnico para prestadores de servicios de salud; Garantía del acceso a la IVE. Documento técnico para entidades territoriales; y Acompañamiento para la IVE: orientación, asesoría y soporte integral en los tratamientos. Documento técnico para personal de salud.*

• **Competencias prácticas:** habilidades clínicas, asesoría anticonceptiva, procedimientos según edad gestacional.

Estas competencias se desarrollan mediante estrategias pedagógicas que integran enfoques de pedagogía crítica, favoreciendo la reflexión sobre la práctica profesional, la justicia social, el respeto por la autonomía y el ejercicio pleno de los DSDR. En este sentido, el proceso de formación se sustenta en el uso de estrategias de aprendizaje activo, que permiten vincular el conocimiento con la experiencia y el contexto. Entre las más relevantes se incluyen:

• **Estudios** de casos clínicos y éticos, para analizar situaciones reales y deliberar sobre decisiones informadas.

• **Aprendizaje** basado en problemas (ABP), que promueve el pensamiento crítico y la resolución colectiva.

• **Simulación clínica** y juegos de rol, para ensayar habilidades técnicas, comunicativas y actitudinales.

• **Talleres participativos** y aprendizaje reflexivo, que fortalecen el compromiso ético y la comprensión de los contextos socioculturales.

Estas estrategias promueven una formación transformadora y situada, centrada en el desarrollo de competencias más que en la acumulación de contenidos.

La evaluación de los aprendizajes debe ser integral, continua, formativa y contextualizada. Se recomienda evitar la evaluación memorística, promoviendo en su lugar mecanismos que pongan en contexto lo aprendido. Adicionalmente, debe ir acompañada de retroalimentación oportuna, clara y formativa, orientada al mejoramiento del desempeño. En los anexos de esta guía, se incluyen rúbricas de evaluación por módulo, que servirán como herramientas para

verificar el cumplimiento de los resultados de aprendizaje y las evidencias correspondientes, permitiendo también la mejora continua del proceso formativo.

Para garantizar una formación efectiva, se recomienda designar personas facilitadoras con experiencia clínica y pedagógica en SSSR, especialmente en atención a la IVE; garantizar espacios de aprendizaje seguros, participativos y libres de estigma; realizar prácticas clínicas supervisadas en instituciones con trayectoria y amplio conocimiento en la atención de IVE; disponer de materiales adecuados y recursos tecnológicos para las simulaciones; adaptar los contenidos y metodologías según los contextos territoriales, institucionales y poblacionales; y, asegurar un seguimiento permanente del aprendizaje mediante evaluaciones diagnósticas, formativas e iterativas.

El perfil de la persona facilitadora debe incluir:

• **Conocimiento** técnico en la atención integral de IVE y manejo de complicaciones.

• **Dominio** del marco legal colombiano y de estándares internacionales.

• **Experiencia** en formación participativa y pedagogía crítica.

• **Habilidades** de comunicación, liderazgo y acompañamiento.

• **Compromiso** con los DSDR, la equidad de género y el respeto por la diversidad.

El proceso formativo no termina con la última sesión: se enlaza con la evaluación de resultados en la práctica real, asegurando que la capacitación se traduzca en atenciones de IVE seguras, éticas y libres de estigma.

3.1.1. Propuesta curricular de la capacitación teórica

Tabla #1

Propuesta curricular de la capacitación teórica

Descripción general de la formación	
Tipo de formación	Capacitación teórica
Público objetivo	Salud (OMS): Todo el talento humano que participa en el proceso de acompañamiento, acceso y atención de IVE: estudiantes de ciencias de la salud, medicina especializada, medicina general, medicina tradicional, enfermería, auxiliar en enfermería, química farmacéutica, trabajo social, psicología, personal de apoyo y/o administrativo, partería tradicional, gestores comunitarios, auxiliar administrativo en salud, auxiliar en salud pública, auxiliar en servicios farmacéuticos, técnico profesional / tecnología en atención prehospitalaria.
Modalidad	Presencial - virtual y/o híbrida
Desarrollo curricular	
Nombre del módulo	Temas
Contextualización de la IVE en Colombia	<ul style="list-style-type: none"> -Marco conceptual de la IVE: derechos humanos, DSDR, sexualidad, contexto social y epidemiológico del aborto. -Marco jurídico y normativo actualizado de la IVE. -Causales para el ejercicio del derecho a la IVE después de 24 semanas. -Habilitación de servicios de salud para la atención de IVE.
Acompañamiento integral para el acceso a la IVE	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilización y aclaración de valores. -Enfoques transversales en la garantía del derecho a la IVE: enfoque de género, derechos e interseccional. -Acompañamiento, orientación y asesoría para la IVE. -RIAMP en lo relacionado con la atención de IVE por edad gestacional.
Orientación y asesoría anticonceptiva en la IVE	<ul style="list-style-type: none"> -Orientación en la atención de IVE. -Asesoría anticonceptiva en la atención de IVE. -Análisis de casos desde el acompañamiento.
Objetivos del aprendizaje	
Nombre del módulo	Temas
Objetivo general	Fortalecer las capacidades del personal administrativo y de apoyo en instituciones prestadoras de servicios de salud para que comprendan el impacto del aborto inseguro como problema de salud pública, se apropien del marco normativo vigente, y apliquen herramientas organizativas que permitan garantizar rutas de atención oportunas, libres de barreras y respetuosas de los derechos sexuales y reproductivos.
Resultados de aprendizaje	<p>Al finalizar esta capacitación, el personal participante será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Analizar el aborto inseguro como un problema de salud pública, reconociendo su impacto en la morbilidad materna y los compromisos institucionales para su prevención. -Reconocer la IVE como un derecho reproductivo definido en el marco jurídico y los lineamientos técnicos vigentes en Colombia para la habilitación de los servicios que incluyan atenciones de IVE, de acuerdo con las Resoluciones 3100 de 2019 y 051 de 2023. -Reconocer el rol del personal administrativo en la garantía de este derecho a través de la implementación efectiva de la ruta de atención en IVE, identificando responsabilidades, flujos de atención y mecanismos institucionales que garanticen el acceso oportuno, seguro y libre de barreras. -Comprender de manera integral el marco conceptual, jurídico, ético y operativo de la IVE en Colombia. -Aplicar enfoques de género, derechos e interseccionalidad para acompañar, derivar y apoyar a las mujeres y personas gestantes en el ejercicio del derecho a la IVE.

Estrategia de aprendizaje	<p>Las estrategias se diseñan considerando las características del público adulto: experiencia previa, motivación intrínseca, orientación a la práctica, autonomía y necesidad de contextualización.</p> <p>Aprendizaje Basado en Casos (ABC) Propósito: promover el análisis crítico y la toma de decisiones informada.</p> <p>Reflexión Crítica y Sensibilización Ética Propósito: explorar creencias, valores personales y tensiones institucionales en relación con la IVE.</p> <p>Talleres Participativos Propósito: fomentar la construcción colectiva de saberes y la apropiación activa de herramientas.</p> <p>Simulación y Juegos de Rol Propósito: ensayar habilidades de acompañamiento, comunicación y aplicación del enfoque interseccional.</p> <p>Materiales Diversificados y Culturales Propósito: garantizar accesibilidad y pertinencia cultural.</p> <p>Aprendizaje Reflexivo Autónomo Propósito: fortalecer la autogestión del aprendizaje.</p>
Desarrollo teórico	
Desarrollo de la capacitación	<p>La experiencia formativa se debe desarrollar a través de metodologías participativas y actividades estructuradas, adaptadas a cada público al que va dirigida. Esto permite que se fomente el aprendizaje activo, el trabajo colaborativo y la apropiación crítica de los contenidos.</p> <p>Ejemplo: para la capacitación al grupo de parteras tradicionales, se recomienda que los materiales de la formación sean visuales, prácticos y adaptados culturalmente, incorporando dramatizaciones, ejercicios de juego de roles y materiales ilustrados con enfoque étnico-racial.</p>
Evaluación	<p>La evaluación se concibe como parte del proceso formativo, no solo como verificación final. Se articula con los resultados de aprendizaje y valora tanto conocimientos como actitudes y habilidades.</p> <p>Evaluación Diagnóstica</p> <p>Objetivo: Identificar conocimientos previos, percepciones y expectativas.</p> <p>Técnicas: Encuesta inicial, lluvia de ideas, preguntas abiertas o pequeños cuestionarios.</p> <p>Evaluación Formativa (durante el curso)</p> <p>Objetivo: Retroalimentar el proceso y ajustar estrategias.</p> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Actividades de análisis de caso con retroalimentación. -Evaluaciones rápidas tipo “verdadero o falso con justificación”. -Participación en foros o debates. -Revisión de productos grupales (como diagramas de flujos institucionales). <p>Evaluación Sumativa (final)</p> <p>Objetivo: Verificar el logro de los resultados de aprendizaje.</p> <p>Instrumentos sugeridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudio de caso integrador: a partir de una situación institucional simulada, se identifican barreras y se propone una ruta de acción. -Autoevaluación y coevaluación reflexiva: especialmente para valorar actitudes y comprensión de los enfoques transversales. -Prueba final estructurada: preguntas de opción múltiple con justificación. <p>Rúbricas: Se recomienda el uso de rúbricas claras, compartidas con los participantes desde el inicio, con criterios que evalúen comprensión, aplicación, pertinencia ética y claridad comunicativa (ver Anexos).</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla #2

Ruta formativa de la capacitación teórica en IVE

Módulo 1: Contextualización de la IVE en Colombia			
Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje
Marco conceptual de la IVE: derechos humanos, DSDR, sexualidad, contexto social y epidemiológico del aborto.	Analizar el marco conceptual de la IVE desde un enfoque integral que abarca los derechos humanos, los DSDR, la sexualidad, y el contexto social y epidemiológico del aborto, con el fin de fortalecer una comprensión global, crítica, ética y contextualizada de su atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> -Explica los principios fundamentales de los derechos humanos y su relación con el derecho a la IVE. -Reconoce los DSDR como marco de garantía para la autonomía reproductiva. -Analiza el impacto del contexto social, cultural y epidemiológico en el ejercicio del derecho a la IVE. -Identifica los conceptos clave sobre sexualidad en relación con decisiones reproductivas libres y seguras. -Comprende la importancia de brindar una atención en IVE que respete la dignidad, la autonomía y los marcos normativos internacionales y nacionales vigentes. -Identifica los factores que aumentan la morbilidad materna por aborto inseguro y comprende su relación causal. -Comprende las estrategias de prevención y respuesta desde la salud pública en el contexto 	<ul style="list-style-type: none"> -Ensayo crítico o video explicativo sobre la IVE como problema de salud pública y derecho humano. -Mapa conceptual digital o físico sobre DSDR, sexualidad y contexto social. -Participación en foro o taller de análisis de caso con mirada contextual y ética.
Marco jurídico y normativo de la IVE actualizado.	Comprender las Sentencias de la Corte Constitucional y las normas vigentes que regulan la IVE, con énfasis en el acceso, la calidad y la obligación institucional.	<ul style="list-style-type: none"> -Reconoce la IVE como un derecho, y el rol de prestadores de salud como garantes de ese derecho. -Describe los lineamientos jurídicos y normativos vigentes que regulan la IVE en Colombia. -Relaciona los lineamientos jurídicos y normativos vigentes con las rutas de atención institucional que garantizan acceso oportuno y calidad del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuadro comparativo o infografía: normativa y su aplicación. -Estudio de caso: resolución de una situación institucional conforme al marco normativo. -Participación en simulación de orientación básica desde el rol administrativo o de apoyo.
Causales para el ejercicio del derecho a la IVE después de 24 semanas	Reconocer las causales de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, reflexionar sobre barreras de acceso y la importancia de la defensa de derechos en escenarios judicializados.	-Clasifica situaciones clínico-jurídicas conforme a las causales de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, incluyendo casos después de 24 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> -Resolución de casos hipotéticos en los que se aplican las causales (Anexo 2). -Infografía o presentación breve sobre las causales de la IVE.
Habilitación de servicios de salud para la atención de IVE	Identificar los elementos mínimos requeridos para habilitar servicios de salud que incluyan la atención de IVE con calidad y seguridad, según normativas nacionales.	<ul style="list-style-type: none"> -Identifica el talento humano, infraestructura, insumos y equipos indispensables para realizar atenciones de IVE conforme a la normativa vigente. -Explica los requisitos básicos de los registros clínicos y administrativos necesarios para garantizar trazabilidad, calidad y monitoreo continuo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Lista de verificación comparada con la situación real de la institución de la persona participante. -Diseño de un plan de mejora institucional para la atención integral en IVE. -Test interactivo.

Módulo 2: Acompañamiento integral para el acceso a la IVE

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje
Sensibilización y aclaración de valores	Reflexionar sobre las propias creencias en torno a la IVE, analizar perspectivas diversas y comprender su impacto en la prestación de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> -Reconoce y analiza cómo sus creencias y valores personales pueden influir en la atención de la IVE. -Describe prácticas de atención respetuosa y libre de estigma basadas en principios de derechos y ética profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Diario de reflexión individual (escrito o en audio) sobre sus creencias y actitudes hacia la IVE. -Participación en taller con entrega de una ficha de autoevaluación (Anexo 1).
Enfoques transversales en la garantía del derecho a la IVE: enfoque de derechos, de género e interseccional	Reconocer la importancia del enfoque de derechos, de género e interseccional como fundamentos clave para garantizar una atención integral, respetuosa y libre de discriminación en los procesos relacionados con la IVE, reconociendo la diversidad de experiencias y necesidades de la persona que solicita el servicio.	<ul style="list-style-type: none"> -Identifica y explica los principios de género, derechos humanos e interseccionalidad aplicables a la atención de la IVE. -Comprende la importancia de integrar estos enfoques en su desempeño, asegurando trato respetuoso, equitativo y libre de discriminación. -Analiza barreras y desigualdades que afectan a poblaciones diversas, proponiendo acciones para mitigarlas en la práctica clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis de caso con enfoque interseccional (trabajo en grupo o individual). -Presentación digital sobre los tres enfoques aplicados al contexto laboral propio. -Propuesta de mejora institucional para garantizar atención con enfoque de derechos.
Acompañamiento para la IVE	Fortalecer las competencias técnicas básicas y actitudinales para brindar acompañamiento y soporte integral en la atención de IVE institucional o autogestionada desde un enfoque de derechos y centrado en la persona.	<ul style="list-style-type: none"> -Demuestra habilidades de comunicación empática y escucha activa al brindar acompañamiento sobre la IVE. -Hace uso de los componentes de la IVE autogestionada de acuerdo con las directrices de la OMS para la atención integral del aborto, con el fin de mejorar el acceso a las atenciones de IVE. 	<ul style="list-style-type: none"> -Simulación de orientación o acompañamiento en atención de IVE (presencial o grabada). -Ficha de apoyo visual o guía práctica sobre IVE autogestionada (basada en OMS). -Rúbrica de observación de juego de roles para resolución de un caso.
Ruta integral de atención en salud materno perinatal (RIAMP) en lo relacionado con la atención de IVE por edad gestacional	Analizar los procesos institucionales relacionados con la IVE, identificando fortalezas, debilidades y propuestas de mejora en la ruta integral de atención.	<ul style="list-style-type: none"> -Describe la secuencia de pasos y responsabilidades de la ruta de atención para la IVE según la edad gestacional, reconociendo puntos críticos del proceso. -Identifica los diferentes puntos de acceso a la RIAMP, incluyendo la articulación entre las diferentes redes de prestadores y otros actores del sistema de salud (parteras tradicionales, gestores comunitarios, etc), así como los mecanismos para referir de manera oportuna y segura a las mujeres y personas gestantes que requieran atención de IVE. 	<ul style="list-style-type: none"> -Plan de acción institucional para fortalecer la articulación territorial.

Módulo 3: Orientación y asesoría para la IVE

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje
Orientación en la atención de IVE	Fortalecer las competencias técnicas y actitudinales del personal de salud para brindar orientación y soporte integral en la atención de IVE, desde un enfoque de derechos y centrado en la persona.	-Demuestra habilidades de comunicación empática y escucha activa al brindar orientación y asesoría sobre la IVE.	-Escenario simulado de orientación a una persona consultante con dudas sobre la IVE, evaluado con rúbrica. -Guía personal de orientación en IVE: documento breve con pasos, enfoques y recomendaciones para la atención empática.
Asesoría anticonceptiva en la atención de IVE	Fortalecer las competencias técnicas y actitudinales del personal de salud para brindar asesoría anticonceptiva en la atención de IVE, desde un enfoque de derechos y centrado en la persona.	-Proporciona información sobre anticonceptivos clara y basada en derechos, garantizando la autonomía y el bienestar de la persona.	-Simulación clínica o caso práctico: asesoría anticonceptiva posaborto. -Mini-presentación o video breve: "Claves para una asesoría anticonceptiva centrada en la persona".
Análisis de casos desde el acompañamiento	Aplicar de forma práctica los principios de orientación, asesoría y soporte integral mediante simulación clínica y análisis reflexivo de casos complejos.	-Integra los principios de acompañamiento integral en la resolución de casos simulados, justificando sus decisiones de atención. -Reflexiona críticamente sobre dilemas éticos y propone acciones de mejora para optimizar la calidad y calidez de la atención.	-Estudio de caso (Anexo 3). -Bitácora reflexiva individual: lecciones aprendidas, barreras enfrentadas y mejoras propuestas. -Mapa de acciones institucionales para fortalecer el acompañamiento integral en atenciones de IVE.

Fuente: Elaboración propia.

3.1.2. Propuesta curricular de la capacitación teórico-práctica

Tabla #3

Diseño curricular de la capacitación teórico-práctica en IVE

Descripción general de la formación	
Tipo de formación	Capacitación teórico-práctica
Público objetivo	Talento humano en salud (THS) que participa en el proceso de atención integral de IVE: estudiantes de ciencias de la salud, medicina especializada, medicina general, enfermería.
Modalidad	Presencial - virtual y/o híbrida
Desarrollo curricular	
Nombre del módulo	Tema
Contextualización de la IVE en Colombia	-Marco conceptual de la IVE: derechos humanos, DSDR, sexualidad, contexto social y epidemiológico del aborto. -Marco jurídico y normativo de la IVE actualizado. -Causales para el ejercicio del derecho a la IVE después de 24 semanas. -Habilitación de servicios de salud para la atención de IVE.
Acompañamiento integral para el acceso a la IVE	-Sensibilización y aclaración de valores. -Enfoques transversales en la garantía del derecho a la IVE: enfoque de género, derechos e interseccional. -Acompañamiento, orientación y asesoría para la IVE. -RIAMP en lo relacionado con la atención de IVE por edad gestacional.
Orientación y asesoría anticonceptiva en la IVE	-Orientación en la atención de IVE. -Asesoría anticonceptiva en la atención de IVE. -Análisis de casos desde el acompañamiento.
IVE farmacológica antes de 12 semanas	-Tratamiento farmacológico para la IVE antes de 12 semanas. -Casos clínicos sobre IVE farmacológica antes de 12 semanas. -Atención de la IVE por telemedicina.

IVE farmacológica en entorno hospitalario a partir de 12 semanas (la experticia para estas atenciones requiere de la habilidad de la persona para la atención de parto)	<ul style="list-style-type: none"> -IVE farmacológica en entorno hospitalario. -Atención del expulsivo. -Inducción de asistolia fetal (IAF) a partir de 20 semanas. -Prácticas clínicas.
IVE no farmacológica antes de 15 semanas (aspiración al vacío)	<ul style="list-style-type: none"> -Conceptos teóricos de la Aspiración al vacío. -Procedimiento de Aspiración al vacío. -Práctica clínica.
Dilatación y evacuación (D&E) a partir de 15 hasta antes de 24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> -Dilatación y evacuación (D&E). -Práctica clínica.
Manejo de las complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> -Hemorragia y código rojo. -Hematometra, perforación uterina, sepsis. -Retención de restos y desgarro cervical.
Objetivos de aprendizaje	
Objetivo general	Fortalecer las competencias técnicas, prácticas y actitudinales del personal de salud y en formación, para garantizar atenciones integrales, seguras y con enfoque de género, derechos e interseccional en la IVE, de acuerdo con la normativa vigente y las condiciones institucionales.
Resultados de aprendizaje	<p>Al finalizar esta capacitación, el personal participante será capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reconocer el deber profesional de garantizar el ejercicio del derecho fundamental a la IVE. -Analizar el aborto inseguro como problema de salud pública y su impacto en la morbilidad materna. -Reconoce la IVE como un derecho, el rol de prestadores de salud, e interpreta el marco normativo y legal que rige las atenciones en IVE en Colombia. -Identificar los componentes necesarios para la organización institucional para las atenciones de IVE. -Aplicar estrategias de orientación y asesoría anticonceptiva centradas en la persona y en poblaciones priorizadas. -Ejecutar procedimientos farmacológicos y no farmacológicos para la IVE de acuerdo con la edad gestacional. -Reconocer y manejar adecuadamente las complicaciones asociadas a la IVE, con base en guías y protocolos.
Estrategia de aprendizaje	<p>La capacitación debe desarrollarse mediante una estrategia de aprendizaje activo y basado en competencias, que combina:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Simulación Clínica Instruida Objetivo: desarrollar habilidades técnicas, comunicativas y actitudinales en un entorno seguro. -Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) Objetivo: fomentar el razonamiento clínico y ético ante situaciones complejas. -Juego de roles y Escenarios de Comunicación Objetivo: fortalecer habilidades de acompañamiento, escucha activa y orientación anticonceptiva. -Talleres clínico-reflexivos Objetivo: conectar la práctica clínica con el análisis ético, normativo y social. -Laboratorios prácticos y entrenamientos técnicos Objetivo: dominar procedimientos y protocolos específicos según edad gestacional. -Estudio de casos clínico-jurídicos Objetivo: comprender la articulación entre el marco normativo y la toma de decisiones clínicas. -Mapeo institucional y planes de mejora Objetivo: aplicar lo aprendido al contexto real de cada participante.

Desarrollo teórico	
Desarrollo de la capacitación	La experiencia formativa se debe desarrollar a través de metodologías participativas y actividades estructuradas, adaptadas a cada público al que va dirigida. Esto permite que se fomente el aprendizaje activo, el trabajo colaborativo y la apropiación crítica de los contenidos. La evaluación se concibe como parte del proceso formativo, no solo como verificación final. Se articula con los resultados de aprendizaje y valora tanto conocimientos como actitudes y habilidades.
Desarrollo de la capacitación	<p>Evaluación Diagnóstica Objetivo: identificar conocimientos previos, percepciones y expectativas. Técnicas: encuesta inicial, lluvia de ideas, preguntas abiertas o pequeños cuestionarios.</p> <p>Evaluación Formativa (durante el curso) Objetivo: retroalimentar el proceso y ajustar estrategias. Técnicas: -Actividades de análisis de caso con retroalimentación. -Evaluaciones rápidas tipo "verdadero o falso con justificación". -Participación en foros o debates. -Revisión de productos grupales (como diagramas de flujos institucionales).</p> <p>Evaluación Sumativa (final) Objetivo: Verificar el logro de los resultados de aprendizaje. Instrumentos sugeridos: -Estudio de caso integrador: a partir de una situación institucional simulada, identifica barreras y se propone una ruta de acción. -Autoevaluación y coevaluación reflexiva: especialmente para valorar actitudes y comprensión de los enfoques transversales. -Prueba final estructurada: preguntas de opción múltiple con justificación.</p> <p>Rúbricas Se recomienda el uso de rúbricas claras, compartidas con los participantes desde el inicio, con criterios que evalúen comprensión, aplicación, pertinencia ética y claridad comunicativa (ver Anexos).</p>

Fuente: Elaboración propia.

Ruta formativa de la capacitación teórico-práctica.

Para esta ruta formativa se deben aplicar los tres primeros módulos propuestos en la capacitación teórica. Adicionalmente incluir los módulos de la tabla 4.

Tabla #4

Ruta formativa de la capacitación teórico-práctica en IVE

Módulo 4: IVE farmacológica antes de 12 semanas			
Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje sugeridas
Tratamiento farmacológico para la IVE antes de 12 semanas	Usar adecuadamente los medicamentos para la IVE en gestaciones antes de 12 semanas, desde un enfoque ambulatorio y de autogestión.	-Explica el esquema farmacológico, mecanismos de acción, efectividad, síntomas asociados, contraindicaciones, resolución ante fallas del tratamiento. -Orienta a la persona sobre autogestión segura, signos de alarma y seguimiento posterior al tratamiento.	-Ficha técnica explicativa o video instructivo sobre el uso correcto de medicamentos para IVE antes de 12 semanas. -Cuestionario clínico-práctico con resolución de casos sobre fallas de tratamiento y seguimiento.

Casos clínicos sobre IVE farmacológica antes de 12 semanas	Aplicar conocimientos clínicos y comunicacionales mediante simulaciones de casos relacionados con la IVE farmacológica, fortaleciendo habilidades para la explicación del esquema farmacológico y el acompañamiento de la persona consultante.	<ul style="list-style-type: none"> -Integra la información clínica y comunicacional para resolver casos simulados, justificando decisiones y recomendaciones. -Demuestra acompañamiento empático y centrado en la persona, proporcionando indicaciones claras y basadas en derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Resolución de caso clínico (Anexo 4). -Juego de roles: atención simulada. -Ficha de retroalimentación por pares o facilitador usando rúbrica.
Atención de la IVE por telemedicina	Desarrollar competencias para organizar y brindar atención de IVE —incluida la orientación, la prescripción farmacológica y el seguimiento— mediante telemedicina, garantizando calidad, seguridad, confidencialidad y cumplimiento normativo, así como las competencias para brindar acompañamiento humanizado y efectivo en procesos de IVE autogestionada.	<ul style="list-style-type: none"> -Identifica los requisitos legales, tecnológicos y de seguridad necesarios para la prestación de IVE por telemedicina. -Describe los criterios de elegibilidad y el protocolo remoto (evaluación, prescripción, entrega/receta de medicamentos, seguimiento y referencia). -Describe las acciones de seguimiento posterior a la atención, que incluye signos de alarma, canales de contacto y registro completo en la historia clínica electrónica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Guía paso a paso o checklist para atención de IVE por telemedicina. -Estudio de caso: telemedicina para aborto autogestionado.

Módulo 5: IVE farmacológica en entorno hospitalario a partir de 12 semanas

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje sugeridas
IVE farmacológica en entorno hospitalario	Identifica la importancia de realizar una atención segura, completa y respetuosa del procedimiento de IVE farmacológica a partir de 12 semanas en ambiente hospitalario.	<ul style="list-style-type: none"> -Describe los pasos esenciales, requisitos de seguridad y cuidados multidisciplinarios necesarios para la IVE farmacológica hospitalaria. -Explica cómo garantizar una atención respetuosa y centrada en la persona, incluyendo consentimiento informado, manejo farmacológico y no farmacológico del dolor y confidencialidad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Simulación en grupo: organización del entorno para la atención. -Análisis de caso clínico con resolución escrita y discusión guiada.
Atención del expulsivo	Aplicar conocimientos clínicos, técnicos y emocionales para la atención del expulsivo.	<ul style="list-style-type: none"> -Reconoce los signos de progresión del expulsivo y aplica las intervenciones clínicas apropiadas. -Proporciona apoyo emocional y monitoriza parámetros clínicos, asegurando bienestar y dignidad para la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> -Práctica simulada con modelo, evaluada con rúbrica. -Registro clínico simulado completo del evento. -Diálogo simulado o juego de roles de acompañamiento emocional durante el proceso.
Inducción de asistolia fetal (IAF) a partir de 20 semanas	Conocer los aspectos técnicos y científicos del procedimiento de IAF, fomentando el análisis ético y clínico mediante revisión de literatura y discusión grupal.	<ul style="list-style-type: none"> -Describe las indicaciones, pasos técnicos y consideraciones de seguridad que rigen la IAF según la evidencia científica vigente. -Analiza los aspectos éticos y legales involucrados en la IAF, articulando argumentos basados en la literatura y en principios de derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis ético-clínico sobre un caso que involucre IAF, con argumentación normativa y basada en derechos. -Discusión en grupo con facilitación experta, registrada en bitácora de aprendizaje.

Práctica clínica 1: Provisión de métodos anticonceptivos posaborto

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje sugeridas
Anticoncepción posaborto	Desarrollar habilidades técnicas y buenas prácticas administrativas para suministrar o insertar métodos anticonceptivos posaborto de manera segura y de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> -Asesora sobre el método ideal para la consultante según la valoración clínica y los criterios de elegibilidad. -Demuestra la técnica correcta de inserción o administración del método anticonceptivo en simulación, manteniendo normas de asepsia y seguridad. -Proporciona indicaciones de autocuidado, signos de alarma y pautas de seguimiento, registrando de forma completa la información en el formato clínico correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Simulación clínica con técnica de inserción (implante, inyectable, DIU) con evaluación por rúbrica. -Registro clínico completo simulado en formato oficial de anticoncepción posaborto. -Mini-taller de asesoría anticonceptiva grabado o en vivo, con retroalimentación.

Práctica clínica 2: Inducción de asistolia fetal (IAF)

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje sugeridas
Inducción de Asistolia Fetal (IAF)	Desarrollar habilidades técnicas para realizar procedimientos de IAF en gestaciones después de 20 semanas, mediante entrenamiento supervisado en una institución experta.	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecuta cada paso del procedimiento siguiendo el protocolo establecido, manteniendo condiciones de seguridad y asepsia. -Demuestra un uso correcto del equipamiento y de las técnicas de control ecográfico y farmacológico. -Registra de manera completa y precisa los datos clínicos y las intervenciones realizadas en la historia clínica. -Explica las indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones de la IAF, respondiendo a preguntas del equipo supervisor. -Brinda información y acompañamiento respetuoso a la persona antes, durante y después del procedimiento, demostrando comunicación empática y centrada en derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Simulación clínica supervisada de procedimiento completo de IAF, con observación directa y rúbrica. -Historia clínica simulada completa con registros detallados. -Mini-entrevista simulada con consultante: explicación de IAF y acompañamiento centrado en derechos.

Módulo 6: IVE no farmacológica antes de 15 semanas (aspiración al vacío)

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje sugeridas
Conceptos teóricos de la Aspiración al vacío	Comprender el procedimiento de aspiración al vacío, su técnica, instrumental, medicamentos asociados y criterios de seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> -Describe las etapas del procedimiento de aspiración al vacío y su fundamento técnico. -Identifica el instrumental y los medicamentos asociados, explicando sus indicaciones y dosis. -Reconoce los criterios de seguridad y las complicaciones más frecuentes, planteando acciones de prevención y manejo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluación práctica de conocimientos mediante test clínico interactivo o mesa redonda. -Mapa visual o infografía sobre seguridad y manejo de complicaciones.

Procedimiento de aspiración al vacío	Aplicar los conocimientos adquiridos mediante una simulación técnica.	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecuta la técnica de aspiración al vacío en simulación siguiendo el protocolo, manteniendo asepsia y seguridad adecuadas. -Aplica estrategias de analgesia y comunicación centrada en la persona durante la simulación. -Registra de forma completa y precisa los pasos del procedimiento y los hallazgos en un formato clínico simulado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Simulación práctica supervisada de aspiración al vacío con checklist técnico. -Juego de roles o grabación corta: comunicación durante el procedimiento con enfoque centrado en la persona. -Autoevaluación reflexiva del desempeño técnico y actitudinal.
--------------------------------------	---	---	--

Práctica clínica 3: IVE no farmacológica antes de 15 semanas (aspiración al vacío)

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje sugeridas
Aspiración al vacío	Consolidar habilidades técnicas y actitudinales para realizar el procedimiento de aspiración al vacío en entorno clínico real, con supervisión experta.	<ul style="list-style-type: none"> -Realiza el procedimiento siguiendo el protocolo estandarizado, garantizando asepsia y seguridad para la persona. -Maneja correctamente el instrumental y los medicamentos asociados, demostrando dominio técnico y uso eficiente de recursos. -Registra de manera completa y precisa los datos clínicos, hallazgos y procedimientos en la historia clínica. -Identifica indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones, describiendo acciones preventivas y de manejo oportuno. -Brinda información clara y apoyo emocional a la persona consultante antes, durante y después del procedimiento, evidenciando 	<ul style="list-style-type: none"> -Práctica clínica supervisada con lista de cotejo. -Historia clínica simulada con datos completos del procedimiento. -Autoevaluación técnica y reflexión escrita sobre el procedimiento y el trato brindado.

Módulo 7: Dilatación y evacuación (D&E) a partir de 15 hasta 24 semanas

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje sugeridas
Dilatación y evacuación (D&E)	Comprender el procedimiento de dilatación y evacuación, su técnica, instrumental, medicamentos asociados y criterios de seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> -Describe las etapas del procedimiento de D&E y su fundamento técnico. -Identifica el instrumental, fármacos para preparación cervical, analgesia y profilaxis, explicando indicaciones y dosis. -Reconoce los criterios de seguridad y las complicaciones más frecuentes, planteando medidas de prevención y manejo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Caso clínico resuelto con selección justificada de técnica, preparación y manejo posterior al procedimiento. -Evaluación práctica escrita o tipo test clínico sobre complicaciones y su prevención.

Práctica clínica 4: Dilatación y evacuación (D&E) a partir de 15 hasta antes de 24 semanas

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje sugeridas
Procedimientos de D&E en gestaciones entre 15 y 24 semanas	Adquirir habilidades técnicas y actitudinales para realizar procedimientos de D&E en gestaciones entre 15 y 24 semanas, mediante acompañamiento supervisado en un entorno clínico real.	<ul style="list-style-type: none"> -Ejecuta el procedimiento de D&E siguiendo el protocolo estandarizado, manteniendo asepsia, control de sangrado y preparación cervical adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Simulación clínica supervisada con evaluación mediante rúbrica. -Registro clínico completo simulado de un procedimiento D&E.

		<ul style="list-style-type: none"> -Maneja correctamente el instrumental y los medicamentos asociados, demostrando dominio técnico y uso seguro de recursos. -Registra de forma completa y precisa los pasos del procedimiento, hallazgos y cuidados posteriores en la historia clínica. -Identifica indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones, describiendo acciones preventivas y planes de manejo oportuno. -Brinda información clara y apoyo emocional a la persona antes, durante y después del procedimiento, evidenciando comunicación empática y enfoque de derechos. -Ejecuta la técnica de D&E en simulación siguiendo el protocolo, manteniendo asepsia, ergonomía y control del sangrado. -Aplica estrategias de analgesia/sedación y comunicación centrada en la persona durante la simulación. -Registra de manera completa y precisa los pasos del procedimiento y hallazgos en un formato clínico simulado, demostrando reflexión sobre calidad y seguridad. 	-Reflexión crítica escrita: análisis de experiencia clínica con énfasis en seguridad y trato humanizado.
--	--	--	--

Módulo 8: Manejo de las complicaciones

Tema	Objetivo	Criterios de evaluación	Evidencias de aprendizaje sugeridas
Manejo de Hemorragia y código rojo.	Reconocer oportunamente una hemorragia posterior al procedimiento de IVE, activar el código rojo y aplicar medidas según protocolo, garantizando la estabilización hemodinámica y la referencia oportuna cuando sea necesario.	<ul style="list-style-type: none"> -Identifica oportunamente la hemorragia, cuantifica la pérdida sanguínea y reconoce los signos de choque según protocolo. -Activa el código rojo de inmediato y aplica, en el orden indicado, el algoritmo vigente. -Realiza el traslado cuando corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> -Simulación de emergencia obstétrica con checklist de actuación. -Estudio de caso clínico resuelto en equipo: aplicación del código rojo.
Hematometra, perforación uterina, sepsis.	Reconocer oportunamente las complicaciones de hematometra, perforación uterina y sepsis pos-IVE, iniciar el manejo inmediato de acuerdo con los protocolos institucionales y coordinar la referencia oportuna.	<ul style="list-style-type: none"> -Distingue los signos sugestivos de hematometra, perforación uterina y sepsis, y prioriza su gravedad para la toma de decisiones. -Inicia el manejo inmediato siguiendo los protocolos. -Coordina la remisión cuando corresponda, asegurando comunicación clara con el equipo receptor y acompañamiento continuo a la persona consultante. 	<ul style="list-style-type: none"> -Taller clínico con resolución de casos. -Informe de manejo clínico simulado con decisiones argumentadas. -Mapa de flujo de derivación institucional para complicaciones graves.
Retención de restos y desgarro cervical.	Identificar la retención de restos y el desgarro cervical como complicaciones pos-IVE,	-Reconoce los signos de retención de restos y de desgarro cervical.	-Guía práctica creada por quien participa sobre manejo de complicaciones post-IVE.

	<p>aplicar las intervenciones iniciales apropiadas y gestionar la resolución o la referencia según la complejidad del caso.</p>	<p>-Aplica el manejo inicial adecuado: evacuación uterina en retención de restos; sutura, hemostasia local y analgesia en desgarro cervical, conforme al protocolo institucional.</p> <p>-Coordina la referencia oportuna a nivel quirúrgico o de mayor complejidad cuando la intervención supera su capacidad resolutoria, comunicando claramente el estado y las medidas adoptadas.</p>	
--	---	---	--

Fuente: Elaboración propia.

La formación integral en atención de la IVE, tal como se ha desarrollado en este capítulo, constituye una herramienta estratégica para cerrar brechas en la calidad y equidad de la atención, al tiempo que fortalece la garantía del derecho a decidir de las mujeres y personas gestantes. La propuesta curricular presentada no es un modelo rígido, sino una ruta flexible y adaptable que debe ser apropiada por cada IPS según sus capacidades, necesidades territoriales y características poblacionales.

Más allá de cumplir con una carga horaria o reproducir contenidos, el sentido de esta formación radica en transformar prácticas, eliminar barreras institucionales y promover una cultura de atención basada en la ética, los derechos y la evidencia. Por tanto, el enfoque debe estar puesto en el logro efectivo de los resultados de aprendizaje definidos para cada perfil profesional, y en la capacidad de las personas participantes para aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes en contextos reales de atención.

Para ello, es clave que las entidades implementadoras garanticen las condiciones óptimas de calidad. Igualmente, se recomienda fortalecer el trabajo conjunto entre las diferentes áreas del talento humano y la comunidad para asegurar que la formación se articule con los procesos de mejora continua, atención centrada en la persona y cumplimiento normativo.

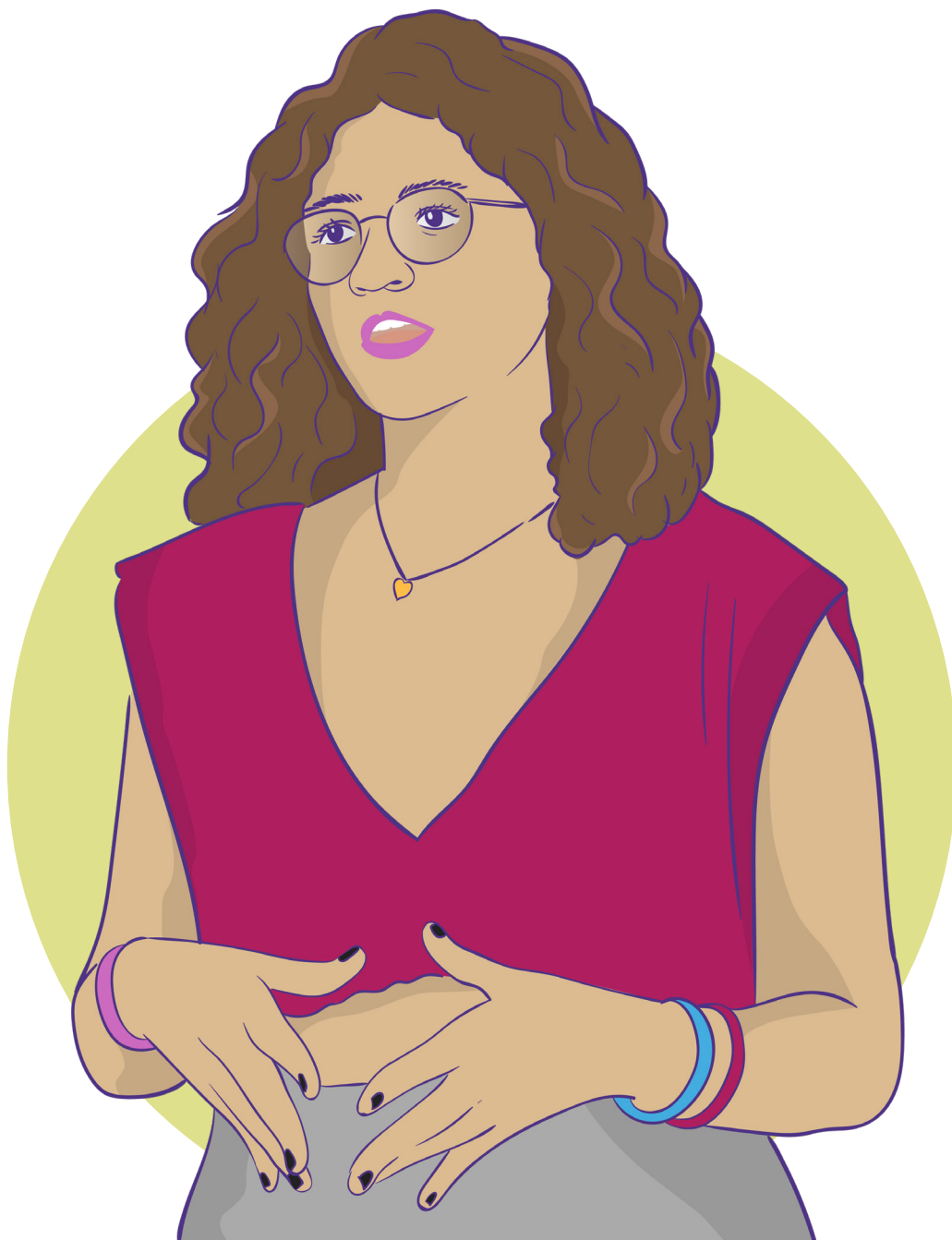
Para el caso específico de las parteras tradicionales, se recomienda desarrollar módulos formativos específicos sobre IVE que incluyan contenidos sobre el marco normativo vigente, incluyendo la Sentencia C-055 de

2022 de la Corte Constitucional, la Resolución 051 de 2023 del MSPS y la Circular Externa 2024150000000009-5 de 2024 de la SNS, así como información clara sobre rutas de atención institucional, redes de prestadores y mecanismos para referir de manera oportuna y segura a las mujeres y personas gestantes que requieran atención de IVE.

La formación debe fortalecer su capacidad para identificar signos de alarma en abortos en curso o inseguros, brindar primeros auxilios básicos y orientar con información veraz y sin juicio.

Asimismo, es clave que las parteras tradicionales se entrenen en cómo acompañar a las mujeres y personas gestantes en su tránsito hacia las IPS, con énfasis en brindar información accesible sobre los DSDR, los servicios disponibles y los mecanismos de exigibilidad ante barreras institucionales. Se recomienda habilitar mecanismos de actualización periódica y canales de contacto con equipos de salud locales, de manera que las parteras tradicionales se integren como aliadas comunitarias en la implementación de la RIAMP, y contribuyan a reducir las brechas territoriales y étnico-raciales en el acceso al derecho a la IVE.

Finalmente, es importante recordar que toda estrategia de formación en IVE debe leerse como una oportunidad para consolidar el rol garante del THS. Implementar esta propuesta no solo contribuye al fortalecimiento técnico de los equipos, sino también a la transformación estructural del sistema de salud, orientándolo hacia el respeto pleno de la autonomía y justicia reproductiva.



4- Garantía del derecho a la IVE **frente al ejercicio de la objeción de conciencia**

4.1. Marco normativo y conceptual de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia en el ámbito de la salud es el derecho a rehusarse a cumplir una obligación jurídica y que permite a quienes brindan los servicios negarse a realizar ciertos procedimientos médicos cuando estos entran en conflicto con sus creencias morales o religiosas profundas. Para ser considerada legítima, debe cumplir con criterios específicos (uradzki, 2023). Estos son:

Autenticidad:

La objeción debe reflejar verdaderamente las convicciones personales de la persona profesional. No puede utilizarse arbitrariamente o de manera inconsistente; por ejemplo, no puede objetarse una práctica en una institución pública y luego realizarla en el ámbito privado, pues esto evidenciaría falta de coherencia moral.

Relevancia:

Las razones deben basarse en información precisa y actualizada. No se debe invocar creencias incorrectas o falsas sobre hechos científicos, normativos o éticos al objetar.

Umbral moral:

La razón detrás de la objeción debe ser auténticamente moral, es decir, concernir cuestiones éticas fundamentales sobre la vida o derechos humanos que sean lo suficientemente significativas para la persona que alega la objeción.

Si bien la objeción de conciencia se fundamenta en la libertad individual y la integridad moral de la persona profesional, su ejercicio debe estar sujeto a un marco regulatorio claro, que establezca la obligación de justificar y explicar las razones de la objeción, para proteger adecuadamente los derechos y el acceso de las personas usuarias a los servicios de salud.

Desafortunadamente, la objeción de conciencia mal ejercida por parte del personal de salud

constituye una barrera significativa para el acceso a la IVE, incluso en países donde este es legal. En una revisión sistemática de 26 estudios (2010-2020), realizados en 17 países entre ellos Australia, Brasil, Colombia, Ghana, Italia, México, Nigeria y Sudáfrica, la OMS documenta retrasos clínicamente significativos cuando la proporción de objetores es alta, incluidos casos de emergencia obstétrica en los que el aborto es necesario para salvar la vida de la mujer o persona gestante. Los hallazgos muestran que algunas personas profesionales demoran de forma deliberada la atención, se niegan a remitir o proporcionan información parcial o inexacta, lo que agrava la morbilidad y mortalidad vinculadas al aborto inseguro. En ciertos contextos, algunas de estas mismas personas objetoras ofrecen la atención en el sector privado a cambio de pago, evidenciando un uso restrictivo y a la vez lucrativo de la objeción.

A nivel global, la carga se intensifica para las mujeres y personas gestantes en zonas rurales, en entornos donde la ley sobre el aborto ha cambiado recientemente o donde la falta de claridad normativa sobre la objeción de conciencia es débil: generando incertidumbre sobre la disponibilidad real del servicio y obliga a transitar rutas de remisión indirectas y costosas. Además, la objeción masiva estigmatiza a quienes sí proveen la atención, sobrecargándoles de trabajo, y creando tensiones laborales que pueden derivar en discriminación o estigma.

Frente a este panorama, la OMS ha enfatizado que los Estados que permiten la objeción de conciencia deben organizar sus sistemas de salud de modo que su ejercicio no impida el acceso a la atención legalmente disponible.

En el plano del derecho internacional, se ha optado por conciliar la libertad de conciencia y la garantía efectiva de los DSDR. En el 2024 el grupo de trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las

Naciones Unidas reforzó la preocupación internacional: la objeción de conciencia desregulada continúa negando el acceso efectivo a la IVE y colisiona con la igualdad de género.

El documento insta a los Estados a priorizar la autonomía, la privacidad y la igualdad de las mujeres y niñas en toda normativa sobre SSSR. Reconoce que el ejercicio individual de la objeción de conciencia solo es compatible con los derechos humanos si está plenamente regulado, sujeto a derivación inmediata y prohibido en emergencias. Advierte, además, que la objeción de conciencia institucional constituye una violación de derechos y debe proscribirse, porque generaliza la denegación de servicios y perpetúa la discriminación.

Para cumplir su obligación los Estados deben: contratar suficiente personal de salud no objetor y distribuirlo equitativamente; vigilar y sancionar el incumplimiento de las reglas de derivación; limitar la objeción de conciencia únicamente a quienes intervienen directamente en el procedimiento; y asegurar vías de recurso y reparación cuando una negativa vulnere derechos. El grupo de trabajo respalda las recomendaciones técnicas previamente emitidas por la OMS y la FIGO, subrayando que, si la objeción de conciencia no puede regularse sin obstaculizar la atención, su mantenimiento resulta indefendible (Consejo DH, 2024).

Tabla #5

Conclusiones y recomendaciones del Grupo de Trabajo del

Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas

1	Hay que aclarar que la objeción de conciencia individual de los profesionales de la salud está sujeta a regulaciones y limitaciones y no puede obstaculizar ni vulnerar el derecho a la igualdad y a acceder a servicios de SSSR.
2	Hacer que la objeción de conciencia institucional sea inadmisibles.
3	Despenalizar el aborto.
4	Afirmar el derecho al aborto seguro y legal y reconocer la autonomía de la mujer.
5	Regular la objeción de conciencia al aborto.
6	Garantizar la disponibilidad de vías de recurso y reparaciones.

Fuente: Adaptado de Consejo DH, 2024.

Tabla #6

Recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología

y Obstetricia y la OMS avaladas por el grupo

1	Organizar los sistemas de salud a fin de garantizar la contratación de un número suficiente de profesionales no objetores y su distribución equitativa por todo el país (en centros sanitarios privados y públicos).
2	Implementar una normativa clara de la objeción de conciencia para garantizar la aplicación adecuada; lo que incluye identificar, abordar y sancionar los incumplimientos, describir claramente quién puede objetar a determinados componentes de la asistencia y limitar el ejercicio de la objeción de conciencia a las personas directamente implicadas en la intervención médica (y no a las implicadas en acciones auxiliares, administrativas o de apoyo instrumental).

3	Prohibir las objeciones de conciencia institucionales.
4	Exigir derivaciones rápidas a proveedores accesibles no objetores.
5	Garantizar que la objeción de conciencia se ejerza de forma respetuosa y no punitiva y prohibir la objeción de conciencia en situaciones urgentes o de emergencia.
6	Impartir formación al personal sanitario sobre los derechos de las mujeres y las niñas.
7	Establecer normas claras sobre la aplicación de la objeción de conciencia y sus limitaciones.
8	Regular estrictamente la objeción de conciencia y responsabilizar a profesionales de la salud y a otras personas por su uso indebido.
9	Establecer procedimientos sólidos de remisión.
10	Formar y concienciar a profesionales sobre sus obligaciones, incluido el deber de prestar asistencia en situaciones de emergencia y atención posterior al aborto.
11	Formar a estudiantes de la salud para que presten una asistencia de calidad.
12	Garantizar el acceso a la información y a servicios de salud reproductiva seguros y de calidad.
13	Crear prácticas sólidas de supervisión y regulación en las que los datos se integren activamente en los programas y sistemas pertinentes.
14	Estructurar servicios y políticas que respeten los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y la igualdad de las mujeres y personas gestantes.
15	Impartir formación al personal sanitario para garantizar el respeto de la toma de decisiones informada y voluntaria.

Fuente: Adaptado de Consejo DH, 2024.

4.2. Aplicación de la objeción de conciencia en los servicios de salud para IVE

En el contexto de los servicios de salud, la objeción de conciencia se reconoce únicamente en relación con procedimientos que implican una intervención directa. En este escenario, la objeción adquiere una dimensión especial, ya que afecta directamente los derechos fundamentales de otras personas, como la salud, la vida, la integridad personal y la autonomía (Pacheco, 1998).

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales—Observación General 14—, el derecho a la salud se entiende como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social. Este derecho incluye

los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Mediante la Sentencia T-388 de 2009 de la Corte Constitucional, se ha vinculado el derecho a la salud con la capacidad de cada persona para definir su propio bienestar, lo que implica el reconocimiento de la autonomía como componente esencial de la salud (Corte Constitucional, 2009).

Adicionalmente, la Corte ha establecido que la IVE constituye un derecho fundamental que hace parte de los DSDR; por lo que la objeción de conciencia no puede convertirse en una barrera para su ejercicio y, para impedir su invocación arbitraria e infundada, debe cumplir con una serie de condiciones, determinadas en las Sentencias C-355 de 2006 y SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional:

- Es de carácter excepcional.

- Solo puede ser ejercida por personas naturales.
- Es de naturaleza individual.
- Es un recurso exclusivamente de profesionales que pueden realizar procedimientos de IVE.
- Debe basarse en convicciones profundas, fijas y sinceras.
- Su ejercicio debe ser previo, por escrito, y debidamente justificado.

«Carácter excepcional:

Aunque la objeción de conciencia se reconoce como una facultad amparada en los derechos de libertad religiosa y de conciencia, “no es un derecho absoluto”.

Su ejercicio está limitado debido a que puede entrar en conflicto con otros derechos fundamentales y puede afectar su goce efectivo por parte de las mujeres y otras personas gestantes. Por esta razón, su carácter es eminentemente excepcional, no puede ser interpretado como una regla general y no puede convertirse en una barrera para el acceso a servicios de salud (Sentencias C-355 de 2006, T-209 de 2008 y T-388 de 2009 de la Corte Constitucional).

En este sentido, las personas profesionales de salud que quieran ejercer la objeción de conciencia pueden hacerlo si no afectan el derecho de otra persona a la IVE; esto puede hacerse derivando inmediatamente a la mujer o persona gestante a otra persona profesional no objetora en la misma institución o activando la ruta de referencia establecida; sin embargo, si es la única persona profesional disponible o la atención inmediata es necesaria para salvaguardar la vida de la persona, no puede ejercer la objeción de conciencia y debe brindar el procedimiento.

«Naturaleza individual:

El conflicto de conciencia solo puede ser experimentado por una persona con capacidad moral y racional para evaluar, en su fuero interno,

la contradicción entre el deber jurídico y las convicciones. Este conflicto no puede ser delegado, reproducido ni asumido por otra persona y no puede ser invocado por grupos, colectivos o instituciones (Sentencia C-728 de 2009 de la Corte Constitucional). Esto implica que su declaración no puede realizarse mediante formatos estandarizados, formularios colectivos o prellenados, o representaciones hechas por una persona distinta a quien ejerce la objeción de conciencia (Sentencia SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional).

«Derecho limitado a quien puede realizar los procedimientos para la IVE:

El ejercicio de la objeción de conciencia en materia de IVE, está estrictamente reservado a la persona profesional que realiza de manera directa el procedimiento de IVE no farmacológica. Así lo estableció la Corte Constitucional al señalar que “no será una posibilidad cuya titularidad se radique en cabeza del personal que realiza funciones administrativas, ni de quien o quienes lleven a cabo las actividades médicas preparatorias de la intervención, ni de quien o quienes tengan a su cargo las actividades posteriores” (Sentencia SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional).

La Resolución 051 de 2023 del MSPS refuerza ese criterio al disponer que “en ningún caso, las personas que cumplen funciones asistenciales, de cuidado, preparatorias o posteriores a la intervención, o que cumplan funciones administrativas o de manejo o dirección, podrán negarse a que se practique la IVE ni demorar, obstruir o negar el acceso a dicha atención”. El MSPS ha precisado, además, que este límite alcanza la prescripción de medicamentos utilizados en la IVE farmacológica o como parte de la preparación y el cuidado de un procedimiento no farmacológico. El concepto oficial aclara que “La objeción de conciencia solo aplica para el/la médico/a que realiza de manera directa el procedimiento de IVE; no puede ser ejercida por otros profesionales

que intervienen en el proceso —anestesiología, enfermería, orientación, trabajo social, administración, etc., ni para abstenerse de brindar información o prescribir medicamentos.” (Concepto MSPS sobre objeción de conciencia en IVE, Radicado No.: 202021000611981. Fecha: 2020-04-30).

Dicho concepto subraya que la prescripción es parte del acto médico general —no un procedimiento en sí mismo— y, por tanto, no admite la negativa invocando objeción de conciencia. Esta puntualización cobra especial relevancia en zonas apartadas, donde la negativa de prescripción puede equivaler a la ausencia total de atención y constituye un incumplimiento del deber de cuidado, además de vulnerar la normativa vigente.

En síntesis, la objeción de conciencia:

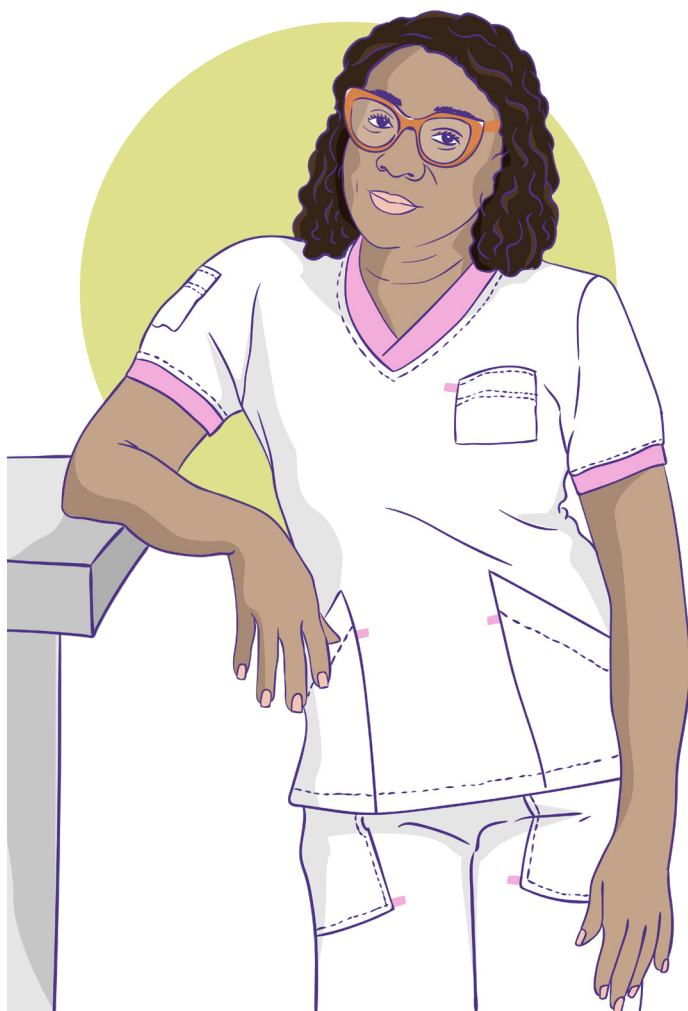
- Se limita al profesional que ejecuta la intervención de IVE no farmacológica.
- No ampara a quienes prescriben misoprostol, mifepristona u otros fármacos asociados a la IVE.
- No justifica la omisión de información, consejería o remisión oportuna.

«Derecho basado en convicciones:

La Corte Constitucional ha establecido que las convicciones que fundamentan la objeción de conciencia “además de tener manifestaciones externas que se puedan probar, deben ser profundas, fijas y sinceras”. Esta afirmación excluye cualquier justificación basada en opiniones momentáneas, incomodidades subjetivas, desacuerdos circunstanciales o malestares personales frente al procedimiento (Sentencia SU-108 de 2016 de la Corte Constitucional).

En el mismo sentido, la jurisprudencia ha reiterado que la objeción “no se asimila a la simple opinión que se tenga sobre un asunto” (Sentencia C-274 de 2016 de la Corte Constitucional),

sino que se trata de un dictamen moral que genera un conflicto profundo e irreconciliable. Por esta razón, su uso debe ser coherente, completo y consistente, y no es admisible el ejercicio de manera parcial o selectiva, es decir, solo en determinados casos o situaciones, ya que esto podría reflejar una falta de autenticidad de la convicción alegada. La Corte ha sostenido que el derecho a objetar conciencia exige “que las convicciones que esgrime quien lo ejerce, no sean sometidas a verificación acerca de si son justas o injustas, acertadas o erróneas”; sin embargo, esto está condicionado a que dichas convicciones sean demostrablemente estables y personales (Sentencia C-728 de 2009 de la Corte Constitucional).



«Formalización pública:

La objeción de conciencia debe formalizarse de manera previa, por escrito y con justificación clara ante el prestador de servicios de salud para el cual la persona profesional presta sus servicios.

Esta exigencia está sustentada en la necesidad de equilibrar el ejercicio de la libertad de conciencia con la garantía efectiva del derecho a la IVE. En este sentido, la Corte Constitucional ha establecido que, para que la objeción de conciencia sea válida, debe cumplir criterios sustanciales y formales. En particular, señala que el profesional de la salud “deberá hacerlo por escrito expresando: (i) las razones por las cuales está contra sus más íntimas convicciones la realización del procedimiento tendente a interrumpir el embarazo [...] y; (ii) el profesional médico al cual remite a la persona gestante que necesita ser atendida” (Sentencia SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional).

Por su parte, la Resolución 051 de 2023 del MSPS reafirma esta obligación al establecer que: “solo el profesional encargado de realizar

directamente el procedimiento [...] podrá objetar por razones de conciencia el cumplimiento de dicha obligación siempre que se formule por escrito [...] y se indique el profesional médico al cual remite a la persona gestante que necesita ser atendida”. Esta remisión debe garantizarse de forma efectiva, sin demoras ni cargas adicionales, y debe recaer en una persona con competencia técnica y disponibilidad inmediata para realizar el procedimiento.

Aunque los instrumentos internacionales de derechos humanos reconocen el derecho a la libertad de conciencia, también reconocen que la manifestación externa de dicha conciencia sí puede ser objeto de limitaciones. Así lo ha señalado la Sentencia T-388 de 2009 de la Corte Constitucional, indicando que los límites a la libertad de manifestar la propia religión o conciencia deben atender al impacto negativo que su ejercicio pueda tener sobre la protección de la salud, la vida y las libertades de terceras personas, particularmente cuando se trata de procedimientos como la IVE, cuya negación injustificada puede constituir una forma de violencia obstétrica o de discriminación.



Tabla #7

Límites de la objeción de conciencia

No es institucional	Solo pueden objetar las personas naturales, ya que permitirlo a entidades desvirtuaría el carácter íntimo y personal de la conciencia (CIDH, 2011). Por esta razón, a las EAPB, IPS y gestores farmacéuticos no les es permitido oponerse a la práctica de la IVE (SNS, 2023).
No se puede ejercer para la prescripción de medicamentos para la IVE	<p>La Corte Constitucional ha determinado que “la objeción de conciencia se predica únicamente del personal que realiza directamente la intervención médica necesaria para interrumpir el embarazo”, excluyendo expresamente al personal que desarrolla funciones administrativas, preparatorias o asistenciales, como lo es la prescripción de medicamentos (Sentencia SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional). La prescripción de medicamentos para la IVE no se considera en sí un procedimiento de salud, por lo que quienes la realizan no pueden alegar objeción de conciencia. En efecto, el acto de prescribir medicamentos forma parte del acto médico, entendido como una acción clínica orientada a beneficiar la salud de la persona consultante, pero no configura un procedimiento quirúrgico ni intervencionista que habilite la objeción de conciencia bajo los términos definidos por la Corte.</p> <p>Rehusarse a prescribir medicamentos como el misoprostol o la mifepristona, estando estos indicados y siendo parte integral del manejo clínico en SSSR, supone apartarse tanto de la normativa como de la ética médica, al implicar una omisión injustificada del deber profesional. Esta negativa no configura una objeción válida sino una ruptura del vínculo asistencial, al incumplir con el deber de atención, el principio de no hacer daño y el principio de responsabilidad profesional.</p>
Remisión obligatoria	La persona profesional de la salud objetora debe remitir de forma efectiva e inmediata a quien garantice la atención, porque el costo de la objeción no puede recaer sobre quien consulta (Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional).
No se puede ejercer en caso de urgencia	Ante un caso de urgencia, como sería la IVE como intervención terapéutica para proteger la salud o la vida de la mujer o persona gestante; o ante complicaciones—derivadas o no de la IVE, las personas profesionales de la salud no pueden negarse a brindar asistencia.
No aplicabilidad ante la no disponibilidad de otra persona profesional que garantice la atención oportuna	El derecho a la IVE prevalece en los casos donde no se cuenta con otra persona profesional de la salud que garantice de manera oportuna la atención.
Prohibición de obstruir, dilatar o inducir	La objeción no puede utilizarse para demorar, desinformar o presionar a quien consulta para que cambie su decisión, ya que esto vulnera su autonomía y DSDR (UNFPA, 2014).

Fuente. Elaboración propia a partir de la jurisprudencia colombiana relacionada con IVE y objeción de conciencia.

Cuando la objeción de conciencia se ejerce sin los requisitos legales o en contextos no permitidos, se transforma en una barrera de acceso a servicios esenciales que vulnera el derecho a una atención digna y oportuna, y se constituye en una obstrucción al ejercicio del derecho a la salud.

Esta negación injustificada, especialmente en el caso de la IVE, constituye una forma de violencia obstétrica porque implica despojar a las mujeres y otras personas gestantes de su autonomía, exponerlas a riesgos innecesarios y causarles sufrimiento físico y emocional (Sentencia T-301 de 2022 de la Corte Constitucional).

Anexo

Lista de chequeo autorreflexiva

Anexo 1

Formatos para sensibilización y aclaración de valores – partes A y B

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque con una "X" la opción que mejor refleje sus creencias personales. Le solicitamos responder con sinceridad, no escribir su nombre en este documento, y seleccionar solo una respuesta por afirmación.

Esta actividad tiene como objetivo comprender las diversas perspectivas presentes en el grupo, por lo que valoramos su autenticidad al responder.

TA = Totalmente de acuerdo

A = De acuerdo

D = En desacuerdo

TD = Totalmente en desacuerdo

Parte A	TA	A	D	TD
Las atenciones de IVE deben estar disponibles para cualquier mujer o persona gestante que los solicite.				
Una mujer o persona gestante tiene derecho a interrumpir su embarazo incluso si su pareja quiere que continúe.				
Las personas afrodescendientes/indígenas que abortan lo hacen principalmente por irresponsabilidad, no por falta de acceso a métodos anticonceptivos.				
Si un embarazo afecta el proyecto de vida de una mujer o persona gestante, es válido interrumpirlo si así lo desea.				
Las personas con discapacidad reciben mejor atención y menos obstáculos para acceder a la IVE que las personas sin discapacidad, por sus condiciones especiales.				
El personal de salud está obligado a prestar atenciones de IVE cuando sean solicitados según la normativa.				
A las menores de edad que deseen abortar se les debe exigir el consentimiento de sus madres, padres o tutores.				
Las personas trans gestantes hoy tienen las mismas oportunidades de acceder a información sobre IVE que cualquier otra persona, gracias a las políticas de inclusión.				

Parte A	TA	A	D	TD
El personal de salud puede negarse a practicar atenciones de IVE si van contra sus convicciones personales.				
La mayoría de las mujeres y personas gestantes no reflexionan suficiente antes de decidir abortar.				
La IVE debería permitirse incluso en el segundo o tercer trimestre del embarazo si la mujer o persona gestante lo necesita.				
Las mujeres y personas gestantes que tienen múltiples interrupciones voluntarias del embarazo son irresponsables con su sexualidad.				
Las personas migrantes indocumentadas no deberían acceder a IVE en países donde no son ciudadanas, para no 'abusar' del sistema de salud				
Parte B	TA	A	D	TD
Si yo tuviera una discapacidad, tendría más facilidades para acceder a una IVE que las personas sin discapacidad.				
Como profesional de salud, tendría la obligación de realizar atenciones de IVE, aunque no esté de acuerdo personalmente.				
Si yo fuera menor de edad y quisiera abortar, debería pedir permiso a mis padres/tutores, incluso si no estoy de acuerdo.				
Si yo fuera una persona trans gestante, tendría las mismas oportunidades que cualquier otra persona para informarme sobre IVE.				
Si yo fuera profesional de la salud, tendría derecho a negarme a practicar atenciones de IVE si contradicen mis creencias.				
Si yo decidiera abortar, probablemente no lo pensaría lo suficiente antes de hacerlo.				
Si yo necesitara abortar en el segundo o tercer trimestre, debería tener ese derecho sin cuestionamientos.				
Si yo tuviera múltiples abortos, sería porque no soy responsable con mi sexualidad.				
Si yo fuera migrante indocumentada, no debería poder acceder a una IVE en este país para no abusar del sistema.				

Anexo 2

Aplicación de causales – la Corte: casos de María Isabel, Arelis y Daniela

Caso 1

María Isabel 28 años.

Soy María Isabel, una mujer afrodescendiente de 28 años. Vivo en una zona rural del Cauca y tengo dos hijos. Aunque me practiqué una ligadura de trompas hace 3 años, hoy tengo un embarazo de 25 semanas. Cuando comencé con fuertes dolores abdominales, viajé 6 horas hasta el hospital más cercano. Allí me diagnosticaron miomas uterinos que requieren tratamiento quirúrgico urgente, incompatible con el embarazo. El médico que me atendió confirmó que cumplo con los criterios para IVE según la sentencia C-055 de 2006 (riesgo para mi salud), pero me encuentro con estas barreras: la EPS alega que no tiene especialistas disponibles (aunque el hospital de referencia sí los tiene). Programaron una junta médica para dentro de 3 semanas, pese a la urgencia.

Como debo regresar a mi vereda cada 3 días para cuidar a mis hijos (no tengo red de apoyo), pierdo citas y trámites. Soy la única que sostiene a mi familia. Si no recibo el tratamiento a tiempo, podría quedar incapacitada para trabajar, pero la EPS insiste en que “debo esperar procesos”.

Caso 2

Arelis 32 años.

Soy Arelis, una mujer indígena del pueblo Wayúu, de 32 años. Vivo en la zona rural de Uribia, La Guajira, y actualmente tengo un embarazo de 26 semanas. En el hospital me dijeron que mi bebé tiene una condición llamada agenesia renal bilateral completa - eso significa que no se formaron sus riñones y que no podrá sobrevivir después de nacer. Soy madre de dos adolescentes y me dedico al tejido artesanal. Mi situación es complicada porque los trámites son difíciles. Aunque ya me hicieron todos los estudios en Riohacha, la EPS quiere que los repita en Valledupar (son 10 horas de viaje en bus!). La cita con el médico especialista es hasta dentro de 3 semanas. Nadie habla mi lengua. Los documentos y explicaciones son solo en español, no en wayuunaiki. Cuando pregunto cosas, a veces no me entienden bien o yo no entiendo muy bien el español. Tengo que cuidar a mi familia. Mis hijos dependen de mí y de la venta de mis mochilas artesanales. Cada vez que viajo a las citas, pierdo días de trabajo y no tenemos ingresos. Sé que la ley me ampara para interrumpir este embarazo, pero cada requisito y cada demora hacen más difícil mi situación.

Caso 3

Daniela 19 años.

Soy Daniela, tengo 19 años y actualmente tengo un embarazo de 26 semanas. Vivo en Soacha con mi mamá y mis dos hermanos menores, después de que nos desplazaran de Putumayo. Trabajo como empleada doméstica dos veces por semana, y lo poco que gano es para comer. El papá del bebé desapareció cuando le conté del embarazo. En el hospital me dicen que como estoy “sana”, no cumplo con los requisitos para interrumpir el embarazo. Pero lo que no ven es que mi salud mental está afectada. Tengo ataques de ansiedad y no duermo pensando en cómo mantener a un bebé. El médico solo me recetó “té de manzanilla” cuando le conté que lloro todo el día. Mi proyecto de vida se destruyó. Estaba a mitad de mi curso de auxiliar de enfermería, pero tuve que dejar los estudios. Si tengo este bebé, tendré que dedicarme solo a cuidarlo y no podré salir adelante. En el hospital me trataron como una ‘niña caprichosa’ cuando pedí información. Me dijeron que “como soy joven, aguanto el parto fácil”. Nadie me explicó que, por ley, el riesgo a mi proyecto de vida también cuenta. Ahora que pasé las 25 semanas, me dicen que es ‘demasiado tarde’, aunque llevo meses pidiendo ayuda.

Anexo 3

Casos de acompañamiento para la IVE: orientación y asesoría

Caso 1

Nazaria, es una adolescente indígena del pueblo Misak, migrante a Cali, donde vive en el sector de Siloé. Tiene 16 años, es estudiante destacada del grado 11º y domina tanto el español como el nam trik (su lengua materna). Actualmente cursa un embarazo de 6 semanas, resultado de su primera relación sexual (con preservativo) con su novio de 17 años, también estudiante. Llegó hace 3 años desde Cauca, sin redes de apoyo sólidas. En el colegio se burlan de su acento y tradiciones. Es la primera en su familia en llegar a bachillerato. Sus padres (tejedores artesanales) tienen expectativas tradicionales: "Primero el deber, después el placer". Sus hermanas mayores se casaron adolescentes. El colegio confesional donde estudia amenazó con expulsión porque permitirle continuar con los estudios estando embarazada "fomenta el libertinaje". Ella dice: "Cuando la prueba salió positiva, recordé las palabras de mi tía: "A las Misak nos cuesta el doble". No solo debo ocultar esto de mis padres, sino que en el hospital me pidieron documentos que no tengo y en el colegio la rectora ya me llamó 'ejemplo negativo'. ¿Cómo voy a decirles que hasta el condón falló? Quiero ser ingeniera, no repetir la historia de mis hermanas".

Preguntas para análisis

1. Orientación no directiva y autonomía

- ¿Cómo podrías desactivar las presiones externas (familia/colegio) que Nazaria menciona, sin imponer tu perspectiva?
- ¿Qué frases concretas usarías para respetar su autonomía?
- ¿Cómo identificarías si sus dudas son propias o influenciadas por su contexto?

2. Asesoría científica y culturalmente adaptada

- ¿Qué información técnica (sobre IVE o anticoncepción) debería explicarse de forma distinta por su origen Misak?
- ¿Cómo traducirías conceptos como "consentimiento informado" a un marco cultural donde las decisiones suelen ser comunitarias?
- ¿Qué mitos locales sobre salud reproductiva deberías anticipar?

3. Soporte integral

- ¿Qué técnicas de manejo emocional serían más efectivas considerando su doble carga (estrés académico y presión familiar)?

4. Orientación centrada en la persona

- ¿Qué harías si sus padres llegan al centro exigiendo información?
- ¿Cómo abordarías su sentimiento de "decepción consigo misma"?

5. Asesoría basada en evidencia

- ¿Cómo explicarías las opciones (IVE/continuación/adopción)?

6. Poblaciones priorizadas

- ¿Qué preguntas harías para entender cómo su identidad Misak afecta su decisión?

Caso 2

Clara tiene 25 años, es madre soltera de una niña de 2 años y tiene 15 semanas de embarazo. Actualmente se desempeña como vendedora en una pequeña ferretería al otro extremo de la ciudad. Manifiesta estar atravesando por una situación socioeconómica muy difícil. Su hija se encuentra en Villavicencio desde hace dos semanas, al cuidado de una amiga. A los tres años Clara fue abandonada por su madre quedando al cuidado de su padre, quien la internó hasta los 17 años. Cuando regresó del internado no le fue posible convivir con la esposa de su padre y decidió organizarse por su cuenta. Se empleó en una casa de familia y conoció al padre de su hija quien la abandonó al enterarse del embarazo. Con respecto al embarazo actual, es producto de una relación con un amigo con el que salía; pero cuando le contó sobre su estado, este le dijo que no quería saber nada de ella. En razón a lo anterior, Clara no desea repetir la historia del pasado en relación con el daño que le ha causado a su pequeña, y ahora repetir el mismo sufrimiento para un nuevo hijo. Se encuentra muy triste y desconsolada, no quiere seguir con el embarazo. Una amiga se entera de su situación y le sugiere buscar ayuda. Ella dice: “Cuando la prueba salió positiva, lo primero que pensé fue en mi hija. Ahora mismo, con lo que gano apenas alcanza para su guardería y el arriendo. Si continúo este embarazo, tendría que dejar el trabajo y ambas terminaríamos en la calle. Ya sé lo que es crecer sin estabilidad, no quiero eso para otra criatura”.

Preguntas para análisis**1. Orientación no directiva y autonomía**

- ¿Cómo ayudar a Clara a distinguir entre su deseo genuino y el miedo a repetir su historia familiar?
- ¿Qué lenguaje usar para validar su capacidad de decisión sin minimizar sus preocupaciones?

2. Asesoría científica y culturalmente adaptada

- ¿Cómo explicar los métodos de IVE a alguien con baja alfabetización en salud?
- ¿Qué información priorizar sobre derechos laborales/reproductivos para su contexto?

3. Población priorizada

- ¿Qué barreras específicas enfrentan las madres solteras?
- ¿Cómo garantizar confidencialidad si comparte vivienda?

Caso 3

Mateo es un odontólogo transgénero de 28 años, actualmente con un embarazo confirmado de 14 semanas. Como profesional de la salud, trabaja en dos consultorios diferentes con jornadas extendidas para cubrir sus gastos básicos y su tratamiento hormonal.

El embarazo es resultado de una relación ocasional con un colega que, al enterarse de la situación, se desentendió completamente. Desde hace dos años mantiene una relación estable con su actual pareja (que conoce su identidad de género), pero aún no le ha revelado el embarazo. Mateo expresa profunda preocupación porque esta revelación podría afectar su relación, especialmente porque su pareja tiene ciertas reservas sobre la paternidad/maternidad en contextos trans. Su conflicto principal radica en que no se siente preparado física, emocional ni económicamente para continuar con la gestación. Aunque tiene empleo estable, sus ingresos apenas cubren su transición de género (terapia hormonal continua), los estudios de especialización odontológica, los costos de vivienda en un lugar seguro como hombre trans visible. Él dice: "Como profesional de salud conozco mis opciones, pero como persona trans siento que ninguna es ideal. Si continúo el embarazo, mi cuerpo cambiará de formas que afectarán mi disforia. Si interrumpo, temo el juicio incluso de colegas médicos".

Preguntas para análisis

1. Orientación no directiva y autonomía

- ¿Cómo validarías su doble conflicto (profesional de salud/persona trans) sin proyectar sesgos?
- ¿Qué lenguaje usar para:
 - a) Respetar su identidad de género
 - b) ¿Neutralizar culpa?

2. Asesoría con enfoque trans

- ¿Cómo adaptarías la explicación de métodos de IVE considerando:
 - a) Posible disforia con tacto vaginal/ecografías
 - b) ¿Interacciones con su tratamiento hormonal?

3. Soporte integral con perspectiva de género

- ¿Qué ajustes harías en el:
 - a) Examen físico: posiciones para examen que minimicen disforia
 - b) Abordaje emocional: ¿Técnicas para manejar ansiedad por cambios corporales?
- ¿Cómo garantizar privacidad en áreas de espera/registro?

Anexo 4**Casos clínicos de gestaciones menores a 12 semanas****Caso Clínico 1**

-CONSULTANTE: Fanny
-EDAD: 40 años
-AFILIACIÓN: Famisanar
-08/11/2024 10:14 - Orientación

Motivo de la atención:

Fanny asiste a consulta para recibir orientación en la interrupción de su embarazo comenta acerca de su situación y los factores que la llevan a tomar esta decisión en el momento que se enteró de la noticia del embarazo junto con su esposo decidieron en que lo llevarían y que estarían juntos. Hace una semana recibieron la noticia por parte de su EPS al realizar ecografía que en la ecografía de semana 11 a 14 se evidenció ausencia de hueso nasal y sonolucencia nuchal aumentada por lo que el ecografista le dijo que era de alto riesgo. Fanny se acoge a la sentencia C-055/2022 y se muestra autónoma en la toma de su decisión.

Aspectos emocionales:

Se muestra angustiada y preocupada por asumir una maternidad con la que no se identifica y le generaría sufrimiento emocional ya que de continuar el embarazo este podría generar quebranto en la calidad de vida y la salud mental al asumir una maternidad forzada.

Aspectos sociales:

Técnica en sistemas contables, actualmente trabaja de manera independiente. Tiene pareja de 51 años con vínculo afectivo hace 3 años, la apoya y acompaña en la toma de la decisión. Vive con su esposo e hijo de 20 años.

Fecha: 08/11/2024 10:39 -Consulta -MÉDICO GENERAL

Edad gestacional por FUM:

(Semanas) 13 (Días): 3
BARRIDO ECOGRÁFICO: Sem: 8 Días: 0 Útero: AVF

Antecedentes:

Grupo: B RH: +, MADRE DIABETES, Quirúrgicos: CESÁREA POR TRANSVERSO - LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA.

Obstétricos:

Menarquía: 12 Ciclos: 28 /: 5 Regulares: Si.
Fecha última menstruación: 9/09/2024
G2P1 Fecha del parto anterior: 17/09/2003
Presión arterial (mmHg): 105/78, Presión arterial media(mmHg): 87 Frecuencia cardiaca (Lat/-min): 75 Frecuencia respiratoria (Respi/min): 18 Temperatura(°C): 36.5 Peso (Kg): 72 Talla(cm): 170 Índice de masa corporal (Kg/m2): 24.9

Examen Físico: normal:

Elección de Método: TQ + Sedación

Plan de Manejo:

Programar atención de IVE farmacológica. Se formulan medicamentos para la IVE. Se explica las condiciones y riesgos de la atención médica acepta entiende y queda pendiente firmar el consentimiento informado.

Caso Clínico 2

-Fecha: 08/11/2024 15:29 Orientación

-CONSULTANTE: Paula Andrea

Motivo de atención:

Recibo en orientación a persona gestante quien solicita una interrupción voluntaria del embarazo, refiere que " no es un embarazo planeado y planifica con el dispositivo intrauterino T de cobre desde hace 13 años. Asistió a su servicio médico por dolor abdominal y manchado vaginal desde hace varios días, en ecografía se vio un hematoma. No es lo que esperaba y no está en condiciones para continuar con el embarazo. Por lo anterior, se acoge a la sentencia C-055 de febrero de 2022 cuando con la voluntad de la mujer este se lleve a cabo antes de la semana 24 de edad gestacional. Explico las opciones para la IVE y métodos anticonceptivos. Paula Andrea manifiesta entender.

Descripción de aspectos emocionales:

Paula Andrea se ha sentido preocupada porque no pensaba en otro embarazo y estaba utilizando un método anticonceptivo. Se muestra reflexiva y autónoma de la decisión.

Descripción de aspectos sociales:

Está cursando estudios para auxiliar contable y trabaja como cajera en un banco.

Descripción de aspectos familiares:

Vive con pareja, tiene un hijo de 13 años de edad quien vive con la abuela paterna en Ibagué. ¿La consultante refiere haber vivido violencia sexual?: No. Violencia Intrafamiliar: No. Relación de pareja en la actualidad: Si, Tiempo de Relación actual: Años: 10 Meses: 0. Violencia de pareja en relación actual: No. Se describe una relación afectiva con pareja de 34 años.

Fecha: 08/11/2024 15:36 Consulta - Control - Tratante - ENFERMERA**Motivo de Consulta, Enfermedad Actual, y/o Análisis de Resultados:**

Asiste usuaria a consulta solicitando IVE ya que es un embarazo no deseado, no planeado por paridad satisfecha. Se realiza prueba de orina hace 8 días con resultado positivo. Síntomas de embarazo ha presentado náuseas y mareo, niega cólico, niega sangrado. Edad gestacional por FUM: (Semanas) 6 (Días): 6

Antecedentes: Grupo:

O RH: +, Obstétricos: Menarquía: 11 Ciclos: 28 /: 6 Regulares: Si. Fecha última menstruación: 12/09/2024 G2POC1. Fecha del parto anterior: 30/08/2009 Tipo de Parto: cesárea. Presentación: cefálica Complicaciones: No. Anticonceptivos: DIU T cobre. Tiempo de uso: Años: 13. Quirúrgicos: Cesárea hace 13 años. Personales: convulsiones en la infancia. Tóxicos: fumador Activo: Si.

Examen Físico:

Presión arterial (mmHg): 118/70, Presión arterial media(mmHg): 86 Frecuencia cardiaca (Lat/-min): 71 Frecuencia respiratoria (Resp/min): 19 Temperatura(°C): 36. 4 Peso (Kg): 66 Talla(cm): 157 Índice de masa corporal (Kg/m2): 26. 77. Examen físico normal.

Análisis:

Consultante con embarazo no deseado que solicita la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), clara en su decisión de interrumpir este embarazo el cual es no deseado, afectando claramente su estabilidad emocional, su condición socioeconómica y el proyecto de vida. EG (Semanas): 8 sem con presencia de DIU T cu en cérvix. Acogiéndose a lo establecido en la sentencia C-055 del 2022 la usuaria inicia la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) farmacológico según guía institucional. Se deja constancia en físico de consentimientos informados firmados de retiro del DIU Tcu y de IVE farmacológica.

Caso Clínico 3

- CONSULTANTE: NN EDAD: 13 años y 4 meses
- EPS: Famisanar
- Fecha: 08/11/2024 16:07 - Ambulatoria
- Orientación - ORIENTADOR(A)

Motivo de atención:

La consultante manifiesta que presenta un embarazo no deseado que está afectando su salud integral. Menciona que no se siente preparada para asumir un embarazo, no tiene las condiciones económicas y sería otra responsabilidad para su madre y no quiere eso. Además, su pareja es un factor de presión para tomar la decisión, ya que, no está de acuerdo con la IVE. Se acoge a la sentencia C-055/2022.

Descripción de aspectos emocionales:

Presenta síntomas de ansiedad y angustia a raíz de un embarazo no deseado.

Descripción de aspectos sociales:

Está estudiando el bachillerato y se encuentra en grado sexto, depende económicamente de sus padres. Relación de pareja en la actualidad: No, ya terminó la relación. La persona con la que quedó en embarazo es una persona de 20 años.

Fecha: 08/11/2024 16:47 - Ambulatoria

Consulta - Control - Tratante - MÉDICO GENERAL

Resultado de la prueba de embarazo: positiva

Falla anticonceptiva: Barrera Edad gestacional por FUM:(Semanas) 8 (días): 0

BARRIDO ECOGRÁFICO: Saco Gestacional: Si Sem: 7 Días: 3 Útero: AVF CRL (mm): 14, Embrión/- Feto: Si B. Embriocardia: Si Cantidad: 2, Barrido Ecográfico: EMBARAZO GEMELAR.

Antecedentes: Grupo: O RH: +, GO: G1P0 Menarquía: 10 Ciclos: 28 /: 5 Regulares: Si Fecha última menstruación: 16/09/2024, INICIO VIDA SEXUALES HACE 4 MESES

Examen Físico:

Presión arterial (mmHg): 105/78, Presión arterial media (mmhg): 87 Frecuencia cardiaca (Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria (Resp/min): 18 Temperatura(°C): 36. 5 Peso (Kg): 58 Talla(cm): 157 Índice de masa corporal (Kg/m2): 23. 53 Normal.

Análisis:

Consultante clara en su decisión de interrumpir este embarazo el cual es no deseado, afectando claramente su estabilidad emocional, su condición socioeconómica y el proyecto de vida. Se acoge a la sentencia C 055 de 2022 de la corte constitucional para IVE.

Plan de Manejo:

Explico detalladamente las alternativas de tratamiento, riesgos y posibles complicaciones. Se le aclaran dudas y doy respuesta a sus preguntas. La consultante entiende y acepta. Libre y voluntariamente decide realizar una IVE farmacológica.

Asesoría Anticonceptiva:

Si, Método elegido luego de la asesoría: Implante: Jadelle (levonorgestrel)

Anexo 5

Instrumento de evaluación para la capacitación

Rúbrica de evaluación – Módulo 1: Contextualización de la IVE en Colombia

Criterio de evaluación	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto
1. Comprensión del marco conceptual (DSDR, derechos humano, sexualidad)	Explica con claridad e integridad los conceptos, estableciendo relaciones entre derechos, autonomía, salud pública y normativas nacionales/ internacionales.	Explica los conceptos clave y su relación con la atención en salud, aunque con conexiones parciales o incompletas.	Muestra comprensión superficial o fragmentada de los conceptos, sin articulación entre ellos.	Presenta definiciones erróneas o no demuestra comprensión del marco conceptual.
2. Análisis del aborto inseguro como problema de salud pública	Analiza causas, consecuencias y contextos socioculturales con profundidad y sentido crítico; propone soluciones institucionales.	Reconoce los impactos en la salud pública y algunas causas, aunque sin análisis profundo o sin proponer soluciones.	Identifica el problema, pero sin desarrollar implicaciones ni contexto.	No identifica el aborto inseguro como un problema relevante de salud pública.
3. Comprensión del marco normativo colombiano sobre IVE	Relaciona adecuadamente sentencias, resoluciones y protocolos actuales con los derechos y responsabilidades institucionales.	Reconoce las principales normas, pero con limitaciones para relacionarlas con su aplicación práctica.	Muestra confusión parcial o limitada en la identificación de normas vigentes.	No identifica ni comprende las normas clave.
4. Aplicación a la organización de servicios	Propone estrategias claras y contextualizadas para mejorar el acceso a IVE en su entorno laboral.	Identifica barreras o mejoras posibles, pero sin una propuesta concreta o contextualizada.	Muestra intención de aplicación, pero con propuestas poco viables o desarticuladas.	No plantea ninguna vinculación con la práctica institucional.
5. Producción de evidencias de aprendizaje (ensayo, mapa, presentación, etc.)	Elabora productos claros, argumentados, bien estructurados y con enfoque ético y de derechos.	Elabora productos comprensibles y pertinentes, aunque con menor profundidad o argumentación.	Presenta productos con errores conceptuales o escasa claridad comunicativa.	No presenta productos, o estos no reflejan el proceso formativo.
<p>Puntaje total posible: 20 puntos</p> <p>Nivel de logro sugerido:</p> <ul style="list-style-type: none"> -18-20 puntos: supera los objetivos del módulo. -14-17 puntos: cumple adecuadamente los objetivos. -10-13 puntos: requiere mejora y reforzamiento. -<10 puntos: no se alcanzan los aprendizajes esperados. 				

Rúbrica de evaluación – Módulo 2: Acompañamiento integral para el acceso a la IVE

Criterio de evaluación	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto
1. Reflexión crítica sobre valores personales y su impacto en la atención	Reconoce con profundidad sus creencias y valores, analiza cómo influyen en su práctica y plantea estrategias para brindar atención libre de estigma.	Reconoce sus valores y analiza su impacto, aunque con menor profundidad o sin estrategias claras.	Muestra conciencia parcial de sus valores, pero sin vinculación clara con la atención en IVE.	No identifica ni reflexiona sobre sus creencias personales o sus efectos.
2. Aplicación de enfoques transversales (género, derechos, interseccionalidad)	Integra los enfoques con claridad y coherencia en sus análisis y propuestas, mostrando sensibilidad frente a las diversidades.	Aplica los enfoques de manera general, aunque con limitaciones en la profundidad o contextualización.	Menciona los enfoques, pero con escasa comprensión o sin aplicarlos adecuadamente.	Desconoce o aplica de forma errónea los enfoques transversales.
3. Habilidades de acompañamiento y comunicación empática	Demuestra escucha activa, lenguaje claro, empatía y actitud sin juicios en simulaciones o juego de roles.	Muestra comunicación respetuosa y disposición empática, aunque con aspectos a mejorar.	Tiene dificultades para expresar apoyo, mantener claridad o establecer empatía.	Usa lenguaje inapropiado, presenta actitudes juzgadoras o no respeta la autonomía de la persona.
4. Comprensión y propuesta sobre proceso institucional de atención en IVE	Analiza con claridad el proceso institucional, identifica barreras reales y propone mejoras concretas y viables.	Reconoce el flujo de atención y algunas barreras, con propuestas generales o poco desarrolladas.	Muestra comprensión limitada del proceso o propone soluciones poco contextualizadas.	Desconoce la ruta institucional o no identifica barreras ni propuestas.
5. Producción de evidencias	Entrega productos claros, bien estructurados, pertinentes y con enfoque ético.	Entrega productos adecuados y relevantes, aunque con aspectos a mejorar en fondo o forma.	Los productos presentados son incompletos o poco articulados con los objetivos.	No presenta evidencias o estas no reflejan los aprendizajes del módulo.

Puntaje total posible: 20 puntos

Nivel de logro sugerido:

- 18-20 puntos: supera los objetivos del módulo.
- 14-17 puntos: cumple adecuadamente los objetivos.
- 10-13 puntos: requiere mejora y reforzamiento.
- <10 puntos: No se alcanzan los aprendizajes esperados.

Rúbrica de evaluación – Módulo 3: Orientación y asesoría para la IVE

Criterio de evaluación	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto
1. Comunicación empática y escucha activa en la orientación sobre IVE	Demuestra habilidades sobresalientes de escucha, contención emocional y lenguaje claro, sin juicios ni sesgos.	Se comunica con respeto y empatía, aunque con algunos elementos mejorables.	Presenta dificultades para mantener empatía o claridad en situaciones simuladas.	Su lenguaje o actitud son inadecuados, presentan juicios o generan barreras.
2. Asesoría anticonceptiva con enfoque de derechos	Brinda información clara, precisa y basada en evidencia sobre métodos anticonceptivos, respetando la autonomía y diversidad de las personas.	Entrega información adecuada y accesible, aunque con omisiones o poca adaptación al contexto de la persona.	La información es limitada o no está bien contextualizada, sin enfoque centrado en la persona.	No proporciona información precisa o transmite sesgos en la asesoría.
3. Integración de enfoques éticos y centrados en la persona	Aplica principios de autonomía, confidencialidad y trato digno en las actividades y simulaciones, con claridad en su justificación.	Muestra sensibilidad y respeto por los derechos de las personas, aunque con aplicación parcial o poco argumentada.	Reconoce los enfoques, pero no los aplica adecuadamente o de forma consistente.	No reconoce o contradice principios básicos del enfoque centrado en la persona.
4. Resolución de casos desde el acompañamiento integral	Analiza y resuelve casos simulados con argumentación clara, toma de decisiones contextualizadas y propuestas respetuosas.	Resuelve casos con respuestas correctas, aunque con argumentación parcial o poco desarrollada.	Presenta respuestas generales sin análisis profundo o centrado en derechos.	Resuelve de manera incorrecta o sin integrar el enfoque ético ni técnico.
5. Producción y calidad de las evidencias	Entrega productos claros, pertinentes, bien estructurados, con enfoque comunicativo.	Las evidencias son comprensibles y relevantes, aunque con aspectos formales o de profundidad por mejorar.	Presenta productos incompletos, poco articulados o de escasa calidad técnica.	No presenta productos, o estos no reflejan lo trabajado en el módulo.

Puntaje total posible: 20 puntos

Nivel de logro sugerido:

- 18-20 puntos: supera los objetivos del módulo.
- 14-17 puntos: cumple adecuadamente los objetivos.
- 10-13 puntos: requiere mejora y reforzamiento.
- <10 puntos: No se alcanzan los aprendizajes esperados.

Rúbrica de evaluación – Módulo 4: IVE farmacológica antes de 12 semanas

Criterio de evaluación	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 puntos
1. Explicación del esquema farmacológico	Describe con claridad y precisión el mecanismo de acción, dosis, indicaciones, contraindicaciones, síntomas esperados y manejo de fallas del tratamiento.	Explica el esquema con información correcta, aunque omite algunos detalles relevantes o contextualización.	Ofrece una explicación parcial, incompleta o con vacíos importantes en dosis o manejo.	No explica el esquema correctamente o incurre en errores graves.
2. Orientación sobre autogestión segura y seguimiento	Brinda orientación clara, comprensible y basada en evidencia sobre uso seguro, signos de alarma y seguimiento pos-tratamiento.	Entrega orientación adecuada, aunque con dificultades en profundidad o claridad comunicativa.	La orientación es limitada, poco clara o con omisiones importantes.	No brinda orientación adecuada o transmite mensajes
3. Resolución de casos clínicos simulados	Integra saberes clínicos, normativos y comunicacionales para tomar decisiones acertadas y justificadas en los casos simulados.	Resuelve casos con precisión técnica y fundamentos básicos, aunque con argumentación parcial.	Presenta decisiones acertadas, pero sin justificación clara o con imprecisiones.	No resuelve adecuadamente los casos, o incurre en errores clínicos importantes.
4. Comunicación empática y centrada en la persona	Utiliza lenguaje respetuoso, claro, sin juicios, adaptado al nivel del consultante y promueve la autonomía.	Resuelve casos con respuestas correctas, aunque con argumentación parcial o poco desarrollada.	Presenta dificultades para establecer un vínculo empático o comunica de forma técnica sin conexión.	Usa lenguaje inadecuado o evidencia actitudes que contradicen el enfoque centrado en la persona.
5. Producción de evidencias	Entrega productos bien estructurados, precisos, actualizados y útiles para la práctica clínica.	Entrega productos pertinentes, aunque con aspectos mejorables en contenido o presentación.	Las evidencias son incompletas, poco articuladas o con errores técnicos menores.	No presenta productos, o los presentados no cumplen con los objetivos del módulo.
<p>Puntaje total posible: 20 puntos</p> <p>Nivel de logro sugerido:</p> <ul style="list-style-type: none"> -18-20 puntos: supera los objetivos del módulo. -14-17 puntos: cumple adecuadamente los objetivos. -10-13 puntos: requiere mejora y reforzamiento. -<10 puntos: No se alcanzan los aprendizajes esperados. 				

Rúbrica de evaluación – Módulo 5: IVE farmacológica en entorno hospitalario a partir de 12 semanas

Criterio de evaluación	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 puntos
1. Aplicación del protocolo clínico para IVE farmacológica hospitalaria	Aplica todos los pasos del protocolo con precisión, identificando criterios clínicos, medicamentos y medidas de seguridad requeridas.	Aplica adecuadamente el protocolo, aunque omite detalles menores o requiere guía externa.	Aplica parcialmente el protocolo o muestra inseguridad en su ejecución.	Aplica de forma incorrecta el protocolo o incurre en errores clínicos críticos.
2. Atención durante el expulsivo y monitoreo clínico	Identifica signos clínicos clave, acompaña el proceso de manera respetuosa y mantiene monitoreo adecuado.	Realiza el acompañamiento clínico general con atención básica a signos y confort.	Tiene dificultades para monitorear o responder a signos relevantes durante el proceso.	No reconoce señales clínicas o no actúa conforme a lo esperado en el proceso del expulsivo.
3. Información, consentimiento informado y acompañamiento emocional	Brinda información clara, anticipa dudas, obtiene consentimiento y proporciona contención emocional antes, durante y después del procedimiento.	Entrega información básica y obtiene consentimiento, aunque con limitaciones en empatía o contención.	Informa parcialmente y muestra dificultades en comunicación emocional.	Omite información clave, no obtiene consentimiento o muestra actitudes inadecuadas.
4. Registro clínico y documentación del procedimiento	Registra con precisión, secuencia y lenguaje técnico adecuado todo el proceso clínico en historia o formato correspondiente.	Completa el registro clínico con información esencial, aunque con elementos mejorables.	Presenta registros incompletos o poco estructurados.	No realiza el registro clínico, o este es deficiente o inadecuado.
5. Producción de evidencias	Entrega productos bien estructurados, precisos, actualizados y útiles para la práctica clínica.	Entrega productos pertinentes, aunque con aspectos mejorables en contenido o presentación.	Las evidencias son incompletas, poco articuladas o con errores técnicos menores.	No presenta productos, o los presentados no cumplen con los objetivos del módulo.
Puntaje total posible: 20 puntos Nivel de logro sugerido: -18-20 puntos: supera los objetivos del módulo. -14-17 puntos: cumple adecuadamente los objetivos. -10-13 puntos: requiere mejora y reforzamiento. -<10 puntos: No se alcanzan los aprendizajes esperados.				

Rúbrica de evaluación – Módulo 6: IVE no farmacológica antes de 15 semanas

Criterio de evaluación	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto
1. Conocimiento del procedimiento (teoría y fundamentos)	Explica con claridad las fases del procedimiento, el uso del instrumental, y los fundamentos clínicos y normativos que lo respaldan.	Describe adecuadamente el procedimiento y su aplicación, con omisiones menores.	Tiene dificultades para explicar o vincular las fases del procedimiento con la práctica.	Presenta errores conceptuales o no conoce los pasos fundamentales.
2. Preparación del instrumental y del entorno clínico	Organiza el instrumental, asegura condiciones de asepsia y verifica condiciones de seguridad del entorno antes del procedimiento.	Prepara el instrumental correctamente, aunque requiere apoyo parcial para asegurar el entorno.	Tiene dificultades para identificar el instrumental necesario o mantener condiciones óptimas.	Desconoce la preparación del instrumental o compromete la seguridad del entorno clínico.
3. Ejecución del procedimiento (AMEU) en simulación o práctica clínica	Realiza el procedimiento con precisión técnica, control de la aspiración, manejo del dolor y comunicación continua con la persona usuaria.	Ejecuta el procedimiento adecuadamente, aunque con dificultades menores o necesidad de guía puntual.	Muestra inseguridad o fallas parciales en la técnica, requiriendo intervención frecuente.	No logra ejecutar la técnica adecuadamente o incurre en errores que comprometen la seguridad.
4. Documentación y registro clínico	Registra con claridad y secuencia el procedimiento, hallazgos, complicaciones y seguimiento, usando lenguaje clínico adecuado.	Completa el registro con los elementos clave, aunque puede omitir detalles menores.	Presenta registros incompletos o poco estructurados.	No realiza el registro clínico, o este es deficiente o inadecuado.
5. Acompañamiento y comunicación centrada en la persona	Brinda información clara, apoyo emocional continuo y promueve la autonomía y el consentimiento informado.	Acompaña de forma respetuosa, aunque con limitaciones en claridad o empatía.	Tiene dificultades para comunicarse con calidez o informar adecuadamente.	Usa lenguaje inadecuado o actitudes que vulneran el enfoque centrado en la persona.
<p>Puntaje total posible: 20 puntos</p> <p>Nivel de logro sugerido:</p> <ul style="list-style-type: none"> -18-20 puntos: supera los objetivos del módulo. -14-17 puntos: cumple adecuadamente los objetivos. -10-13 puntos: requiere mejora y reforzamiento. -<10 puntos: No se alcanzan los aprendizajes esperados. 				

Rúbrica de evaluación – Módulo 7: Dilatación y evacuación (D&E) a partir de 15 hasta antes de 24 semanas

Criterio de evaluación	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto
1. Preparación del procedimiento y del entorno clínico	Organiza meticulosamente el instrumental, asegura condiciones de asepsia y verifica la disponibilidad de recursos necesarios antes del procedimiento.	Prepara adecuadamente el entorno clínico, aunque con omisiones menores que no comprometen la seguridad.	Presenta dificultades en la organización del entorno o en la preparación del instrumental, requiriendo asistencia.	No prepara adecuadamente el entorno clínico, comprometiendo la seguridad del procedimiento.
2. Ejecución técnica del procedimiento de D&E	Realiza el procedimiento con precisión técnica, siguiendo los protocolos establecidos y manejando eficazmente posibles complicaciones.	Ejecuta el procedimiento correctamente, aunque con necesidad de supervisión o correcciones menores.	Muestra inseguridad o errores en la técnica, requiriendo intervención constante del supervisor.	No logra ejecutar el procedimiento de manera segura o efectiva, poniendo en riesgo la salud de la paciente.
3. Comunicación y acompañamiento centrado en la persona	Brinda información clara y empática, establece una relación de confianza y respeta la autonomía de la paciente durante todo el proceso.	Se comunica de manera respetuosa y proporciona información adecuada, aunque con áreas de mejora en la empatía o claridad.	Tiene dificultades para establecer una comunicación efectiva o para proporcionar información comprensible.	No establece una comunicación adecuada, mostrando actitudes que pueden generar desconfianza o malestar en la paciente.
4. Registro y documentación del procedimiento	Documenta detalladamente el procedimiento, incluyendo observaciones clínicas, intervenciones realizadas y seguimiento postoperatorio.	Realiza un registro clínico completo, aunque con omisiones menores en detalles no críticos.	El registro clínico es incompleto o presenta errores que podrían dificultar el seguimiento adecuado.	No realiza el registro clínico o este es deficiente, comprometiendo la continuidad de la atención.
5. Reflexión ética y análisis de casos clínicos	Analiza críticamente situaciones clínicas complejas, identificando dilemas éticos y proponiendo soluciones basadas en derechos humanos y normativas vigentes.	Reconoce y discute aspectos éticos relevantes en casos clínicos, aunque con menor profundidad en el análisis.	Identifica algunos aspectos éticos, pero muestra dificultades para analizarlos o relacionarlos con la práctica clínica.	No identifica aspectos éticos relevantes o muestra falta de comprensión de los derechos humanos.

Puntaje total posible: 20 puntos

Nivel de logro sugerido:

- 18-20 puntos: supera los objetivos del módulo.
- 14-17 puntos: cumple adecuadamente los objetivos.
- 10-13 puntos: requiere mejora y reforzamiento.
- <10 puntos: No se alcanzan los aprendizajes esperados.

Rúbrica de evaluación – Módulo 8: Manejo de las complicaciones

Criterio de evaluación	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 puntos
1. Identificación de complicaciones clínicas (hemorragia, sepsis, retención, perforación, etc.)	Reconoce signos y síntomas de forma temprana y precisa, diferenciando con claridad cada complicación y su gravedad.	Identifica las complicaciones más comunes y sus características, aunque con dudas o lentitud en el proceso.	Reconoce solo algunas complicaciones, con dificultades para diferenciarlas correctamente.	No identifica signos de complicaciones o los interpreta erróneamente.
2. Aplicación del protocolo de manejo clínico	Aplica el protocolo adecuado a cada complicación de manera autónoma, segura y oportuna.	Aplica el protocolo con seguridad general, pero con necesidad de corrección o guía en algunos pasos.	Aplica parcialmente los protocolos o necesita apoyo constante para realizar las intervenciones.	Aplica incorrectamente los protocolos o no responde de forma adecuada ante la complicación.
3. Activación de sistemas de respuesta y remisión oportuna	Activa correctamente el código rojo o sistema de referencia institucional, con comunicación efectiva y trabajo en equipo.	Realiza la activación requerida, aunque con demoras o dificultades menores en la coordinación.	Presenta dificultades para activar el sistema de manera fluida o clara.	No activa los protocolos de respuesta, o lo hace de forma incorrecta.
4. Registro clínico de eventos y evolución	Documenta los eventos, intervenciones, evolución y seguimiento con lenguaje técnico claro y completo.	Elabora un registro adecuado, aunque con algunos detalles omitidos.	Realiza un registro incompleto o poco estructurado.	No documenta adecuadamente o no realiza el registro.
5. Análisis ético y reflexivo sobre la atención de complicaciones	Integra el análisis clínico con consideraciones éticas, reconociendo los impactos para la persona y el equipo de salud.	Reflexiona adecuadamente sobre las decisiones tomadas y su impacto.	Realiza reflexiones generales sin vinculación clara con los casos.	No realiza reflexión ética o minimiza el impacto de las complicaciones.
<p>Puntaje total posible: 20 puntos</p> <p>Nivel de logro sugerido:</p> <ul style="list-style-type: none"> -18-20 puntos: supera los objetivos del módulo. -14-17 puntos: cumple adecuadamente los objetivos. -10-13 puntos: requiere mejora y reforzamiento. -<10 puntos: No se alcanzan los aprendizajes esperados. 				

Anexo 6

Instrumentos de evaluación para la práctica clínica

Práctica clínica 1. Provisión de métodos anticonceptivos posaborto

Criterio	Sí	No	Observaciones
Realiza anamnesis básica y verificación de criterios de elegibilidad.			
Asesora sobre opciones anticonceptivas considerando contexto y preferencias.			
Explica beneficios, riesgos y uso correcto del método elegido.			
Realiza técnica de inserción o administración conforme a protocolos (simulación).			
Mantiene normas de bioseguridad y comunicación centrada en la persona.			
Brinda instrucciones de autocuidado, signos de alarma y seguimiento.			
Registra de forma clara, completa y legible en el formato clínico.			

Práctica clínica 2. Inducción de Asistolia Fetal (IAF)

Criterio	Sí	No	Observaciones
Ejecuta cada paso del procedimiento de IAF conforme al protocolo establecido.			
Mantiene condiciones de asepsia y seguridad durante todo el procedimiento.			
Utiliza correctamente los medicamentos e insumos requeridos.			
Aplica técnicas de control ecográfico y farmacológico con precisión.			
Explica con claridad indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones.			
Brinda información y acompañamiento respetuoso antes, durante y después del procedimiento.			
Registra de forma completa y precisa los datos clínicos e intervenciones realizadas.			

Práctica clínica 3. IVE no farmacológica antes de 15 semanas (aspiración al vacío)

Criterio	Sí	No	Observaciones
Realiza el procedimiento conforme al protocolo estandarizado, garantizando asepsia y seguridad.			
Maneja correctamente el instrumental, el aspirador y los medicamentos asociados.			
Demuestra dominio técnico y uso eficiente de los recursos clínicos.			
Registra de forma completa y precisa los datos clínicos, hallazgos y procedimientos en la historia clínica.			

Criterio	Sí	No	Observaciones
Identifica indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones.			
Describe acciones preventivas y de manejo ante complicaciones.			
Brinda información clara y apoyo emocional antes, durante y después del procedimiento.			
Evidencia comunicación empática y enfoque centrado en los derechos.			

Práctica clínica 4. IVE no farmacológica a partir de 15 semanas hasta 24 semanas (D&E)

Criterio	Sí	No	Observaciones
Ejecuta el procedimiento de D&E siguiendo el protocolo estandarizado, manteniendo asepsia, control del sangrado y preparación cervical adecuada.			
Maneja correctamente el instrumental y los medicamentos asociados, demostrando dominio técnico y uso seguro de recursos.			
Registra de forma completa y precisa los pasos del procedimiento, hallazgos y cuidados posteriores en la historia clínica.			
Identifica indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones, describiendo acciones preventivas y planes de manejo oportuno.			
Brinda información clara y apoyo emocional a la persona antes, durante y después del procedimiento, evidenciando comunicación empática y enfoque de derechos.			
Ejecuta la técnica de D&E en simulación siguiendo el protocolo, manteniendo asepsia, ergonomía y control del sangrado.			
Aplica estrategias de analgesia/sedación y comunicación centrada en la persona durante la simulación.			
Registra de manera completa y precisa los pasos del procedimiento y hallazgos en un formato clínico simulado, demostrando reflexión sobre calidad y seguridad.			

Retroalimentación formativa

Nombre de la persona evaluada: _____

Fecha: _____

Nombre persona facilitadora: _____

Práctica clínica evaluada: _____

1. Fortalezas observadas

(Describir conductas, habilidades o actitudes destacadas durante la práctica. Usar frases concretas y constructivas.)

- _____
- _____
- _____

2. Aspectos a mejorar

(Identificar de forma clara qué aspectos requieren refuerzo, indicando el impacto que tienen en la calidad de la atención.)

- _____
- _____
- _____

3. Recomendaciones para el fortalecimiento de la competencia

(Sugerir acciones prácticas, recursos o estrategias que la persona puede aplicar en futuras prácticas o contextos reales.)

- _____
- _____
- _____

4. Autoevaluación breve de la persona participante (opcional)

(Espacio para que la persona reflexione sobre su propio desempeño.)

¿Qué sentiste que hiciste bien durante la práctica? _____

¿Qué te resultó más retador? _____

¿Qué te propones hacer diferente la próxima vez? _____

5. Valoración general del desempeño

(Marcar una opción basada en la observación global del caso clínico.)

Excelente: desempeño seguro, empático y técnicamente correcto.

Bueno: desempeño competente con pequeñas oportunidades de mejora.

Aceptable: cumplió con lo esencial, requiere consolidar habilidades.

Deficiente: necesita mayor práctica y revisión de conceptos clave.

Referencias

Análisis de limitaciones socio jurídicas de las mujeres negras afrodescendientes para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. (2023). Ilex Acción Jurídica.

Asociación Médica Mundial (2017). Promesa del médico. <https://www.wma.net/es/policies-post/-declaracion-de-ginebra/>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos.OEA/SER.L/V/11.doc.61.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Naciones Unidas. <https://www.refworld.org.es/docid/47fdfb3cc.html>

Corte Constitucional de Colombia. (2008). Sentencia T-209 de 2008. <https://www.corteconstitucional.gov.co/>

Corte Constitucional de Colombia. (2009). Sentencia T-388 de 2009. <https://www.corteconstitucional.gov.co/>

Corte Constitucional de Colombia. (2009). Sentencia C-728 de 2009. <https://www.corteconstitucional.gov.co/>

Corte Constitucional de Colombia. (2016). Sentencia U-108 de 2016. <https://www.corteconstitucional.gov.co/>

Corte Constitucional de Colombia. (2016). Sentencia T-301 de 2016. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-301-16.htm>

Corte Constitucional (2018). Sentencia SU-096. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/su096-18.htm>

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

Edelman, A. & Mark, A. (2017). Medical Abortion Reference Guide: Induced abortion at or after 13 weeks gestational age ('second trimester'). Chapel Hill, NC: Ipas.

Gómez-Sánchez, P.-I., Ortiz-Rovira, A., Vásquez-Vélez, L.-F., & Arévalo-Rodríguez, I. (2020). Currículos de salud sexual y reproductiva en programas de educación superior para América Latina. Revista Colombiana de Enfermería, 19 (1), e018. <https://doi.org/10.18270/rce.v19i1.2728>

Guttmacher Institute. (2022). Unintended pregnancy and abortion: Country profile—Colombia. <https://www.guttmacher.org/regions/latin-america-caribbean/colombia>

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>

Kortsmits K. (2021). Abortion surveillance — United States, 2019. *MMWR Surveillance Summ*;70(9):1–29. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7009a1>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2017). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

La Mesa por la vida y la salud de las mujeres (2018). Ficha jurisprudencial SU-096. <https://derechoalaborto.com/wp-content/uploads/2024/09/SU-096-DE-2018-1.pdf>

Meyers, C., & Woods, R. D. (2007). Conscientious objection? Yes, but make sure it is genuine. *The American Journal of Bioethics*, 7(6), 19–20. <https://doi.org/10.1080/15265160701347270>

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

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

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Resolución 3100. Procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Resolución 2367 de 2023: Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031". Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf

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/arztebl.m2021.0346>

Niño, M.I., Triviño, C., Ortiz, J., Castro, L., González, A.C., Vivas, M.M. (2022). Balance de los 100 días del fallo histórico: ¿Cómo va la implementación de la Sentencia C-055 de 2022? Mesa por la vida y la salud de las mujeres.

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 intra-fetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 81(1), 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.08.014>

Oliveros-Riveros, L. M., & de la Torre-Bustamante, M. M. (2024). Percepción de estudiantes de medicina frente a la interrupción voluntaria del embarazo en Medellín, Colombia. *MedUNAB*, 27(1), 25-31. <https://doi.org/10.29375/01237047.4413>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/181043>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Directrices sobre la atención para el aborto. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2022). Global competency and outcomes framework for universal health coverage. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/352711>

Organización Mundial de la Salud. (2024). World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Organización Mundial de la Salud.

Pacheco, A. (1998). Ley y conciencia. En *Objeción de conciencia* (Cuadernos del Instituto de Investigaciones Jurídicas). Universidad Nacional Autónoma de México.

Prada, E., Maddow-Zimet, I., & Juárez, F. (2014). El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(3), 124-133. <https://doi.org/10.1363/SP00214>

Prada, E., Singh, S., Remez, L., & Villarreal, C. (2011). Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia-causas-y-consecuencias>

