

PROTOCOLO



Prevención del Aborto Inseguro en Colombia

Protocolo para el Sector Salud

Prevención del aborto inseguro en Colombia

**Protocolo para el
sector salud**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

Asesor Dirección de Promoción y Prevención

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ

Consultora Salud Materna

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA

Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG

Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

EQUIPO TÉCNICO

CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

Asesor Dirección de Promoción y Prevención,

Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ

Consultora Salud Materna, Ministerio de Salud y Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO

Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

COMITÉ EDITORIAL

CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO

Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ

Consultora de Gestión del Conocimiento, Monitoreo y

Evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO

Asesora de Comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA

Asistente administrativa, Convenio 036

FUNDACIÓN ORIENTAME

CRISTINA VILLARREAL VELÁSQUEZ

Directora Ejecutiva

LAURA GIL URBANO

Subdirección de Asistencia Técnica y Capacitación

RALPH PARRADO

Coordinador de Capacitación

LADY ALBA

CONSTANZA TOBASÍA, MD

Asesoría Área Capacitación

ADRIANA PAOLA MOLINA

ELIANA MARULANDA

RAQUEL ARTEAGA

Investigación Área de Orientación y Asesoría

EQUIPO DE TRABAJO

PÍO IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ

Director del Proyecto

LAURA GIL URBANO

Coordinadora del Proyecto

RALPH PARRADO

NORMA CONSTANZA TOBASÍA HEGE

APORTES

FREDDY ALTAMAR

Asesor Jurídico

SANDRA SÁNCHEZ

Asesora de Calidad

LUZ MERY HERNÁNDEZ

Asesora Pedagógica

REVISORES

ELLIANE BARRETO

CRISTINA VILLARREAL

REVISIÓN TÉCNICA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ

Consultora Salud Materna, Ministerio de Salud y Protección

Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO

Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

ADECUACIÓN Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL ABORTO INSEGURO EN COLOMBIA.

PÍO IVÁN GÓMEZ SÁNCHEZ, MD, MSC, FACOG.

Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia

Director del Proyecto

LAURA GIL URBANO, MD.

Fundación Orientame

Coordinadora del Proyecto

RALPH PARRADO, MD.

Fundación Orientame

NORMA CONSTANZA TOBASÍA HEGE, MD.

Fundación Orientame

ISBN: 978 958 8735 72 6

**“Prevención del aborto inseguro en Colombia.
Protocolo para el sector salud”.**

© Ministerio de Salud y Protección Social

© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Corrección de estilo: Eugenia Arce Londoño

Diseño y diagramación: Diana Perez

Impresión:

Año: 2014

Ciudad: Bogotá D.C.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o virtual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social.

**AGRADECEMOS DE FORMA MUY ESPECIAL LA CONTRIBUCIÓN DE
LAS SIGUIENTES PERSONAS**

FREDDY ALTAMAR

Abogado.
Asesor Jurídico

SANDRA SÁNCHEZ, MD.

Asesora de Calidad

LUZ MERY HERNÁNDEZ

Enfermera.
Asesora Pedagógica

REVISORES:

ELLIANE BARRETO, MD.

CRISTINA VILLARREAL

Psicóloga.

Y a todos los profesionales de las Direcciones Territoriales de Salud -DTS de Santander, Atlántico, Bogotá, Risaralda y Valle del Cauca que participaron en los talleres de revisión y validación del documento.

Estos profesionales son merecedores de los agradecimientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de todas aquellas personas que se benefician de su aplicación.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	11
Referencias	16
1. EMBARAZO NO PLANEADO Y ABORTO INSEGURO COMO DETERMINANTES DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA	17
Referencias	23
2. MARCO LEGAL COLOMBIANO	24
A. Cronología de los antecedentes constitucionales	24
B. Identificación de las causales	26
Primera Causal	26
Segunda Causal	29
Tercera Causal	30
C. Prácticas prohibidas y obligaciones	32
D. Bases para el ejercicio de la objeción de conciencia	34
Referencias	36
3. MODELO DE ATENCIÓN	37
A. Definición de competencias por niveles de atención	38
1. Primer nivel de atención	38
2. Segundo nivel de atención	38
3. Tercer nivel de atención	39
B. Ruta de atención	40
1. Consulta inicial	40
2. Orientación y asesoría	43
3. Procedimiento	48
4. Seguimiento	63

C. Asesoría anticonceptiva	65
1. Particularidades en el contexto de la IVE	66
D. Manejo de complicaciones	69
1. Factores de riesgo	69
2. Complicaciones	69
Referencias	73
ANEXOS	79
Anexo 1A –Algoritmo de acceso a la IVE	79
Anexo 1B – Algoritmo de atención de la IVE	
Anexo 2 – Informe de procedimientos de IVE	81
Anexo 3 – Normatividad y elementos necesarios para la prestación del servicio de IVE	83
Documentos normativos	
Anexo 4 – Modelos de consentimiento informado	93
Anexo 5 – Modelo de presentación de objeción de conciencia	101
Anexo 6 – Plan de capacitación al talento humano	102

PRESENTACIÓN

El aborto es una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad materna y a la vez, es la causa con una mayor posibilidad de ser intervenida, si los servicios de anticoncepción moderna, de prevención y detección de las violencias de género y la prevención de embarazos no planeados o no deseados, estuviesen disponibles en los lugares donde las mujeres viven y transcurre su cotidianeidad.

Con base en la evidencia disponible, la Organización Mundial de la Salud – OMS, publicó en 2003 un primer documento “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, la cual fue actualizada en su segunda edición en 2012. Según esta organización, “en prácticamente todos los países desarrollados, los abortos sin riesgos se ofrecen en forma legal a requerimiento o sobre una amplia base social y económica, y es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general. En los países donde el aborto inducido legal está sumamente restringido o no está disponible, con frecuencia un aborto sin riesgos se ha vuelto en el privilegio de los ricos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que acudir a proveedores inseguros, que provocan la muerte y morbilidades que se convirtieron en la responsabilidad social y financiera del sistema de salud pública”.

Con fundamento en la Guía de la OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social, se da a la tarea de desarrollar el Protocolo para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia y otros lineamientos para direccionar el quehacer en la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE, en nuestro país.

Entre los objetivos de la construcción de estos instrumentos se encuentra la necesidad de proteger la salud y la vida de las mujeres mediante la recomendación de mejores prácticas basadas en la evidencia – siguiendo un riguroso proceso metodológico – y permitir que se tomen decisiones relacionadas con la atención para un aborto sin riesgos, en el contexto de los servicios de salud.

El marco jurídico y legal para la prestación de servicios de IVE está contenido en los desarrollos de la Ley 100 de 1993 y sus desarrollos reglamentarios que incluyen los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS). Así mismo, la Sentencia C-355 de 2006, proferida por la Corte Constitucional y que consideró como no constitutivo de delito el aborto en tres causales:

- ◆ Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico;

- ◆ Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y,
- ◆ Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Para dar cumplimiento a este marco constitucional, en ejercicio de su función de rectoría y al amparo de la reglamentación general de servicios de salud definida para el país por la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud y Protección Social ha procedido a desarrollar una serie de documentos o lineamientos técnicos para prestadores de servicios de salud, que les permitan contar con directrices claras y actualizadas a la tecnología disponible, para la prestación del servicio en forma adecuada y así garantizar el derecho constitucionalmente amparado.

El primer documento de esta serie corresponde al “Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia” y consiste fundamentalmente en la revisión y adaptación para nuestro país, del documento de la OMS “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud” que se presenta.

En este Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia, se desarrollan aspectos relevantes de todo el proceso técnico, jurídico de la IVE, a saber:

- a.** Una presentación de la problemática del aborto inseguro a partir del análisis del embarazo no planeado y el aborto inseguro como determinantes de la morbilidad y mortalidad materna.
- b.** El marco legal colombiano ampliamente descrito para explicar los contextos y situaciones en las que proceden las interrupciones voluntarias del embarazo; y
- c.** El modelo de atención sugerido para el mejor manejo de los casos, haciendo énfasis en las competencias de los diferentes servicios de salud, la ruta de atención, la asesoría anticonceptiva que debe estar unida al proceso y el manejo de las posibles complicaciones.

La serie de “Lineamientos Técnicos para la Prestación de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva” consta de los siguientes documentos:

- 
1. Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia;
 2. Atención post aborto (APA) y sus complicaciones;
 3. Orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo;
 4. Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en primer nivel de complejidad;
 5. Guía de capacitación para la atención de la IVE.

Se espera de esta forma, contribuir al desarrollo organizacional para la prestación de servicios de servicios de salud por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como garantía para el ejercicio del derecho constitucionalmente amparado y que los servicios de salud se hallen mejor preparados para la oferta racional de este tipo de prestación, facilitando el acceso y garantizando los derechos de las mujeres en el marco de lo contemplado en las sentencias de la Honorable Corte Constitucional.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INTRODUCCIÓN



Ningún país manda a sus soldados a la guerra para defenderlo sin procurar que regresen sanos y salvos, pero durante siglos se les ha pedido a las mujeres que luchen para renovar los recursos humanos, sin darles protección alguna”.

Fred Sai, 2000*

La mortalidad materna, además de ser un problema de salud pública, es un indicador de injusticia social, inequidad de género y pobreza. La muerte de la mujer como consecuencia del embarazo o el parto refleja fallas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud. La mortalidad materna está relacionada también con varios derechos fundamentales, como son el derecho a la vida, a la salud, a la igualdad, a la dignidad, y también con los derechos sexuales y reproductivos. No es casualidad que las muertes maternas se concentren en adolescentes, mujeres pobres, indígenas, marginadas o desplazadas, a quienes la maternidad ubica en una situación de vulnerabilidad asociada a la exclusión en salud (1).

Avanzar en la equidad de género, eliminar la violencia contra la mujer y asegurar la habilidad de esta para controlar su propia fertilidad, se convierte en la piedra angular de las políticas de población y desarrollo. En la Conferencia sobre Población y Desarrollo del Cairo (1994) se acordó que tanto la población como el desarrollo están indisolublemente unidos y que es necesario dotar de mayor poder a la mujer; además de tomar en cuenta las necesidades de los pueblos en lo relativo a la educación universal y la salud; incluyendo la salud sexual y reproductiva; la planificación familiar y la reducción de la mortalidad materna e infantil; y de esta forma incentivar el progreso individual y el desarrollo balanceado.

Así mismo en octubre del 2000, en la cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los países miembros acordaron disminuir la desigualdad y la pobreza en todas las regiones del mundo en desarrollo. La mortalidad materna (MM) es considerada internacionalmente como un indicador del grado de desarrollo de un país. Por lo

* Fred Sai, antiguo presidente de la Federación Internacional de Planificación Familiar. Citado en: Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna, Population Reference Bureau, Washington, julio 2002. Fred Sai habló sobre mortalidad materna al inicio de la conferencia titulada “Saving lives: skilled attendance at childbirth” (Salvando vidas: atención del parto por personal capacitado), en Túnez, 13-15 noviembre del 2000.

tanto la reducción de los niveles de MM en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 se estableció como una de las metas de desarrollo del milenio y también como uno de los objetivos.

En razón a lo anterior en la Cumbre Mundial de 2005, líderes de todo el mundo acordaron incluir el acceso a la salud reproductiva en sus estrategias nacionales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En la Cumbre Mundial de 2010, se ratificó el compromiso de acelerar los avances hacia el logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio tomando, entre otras, medidas a todos los niveles para abordar las causas profundas e interrelacionadas de la mortalidad y morbilidad materna (2).

El riesgo de morir como consecuencia de una gestación depende de diversos factores, entre ellos, el estado de salud, el estado nutricional, el número de hijos, el espaciamiento ínter-gestacional y el acceso a redes sociales de apoyo.

Cada año mueren en el mundo cerca de 287.000 mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Cada día cerca de 800 mujeres pierden la vida por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Más de 50 millones de mujeres presentan complicaciones y millones más sobreviven con algún tipo de discapacidad (3).

En América Latina y El Caribe se presentan de 15.000 a 25.000 muertes maternas cada año, lo cual corresponde a una razón de mortalidad materna de 190 por 100.000 nacidos vivos para la región (4) y a una tasa de 66.1% para Colombia, de acuerdo con los datos registrados por el DANE en 2011 (5).

Globalmente, alrededor del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones por abortos inseguros, lo cual representa 47.000 muertes por año (6), 1.120 de ellas en América Latina y El Caribe (7) y 70 en Colombia de acuerdo con los datos y las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Decenas de miles de mujeres en el mundo sufren consecuencias a largo plazo, incluyendo la infertilidad.

Habría que indicar también que algunas veces el embarazo representa una amenaza para la vida o la salud física y mental de la mujer. Por esta razón casi todos los países del mundo han aprobado leyes que permiten interrumpir un embarazo bajo ciertas circunstancias. Dentro del espectro del aborto legal se encuentran países que lo permiten únicamente para salvar la vida de la mujer mientras que en otros, el aborto se admite a solicitud de la mujer misma. La literatura nacional e internacional coincide en afirmar que la mayor parte de los abortos inducidos son

producto de embarazos no planeados y no deseados, existiendo un conjunto de factores individuales, sociodemográficos y culturales correlacionados con ambos fenómenos. Lo anterior plantea la necesidad de adaptar sistemas locales de salud para dar respuesta a dichos fenómenos, los cuales constituyen dos problemas significativos de salud pública íntimamente relacionados.

La OMS calcula que de los 208 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 80 millones (2 de cada 5) son no planeados y 41 millones (1 de cada 5) terminan en aborto (8). Diecinueve millones de estas interrupciones ocurren en países en los cuales el aborto es ilegal. En Colombia, a pesar de los avances en el acceso a métodos anticonceptivos modernos, la proporción de embarazos no planeados sigue siendo preocupante, en razón a que asciende a 67% de todos los embarazos que suceden (9) y a 52,2% de todos los nacimientos (10) con una mayor concentración entre las mujeres menos favorecidas socioeconómicamente como son las provenientes de zonas rurales o con baja escolaridad.

Para responder al problema de salud pública que implica la morbilidad y mortalidad materna derivada del embarazo no planeado, el Ministerio de Salud y Protección Social ha tomado varias medidas a saber:

- 1)** Construyó e implementa el Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema, como una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud obstétricos a través de los procesos de habilitación, acreditación, monitoreo y auditoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto No. 1.011 de 2006)*;
- 2)** Fortalece las capacidades locales y el recurso humano en salud para la atención del parto normal y distócico y ha creado mecanismos específicos para la identificación precoz y el manejo oportuno de las complicaciones obstétricas;
- 3)** Realiza la evaluación periódica de la red de servicios disponibles para la atención de la emergencia obstétrica de alta y mediana complejidad en el marco del Modelo de “Gestión de seguridad del paciente en la atención con calidad del cuidado obstétrico”;
- 4)** Consolida el Modelo de “Gestión de seguridad del paciente en la atención con calidad del cuidado obstétrico”; y,

* Los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud considerados en el Decreto No. 1.441 de 2006 han sido ajustados de conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector, en la Resolución No. 1.441 de 2013.

5) Diseña, valida e implementa el Protocolo de Atención de la Menor de 15 Años Embarazada.

Por otra parte, en junio de 1999, durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas los Gobiernos acordaron que “en circunstancias donde el aborto no es ilegal, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles y para salvaguardar la salud de las mujeres” (11).

En el año 2006, la Corte Constitucional Colombiana despenalizó parcialmente el aborto, teniendo en cuenta 3 causales de excepción: a) cuando peligra la vida o la salud de la madre; b) cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida; y c) cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida**.

El Ministerio de Salud y Protección Social, como ente regulador de la seguridad social en salud, en el marco de su competencia, ha llevado a cabo acciones para el cumplimiento de lo establecido en la Sentencia, de manera que se asegure la prestación del servicio público esencial y legal de salud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), y se eviten barreras de acceso al mismo. Estas acciones incluyen:

- 1) definición de directrices regulatorias y técnicas, socialización y divulgación de la Sentencia,
- 2) desarrollo de actividades de asistencia técnica a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS),
- 3) fortalecimiento del recurso humano mediante entrenamiento para el fortalecimiento de actores para la atención integral de la IVE de acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006;
- 4) promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos a partir de estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), en conjunto con otros entes nacionales***;

** Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-355 de 2006. Causales de excepción: a) cuando peligra la vida o la salud de la madre; b) cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida; y, c) cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida. Este ente ha ratificado y fortalecido, en varias sentencias subsecuentes, los aspectos constitucionales sobre el derecho de las mujeres a decidir la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los tres casos definidos: Sentencias T-171/07, T-988/07, T-209/08, T-946/08, T-009/2009, T-388/09, T-585/10, T-636/11 y T-841/11.

*** La Sentencia T-388 ordenó al Ministerio de Protección Social, junto con el Ministerio de Educación Nacional, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, diseñar e implementar campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos que contribuyan a asegurar a las mujeres en todo el territorio nacional el libre y efectivo ejercicio de estos derechos y, en tal sentido, el conocimiento de lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006.

**** En el seguimiento a la aplicación de la Sentencia C-355 de 2006 y la normatividad del Ministerio de la Protección Social y la Corte Constitucional, se han identificado los siguientes obstáculos: 1) la negativa

5) desarrollo de foros regionales de discusión y sensibilización dirigidos a actores sociales (organizaciones de la sociedad civil y actores de otros sectores), que incluye el diseño y difusión del video, “Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los casos no constitutivos de delito”;

6) adecuación y validación del protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia; y

7) desarrollo de instrumentos técnicos para fortalecer la atención integral en salud, específicamente la atención postaborto y sus complicaciones; la orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo; y la atención integral de la IVE en el bajo nivel de complejidad.

Pese a estos avances, el aborto inseguro y sus complicaciones, así como el cumplimiento de la Sentencia C-355 de 2006 y la garantía para la atención segura del aborto en el marco de dichas disposiciones constitucionales, siguen constituyendo un gran desafío para la salud pública y para el sistema de salud de nuestro país****.

El documento Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia, sigue los lineamientos de la *Guía técnica y de políticas para sistemas de salud: aborto sin riesgos de la OMS (2012)* (12), y busca servir como herramienta para avanzar en el cumplimiento de las disposiciones constitucionales con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, para eliminar la inequidad de género y para garantizar el acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan anticoncepción y otras medidas para la reducción de la mortalidad materna.

a practicar el servicio, entre otros por objeción de conciencia por parte de médicos o profesionales de la salud, así como por parte de instituciones, entidades, o grupos colectivos de personas; 2) la exigencia de requisitos y trámites adicionales a los establecidos, como la presentación de la denuncia penal; 3) la imposición de barreras administrativas que ocasionan retardos injustificados en la prestación del servicio, tales como realización de juntas de revisión o aprobación, o la adopción de formatos o plantillas donde se excluye o prohíbe la práctica de abortos y la descalificación de conceptos de otros profesionales de la salud (como es el caso de los psicólogos); 4) el retardo injustificado en la prestación del servicio o el incumplimiento de los estándares de calidad que garanticen el acceso oportuno y la atención adecuada de la IVE; 5) la imposición de barreras o de cualquier medio de presión, apremio, coacción o manipulación que impidan a la mujer decidir libremente en relación a la IVE; 6) la carencia de información suficiente, amplia y adecuada con respecto a lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006; 7) la reticencia en el cumplimiento de las reglas de referencia y contra referencia para atender a las solicitudes para la práctica del procedimiento de IVE; 8) la exigencia de requisitos irrelevantes o imposibles de cumplir cuando se solicita la práctica del aborto en mujeres con discapacidad física, psíquica o sensorial para manifestar libre y directamente su consentimiento; 9) la falta de educación e información sobre la salud sexual y reproductiva y el acceso a la misma en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad; 10) la no disponibilidad del servicio de IVE en el territorio nacional; 11) la falta de entrenamiento y dotación de los proveedores de los servicios de salud; 12) la falta de guarda del secreto profesional por parte de profesionales de la salud ante quienes se solicita la práctica de la IVE y la violación a los derechos a la intimidad y dignidad de las mujeres que se someten a ese procedimiento; 13) la discriminación a las mujeres que se han sometido a un aborto o las prácticas que le impiden acceder al trabajo, educación o seguridad social. (Informe final- Convenio Interadministrativo no. 405 de 2006, suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia).

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe, Serie No. 1 Extensión de la Protección Social en Salud. Washington: OPS, 2004. Citado por: Fundación Oriéntame. Reducción de la mortalidad materna derivada del aborto inseguro e implementación de las técnicas aprobadas en el país para la atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo. Convenio administrativo Col/5U202/MSPS-UNFPA-Fundación Oriéntame.
- 2 Resolución 65/1. Cumbre de la ONU sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York, 22 de septiembre de 2010. Disponible en <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/65/1>. Consultado el 8 de mayo de 2014.
- 3 Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna. Nota descriptiva No. 348. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Consultado el 6 de junio de 2013.
- 4 Rodríguez L, Perpetuo I. La Transición de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina: 15 años después del Cairo-1994. UNFPA, CELADE-CEPAL, 2011
- 5 Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE. Estadísticas vitales. Bogotá: DANE, 2012.
- 6 Singh S et al. Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Process. New York: Guttmacher Institute, 2009.
- 7 Mondragon M et al. Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City, 2007-2011. *Stud in Fam Plann* 2011;42(3):159-166.
- 8 Singh S et al. Op. Cit.
- 9 Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. New York: Instituto Guttmacher, 2011.
- 10 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010). Bogotá: Profamilia, 2010.
- 11 21ª sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas. Acciones clave para la aplicación posterior del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. New York: Naciones Unidas, 30 de junio-02 de julio de 1999.
- 12 OMS. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. Montevideo: OMS, 2012.

EMBARAZO NO PLANEADO Y ABORTO INSEGURO COMO DETERMINANTES DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

1



Aunque no sepamos exactamente los costos de suministrar servicios de salud reproductiva para toda la población, si sabemos lo que cuesta a las mujeres en términos de vidas y salud, si la atención en salud reproductiva, no está disponible de manera universal”.

Rebeca Cook, Bernard M Dickens y Mahmoud Fathala

Las encuestas de demografía y salud, realizadas en la mayoría de los países de América Latina, muestran que en los últimos 30 años el tamaño de la familia se ha reducido de manera significativa; pasando de 7 hijos por mujer entre 1960-1965 a 3,3 en el primer quinquenio de los años noventa. Para Colombia los estimativos indican que desde los años 90 la fecundidad deseada por la mujer colombiana ha sido de 1,6 hijos por mujer, en tanto que para el año 2010 el tamaño de la familia era de 2,1 hijos por mujer. Esto revela la necesidad constante e insatisfecha de planificación familiar, que de subsanarse podría reducir considerablemente el número de embarazos no planeados, el cual llegó al 52% en 2010 (1).

Entre los factores asociados al embarazo no planeado, se encuentran, entre otros, el desconocimiento por parte de la mujer de la fisiología reproductiva de su cuerpo, el no acceso a métodos modernos de anticoncepción, la falla del método y la falta de autonomía de las mujeres para decidir sobre su sexualidad y reproducción.

Con respecto al desconocimiento de la fisiología reproductiva, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 puntualizó que el 65% de todas las mujeres encuestadas, contestó de manera incorrecta la pregunta ¿en qué momento del ciclo menstrual existe mayor riesgos de quedar embarazada? Además, 47% de las mujeres que afirmaron usar el método del ritmo como anticonceptivo, lo hace inadecuadamente por desconocer el momento de mayor fertilidad durante el ciclo menstrual. Con respecto al acceso a métodos modernos de anticoncepción la demanda insatisfecha actual es del 7%, un poco mayor que en 2005, año en que fue de 6%. Los métodos anticonceptivos, por otra parte, no son 100% efectivos y además fallan por el uso incorrecto que se hace de ellos, lo cual se estima que ocasiona en el mundo 8 y 30 millones de embarazos cada año (2).

La falta de autonomía de la mujer para decidir sobre su sexualidad y reproducción es el resultado histórico de su opresión en el campo personal, social, económico y sexual. El ejercicio del derecho a tomar decisiones en igualdad de condiciones sobre la sexualidad y la reproducción, aunque es un derecho reconocido a hombres y mujeres, presenta aún grandes dificultades. La inequidad en las relaciones de poder entre los géneros es un obstáculo para que las mujeres puedan ejercer a cabalidad este derecho.

Por otra parte, las desigualdades socioeconómicas entre mujeres hacen que no todas tengan las mismas posibilidades para decidir sobre su sexualidad y reproducción, ni para tener acceso a información, a servicios de salud o a métodos anticonceptivos. Las mujeres procedentes de zonas rurales, de grupos étnicos minoritarios, con baja escolaridad, con bajos ingresos, en situación de desplazamiento o discapacitadas, presentan comparativamente un menor acceso a información y uso de métodos anticonceptivos modernos, así como un mayor desconocimiento, y uso inadecuado de los mismos, una mayor incidencia de violencia sexual y de embarazo no deseado, y un mayor riesgo de aborto inseguro y de morbilidad y mortalidad materna. Igualmente, la posibilidad de acceder a la información en derechos y servicios en salud sexual y reproductiva es menor en estos grupos poblacionales (3).

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Naciones Unidas –El Cairo, 1994– define la salud como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y la libertad para procrear y para decidir cuándo y con qué frecuencia. Esto último lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos anticonceptivos de su elección que sean seguros, eficaces, aceptables, económicamente asequibles y legales; y el derecho a recibir servicios adecuados de atención del embarazo

y el parto que posibiliten al máximo la tenencia de hijos sanos. En consonancia con lo anterior, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo y no solamente al asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual” (4).

Una de las principales causas de la morbilidad y mortalidad maternas es el aborto inseguro, usualmente producto de un embarazo no deseado. A pesar del notable aumento de uso de anticoncepción en las últimas tres décadas, se estima que cada año ocurren 41 millones de abortos (5), cerca de la mitad en circunstancias inseguras. El número real de abortos en la región es desconocido por las características de clandestinidad, ilegalidad y penalización que le rodea en la mayor parte de países. Se estima que aproximadamente 20% de las mujeres que se someten a un aborto inseguro necesita una atención institucionalizada. Aún donde existe amplio acceso a métodos de regulación de la fecundidad, los embarazos no deseados ocurren como consecuencia de fallas en la anticoncepción, dificultades con su uso, falta de uso o a causa de incesto o violación.

En Colombia, el número de muertes maternas relacionadas con el aborto ha disminuido de manera importante. La tasa de 16% (6) estimada para 1994 bajó al 9% (7) para el año de 2007. Sin embargo, según estimativos recientes, en el país se realizan 400.400 abortos clandestinos cada año con cerca de 130.000 complicaciones, de las cuales 93.000 requieren atención médica (8). La tasa actual de complicaciones que alcanza al 33% ha aumentado con respecto al 29% estimado para 1989 (9). De 780 muertes maternas ocurridas en Colombia en 2008, aproximadamente 70 se debieron a abortos inseguros, quizá la causa más evitable de mortalidad materna.

Intervención del embarazo no planeado y aborto inseguro como determinantes de la morbilidad y mortalidad materna

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) creó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que se define como una apuesta política por la equidad en salud (10), entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales, consideradas innecesarias, evitables e injustas”. Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud indepen-

dientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. Por ello, asume un abordaje de enfoques múltiples: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional.

Los objetivos del Plan son: disminuir la tasa de embarazos no deseados, fortalecer el acceso a la atención integral de la salud reproductiva, incrementar la provisión efectiva de métodos modernos de anticoncepción, garantizar el acceso a servicios seguros para la interrupción del embarazo en el marco de la Sentencia C-355 de 2006 y tratar con eficacia las complicaciones del aborto.

El diseño del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, contempla estratégicamente 3 líneas de acción cuyo abordaje se describe a través de dimensiones prioritarias, las cuales representan aspectos fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todos los individuos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial.

Las líneas de Acción del Plan Decenal son:

1. Línea de promoción de la salud.

Reúne las acciones que deben liderar los entes territoriales convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollar proyectos dirigidos a la generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los determinantes sociales de salud. Esta línea busca consolidar una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida. La línea incluye acciones de formulación de políticas públicas, movilización social, generación de entornos saludables, generación de capacidades sociales e individuales, participación ciudadana y educación en salud.

2. Línea de gestión del riesgo en salud.

Comprende las acciones que deben realizar las entidades públicas o privadas de salud sobre una población específica para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo. Estas acciones hacen parte de un enfoque estructurado para el manejo del riesgo en salud, a través de una secuencia de actividades que incluye identificación, evaluación, respuesta y

mitigación del riesgo. Esta línea incluye acciones de gestión diferencial como análisis, planeación de la atención, calidad de la atención, modificación, coordinación administrativa y técnica de servicios y vigilancia de los riesgos en salud.

3. Línea de gestión de la salud pública.

Articula las acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local debe ejecutar de manera coordinada y efectiva sobre colectivos poblacionales, con el fin de modificar la probabilidad de pérdida de la salud. Implica estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados. Esta línea incluye acciones de: conducción, sostenibilidad del financiamiento, garantía del aseguramiento, fiscalización, intervenciones colectivas y movilización de los diferentes sectores de la sociedad.

Dimensiones prioritarias

En lo relacionado con la salud sexual y la salud reproductiva, el Plan Decenal contempla la **dimensión de derechos sexuales y reproductivos**, entendida como el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, enfoque de género y un enfoque diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el progreso social de los grupos y comunidades.

En lo relacionado con la promoción de la salud sexual y reproductiva, el Plan Decenal establece lo siguiente:

- a) Políticas públicas sectoriales, transectoriales, con participación comunitaria que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género y diferencial con el fin de afectar positivamente los determinantes sociales relacionados con las violencias sexuales y de género, la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y -VIH/Sida, la discriminación por razones

de orientación sexual o identidad de género, la promoción de la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes, y la garantía de la salud materna.

- b) Coordinación transectorial y comunitaria **con enfoque diferencial** de procesos que permitan garantizar los derechos sexuales y reproductivos, en el marco del ejercicio de la ciudadanía; así como el desarrollo de políticas públicas de movilización social dirigidas a promover el derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad segura.
- c) Información, educación y comunicación en materia de derechos sexuales y reproductivos para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, etnia, sexo, orientación sexual, o por ser víctima de violencias así como para el acceso y utilización de servicios de salud con enfoque de derechos, que superen las barreras de acceso a servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro y atención del aborto, del parto y del puerperio

En lo relacionado con la gestión del riesgo en salud desde el planteamiento integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico, el Plan Decenal establece las siguientes estrategias:

- a) Desarrollo de acciones de inducción de la demanda a servicios de consejería; consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos; eliminación de barreras de acceso y seguimiento al uso de métodos modernos de anticoncepción por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil, incluidos los y las adolescentes; y seguimiento, evaluación y difusión del cumplimiento de normas técnicas y metas definidas a nivel nacional y territorial.
- b) Desarrollo de tecnologías de información y comunicación para movilización de actores institucionales y comunitarios; organización de redes sociales de apoyo y diseño de aplicativos móviles para la red de aseguradores y prestadores de servicios de salud y para los procesos de referencia y contrarreferencia.
- c) Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad para seguimiento de las rutas de atención segura de las mujeres antes, durante y después de un evento obstétrico y para la atención en salud de sus hijos e hijas.
- d) Incorporación de los enfoques de derechos, género y diferencial en la Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud y creación de estrategias

dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de la red social de apoyo de la mujer durante el proceso de gestación, parto y puerperio.

- e) Aplicación de la política de “Cero barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de Redes Integradas e Integrales” que incluya: aseguramiento prioritario, seguimiento, telemedicina, asistencia comunitaria, atención prehospitalaria, hogares de paso, mejoramiento de capacidad resolutoria de las IPS y transporte efectivo del binomio madre-hijo/a.
- f) Vigilancia de la morbilidad materna y neonatal y del modelo de seguridad clínica para la atención segura de la mujer durante el evento obstétrico.
- g) Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de alta calidad
- h) Implementación de sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la salud materna y perinatal.

REFERENCIAS

- 1 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010). Bogotá: Profamilia, 2010.
- 2 Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2002;11:192-204.
- 3 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 1995). Bogotá: Profamilia, 1995.
- 4 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas –El Cairo, 1994. Párrafo 7.2.
- 5 Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Åhman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. Lancet. 2007;370(9595):1338-45.
- 6 Carrillo A. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. Revista Ciencias de la Salud 2007;5(2).
- 7 Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE. Estadísticas vitales. Bogotá: DANE, 2008.
- 8 Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. New York: Instituto Guttmacher, 2011.
- 9 Ibídem.
- 10 Whitehead M. The concept and principles of equity and health. Int J Health Serv 1992;22(3):429-45.



MARCO LEGAL COLOMBIANO

2

A. **Cronología de los antecedentes constitucionales**

En 2005, la abogada Mónica Roa, en ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad, presentó una demanda contra los Artículos 122, 123, 124 y 32 numeral 7 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal) mediante los cuales se penalizaba totalmente el aborto en Colombia por considerar que violaban el derecho a la dignidad, la autonomía reproductiva y al libre desarrollo de la personalidad establecidos en el Preámbulo y los Artículos 1º, 16 y 42 de la Constitución Política. Igualmente encontraba vulnerados el derecho a la igualdad y a la libre determinación (Artículo 13), el derecho a la vida, a la salud y a la integridad (Artículo 11, 12, 43 y 49), el derecho a estar libre de tratos crueles inhumanos y degradantes (Artículo 12), así como los tratados y convenios internacionales que reconocen los derechos humanos y prohíben su limitación (Artículo 93).

En mayo de 2006, la Corte Constitucional de Colombia declara inconstitucional la prohibición absoluta del aborto, por cuanto se constituye en una violación a los derechos fundamentales de las mujeres y emite la Sentencia C-355 estableciendo el derecho de todas las mujeres dentro del territorio nacional a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) dentro de tres causales específicas a saber (1):

- ◆ Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico;
- ◆ Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico;

- ◆ Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Es importante recalcar que, al ser de orden constitucional, esta Sentencia y sus desarrollos posteriores son de obligatorio cumplimiento y tienen fuerza de Ley. Como lo ha expresado la misma Corte en múltiples escenarios, “se mantiene incólume el derecho de las mujeres a la IVE y las correlativas obligaciones de respeto y garantía en cabeza del Estado y de los particulares que prestan y promueven el servicio de salud debido a que surgen directamente de la Constitución y del bloque de constitucionalidad” (2).

En el mismo sentido, la Superintendencia Nacional de Salud ha ratificado que los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicas o privadas, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, están en la obligación de prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo a mujeres incursas en cualquiera de las causales establecidas en la sentencia C-355 de 2006, en cumplimiento de los principios de igualdad, universalidad, calidad, seguridad y eficiencia (3).

La sentencia C-355 de 2006 es el pronunciamiento más importante hecho por un organismo judicial en materia de derechos reproductivos de las mujeres en Colombia. No solo reconoce que la prohibición absoluta del aborto se constituye en una violación de los derechos fundamentales y la corrige mediante el establecimiento de causales de aborto no penalizadas, sino que además reivindica la autonomía sexual y reproductiva como materialización de la dignidad humana y en este sentido, a las mujeres como sujetas morales y ciudadanas plenas con total capacidad para tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre sus cuerpos y sus vidas.

A pesar de los avances legislativos y de la amplitud y alcance de la Sentencia C-355 de 2006, el acceso a los servicios de aborto legal en Colombia sigue siendo muy limitado, teniendo en cuenta que las cifras oficiales de abortos legales en los últimos 5 años no sobrepasa los 1.000. No obstante, se estima que cada año se realizan en el país más de 400.000 abortos en la clandestinidad, poniendo en riesgo la salud y la vida de miles de mujeres; muchas de las cuales, probablemente, se encuentren dentro de las causales de aborto no punible. Se han identificado múltiples barreras de acceso (4), siendo las más fuertes el desconocimiento y la aplicación insuficiente y limitada de las causales, que llevan a la negación injustificada de los servicios, la solicitud de requisitos adicionales que no contempla la norma y la aplicación inadecuada de la objeción de conciencia a la realización de la IVE.

B. Identificación de las causales

Con el fin de garantizar el acceso efectivo de las mujeres a la IVE, la Sentencia C-355 de 2006 establece los principios que caracterizan a cada una de las causales y bajo los que se debe llevar a cabo la atención. En vista de las numerosas y repetidas falencias en la prestación de servicios de IVE, la Corte Constitucional, mediante sentencias de revisión de tutela ha establecido reglas jurisprudenciales para incrementar el acceso a los servicios de IVE.

Una de las principales barreras para el acceso a la IVE ha sido la dificultad de los profesionales de la salud y de la rama judicial para reconocer y aceptar los casos dentro de las causales establecidas en la Sentencia. Por lo tanto, es importante revisar los criterios para una correcta interpretación de las causales.

Primera Causal: Peligro para la vida o la salud de la mujer

En esta causal se reconoce el peligro para la salud de forma independiente del peligro para la vida; es decir el peligro para la salud no necesariamente debe coexistir con el peligro para la vida para que se configure la causal. Esta diferenciación fue contemplada por los magistrados al utilizar la conjunción “o” en vez de la “y” entre las palabras vida y salud.

Dado que esta causal parte del derecho a la vida y a la salud, para su aplicación se tienen en cuenta los principios fundamentales que rigen la garantía efectiva de estos derechos según el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDESC) (5). Estos principios son:

Respeto de la autonomía para decidir. La Corte Constitucional ha señalado que una vez se reconozca la existencia del riesgo, la decisión de terminar el embarazo depende únicamente de la voluntad de la mujer (6).

Estándares de bienestar definidos por las mujeres. Por ser las mismas mujeres quienes asumen el riesgo asociado al embarazo, son ellas quienes deben decidir, basadas en sus estándares de bienestar, qué tanto riesgo están dispuestas a correr. No se deben

imponer cargas físicas, emocionales ni sociales, ni exigir actos heroicos a las mujeres al obligarlas a continuar un embarazo que pone en riesgo su salud o su vida.

Prohibición de poner en riesgo la salud. Las demoras en la atención aumentan el riesgo de complicaciones asociadas a la IVE resultantes de la práctica de procedimientos en edades gestacionales avanzadas. Así mismo, cuando se cumplen las causales establecidas por la ley, la negación injustificada de servicios deja sin atención a las mujeres o favorece el uso de servicios inseguros, lo cual pone en riesgo la salud de las mismas (7, 8, 9).

Concepto de peligro. El peligro o riesgo para la salud o la vida debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud y en este sentido no es exigible ni la presencia de una enfermedad, ni una enfermedad de intensidad determinada, ni la concreción de dicho riesgo para determinar que en efecto la salud está afectada (10).

Al respecto de la valoración de la intensidad del riesgo, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) se pronunció a través de la Declaración de Santa Cruz en 2002, al afirmar que “Cuando la legislación del país no condena el aborto en los casos de riesgo para la vida y para la salud de la mujer, la opinión de la mujer sobre cuánto riesgo está dispuesta a correr, debe ser el factor determinante en la decisión de interrumpir la gestación” (11).

De la misma manera, no es procedente limitar el riesgo según su inminencia, ya que este puede hacer referencia a posibles afectaciones en diferentes momentos de la vida de la mujer y no necesariamente de forma inmediata. En ocasiones la continuación del embarazo puede implicar riesgos durante el mismo embarazo, durante el parto o el puerperio, y también riesgos a corto, mediano y largo plazo.

Es factible que el embarazo se convierta en factor de riesgo y modifique el estado de salud-enfermedad de la mujer generando diversos procesos en el transcurso de la gestación. Así, cuando se trata de una mujer sana, la continuación del embarazo puede constituirse en un factor de **vulnerabilidad**, aumentando la posibilidad de una afectación, presente o futura, de la salud. Cuando se trata de una mujer con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de **precipitación** de una afectación. Por último, cuando se está ante la presencia de una mujer con una enfermedad crónica o aguda, la continuación del embarazo puede actuar como factor de **consolidación** de la enfermedad, como por ejemplo su cronicidad, aparición de secuelas e incluso la muerte (12).

Para la estimación del riesgo es importante tener en cuenta tanto la experiencia clínica como la evidencia científica disponible y, en todos los casos, debe ser contextualizada e individualizada según la situación particular de la mujer.

Concepto de salud y sus dimensiones. La salud debe ser vista como un estado de bienestar integral, de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos y la definición de la Organización Mundial de la Salud, en la cual, la salud se considera como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad” (13).

El concepto amplio de salud fue contemplado también en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en el Artículo 14 cuando afirma que el derecho a la salud debe entenderse como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (14).

Vale la pena aclarar que al adoptar el concepto de salud como un estado de bienestar integral, tanto en el ámbito de la salud física como de la mental, se tiene en cuenta cualquier riesgo o afectación de la salud mental para considerar el cumplimiento de la primera causal y garantizar el derecho a la interrupción del embarazo.

El alcance de la salud mental dentro de la Sentencia C-355 de 2006 queda claro desde su inicio al afirmarse textualmente: “...esta hipótesis (riesgo para la salud) no cobija exclusivamente la afectación de la salud física de la mujer gestante sino también aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental. Recuérdese que el derecho a la salud, a la luz del Artículo 12 del PIDESC supone el derecho al goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y el embarazo puede causar una situación de angustia severa o, incluso graves alteraciones psíquicas que justifiquen su interrupción según certificación médica” (15).

En desarrollos posteriores queda evidenciada la importancia de la integralidad del concepto de salud, en especial, en la sentencia T-585 de 2010 en la que se establece la obligatoriedad de contar en todos los ámbitos de salud con protocolos de diagnóstico rápido que incluyan la valoración de la salud mental para todos aquellos casos en los que los profesionales de la salud o las mujeres crean estar frente a un riesgo para la salud o la vida como consecuencia de la continuación del embarazo (16). Esto implica que en la valoración inicial de una mujer que solicita una IVE se evalúa su estado emocional y se determina si la continuación del embarazo puede poner en peligro su salud mental.

Los conceptos de psicología sobre riesgo para la salud mental de una mujer, no pueden ser descalificados por parte del profesional médico que evalúa el riesgo, porque los profesionales de psicología son reconocidos como profesionales de la salud según la Ley 1.090 de 2006 (17).

Requisitos Legales

El único requisito exigible a las mujeres para acceder a la IVE por esta causal es un certificado médico en el que se expresa la existencia de un riesgo para la salud o la vida de la mujer en caso de continuar con el embarazo. La única exigencia para quién expide dicho certificado es que actúe conforme a los estándares éticos de su profesión (18). Por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad determinada o que pertenezca a una institución determinada (por ejemplo, la EPS a la que está afiliada la mujer) (19).

El certificado no es una argumentación sobre si se debería interrumpir o no el embarazo según la ponderación del riesgo por parte del/de la médico/a de la medicina, sino la confirmación de que en

El cumplimiento de los derechos humanos requiere que las mujeres puedan acceder al aborto sin riesgos cuando está indicado para proteger su salud. Es ampliamente conocido que la salud física incluye condiciones que pueden agravarse durante el embarazo. El área de la salud mental incluye la angustia psicológica o el sufrimiento mental causado, por ejemplo, por actos sexuales obligados o forzados y el diagnóstico de un daño fetal grave. También se toman en cuenta las circunstancias sociales de la mujer al momento de evaluar el riesgo para la salud.

efecto, la hipótesis de la existencia del riesgo, es cierta. Por lo tanto, cabe señalar que la certificación del riesgo no depende de que este sea de una intensidad determinada sino solo de su existencia. Es decir, la pregunta que se debe responder es si existe o no el riesgo y no si el riesgo es tal que, en la opinión de quién certifica, se justifica o se autoriza interrumpir el embarazo. Este ejercicio de ponderación, corresponde únicamente a la mujer.

Segunda Causal: Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida

Esta causal se fundamenta en el hecho de que no se puede exigir a las mujeres soportar la carga de un embarazo que implique riesgo para su salud física y emocional, a sabiendas de la inviabilidad del feto, pues como lo estableció el Comité de Derechos Humanos de la ONU, esto significaría someterlas a tratos crueles, inhumanos y degradantes que afectarían su dignidad como ya lo ha conceptualizado el Comité de Derechos Humanos de la ONU (20).

Esta causal restringe las malformaciones fetales a aquellas que, por su gravedad, hagan que la vida del feto sea inviable y no aplica para los casos de afectación fetal que pueda ser curada antes o después del parto.

Requisitos legales

El único requisito exigible para la aplicación de esta causal es una certificación sobre la

inviabilidad resultante de las malformaciones observadas en el feto, la cual debe ser expedida por un/a médico/a con suficiente información, no necesariamente especialista, al igual que en la causal anterior, bajo estrictos estándares de ética profesional.

Es muy importante tener en cuenta que existen malformaciones graves que permiten la sobrevida por un tiempo corto o incluso prologado de una persona. En estos casos no se constituye la segunda causal. Sin embargo no se debe ignorar la posibilidad de afectación de la salud integral de la mujer como resultado de la continuación del embarazo para la contemplación de la primera causal.

Tercera Causal:

Cuando el embarazo sea resultado de cualquier forma de abuso sexual (acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o abusivo) o de inseminación o transferencia de óvulo fecundado no consentido o de incesto.

El consentimiento de la mujer es fundamental para la concepción. Al exigírsele la continuación en contra de su voluntad de un embarazo producto de una violación se vulnera plenamente su dignidad y se la reduce a un instrumento de reproducción.

Para muchas mujeres, es muy difícil comunicar que han sido víctimas de violación. Por esta razón, el personal de salud debe tener especial cuidado en la atención de estos casos. Es importante escuchar a la mujer y creer en su relato sin cuestionarla, revictimizarla o juzgarla.

En ocasiones, el primer contacto de la mujer con los servicios de salud después de ser víctima de actos de violencia sexual tiene lugar cuando se confirma un embarazo resultado de una violación. Es importante atender a la mujer de manera oportuna, teniendo en cuenta que se halla en una situación de fragilidad emocional. La atención debe ser integral, por lo cual debe incluir servicios de salud mental o trabajo social debidamente instalados.

Requisitos legales

El único requisito que debe cumplir la mujer para acceder a una IVE por esta causal es la presentación de la copia de la denuncia. Es necesario recordar que a partir de la Ley 1.257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por cualquier persona, y no necesariamente por la víctima, en tanto que el acto de violencia ha adquirido un carácter no conciliable, no desistible y no transable (21). Debe partirse de la buena fe y responsabilidad de la mujer que denuncia el hecho (22) y por tanto, no es procedente por parte del sistema de salud, exigirle que se compruebe el hecho a satisfacción de un juez ni que demuestre la veracidad de los hechos (23). Este papel de verificación es absolutamente judicial y en ningún momento puede ser un argumento para obstaculizar la prestación de los servicios de IVE y mucho menos servir como fundamento para la objeción de conciencia a la realización de la IVE (24).

Para el caso de las menores de 14 años, se presume una relación no consentida () y la exhibición de la denuncia se constituye en un formalismo que no puede retrasar la atención (25). Así mismo, para las mujeres discapacitadas no es exigible la presentación de interdicción, ya que dicho requisito se puede constituir en una carga que puede dilatar la prestación del servicio a una mujer víctima de abuso sexual (26).

Se debe tener en cuenta que en Colombia es frecuente el abuso sexual en el marco de las relaciones de pareja y por lo tanto siempre debe informarse a la mujer embarazada sobre la existencia de esta causal de manera que pueda tomar una decisión informada.

La violencia sexual se considera una urgencia, de acuerdo con lo definido en el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual (27). Así mismo, la Ley 1.146 de 2007 establece que los casos de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual deben ser atendidos como una urgencia médica. La Resolución No. 1.776 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud establece las sanciones por la no adecuada prestación de servicios a las víctimas de violencia sexual. En general, la atención de víctimas de violencia sexual, debe hacerse de acuerdo con el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual del Ministerio de Salud y Protección Social (28).

En los casos en los que existe una coexistencia de causales, como por ejemplo, en el caso de una mujer víctima de violación quien por algún motivo no presenta la denuncia (conflicto armado, amenazas u otras), y en quien se evidencia riesgo o afectación de su salud mental, se debe escoger aquella causal cuyos requisitos sean menos gravosos o exijan menos trámites para la mujer. En ningún caso puede exigirse la certificación y denuncia de las dos causales para la prestación de los servicios de IVE.

C. Prácticas prohibidas y obligaciones

A pesar de estar sentadas, desde 2006, las bases para la garantía del derecho de las mujeres a la IVE acorde con la Sentencia C-355 de 2006 existen aún graves problemas de acceso a los servicios de salud para la IVE. La Corte Constitucional ha identificado prácticas que se han constituido en barreras sistemáticas al acceso de las mujeres a la IVE en el marco de una atención oportuna y dentro de los estándares de calidad que garanticen la protección de su salud y dignidad. La evidencia jurisprudencial, reflejada en las sentencias de revisión de tutela posteriores a la sentencia C-355 de 2006 establece la prohibición de dichas prácticas, las califica como inadmisibles y establece la existencia de sanciones legales tanto para las personas como para las instituciones que incurran en ellas. Algunas de estas prácticas prohibidas son:

- ◆ Imponer requisitos no previstos en la ley. El personal médico o administrativo no puede exigir documentos o requisitos adicionales a los mencionados en la sentencia, con el fin de no practicar o autorizar un procedimiento de IVE.
- ◆ Exigir dictámenes de medicina forense, órdenes judiciales, exámenes de salud que no sean practicados de manera oportuna.
- ◆ Exigir autorización de familiares o notificación de instancias judiciales o, en los casos de violencia sexual, exigir pruebas que avalen que la relación sexual fue no consentida, requerir evidencia forense de penetración sexual o pedir que un oficial esté convencido del abuso sexual.
- ◆ Dilatar la prestación de los servicios. El Sistema de Seguridad Social en Salud no puede imponer barreras administrativas que posterguen innecesariamente la prestación del servicio de IVE, como la realización de juntas médicas de revisión o aprobación por auditores que ocasionen tiempos de espera injustificados.
- ◆ Ser reticentes a cumplir las reglas de referencia y contrarreferencia necesarias para garantizar la atención, en caso de no tener la entidad en la que se encuentre la mujer la disponibilidad para brindar la atención, según la necesidad del caso.
- ◆ Aplicar de manera inadecuada la objeción de conciencia.
- ◆ Suscribir pactos –individuales o conjuntos– para negarse a practicar la IVE.

- ◆ Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias discriminen laboralmente a sus médicos.
- ◆ No disponer del servicio de IVE dentro de la red pública de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal.
- ◆ Impedir que las niñas menores de 14 años exterioricen su voluntad y/o consentimiento para la práctica de la IVE, cuando sus padres o adultos responsables no estén de acuerdo con su decisión.

En concordancia con lo anterior, el Sistema de Salud y sus actores han adquirido las siguientes obligaciones en cuanto a la prestación de servicios de IVE a partir de la Sentencia C-355 de 2006:

- ◆ Informar a todas las mujeres sobre las causales legales de aborto.
- ◆ Respetar la libertad y la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre la continuación o interrupción de su embarazo.
- ◆ Garantizar la confidencialidad, intimidad, respeto y guarda del secreto profesional.
- ◆ Brindar asesoramiento e información clara, oportuna y veraz sobre el procedimiento de interrupción del embarazo.
- ◆ Considerar el riesgo o la afectación de la salud mental de la mujer como criterio válido para la aplicación de la primera causal.

El servicio de IVE debe estar disponible para todas las mujeres en todo el territorio nacional, garantizando un número adecuado de proveedores y profesionales en todos los niveles de atención en salud (independientemente de si son públicas, privadas, laicas o confesionales), que resulte en un servicio universal y oportuno, sin discriminación y con énfasis especial a los grupos más vulnerables (adolescentes, mujeres desplazadas, víctimas de violencia sexual, minorías raciales, etc.).

D. Bases para el ejercicio de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia surge como resultado de un conflicto entre dos derechos: el derecho a la libertad de conciencia y el derecho a la interrupción del embarazo dentro de las causales de excepción. La Corte Constitucional, sin embargo, reconoce que la objeción de conciencia no es un derecho absoluto (29) y su ejercicio tiene como límite la propia Constitución en cuanto consagra los derechos fundamentales, cuya titularidad también ostentan las mujeres. En otras palabras, el objetor puede hacer ejercicio de objeción de conciencia, en respuesta a sus creencias y convicciones personales, pero solo si garantiza la satisfacción del derecho de la mujer a interrumpir el embarazo.

La Corte Constitucional en las sentencias T-209 de 2008 y T-388 de 2009 ha establecido los siguientes lineamientos que buscan proteger al máximo los dos derechos en conflicto:

- ♦ En situaciones de urgencia, en las que existe peligro inminente para la vida de la mujer y solo hay un prestador del servicio, no se puede alegar objeción de conciencia, y se debe prestar el servicio en cumplimiento de la obligación última de proteger los derechos fundamentales de la mujer.
- ♦ La objeción de conciencia solo aplica para el/la médico/a que realiza de manera directa el procedimiento de IVE, es decir, no puede ser ejercida por los otros profesionales que intervienen en el proceso (por ejemplo: personal de anestesiología, enfermería, orientación y asesoría, administradores hospitalarios, secretarías, jueces, etc.), ni para abstenerse de dar información, ni para coartar la voluntad de la mujer, ni persuadirla para cambiar su decisión.
- ♦ Implica la obligación de remitir a la mujer a otro profesional que no sea objetor de conciencia. Para tal efecto, se debe conocer de antemano qué profesionales de la red de servicios están dispuestos a proveer servicios de IVE. Toda EPS e IPS debe identificar previamente con qué prestadores cuenta para brindar el servicio de IVE. Si no hay un profesional disponible para la realización de la IVE y/o la usuaria tiene barreras de acceso al mismo, quien objeta está en la obligación ética y legal de prestar el servicio de IVE y garantizar el derecho de la mujer.
- ♦ La objeción de conciencia debe comunicarse de manera individual y por escrito, exponiendo debidamente los fundamentos para la misma. Estos deben

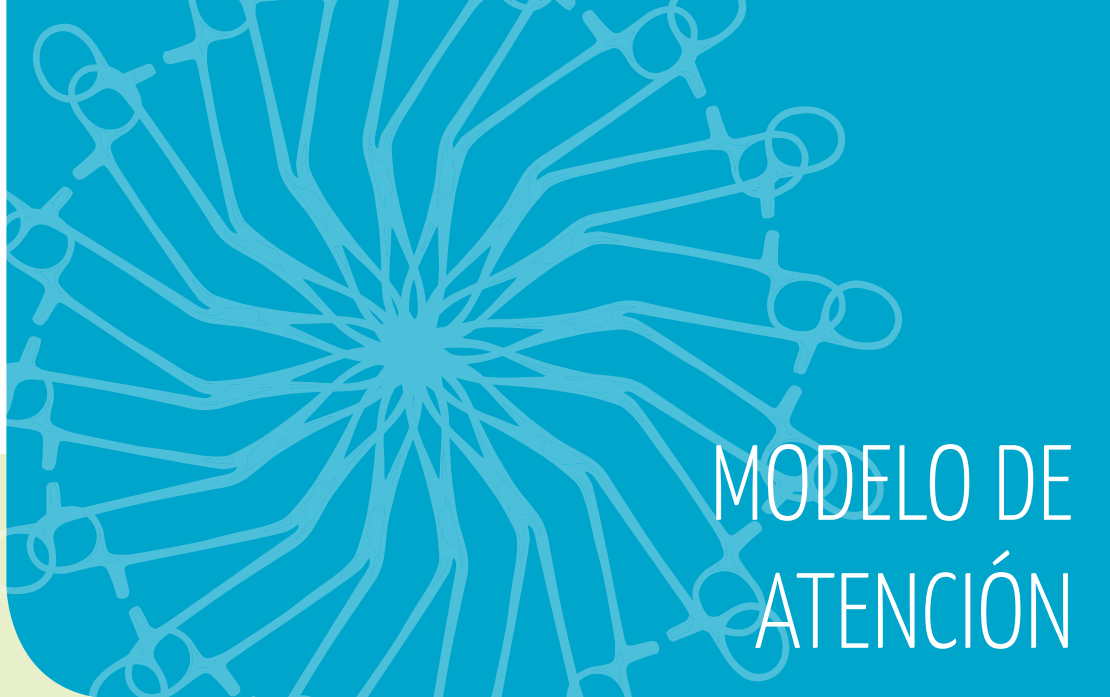
obedecer a convicciones de carácter religioso o moral y en ningún momento pueden basarse en su opinión acerca de si está de acuerdo o no con las razones por las que una mujer decide interrumpir el embarazo.

- ♦ La objeción de conciencia solo se puede ejercer de manera individual y como persona natural ya que solo el individuo tiene conciencia. No es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas, ni las instituciones y por lo tanto, no pueden existir IPS que presenten objeción de conciencia a la práctica de la interrupción del embarazo cuando se reúnan los requisitos legales necesarios.
- ♦ Para el caso de jueces y funcionarios del sector judicial, estos deben actuar conforme a la Constitución y la ley, no basados en su propia conciencia; por lo tanto, no pueden alegar objeción de conciencia cuando cumplan sus funciones en casos relacionados con la IVE.

En cualquier caso, la objeción de conciencia no puede convertirse en una barrera de acceso a los servicios de IVE ya que vulnera los derechos fundamentales de las mujeres. Quien es objetor de conciencia no está excusado de realizar la consulta inicial y tiene el mismo deber de quien no es objetor de informar sobre las causales legales y las opciones, como también de reconocer el riesgo para la vida o salud y/o la incompatibilidad con la vida del feto. La jurisprudencia es amplia al respecto y demuestra cómo la aplicación inadecuada de la objeción de conciencia se constituye en una negación injustificada de servicios médicos y puede generar responsabilidad tanto institucional (Sentencia T-209 de 2008 como individual, desde el punto de vista disciplinario y ético (30).

REFERENCIAS

- 1 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 2 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010.
- 3 Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa No. 003 del 26 de abril de 2013.
- 4 Procuraduría General de la Nación. Boletín No 2. Procurando equidad: Seguimiento y vigilancia a la garantía de los derechos de mujeres y adolescentes desde una perspectiva de género. Bogotá: Procuraduría General de la Nación, Mayo 2008
- 5 Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A/RES/2200 A (XXI). ONU, 1966.
- 6 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-009 de 2009..
- 7 Hook K. Refused abortion: A follow-up study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden. Acta Psychiatr Scand Suppl 1963;39(168):1-156.
- 8 Forssman H, Thuwe I. One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused: Their mental health, social adjustment and educational level up to the age of 21. Acta Psychiatr Scand 1966;42(1):71-88.
- 9 Najman JM, Morrison J, Williams G, Andersen M, Keeping JD. The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study. Soc Sci Med 1991;32(3):241-7.
- 10 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T- 209/08. Magistrada ponente: Clara Inés Vargas Hernández, febrero 28 de 2008.
- 11 FLASOG. Declaración de Santa Cruz. XIII cumbre Iberoamericana. Asamblea Ordinaria, 2002.
- 12 González Vélez AC. Causal salud: Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. 1ra. Ed. Bogotá, Gliphos, 2008.
- 13 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, julio 22 de 1946
- 14 Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales A/RES/2200 A (XXI); ONU, 1966.
- 15 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 16 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010.
- 17 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T- 388 de 2009.
- 18 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 19 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-841 de 2011.
- 20 Comité de Derechos Humanos. Dictamen en el caso de Karen Noelia Llantoy Huamán contra el estado Peruano. Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Comunicación N° 1153/2003; ONU; 2005.
- 21 Congreso de la República de Colombia. Ley 1.257 de 2008.
- 22 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C- 355 de 2006.
- 23 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T- 388 de 2009.
- 24 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T- 209 de 2008.
- 25 Congreso de la República de Colombia. Ley 599 de 200. Código Penal Colombiano.
- 26 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008.
- 27 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 de 2007.
- 28 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 459 de 2.012.
- 29 Ministerio de la Protección Social. Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual. Dirección General de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2011.
- 30 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009.
- 31 Tribunal Nacional de Ética Médica. Providencia No. 83-09. Noviembre 24 de 2009.



MODELO DE ATENCIÓN

3

Además de las características de accesibilidad, oportunidad, continuidad y pertinencia que debe tener todo servicio de salud, la prestación del servicio de IVE debe caracterizarse por:

- ◆ Desarrollarse en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo acciones de promoción de la salud y de prevención del embarazo no deseado, dando especial énfasis a la asesoría en anticoncepción.
- ◆ Brindarse con respeto por la dignidad de las mujeres y sin discriminación, teniendo en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables como: adolescentes, mujeres víctimas de violencia, desplazadas, portadoras de VIH, mujeres de los estratos socioeconómicos bajos y mujeres con discapacidad.
- ◆ Guardar estrictamente el secreto profesional, mediante el sigilo de la consulta, la confidencialidad del diagnóstico y de toda la información propia de la mujer que se revele como resultado de la atención. De ello se deriva que la información epidemiológica derivada de esta actividad se debe usar única y exclusivamente con fines estadísticos. En el Anexo 2 se presenta la codificación correspondiente para ser introducida en el sistema de Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS).

A. Definición de competencias por niveles de atención

1. Primer nivel de atención

La OMS recomienda que los servicios de IVE estén disponibles desde el primer nivel de atención (1). Para esto, es necesario capacitar a profesionales de la salud para proveer servicios de IVE y para realizar remisiones oportunas a niveles superiores en caso necesario. Estudios en grandes series de pacientes demuestran que la provisión de aborto temprano en el nivel primario de atención y por personal médico debidamente entrenado, es segura (2, 3), y mejora el acceso y la oportunidad (4). La capacitación de estos profesionales debe asegurar que cuenten con las competencias para proveer servicios de calidad de acuerdo con los estándares planteados en el presente protocolo.

Según los lineamientos del MSPS los centros de atención primaria que cuenten con personal médico debidamente entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios de IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, dado que ambos son procedimientos ambulatorios.

Para el caso de la aspiración uterina en el primer nivel de atención, se debe cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución No. 1.441 de 2013. Así mismo deben estar en capacidad de identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel.

2. Segundo nivel de atención

El segundo nivel de atención debe ofrecer todos los servicios de IVE delineados en el primer nivel y debe estar preparado para atender servicios de IVE en todas las circunstancias y etapas del embarazo.

Aunque algunos procedimientos por encima de las 15 semanas se pueden realizar de forma ambulatoria (dilatación y evacuación), debe estar disponible la opción de hospitalización en caso de ser necesario o para el caso de tratamientos por inducción con medicamentos. Así mismo, este nivel debe estar en capacidad de manejar las complicaciones relacionadas con la IVE.

3. Tercer nivel de atención

Las instituciones de tercer nivel que estén equipadas y cuenten con personal para brindar cuidados obstétricos de emergencia, deben estar preparadas para recibir remisiones de primer y segundo nivel relacionadas la IVE.

A este nivel deben llegar aquellos procedimientos que por enfermedades coexistentes en la mujer o situaciones de carácter especial requieran de un nivel de mayor complejidad. Así mismo debe brindar todo el apoyo al primer y segundo nivel en el manejo de las complicaciones por IVE.

Todas las instituciones de tercer nivel deben contar con el personal y la capacidad física para realizar la IVE en todas las circunstancias permitidas por la ley y para manejar todas las complicaciones del aborto inseguro. La práctica de la IVE en hospitales universitarios es particularmente importante, para asegurar que un conjunto relevante de profesionales se capacite para la prestación de servicios de IVE durante las rotaciones de entrenamiento clínico.

En cualquier situación en la que sea procedente remitir a una mujer para la atención de la IVE en otro nivel o en otra institución, es necesario hacer seguimiento del caso, para verificar que se le brinde la atención necesaria y que la remisión sea efectiva.

B. Ruta de Atención

1. Consulta inicial

La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE. Esta consulta puede ser llevada a cabo por medicina general o especializada. En cualquiera de los dos casos se deben tener en cuenta las particularidades que se describen a continuación.

Toda solicitud de IVE debe quedar debidamente consignada en la historia clínica, lo mismo que los criterios que se tuvieron en cuenta para determinar si se encontraba o no dentro de las causales legales. Para ello es fundamental una valoración integral de la salud de la mujer, la cual debe incluir valoración de la salud mental y del estado emocional. Esta valoración cobra especial importancia cuando durante la anamnesis se identifique que el embarazo es no deseado. La evaluación del estado emocional no necesariamente tiene que ser realizada por un/a especialista y no debe convertirse en una exigencia que obstaculice el acceso de la mujer a la IVE. La Corte Constitucional reconoce que todo/a médico/a está capacitado/a para valorar este riesgo y por lo tanto no es necesario que la certificación sea hecha por un/a especialista para aplicar la causal.

1.1. Historia clínica

En la consulta inicial se debe confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación. Además, se debe realizar una historia clínica completa.

La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se interroga, por tanto, sobre el primer día de la última menstruación (primer día de sangrado), y si esta fue normal. Es necesario precisar la exactitud de este dato y correlacionarlo con el examen físico; en razón a que en caso de estar lactando, tener periodos irregulares, estar usando anticonceptivos o presentar sangrados en etapas iniciales del embarazo, podría producirse un error en la estimación de la edad gestacional.

La historia médica familiar y personal de la gestante debe interrogarse y documentarse de manera completa, con especial énfasis en todas aquellas condiciones o antecedentes que puedan orientar a la necesidad de un nivel de atención de mayor complejidad. También se debe incluir la valoración de sus condiciones psicosociales previas y de la posible afectación que el embarazo esté causando en ellas en el momento de la consulta. Deben explorarse, en especial, la tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de pareja.

El examen físico debe ser completo en su aspecto general. Específicamente debe confirmar la existencia del embarazo y estimar su duración por medio de un examen pélvico bimanual. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6ª y 8ª incluyen reblandecimiento cervical y/o del istmo, y reblandecimiento y elongación del útero.

Si el tamaño uterino es menor al esperado, debe considerarse la posibilidad de un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, un embarazo ectópico o un aborto retenido. Un útero mayor al esperado, puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, presencia de miomas o enfermedad trofoblástica gestacional.

Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero para prevenir posibles complicaciones durante la IVE por aspiración endouterina en caso de anteversión o retroversión extrema. También se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección postaborto, si no son tratadas antes del procedimiento (5).

Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a una IVE, requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer es VIH positiva, se debe dar orientación y asesoría especial sobre VIH durante el embarazo.

1.2. Paraclínicos

Como norma general, no se requieren exámenes paraclínicos para la prestación de servicios de IVE. Sin embargo, es importante conocer la hemoclasificación de la mu-

jer, y en los casos en que clínicamente se sospeche anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias ante una eventual hemorragia.

Al igual que en cualquier control prenatal, a toda mujer se le debe dar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH, dejando claro que es voluntaria pero que se recomienda practicarla a toda mujer embarazada. Este proceso de asesoría y ofrecimiento debe ser documentado en la historia clínica. También se debe ofrecer el tamizaje para sífilis. En ningún caso, estas pruebas se pueden constituir en barrera de acceso al procedimiento de IVE.

Cuando existan dudas sobre la localización del embarazo o se sospeche un embarazo múltiple, puede ser útil un estudio ecográfico; sin embargo este o cualquier otro paraclínico debe realizarse de forma prioritaria para no dilatar el procedimiento.

La exploración ecográfica no es necesaria para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre. En lugares donde se cuenta con este recurso, la ecografía puede ser de utilidad para la detección de embarazos ectópicos mayores de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento de IVE. En las instituciones en las que se disponga de servicios de ecografía, se recomienda habilitar áreas distintas para la evaluación de las mujeres que solicitan la IVE y para las mujeres que reciben cuidados prenatales. Se recomienda también realizar los estudios ecográficos sin exponer a la mujer a la visión de la gestación a menos que ella así lo desee (6).

Si se sospecha un embarazo ectópico, porque el tamaño uterino es menor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado, o mareos, desmayos, palidez o masa anexial en casos avanzados, es esencial confirmar la localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la IVE. La mujer debe ser remitida a un nivel de atención con disponibilidad de ecografía transvaginal y cuantificación de fracciones Beta de gonadotropina coriónica humana.

1.3. Enrutamiento hacia la IVE

Una vez se ha obtenido la historia clínica completa se debe determinar si el caso de la mujer está dentro de las causales definidas por la sentencia C-355 de 2006.

Un profesional en medicina general está en la capacidad de identificar las causales, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas, y expedir el certificado correspondiente (riesgo para la vida o salud o malformación fetal no viable).

Para los casos de violación se debe indicar a la mujer cómo y en dónde presentar la denuncia si aún no lo ha hecho. Recordar que a partir de la Ley No. 1.257 de 2008 la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, y que el acto de violencia ha adquirido un carácter no conciliable, no desistible y no transable.

En caso de existir dudas o sea necesaria la valoración por especialista o por psicología, se debe iniciar la remisión de manera inmediata, sin que esto se constituya en barrera al acceso del servicio de IVE, y sin que la atención se dilate para prevenir que el riesgo sea mayor a medida que aumenta la edad gestacional.

Idealmente los servicios de IVE deben estar disponibles en el mismo nivel de atención en el que la mujer consulta, siempre y cuando se cuente con personal capacitado en aspiración endouterina e IVE con medicamentos. En caso contrario se deben iniciar los trámites de remisión indicados, teniendo en cuenta la disponibilidad y la oportunidad del servicio. De ninguna manera pueden imponerse tiempos de espera prolongados o sujetar la remisión a la disponibilidad de citas por consulta externa que limite la prestación de un servicio oportuno. La sentencia T-841 de 2011 y la Circular No. 003 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud establecen que “el término razonable para responder de forma oportuna las solicitudes de IVE y para realizar su práctica es de cinco (5) días contados a partir de la consulta”.

2. Orientación y asesoría

A toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debe ofrecer orientación y asesoría después de la valoración clínica. La orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención. Es usual que estos servicios sean brindados por profesionales de psicología o de trabajo social; sin embargo puede ser brindados por cualquier prestador/a de servicios de salud con capacitación suficiente en derechos sexuales y reproductivos.

La orientación y asesoría pretenden acompañar a la mujer en su situación actual desde una perspectiva de derechos, creando condiciones que faciliten decisiones en salud sexual y reproductiva a través del apoyo emocional, la reflexión y la información de acuerdo a su necesidad y contexto, como un ejercicio de autonomía y libertad.

.En general, la orientación debe consistir en un acompañamiento emocional que cree un ambiente propicio para que la mujer hable sobre cómo se siente, cómo llegó a la situación actual e identifique sus condiciones personales, familiares y sociales particulares. Durante la misma se deben revisar los significados, ideas y temores involucrados en la vivencia y las herramientas disponibles para afrontar la situación, teniendo en cuenta el contexto en el que vive la mujer, lo mismo que sus valores, creencias y sentimientos.

El apoyo emocional permite validar las emociones que acompañan la situación o decisión y busca plantear una reflexión sobre las alternativas y las opciones de tratamiento, brindando información completa, precisa y comprensible en condiciones de calidez, respeto, privacidad y confidencialidad.

En ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer. No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar. En este sentido es muy importante la reflexión personal de quién hace la orientación y asesoría sobre sus propias valoraciones referentes a los aspectos sexual y reproductivo, para que no interfieran en el ejercicio de la autonomía de las mujeres. Esta orientación y asesoría deben llevarse a cabo de manera estructurada y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia.

La orientación y asesoría deben ser proporcionadas en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de las mismas. El temor a que la confidencialidad no se mantenga, desestimula a muchas mujeres (en particular a adolescentes y solteras), a buscar servicios de salud y puede llevarlas a servicios clandestinos y peligrosos o a una autoinducción de la interrupción del embarazo. La participación del compañero, padre, madre o cualquier otra persona en la consulta solo es permitida si la mujer lo autoriza explícitamente, de lo contrario, el involucramiento de terceras personas constituye una ruptura seria de la confidencialidad. Por otra parte, debe evaluarse siempre la red de apoyo social y familiar de la mujer para fortalecerla

2.1. Estructura de la orientación y asesoría

Durante la orientación y asesoría se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

2.1.1. Revisión de la toma de decisión

La orientación incluye: apoyo emocional, identificación y movilización de conflictos. Se deben identificar los conflictos espirituales y emocionales que pueda estar afrontando la mujer y dificulten la elaboración de la vivencia. Así mismo, se debe verificar cualquier tipo de coerción o situación de vulnerabilidad que requiera apoyo particular para la mujer. En algunas circunstancias la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, otro miembro de la familia u otra persona para continuar el embarazo o para la interrupción del mismo. Si el personal de salud sospecha coerción, deberá hablar con la mujer privadamente y seguir los protocolos institucionales y las normas para la garantizar la seguridad de la mujer y sus derechos a la autonomía y la libertad.

Las adolescentes y las mujeres infectadas por VIH pueden ser particularmente vulnerables a dichas presiones. Todas las mujeres que se sabe están infectadas por el VIH, deben conocer los riesgos del embarazo para su propia salud y los riesgos de transmisión del virus al feto. También deben saber qué tratamientos existen para ellas y para prevenir la transmisión materno-perinatal, a fin de poder tomar una decisión fundamentada sobre la continuación o interrupción del embarazo.

Cabe mencionar que algunas mujeres se acercan a los servicios de IVE después de haber tomado una decisión y no requieren orientación para este fin. Se debe respetar su voluntad y la decisión tomada en el marco de su autonomía.

2.1.2. Información y elección del procedimiento

Toda paciente debe conocer las alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial. Dichas alternativas son la continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para entregar el/la recién nacido/a en adopción. Durante la interacción inicial es determinante escuchar y aclarar los temores y dudas; responder las preguntas empleando un lenguaje claro, sencillo y pertinente; y asegurarse de que la mujer ha comprendido la información.

Quién realiza la orientación y asesoría debe contar con el entrenamiento para proveer información pertinente y realista sobre los procedimientos y si es posible, favorecer el derecho de la mujer a decidir entre un tratamiento quirúrgico o con medicamentos de acuerdo a sus necesidades, deseos, edad gestacional, condición médica y los potenciales factores de riesgo

La información mínima que la mujer debe recibir sobre la IVE incluye:

- ♦ Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas.
- ♦ Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento quirúrgico o con medicamentos y el tiempo que tomará cada uno.
- ♦ Lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva.
- ♦ El marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado.

2.1.3. Cuidados especiales para mujeres víctimas de violación

Las mujeres embarazadas como consecuencia de una violación necesitan un tratamiento particularmente sensible, razón por la cual todos los niveles del sistema de salud deben estar en capacidad de ofrecer cuidado y apoyo apropiados.

El manejo general de las sobrevivientes a una violación incluye el cuidado físico y psicológico, la profilaxis y/o tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), según el momento de contacto con los servicios médicos, y el asesoramiento y el cuidado de seguimiento; y todos los demás procedimientos conforme a lo establecido en el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, aprobado por la Ley 459 de 2012. Si el personal sabe o sospecha que la mujer fue víctima de violencia o abuso sexual, deberá remitirla para un apropiado asesoramiento y tratamiento después de la IVE conforme a lo establecido por la norma. Se debe asegurar que todo el personal sepa de la disponibilidad de recursos en el sistema de salud y en la comunidad para la atención de estos casos.

2.1.4. Consideraciones especiales para adolescentes

En algunos casos las adolescentes no cuentan con conocimiento claro sobre los signos y síntomas del embarazo, ni los mecanismos de transmisión de las ITS. En particular, las adolescentes jóvenes y las solteras pueden tener dificultad para admitir abiertamente que han tenido relaciones sexuales y por lo tanto que están embarazadas. Así mismo, pueden tener escasa experiencia en hablar de estos temas con los adultos y en acceder y utilizar los servicios para resolver sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Por ello, las adolescentes necesitan un ambiente de apoyo, en el cual puedan expresar cómodamente sus necesidades y sentimientos sin ser juzgadas ni acalladas.

El personal de salud debe desarrollar habilidades para el manejo integral de la sexualidad adolescente en el marco del respeto de sus derechos. Esto incluye una especial habilidad para recabar los datos de la historia. Por ejemplo, debe ser amables y formular preguntas simples en un lenguaje entendible. Debe repetir las preguntas en caso necesario y preguntar con cuidado y consideración para ayudar a la adolescente a centrarse en el tema que la convoca. Dado que las adolescentes, por lo general, necesitan tiempo para revelar sus problemas, se podrán sugerir distintas respuestas para motivarlas a expresarse. Es esencial que el personal de salud garantice claramente la confidencialidad, asegurando a las adolescentes que no se compartirá la información de su consulta con nadie sin su consentimiento.

Ayuda a lo anterior la implementación de servicios de salud «amigables para adolescentes», para asegurar que ellas tengan acceso a los servicios que requieren. Frecuentemente, esto se puede lograr mediante una reorientación de los servicios ya existentes que apunte a cubrir mejor las necesidades de esta población. Esto implica asegurar que los servicios estén disponibles en el momento y lugar dónde las adolescentes puedan utilizarlos.

3. Procedimiento

3.1. Elección del método según la edad gestacional

Los métodos para la IVE pueden clasificarse en métodos quirúrgicos y métodos con medicamentos. Los dos están recomendados. En los lugares en los que están disponibles los dos métodos y no hay restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer es quien elige libremente entre el tratamiento quirúrgico y el tratamiento con medicamentos, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares.

3.1.1. Métodos para ser utilizados hasta 15 semanas completas desde la fecha de la última menstruación:

Métodos Quirúrgicos: El método de elección es la aspiración al vacío manual o eléctrica. La dilatación y el curetaje (legado cortante) es un método señalado por la OMS como método obsoleto, el cual no debe ser utilizado ya que se ha comprobado su mayor asociación con complicaciones como sangrado y perforación, mayores tiempos de estancia y mayores costos (7, 8, 9). La aspiración al vacío se puede realizar hasta la semana 15 por personal debidamente capacitado y cánulas del tamaño adecuado (10).

Métodos con medicamentos: La interrupción del embarazo con medicamentos implica el uso de preparados con acción oxitócica que causan contracciones uterinas, dilatación cervical y expulsión del contenido uterino. Hasta las 10 semanas de gestación, los medicamentos se administran de forma ambulatoria. La recomendación de la OMS incluye un régimen combinado de mifepristona con misoprostol. Como en Colombia no se dispone aún de la mifepristona, se emplea el misoprostol solo. El uso de métodos de IVE con medicamentos requiere la posibilidad de ofrecer aspiración al vacío en el mismo lugar o en un sitio de remisión, en caso de ser necesaria.

3.1.2. Métodos para ser utilizados después de las 15 semanas completas desde la fecha de la última menstruación:

Métodos quirúrgicos: El método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas. La evidencia actualmente disponible indica que la DyE es el método más seguro, incluso por encima de los métodos con medicamentos, para procedimientos de evacuación mayores de 15 semanas, siempre y cuando se tenga la capacitación necesaria y el instrumental adecuado (11,12,13,14).

Métodos con medicamentos: El régimen recomendado incluye la administración de mifepristona seguida de dosis repetidas de una prostaglandina o de análogos de las prostaglandinas, como el misoprostol. También pueden emplearse esquemas con misoprostol solo en dosis repetidas hasta lograr la expulsión, siempre bajo supervisión directa durante el proceso. Después de la expulsión, en caso de retención de restos ovulares puede ser necesario un procedimiento de evacuación uterina.

TABLA 3.1. - RESUMEN DE LAS ALTERNATIVAS ACTUALES PARA IVE EN COLOMBIA SEGÚN EDAD GESTACIONAL

Definición	Método quirúrgico		Método con medicamentos	
	Evacuación uterina mecánica mediante instrumentos		Evacuación uterina mediante la acción oxitócica de algunos medicamentos	
Edad gestacional	Técnica	Requerimientos	Técnica	Requerimientos
Hasta 15 semanas	Aspiración uterina	- Anestesia local (bloqueo paracervical) o sedación consciente. - Profilaxis antibiótica.	Inducción con Misoprostol*	- En casa hasta 70 días de gestación. - Supervisada en edades gestacionales mayores. - Analgesia dosis adecuadas.
Más de 15 semanas	Dilatación y evacuación	Preparación cervical previa con misoprostol.	Inducción con Misoprostol**	- Bajo supervisión. - Analgesia dosis adecuadas. - No requiere de evacuación quirúrgica de rutina luego de la expulsión completa.

* Los regímenes con solo misoprostol son menos efectivos, por ello solo se deben emplear en lugares en los que no se cuenta con mifepristona. Ver dosis en la Tabla 2.

Diversas situaciones generan la necesidad de servicios de IVE en etapas más avanzadas del embarazo. Por lo mismo, todos los niveles del sistema de salud deben tener la posibilidad de realizar una derivación a centros que tengan la capacidad de llevar a cabo la IVE en etapas más avanzadas de una manera segura.

Algunas mujeres, en especial las más vulnerables como las adolescentes, no pueden acceder a cuidados tempranos de salud sexual y reproductiva. Usualmente se debe a desconocimiento de los requisitos para la realización de la IVE, falta de información o de acceso al Sistema de Salud, limitaciones económicas, incapacidad de reconocer los signos de embarazo, menstruaciones irregulares, ambivalencia inicial con relación al embarazo, conflictos familiares o procedencia de zonas en conflicto armado, diagnóstico tardío de malformaciones fetales o aparición tardía del riesgo para la salud (15,16, 17, 18, 19, 20, 21, 22).

Estas mujeres requieren atención prioritaria (en niveles de mediana y alta complejidad), encaminada a disminuir los riesgos asociados con la edad gestacional avanzada mediante técnicas adecuadas y por personal capacitado específicamente en terminación del embarazo más allá del primer trimestre, incluyendo la dilatación y la evacuación o la inducción con medicamentos.

3.2. Consentimiento informado

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE no constitutiva de delito, para el cual debe haber recibido información clara, real, objetiva y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica.

El consentimiento informado debe reflejar la voluntad de la mujer de acceder a la IVE, libre de coerción o discriminación, sin que se requiera obtener permiso, autorización o notificación de un tercero.

En el Anexo No. 4 se sugieren modelos de consentimiento informado para los servicios de salud. Se utilicen o no estos modelos, lo importante es que el formato que se adopte guarde estricta sujeción a lo establecido por las normas técnicas.

Previo al procedimiento quirúrgico o entrega los medicamentos para la IVE con medicamentos, el personal de salud debe cerciorarse de que antes de firmar la mujer entiende a cabalidad la información suministrada y que todas sus dudas y preguntas han sido resueltas.

3.2.1. Consentimiento en situaciones especiales

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 23 de 1981, en el caso de menores de 14 años de edad, si existe divergencia de opiniones entre estas y sus padres o tutores legales se procura conciliar el derecho de la menor a la autodeterminación y a la protección de su salud, sin menoscabar en forma alguna su voluntad, ya que la Corte Constitucional ha reiterado su derecho a consentir la práctica de la IVE. Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de las niñas menores de 14 años resulta no solo inconstitucional sino también contraproducente. Por lo mismo, es una barrera inadmisibles impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción (23).

Como se mencionó anteriormente en este documento, la presentación de interdicción en caso de violencia sexual contra una mujer discapacitada, no es exigible como requisito para llevar a cabo el procedimiento (24).

3.3. Interrupción del embarazo

3.3.1. Tratamiento quirúrgico

3.3.1.1. Preparación previa

Preparación cervical: Por lo general los procedimientos de evacuación uterina requieren de dilatación cervical, la cual se logra con dilatadores osmóticos o mecánicos. Por otra parte, la preparación cervical hace que el procedimiento de dilatación sea

mucho más fácil y rápido, y reduce la incidencia de posibles complicaciones, en cualquier edad gestacional, especialmente en los embarazos de 12 semanas o más. La preparación cervical previa a la IVE quirúrgica también puede ser especialmente beneficiosa en casos de anormalidades cervicales o cirugías previas y en mujeres adolescentes (25, 26, 27, 28).

El esquema recomendado para la preparación cervical es misoprostol, 400 mcg vía sublingual, 2-3 horas antes del procedimiento o vía vaginal 3-4 horas antes del procedimiento. Esta dosis de preparación no busca dilatar el cérvix, ni mucho menos causar la expulsión, sino, como su nombre lo indica, preparar el cérvix reblandeciéndolo de tal manera que se facilite la dilatación. La administración previa de misoprostol también ha mostrado disminuir la pérdida de sangre durante el procedimiento, así como el riesgo de hemorragia (29).

Prevención del dolor. Toda mujer debe recibir analgesia rutinariamente. Se recomienda la administración previa de analgésicos tipo AINES. La evidencia indica que esta conducta reduce el dolor que la mujer experimenta durante la recuperación inmediata. El esquema sugerido es ibuprofeno, 800 mg vía oral, media hora antes del procedimiento. El acetaminofén no ha mostrado ser útil en estos casos. Actualmente se sugiere el empleo de analgésicos narcóticos para el control del dolor (30).

Prevención de infección postaborto. Existe suficiente evidencia que muestra que la administración profiláctica de antibióticos reduce hasta en un 40% el riesgo de infección (31,32,33). El esquema más recomendado es doxiciclina en dosis de 100 mg cada 12 horas. Iniciar antes del procedimiento y continuar durante 5 días después del procedimiento. También se ha confirmado que son efectivos, el metronidazol, 1 gramo intrarrectal, o el tinidazol, 2 gramos vía oral, antes del procedimiento (34, 35).

3.3.1.2. Evacuación Uterina

Hasta las 15 semanas: Aspiración endouterina

La aspiración al vacío es la técnica quirúrgica de elección para embarazos hasta de 15 semanas completas y por esta razón será el procedimiento que se describirá en detalle en el presente protocolo.

Algunos profesionales, dependiendo de su entrenamiento y experiencia tienen la capacidad de realizar la aspiración al vacío hasta 15 semanas de gestación. La alta eficacia de la aspiración al vacío ha sido probada en varios ensayos clínicos

Técnica de No Tocar

La técnica de No Tocar consiste en no tocar con superficies no estériles los instrumentos estériles que van a ser introducidos en la cavidad uterina, como por ejemplo la punta de la cánula y de los dilatadores.

Esta técnica ha sido usada por décadas en muchos países desarrollados y en desarrollo con una tasa de infecciones cercana al 0,5 por mil, reportada en grandes series que soportan su seguridad.

Como medida de bioseguridad, el personal que hace el procedimiento debe utilizar equipo de protección (guantes y protector de mucosa conjuntival, nasal y oral o careta protectora).

controlados. Se han reportado tasas de IVE completa entre 95% y 100% (36). La aspiración eléctrica y manual tienen la misma efectividad.

La aspiración al vacío involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. La aspiración al vacío eléctrica utiliza una bomba de vacío eléctrica. Para la aspiración manual endouterina (AMEU), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico (jeringa de Karman) de 60 ml sostenido y activado con la mano. El tamaño de las cánulas oscila entre 4 a 14 mm de diámetro.

Dependiendo de la duración del embarazo, la IVE mediante aspiración al vacío toma entre 3 y

10 minutos y se realiza de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y anestesia paracervical. No requiere de sala de cirugía, ni de área estéril mientras se sigan las normas de la técnica de “No tocar” (ver recuadro).

Por ser un procedimiento que se lleva a cabo, por lo general, en una mujer consciente, es fundamental que se le brinde acompañamiento durante todo el proceso por parte de una persona capacitada para ello, que puede ser del área de enfermería, trabajo social o psicología. Este acompañamiento busca brindar un apoyo emocional que facilite el control del dolor y de la experiencia por parte de la mujer, pero que de ninguna manera excluye la necesidad de apoyo analgésico farmacológico.

El procedimiento debe llevarse a cabo siguiendo los siguientes pasos básicos:

- 1. Examen pélvico bimanual**, para confirmar el diagnóstico, posición y tamaño del útero.
- 2. Asepsia y antisepsia vaginal y cervical** con una solución antiséptica de yodopovidona o de clorhexidina.
- 3. Pinzamiento cervical con tenáculo.** Para disminuir la molestia asociada al pinzamiento y a la tracción, el pinzamiento se realiza de manera lenta y suave con la opción de hacer toser a la mujer para disminuir la sensación de dolor (37). Debe abarcar la mucosa y parte de estroma muscular con el fin de asegurar la fijación uterina y evitar el desgarramiento de la mucosa al ejercer tracción. También puede ser útil la aplicación de anestesia local en el sitio de pinzamiento (38,39).

- 4. Bloqueo paracervical:** El bloqueo paracervical tiene por finalidad disminuir el dolor asociado al procedimiento, en especial a la dilatación. Se han descrito muchas técnicas pero la más utilizada es la inyección de 200 mg de lidocaína (10 cc de lidocaína al 2% o 20 cc al 1%) mediante punción profunda (3 centímetros) en los fórnicos vaginales, aproximadamente en los puntos 4-5 y 7-8 (tomando como referencia la circunferencia de un reloj), repartiendo la dosis total de forma equitativa en los dos puntos. El bloqueo paracervical con menor profundidad no ha mostrado ser eficaz en el control del dolor (40).

Siempre debe tenerse la precaución de inyectar con lentitud y aspirando previamente para evitar la inyección intravascular. Se debe esperar entre dos y tres minutos después de la infiltración para permitir el inicio de la acción anestésica (41, 42, 43, 44, 45, 46).

Las ventajas de usar un bloqueo paracervical incluyen un tiempo de recuperación más rápido y el hecho de que la mujer permanece consciente y por ende tiene la capacidad de alertar al profesional sobre problemas que puedan surgir.

- 5. Sedación.** En los casos en que para la usuaria sea difícil manejar el procedimiento bajo anestesia local o cuando ella lo solicite y esté disponible, se puede realizar la evacuación de la cavidad uterina bajo sedación consciente, con los requisitos que requiere esta intervención. La anestesia general no se recomienda para procedimientos de IVE, ya que aumenta el riesgo de hemorragia, de perforación y de complicaciones anestésicas (47, 48, 49).

- 6. Dilatación Cervical.** De ser necesario, se dilata el cuello mediante la inserción suave, no forzada de dilatadores mecánicos (plásticos de Denniston o metálicos de Hegar) de manera progresiva, empezando con el de menor calibre hasta alcanzar un diámetro en milímetros equivalente al número de semanas de edad gestacional calculadas o un número más, si se prevé alguna dificultad para pasar la cánula. El dilatador se guía en dirección al fondo uterino tomando como guía la posición uterina que se ha determinado previamente durante el examen bimanual y de la cual no debe existir duda, así como la dirección que ofrezca el canal cervical al avanzar el dilatador, tratando de “sentir” con los dedos, los cambios de dirección del conducto cervical. El dilatador se inserta solo hasta sobrepasar levemente el orificio cervical interno para evitar una perforación uterina o falsa ruta. Si no es posible realizar la dilatación por dificultad en la inserción de los dilatadores, por estenosis o fibrosis cervical o deformidades del cérvix, se reintenta la dilatación después de dos horas de administrar 400 mcg sublinguales de misoprostol.

7. Succión. Introducir suavemente en la cavidad uterina una cánula de diámetro en milímetros equivalente al número de semanas gestacionales calculadas (ej. Cánula número 7 para embarazo de 7 semanas). Una vez identificado el fondo uterino por la resistencia al paso de la cánula, verificar la histerometría mediante las marcas en la cánula y empatar el instrumento de succión ya sea la jeringa de Karman o al succionador eléctrico. Luego, activar la succión abriendo las válvulas de la jeringa o activando la succión eléctrica y realizando con la cánula movimientos de rotación en un solo sentido y posteriormente longitudinales, recorriendo la cavidad uterina desde el fondo hasta el orificio cervical interno, teniendo en cuenta que siempre se debe seguir el mismo sentido y haciendo giros del tamaño de la ventana de la cánula de 45° de rotación para evitar que se deje de revisar alguna superficie.

8. Finalización. Para terminar la succión se evalúa la presencia de signos de evacuación completa consistentes en el cese de paso de tejidos y en su lugar, de burbujas a través de la cánula y la sensación táctil y auditiva típica de que se ha desprendido el tejido “liso” correspondiente al tejido decidual y que se toca una superficie “áspera”.

Al terminar la succión, se verifica la adecuada contracción uterina y la ausencia de sangrado por el orificio cervical o los puntos de aplicación del tenáculo o pinza usada para fijar el cuello uterino. En caso de presentarse sangrado por los puntos de fijación cervical, ejercer presión directa sobre ellos con torundas de gasa o con una pinza hemostática.

Si la paciente lo ha elegido, se aplica en este momento el DIU (dispositivo intrauterino) recortando los hilos a 15-20 mm del orificio cervical externo.

9. Revisión del Tejido. Es de gran importancia revisar el tejido obtenido en la succión para confirmar la presencia del saco gestacional con sus vellosidades características y/o del tejido embrionario o fetal completo acorde con la edad gestacional. Es preferible examinar el tejido colocándolo en flotación en un recipiente transparente con luz por debajo de este, para observar mejor el material.

Si no se observan los productos de la concepción esperados, se debe sospechar un embarazo ectópico e iniciar un proceso diagnóstico para descartar esta posibilidad.

El análisis rutinario del material evacuado por un laboratorio de patología no es esencial, sin embargo se realiza en caso de sospecha de enfermedad trofoblástica o se ingresa a la cadena de custodia para estudio genético, si es el caso. De lo contrario se sigue la ruta establecida para el manejo de los residuos biológicos.

¿Por qué no debe practicarse la evacuación uterina mediante legrado uterino (DyC)?



Donde aún se practica, deben hacerse todos los esfuerzos posibles para reemplazar la DyC (dilatación y curetaje) con la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención de las mujeres”.

OMS 2012

El legrado uterino requiere, al igual que la aspiración, la dilatación cervical mediante agentes farmacológicos o dilatadores mecánicos, pero utiliza curetas metálicas fenestradas para raspar las paredes uterinas por lo que es menos seguro que la aspiración al vacío (50) y considerablemente más doloroso para la mujer.

Desde hace varias décadas se ha reconocido que las tasas de complicaciones mayores se presentan dos a tres veces más cuando se usa el legrado en comparación con la aspiración al vacío (51, 52). Un ensayo clínico controlado que comparó el legrado con la aspiración al vacío, reveló que hasta 10 semanas desde la fecha de la última menstruación, la aspiración al vacío es más rápida y se asocia con menor pérdida de sangre (53). También se ha evidenciado que la aspiración endouterina tiene un mejor nivel de aceptabilidad y de satisfacción por parte de las mujeres que obtienen el servicio.

Comparación de la Aspiración Manual Endouterina vs Legrado Uterino (54)

	AMEU - (N=834)	DYC - (N=589)
Evacuación incompleta	0%	0.7%*
Trauma cervical	0.1%	0.3%
Perforación uterina	0%	0.2%
Hemorragia	0.2%	0.7%*

* $p < 0,005$

Desde las 15 semanas: Dilatación y evacuación

La dilatación y evacuación (DyE) es utilizada desde las 15 semanas completas de embarazo. En aquellos lugares en donde se dispone de profesionales con experiencia y habilidad, es la técnica quirúrgica más efectiva y segura para embarazos de más de 15 semanas (14). Existe suficiente evidencia científica que demuestra que este procedimiento tiene un riesgo menor de complicaciones que la inducción con misoprostol (55).

La DyE requiere la preparación cervical con mifepristona o una prostaglandina como el misoprostol, o laminaria o un dilatador hidrofílico similar. Se debe dilatar el cérvix y evacuar el útero utilizando un aspirador eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo (56, 57). Aunque no es indispensable, muchos profesionales encuentran útil el empleo de ecografía durante el procedimiento de DyE.

El procedimiento de DyE se puede realizar ambulatoriamente. El control de dolor se obtiene con bloqueo paracervical y analgesia. Sin embargo, los lugares que ofrezcan estos procedimientos deben estar equipados y contar con personal entrenado para administrar, de ser necesaria, sedación consciente o profunda. La anestesia general no es necesaria y puede aumentar los riesgos. Por lo general, el procedimiento de DyE tarda alrededor de 30 minutos o más, dependiendo de las particularidades de cada caso (58).

3.3.1.3. Recuperación y salida

La mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la Institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 60 minutos en observación en una sala de recuperación. Por lo general, son necesarios períodos más largos de observación cuando se ha administrado sedación consciente o anestesia general.

Durante este periodo, el personal de salud brinda a la mujer comodidad y apoyo y monitorea su recuperación. Vigila en especial el nivel de dolor y administra analgésicos y antiespasmódicos a necesidad cuando el dolor se encuentra dentro de lo esperado o alerta en cuanto a la posibilidad de perforación uterina o hematómetra cuando sea mayor al usual.

A pesar de no ser concluyente la evidencia, ante el riesgo de isoinmunización, se debe administrar inmunoglobulina anti-D a toda mujer que sea Rh negativa y cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado, en dosis de 50 mcg para usuarias con edades gestacionales hasta las 11 semanas y 300 mcg para usuarias con edades gestacionales de 12 semanas o más (59).

La mujer debe recibir información clara sobre los síntomas que puede tener durante su recuperación como dolor tipo cólico ocasional durante la primera semana que no debe incrementarse y que debe ceder con analgésicos comunes; sangrado similar al menstrual en promedio por 10 días, aunque puede durar hasta 4 semanas.

También debe saber que la ovulación puede ocurrir tan temprano como 8 días después del procedimiento (60) y por lo mismo es necesario que utilice un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día y que la menstruación reaparecerá entre 30 y 40 días después del procedimiento. Después de la IVE, la mayoría de las mujeres puede retomar sus actividades habituales en el transcurso de horas o 1-2 días.

Se deben dar instrucciones claras de consultar en caso de fiebre, dolor abdominal severo o sangrado mayor a dos toallas higiénicas empapadas por hora durante más de dos horas consecutivas.

3.3.2. Tratamiento con medicamentos

Se ha confirmado que los métodos empleados para la interrupción del embarazo con medicamentos son seguros y efectivos (61, 62, 63). La mifepristona, combinada con el misoprostol, es el medicamento de elección recomendado por la OMS, por lo tanto la incluye en la lista de medicamentos esenciales. El uso de mifepristona aumenta de manera considerable la efectividad del tratamiento, reduce la incidencia de efectos secundarios y disminuye el tiempo de tratamiento. En Colombia, a la fecha, no está registrada, razón por la cual se emplean regímenes de solo misoprostol. El misoprostol cuenta en Colombia con registro como medicamento oxitócico para varios usos obstétricos y específicamente con indicación para la IVE en los casos despenalizados (64). También se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud (65).

3.3.2.1. Elección del esquema apropiado

Los regímenes a elegir deben tener en cuenta los medicamentos disponibles y la edad gestacional. Por su importancia, incluimos en la presente guía los esquemas con mifepristona (Ver Tabla 3.2).

TABLA 3.2. REGÍMENES PARA LA IVE CON MEDICAMENTOS.

Edad gestacional	Dosis	Ruta	Intervalo	Eficacia
Regímenes con mifepristona				
Hasta 10 semanas En casa	Mifepristona 200 mg	Oral	Dosis única	94-96%
	Misoprostol 800 mcg	Vaginal o sublingual	Dosis única a las 24 a 48 horas	
Más de 10 sema- nas	Mifepristona 200 mg	Oral	Dosis única	~100%
Supervisado	Misoprostol 800 mcg	Vaginal o sublingual	Seguido de 400 mcg cada 3 horas hasta 4 dosis iniciando a las 24-48 horas	
Regímenes con misoprostol solo				
Hasta 10 semanas En casa	Misoprostol 800 mcg	Vaginal	Cada 12 horas x 3 dosis	85-90%
10-12 semanas Supervisado		Sublingual	Cada 3 horas x 3 dosis	
Más de 12 sema- nas:*	Misoprostol 400 mcg	vaginal o sublingual	Cada 3 horas hasta la expulsión o por 5 dosis. Si no es exitoso, reiniciar al día siguiente	~100%**
Supervisado				

* En caso de embarazos superiores a las 24 semanas de gestación, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas.

** El tiempo y dosis requerida es mayor a lo observado con el uso de la mifepristona.

3.3.2.2. Información

Antes de iniciar el tratamiento, se debe dar información exacta, imparcial, completa y comprensible sobre el tratamiento con medicamentos y lo que se debe esperar del mismo.

Las mujeres tienden a estar más satisfechas con el procedimiento cuando tienen expectativas más realistas. El personal de salud debe garantizar que la mujer

comprenda la importancia de seguir el protocolo, y también que sepa cómo reconocer las complicaciones y qué hacer en caso de que se presenten. La información debe incluir como mínimo:

♦ Efectividad del tratamiento

La tasa de efectividad del tratamiento con mifepristona y misoprostol está alrededor de 94% (66, 67, 68) y la del misoprostol solo entre el 85 y 90% (69), dependiendo de la dosis y la ruta, siendo la más alta la observada con el esquema recomendado en este protocolo. La efectividad en procedimientos de segundo trimestre es mucho mayor y asciende a cerca del 100% cuando se emplean dosis repetidas de misoprostol con las dosis e intervalos adecuados (Ver Tabla 2) (70).

♦ Posibilidad de requerir aspiración uterina

La posibilidad de requerir aspiración uterina después del tratamiento con medicamentos depende del esquema empleado y se encuentra por debajo del 6% para la combinación mifepristona-misoprostol y por encima del 15% para otros regímenes. La mayor parte de las veces, la evacuación se realiza por aborto incompleto o retenido y muy rara vez por la continuación del embarazo, que en promedio sucede en aproximadamente el 0,5% de los casos cuando se emplea mifepristona y del 4% al 6% cuando se emplea misoprostol solo. Muy excepcionalmente se requiere de aspiración urgente por sangrado excesivo (menos de 1% de los casos); sin embargo es importante que la mujer tenga información sobre dónde acudir las 24 horas o que los mecanismos de referencia y contrarreferencia se pongan a su disposición en caso de ser necesario. La posibilidad de requerir un procedimiento adicional después de la expulsión cuando se trata de embarazos de 12 semanas o más, depende del criterio clínico y aumenta con la edad gestacional.

♦ Efectos esperados

Inicio y duración del sangrado y de la expulsión del producto de la concepción. Para el caso de los embarazos menores de 10 semanas, se presenta dentro de las tres primeras horas después de haberse administrado el misoprostol, sin importar que se emplee solo o en combinación con la mifepristona. El sangrado, usualmente es mayor al de una menstruación, alcanza el máximo durante la expulsión; luego, disminuye progresivamente y puede durar hasta 6-38 días (2 semanas en promedio) (71). La respuesta es diferente en cada mujer. Se puede presentar expulsión de coágulos y restos ovulares, y si la edad gestacional está entre 7 y 10 semanas se puede observar el producto de la concepción (72). Para el caso de embarazos mayores de 12 semanas,

el proceso es muy variable. Fluctúa entre 6 y 36 horas con un promedio de 10 horas y aumenta de forma proporcional al número de semanas de edad gestacional. En promedio, la expulsión se presenta hasta en 84% de los casos dentro de las 24 horas siguientes a la administración del misoprostol (73).

Es importante dar indicaciones claras de consultar en caso de presentar sangrado abundante y persistente (empapar dos toallas higiénicas por hora durante 2 horas o más), presentar sangrado persistente durante varias semanas, o sentirse mareada o débil durante la recuperación.

Dolor abdominal. Usualmente es de tipo cólico y de una intensidad mayor que el dolor menstrual. En el caso de embarazos menores de 9 semanas, se controla con anti-inflamatorios no esteroideos que deben ser formulados para su uso, en dosis máxima durante las horas que preceden a la expulsión. Un régimen apropiado debe contemplar una dosis inicial alta antes de iniciar el tratamiento y continuar con dosis frecuentes sin sobrepasar la dosis terapéutica máxima en las siguientes 24 horas. Se puede emplear una dosis de 800 mg de ibuprofeno una hora antes de iniciar el misoprostol, seguida de 400 mg cada tres o cuatro horas, sin sobrepasar la dosis terapéutica máxima de 3,2 gramos en 24 horas (74, 75). Para el caso de terminaciones supervisadas de mayor edad gestacional se recomienda el uso de opiáceos e incluso analgesia mediante bloqueo regional según la necesidad.

Retorno de la fertilidad. Se debe informar que la menstruación se presenta usualmente entre 30 a 50 días después del tratamiento con tendencia a tiempos más prolongados en procedimientos de segundo trimestre. No obstante, la ovulación puede ocurrir tan pronto como 8 días después de la terminación del embarazo incluso de más de 12 semanas.

♦ Efectos colaterales

Tres de cada cuatro mujeres pueden presentar efectos colaterales después de la administración de misoprostol. Es importante, por lo mismo, informar claramente que lo más probable es que se presente uno o más de los siguientes síntomas:

Náusea y vómito. Una vez administrada la mifepristona se puede presentar náusea hasta en el 50% de las mujeres y vómito hasta en el 23% (76). Dentro de las primeras 4 horas después de administrar el misoprostol, se puede presentar náusea y vómito hasta en el 30% de los casos. Estos síntomas se controlan fácilmente con antieméticos, en caso de ser necesario.

Fiebre y Escalofrío. Se presenta fiebre mayor de 38 °C en promedio en un 15 a 20% de las pacientes durante las primeras 24 horas después de la administración de misoprostol, sin ser indicativo de infección. Para controlarla se pueden emplear antipiréticos. El escalofrío suele ser más frecuente y se presenta en alrededor del 30 a 43% de las mujeres (77). Si la fiebre y el escalofrío persisten por más de 24 horas después de haberse administrado el misoprostol, la usuaria debe asistir a control en forma inmediata.

Diarrea. Se asocia al uso de misoprostol y en promedio ocurre entre un 9% y un 26% de las mujeres y generalmente desaparece el mismo día (78). Su aparición e intensidad es muy variable y en algunas series puede ser tan frecuente como 50%, dependiendo de la dosis y la ruta empleada, siendo más frecuente cuando se emplea por vía oral.

Cefalea. Es poco frecuente pero puede presentarse después de la administración de mifepristona en el 13% de las mujeres o después del misoprostol en el 17% (79).

En general, la aparición de efectos secundarios se encuentra en el rango inferior reportado anteriormente cuando se realiza el tratamiento con mifepristona porque los efectos colaterales se relacionan más con el misoprostol y cuando este se emplea con la mifepristona la dosis es menor que cuando se emplea solo.

♦ **Contraindicaciones y precauciones**

No se debe administrar un tratamiento con medicamentos cuando exista sospecha de embarazo ectópico, cuando exista alergia conocida a cualquiera de los medicamentos empleados o cuando la mujer se encuentre bajo tratamiento anticoagulante.

La mifepristona está contraindicada en caso de porfiria o de falla suprarrenal crónica y debe ser usada con precaución en mujeres que usan terapia corticoide de largo plazo.

No son contraindicaciones para el tratamiento con medicamentos la miomatosis uterina, la estenosis cervical, los antecedentes de conización cervical, las malformaciones uterinas (80, 81), ni el antecedente de cesárea tanto para casos de primer como de segundo trimestre (82, 83, 84, 85).

Si existe un DIU in situ, este se debe retirar antes de iniciar el tratamiento, previa exclusión de la posibilidad de un embarazo ectópico.

Se debe administrar inmunoglobulina anti D a toda mujer que sea Rh negativa y cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado, en dosis de 50 mcg para mujeres con edades gestacionales hasta las 11 semanas y 300 mcg para mujeres con edades gestacionales de 12 semanas o más (86).

Para el caso de IVE en edades gestacionales mayores a 12 semanas, por inducción con medicamentos, no se debe hacer evacuación quirúrgica de rutina si se ha expulsado el feto y la placenta completa (87, 88, 89). En una investigación que incluyó abortos mayores de 12 semanas de gestación, las tasas más altas de aborto incompleto fueron del 11% (90, 91, 92). La evidencia disponible indica que es posible que se realicen evacuaciones innecesarias y que la evacuación uterina de rutina en estas mujeres, no disminuye las tasas de sangrado o necesidad de intervención quirúrgica postprocedimiento (93).

Cuando se utilizan medicamentos para la terminación del embarazo en edades gestacionales que superen las 23 semanas, debe aplicarse antes de iniciar el procedimiento una inyección intracardiaca o en el cordón umbilical de cloruro de potasio o intraamniotica/intrafetal de digoxina, para evitar la viabilidad al momento de la expulsión. (Ver Guía OMS 2012, página 39, numeral 2.2.3). El adelanto del parto con un producto vivo como resultado final, no se considera una IVE.

Tanto para el caso del tratamiento con medicamentos como el tratamiento quirúrgico es absolutamente inadecuado y violatorio de los derechos de las mujeres obligarlas a mirar, conservar o disponer del producto de la concepción.

4. Seguimiento

Después de una IVE por aspiración no se requiere una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo procurar atención debido a complicaciones y si ha iniciado un método anticonceptivo o ha recibido la información necesaria para cubrir sus necesidades anticonceptivas (94). No obstante, si la mujer lo desea puede regresar a la institución 1-2 semanas más tarde para evaluar su salud en general, confirmar la ausencia de complicaciones y reforzar los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.

En el caso de la IVE con medicamentos, el control también puede ser opcional siempre y cuando se hayan creado los mecanismos adecuados para que la mujer pueda valorar por sí misma los resultados del proceso y pueda confirmar que el tratamiento ha sido exitoso. Para ello, debe recibir información completa sobre el curso del procedimiento una vez se administran los medicamentos y tener la posibilidad de comunicarse con el/la médico/a o una/a profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindar apoyo.

En general las mujeres son capaces de determinar si han tenido un aborto completo con alta precisión. Un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, y el hallazgo al examen físico de un útero de tamaño normal, cérvix cerrado y sangrado ausente o mínimo, son altamente sugestivos de un tratamiento exitoso. En estos casos no es necesaria la realización de ningún otro examen.

Cuando no se ha presentado sangrado o este fue escaso, o cuando persiste un sangrado importante hasta 1-2 semanas más tarde o los síntomas de embarazo aun están presentes, se debe sospechar una falla del tratamiento. En caso de confirmarse la persistencia del embarazo o la presencia de un aborto retenido, se debe llevar a cabo un procedimiento de evacuación uterina por aspiración.

En caso de sospecharse aborto incompleto por dolor o sangrado persistente, es adecuado ofrecer la opción de aspiración o de una dosis adicional de misoprostol de 400 microgramos por vía sublingual.

La visita de seguimiento, cuando tiene lugar, es una oportunidad para hablar con la mujer sobre su experiencia, en caso de ser necesario. Por ejemplo, las mujeres que tienen una IVE por razones médicas o por violación, pueden sentir necesidad de hablar sobre la sensación de pérdida o ambivalencia, o desear orientación adicional.

C. Asesoría anticonceptiva

Un componente esencial de la prestación de servicios de IVE comprende la asesoría para el inicio de un método anticonceptivo. Esta asesoría debe tener lugar, en lo posible, durante la orientación si el profesional está capacitado para hacerla. Puede hacerse también durante la consulta inicial o antes del egreso después del procedimiento ambulatorio u hospitalario. Aunque la cita de seguimiento es un momento pertinente para la realización de esta asesoría, se deben agotar todos los esfuerzos necesarios para que la asesoría y el inicio de un método no se pospongan hasta ese momento.

La asesoría en anticoncepción es un proceso de comunicación interpersonal y directa, mediante la cual una persona del equipo de salud orienta y asesora a la mujer o a la pareja, para identificar necesidades y tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias acerca de sus vidas reproductivas.

Es necesario en diferentes momentos o situaciones de la vida y es importante resaltar que cada persona tiene diferentes necesidades, circunstancias y condiciones económicas y socio-culturales que influyen en su decisión, por lo tanto el personal de salud debe individualizar cada intervención.

La asesoría debe contemplar no solo la información y la educación, sino de manera muy enfática, la aplicación y comunicación de los derechos sexuales y reproductivos de la forma en que se describe a continuación:

- ♦ **Información.** Todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de anticoncepción, la mujer tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles.
- ♦ **Libertad.** Capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la salud sexual y reproductiva.
- ♦ **Privacidad.** Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva incluido el tamaño de la familia, son de carácter privado, pues estas se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.
- ♦ **Igualdad.** Los métodos anticonceptivos deben ser dados a conocer en todos los servicios de salud y estar al acceso de todas las mujeres que los soliciten, sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, ideas políticas, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición.

♦ **Justicia sanitaria.** Se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener. La usuaria ejerce este derecho cuando puede acceder a un paquete básico de servicios y de opciones integrales en salud, donde la oferta es confiable y además tiene continuidad de la misma.

La Norma Técnica para la Atención en anticoncepción a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución No. 412 de 2000 y actualizada a través de la Resolución No. 769 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social, se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería en anticoncepción y el suministro del método, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el intervalo de tiempo entre ellos. El proceso de asesoría, elección e inicio de un método anticonceptivo en el contexto de una IVE, debe desarrollarse dentro de los lineamientos de dicha norma.

Todos los profesionales de la salud, tienen la obligación de garantizar los mecanismos efectivos, ágiles, óptimos, integrales y pertinentes que aseguren la integralidad e integridad de las acciones de salud sexual y reproductiva descritos en esta norma.

1. Particularidades en el contexto de la IVE

Todos los métodos anticonceptivos disponibles deben ser presentados a la mujer de manera objetiva dando especial importancia a su efectividad. Para lograr este objetivo deben ser pre-sentados en orden de mayor a menor efectividad.

Se debe brindar información básica concerniente a su mecanismo de acción, forma correcta de uso, efectos secundarios y efectos benéficos no anticonceptivos.

La prestación del servicio de IVE no puede supeditarse al inicio de un método anticonceptivo, sin embargo la elección del mismo o la decisión de no iniciar un método por parte de una mujer debe ser basada en información completa, veraz

e individualizada a través de la asesoría, de lo contrario no se puede considerar como un verdadero ejercicio de autonomía. Si la mujer elige un método que no está disponible, se debe facilitar uno temporal mientras accede al de su elección.

En el contexto de la IVE, la asesoría se debe prestar teniendo en cuenta las siguientes particularidades:

- ◆ El retorno de la ovulación en promedio sucede 2 o 3 semanas después del aborto, sin embargo puede observarse tan pronto como de 8 a 10 días después (95), en especial después de IVE de primer trimestre.
- ◆ Ningún método anticonceptivo está contraindicado en el contexto del postaborto inmediato, excepto los métodos basados en el conocimiento de la infertilidad o el DIU en casos de infección pélvica activa en el momento de la atención (Ver Tabla 3.3).
- ◆ No es necesario esperar a la siguiente menstruación para iniciar un método anticonceptivo; esta práctica puede poner a la mujer en riesgo de un embarazo no deseado. Cuando las mujeres inician un método anticonceptivo el mismo día de un procedimiento de aborto, tienen una posibilidad 30% a 60% menor de tener un aborto repetido en comparación con las mujeres que posponen su inicio al día del control o al retorno de la menstruación (96, 97, 98, 99).
- ◆ Para el caso de la IVE con medicamentos, la anticoncepción hormonal se puede iniciar inmediatamente después del inicio de los medicamentos o durante el control post-aborto.

TABLA 3.3. RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS DE ELEGIBILIDAD POSTERIOR

Circunstancia	Hormonales combinados: Orales, inyectable mensual, parche, anillo vaginal	Píldora solo progestágeno	Inyectable trimestral e implantes	DIU T cobre y hormonal	Barrera
Primer trimestre	1	1	1	1	1
Segundo trimestre	1	1	1	2	1
Aborto séptico	1	1	1	4	1

Definición de categorías

1. Afección para la cual no hay restricciones en el uso de métodos anticonceptivos.
 2. Afección donde las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos comprobados.
 3. Afección donde los riesgos teóricos o comprobados habitualmente superan las ventajas de usar el método.
 4. Afección que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo.
- Basado en OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4a ed. Ginebra, 2009.

♦ **Los métodos de larga duración proveen la mayor protección anticonceptiva:**

- ♦ Las tasas de continuación después de un año, cuando la mujer ha elegido (e iniciado) un método de larga duración (DIU o implante) después de un aborto, son 50% mayores que cuando inician métodos de corta duración (100, 101, 102).
- ♦ La inserción de un DIU inmediatamente después de una IVE de primer trimestre es segura y ofrece mayor protección contra el embarazo no deseado recurrente en comparación con la inserción diferida. Cuando se inserta después de un procedimiento de primer trimestre, no tiene una tasa de expulsión mayor a la inserción de intervalo. Cuando se realiza después de un procedimiento de segundo trimestre, puede haber una tasa de expulsión ligeramente mayor (103, 104, 105, 106, 107).
- ♦ Si el procedimiento es llevado a cabo en un sitio que ofrezca el servicio y la mujer desea una oclusión tubárica bilateral, se debe realizar antes de darle de alta, preferiblemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al procedimiento.
- ♦ Toda mujer, incluso aquella que inicia un método anticonceptivo regular, debe ser informada de la existencia y la forma de uso de la anticoncepción de emergencia.

Se deben seguir los lineamientos descritos en la Resolución No. 769 de 2008 en cuanto al consentimiento informado, incluyendo la capacidad de las menores de 14 a 18 años de consentir el inicio de un método anticonceptivo.

D. Manejo de complicaciones

La aspiración al vacío es un procedimiento muy seguro. Un estudio de 170.000 mujeres con abortos de primer trimestre realizado en Estados Unidos (la mayoría por aspiración al vacío), indicó que menos de un 0.1% de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requirieron hospitalización (108). La tasa general de complicaciones, incluyendo las menores, puede llegar a ser hasta de 12 por cada 1.000, siendo la más común la infección pélvica (109).

El tratamiento con medicamentos evita en gran parte el riesgo de perforación asociado al procedimiento quirúrgico; sin embargo, persiste el riesgo de hemorragia (no asociada a transfusión) que puede ser hasta de 2,5 por 1.000 (110) y el riesgo de infección.

1. Factores de riesgo

En general la edad gestacional avanzada es el principal factor de riesgo, en especial después de las 15 semanas. A pesar de ello, toda mujer que elige una IVE debe saber que el riesgo de la terminación del embarazo en condiciones seguras nunca es mayor al de un parto a término (Ver tabla No 3.4). La anestesia general y legrado también aumentan el riesgo de complicaciones como la hemorragia y la perforación. Otros factores como multiparidad, nuliparidad, adolescencia y edad avanzada de la mujer, no se han podido asociar consistentemente con un riesgo mayor de complicaciones.

2. Complicaciones

2.1. Infección

Las infecciones ocurren ocasionalmente si la IVE se realiza apropiadamente. Los síntomas comunes incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical de mal olor, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos.

Cuando se diagnostica una infección, se deben administrar antibióticos terapéuticos. Por su baja incidencia, no existen estudios clínicos que permitan hacer una recomendación basada en la evidencia sobre el mejor tratamiento y, en general, se deben utilizar los mismos regímenes que se recomiendan para el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria (111). Si la probable causa de la infección es la retención de restos ovulares, se debe reevacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir hospitalización.

TABLA 3.4. TASA DE COMPLICACIONES DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO DE ABORTO SEGURO Y COMPARACIÓN CON PARTO A TÉRMINO

	Tasa x 1.000 procedimientos				
	IVE Primer trimestre		IVE Segundo trimestre		Parto a término
	Dilatación y aspiración (112,113,114)	Tratamiento con Misoprostol (115,116,117)	Dilatación y evacuación (118,119)	Inducción con medicamentos (120,121,122,123)	
Infección	4,6	4,5	3,6	0 a 6 ***	30-150
Hemorragia que requiere transfusión	0,5	1	5,1	18	50
Laceración cervical	2,7	-	4,3	2	-
Retención de restos ovulares	2,2	7-77 [¶]	2,0	313 [§]	10
Hematómetra	1,7	-	-	-	-
Perforación/ruptura uterina	1,1	-	1,4*	10	0,5
Muerte	0.006	0 [‡]	0.001	0 [‡]	0,7**

[¶] Variación debido a diferencias en la definición de aborto incompleto según el estudio.

* Incluye casos sin confirmación a los que se les dio manejo expectante.

[§] Con espera entre 50 y 60 minutos después del parto para definir retención de placenta.

[‡] No hay casos reportados.

** Tasa mortalidad materna en Colombia.

*** La mayoría de series grandes no reportan ningún caso.

2.2. Hemorragia

La hemorragia puede ser producto de hipotonía uterina, retención de restos, traumatismo o lesión cervical y ocasionalmente de perforación uterina.

Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir: masaje uterino, reevacuación uterina, administración de uterotónicos como misoprostol sublingual, metilergonovina intra-muscular u oxitocina intravenosa, teniendo en cuenta la menor cantidad de receptores en el miometrio durante el primer y segundo trimestre que hace necesaria la administración de dosis altas. Se recomiendan dosis de 20 a 40 UI diluidas en soluciones cristaloides tipo solución salina o lactato de Ringer. El reemplazo del volumen intravascular de acuerdo a la pérdida sanguínea es fundamental y debe hacerse teniendo en cuenta que se debe reemplazar con cristaloides en una proporción de 3 a 1 el volumen perdido. En casos severos puede requerirse transfusión sanguínea.

El taponamiento uterino con sonda de Foley con balón (capacidad de 30 ml), ha mostrado ser un procedimiento seguro y eficaz en casos de hemorragia postaborto que no responde a las medidas farmacológicas. Se debe introducir el balón en la cavidad uterina e instilarse solución salina estéril hasta que se detenga el sangrado o hasta completar 60 ml (máxima capacidad observada antes de romperse el balón). En casos de gestaciones más avanzadas se puede requerir el uso de dos sondas simultáneas. Este procedimiento puede detener el sangrado o proporcionar tiempo para remitir la paciente a un nivel superior en donde se pueda estabilizar y, si es necesario, llevar a laparoscopia o laparotomía exploratoria según la causa que se identifique.

Dada la baja incidencia de hemorragia con aspiración al vacío, no se recomienda la utilización de oxitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la DyE.

El sangrado tipo menstrual prolongado es un efecto esperado con los métodos médicos de IVE. Dicho sangrado raramente es lo suficientemente profuso como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio debe tener la capacidad de estabilizar y tratar o referir a una mujer con hemorragia tan pronto como sea posible al nivel de atención adecuado.

2.3. Retención de restos ovulares

Cuando la IVE es llevada a cabo mediante la aspiración al vacío por profesionales capacitados, el aborto incompleto no es común. Es más común con métodos médicos de IVE. Los signos y síntomas incluyen sangrado genital, dolor abdominal o signos de infección. También debe sospecharse aborto incompleto si, al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico, este no concuerda con la edad gestacional estimada.

La reevacuación uterina con aspiración al vacío es el método de elección para tratar un aborto incompleto, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección. En aquellos lugares donde la aspiración no esté disponible, es válido el uso del curetaje.

2.4. IVE fallida

La IVE fallida puede ocurrir en mujeres que hayan elegido cualquiera de los 2 métodos disponibles para la IVE. Si en el control postaborto de cualquiera de los dos procedimientos se observa que el embarazo continúa, se realiza la terminación por aspiración al vacío o DyE para embarazos de segundo trimestre.

2.5. Perforación uterina

Por lo general, la perforación uterina no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre, se encontró que 12 de 14 perforaciones uterinas eran tan pequeñas que no se hubiesen diagnosticado de no haberse hecho laparoscopia (124).

Cuando se sospecha una perforación uterina, la observación y el empleo de antibióticos pueden ser lo único necesario. Si es posible, la laparoscopia es el método de elección para el diagnóstico. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de lesión intestinal, vascular u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

2.6. Secuelas a largo plazo

La mayoría de las mujeres a quienes se les practica la IVE correctamente no presentan secuelas a largo plazo en su salud general, reproductiva o emocional. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto.

La evidencia actualmente disponible indica que no existe una asociación entre una IVE inducida sin riesgos en el primer trimestre y consecuencias adversas en embarazos subsiguientes, como aborto espontáneo o parto pretérmino (125). Datos epidemiológicos actualmente disponibles muestran que no existe un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que se hayan sometido a un aborto del primer trimestre (126).

La evidencia también indica que las mujeres que han tenido un aborto no tienen una mayor probabilidad de sufrir problemas mentales en comparación con las que han tenido un parto. La incidencia de problemas emocionales se asocia a la coerción al tomar la decisión, a la ausencia de una red social de apoyo y a la presencia de problemas mentales previos al aborto (127, 128).

REFERENCIAS

- 1 OMS. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para los sistemas de salud. 2da Edición. OMS: Montevideo, 2012.
- 2 Ferris E. Factors associated with Immediate Abortion Complications. Can Med Assoc J 1996;154(11):1677-85
- 3 Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. Obstet Gynecol 1990 Jul;76(1):129-35.
- 4 OMS. Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de políticas para los sistemas de salud. 1ra Edición. OMS: Ginebra, 2003.
- 5 Achilles SL, Reeves MF. Prevention of infection after induced abortion. Contraception 2011;83(4):295-309.
- 6 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion: Evidence-based Clinical guideline Number 7. Edición revisada. London: RCOG Press, 2004.
- 7 Forna F, Gülmezoglu AM. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. Cochrane Database Syst Rev 2001;(1):CD001993.

- 8 Cates W Jr, Schulz KF, Grimes DA, Tyler CW. The effect of delay and method choice on the risk of abortion morbidity. *J Fam Plann Perspect.* 1977 Nov-Dec;9(6):266-8, 273.
- 9 Blumenthal PD, Remsburg RE. A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration. *Int J Gynaecol Obstet* 1994 Jun;45(3):261-7.
- 10 OMS. 2012. Op. Cit.
- 11 Doskoch P. In UK Trial, Women Seeking Second-Trimester Abortion Favor Surgical over Medication Procedure. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* 2011;43(1):70.
- 12 Ponce de Leon R, Wing D. Misoprostol for termination of pregnancy with intrauterine fetal demise in the second and third trimester of pregnancy: a systematic review. *Contraception* 2009 Apr;79(4):259-71.
- 13 Westhoff C. Second-Trimester Abortion for Fetal Anomalies or Fetal Death. *Obstet Gynecol* 2011 Apr;117(4):775-6.
- 14 Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
- 15 Finer LB, Frohworth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Timing of steps and reasons for delays abortions in the US. *Contraception* 74 (2006) 334-44.
- 16 Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney PD. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstet Gynecol* 2006;107:128-35
- 17 Foster DG, Jackson RA, Cosby K, Weitz TA, Darney PD, Drey EA. Reasons for delay in seeking abortion. *Contraception.* 2008 Apr;77(4):289-93.
- 18 Harries J, Orner P, Gabriel M, Mitchell E. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reprod Health* 2007 Sep 20;4:7
- 19 Guilbert E, Marcoux S, Rioux JE. Factors associated with obtaining 2nd trimester induced abortion. *Can J Public Health.* 1994 Nov-Dec;85(6):402-6.
- 20 Gallo MF, Nghia NC. Real life is Different: Qualitative Study of why women delay abortion until 2nd trimester in Vietnam. *Soc Sci Med* 2007 May;64(9):1812-22.
- 21 Henshaw SK. Factors hindering access to abortion services. *Fam Plann Perspect.* 1995 Mar-Apr;27(2):54-9.
- 22 Kiley JW, Yee LM, Niemi CM, Feinglass JM, Simon MA. Delays in request for pregnancy termination: comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception* 2010 May;(5):446-51.
- 23 Corte Constitucional de Colombia: Sentencia T-209 de 2008.
- 24 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 de 2007.
- 25 Caliskan E, Filiz T, Yucesoy G, Coskun E, Vural B, Corakci A. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical ripening prior to manual vacuum aspiration under local anaesthesia: a randomized study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007 Dec;12(4):372-7.
- 26 Saxena P, Sarda N, Salhan S, Nandan D. A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anaesthesia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008 Feb; 48(1):101-6.
- 27 Carbonell Esteve JL, Mari JM, Valero F, Llorente M, Salvador I, Varela L, Leal P. Sublingual versus vaginal misoprostol (400 ug) for cervical priming in first-trimester abortion: a randomized trial. *Contraception* 2006 Oct;74(4):328-33
- 28 Vimala N, Mittal S, Kumar S, Dadhwal V, Sharma Y. A randomized comparison of sublingual and vaginal misoprostol for cervical priming before suction termination of first-trimester pregnancy. *Contraception* 2004 Aug; 70(2):117-20
- 29 Chitaishvili D, Asatiani T. Sublingual misoprostol prior to manual vacuum aspiration for reducing blood loss at 8-12 weeks of gestation: a randomized double-blind placebo-controlled study. *Georgian Med News* 2007 Nov; (152):26-30.
- 30 Micks EA, Edelman AB, Renner RM, Fu R, Lambert WE, Bednarek PH, Nichols MD, Beckley EH, Jensen JT. Hydrocodone-acetaminophen for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012 Nov;120(5):1060-9.

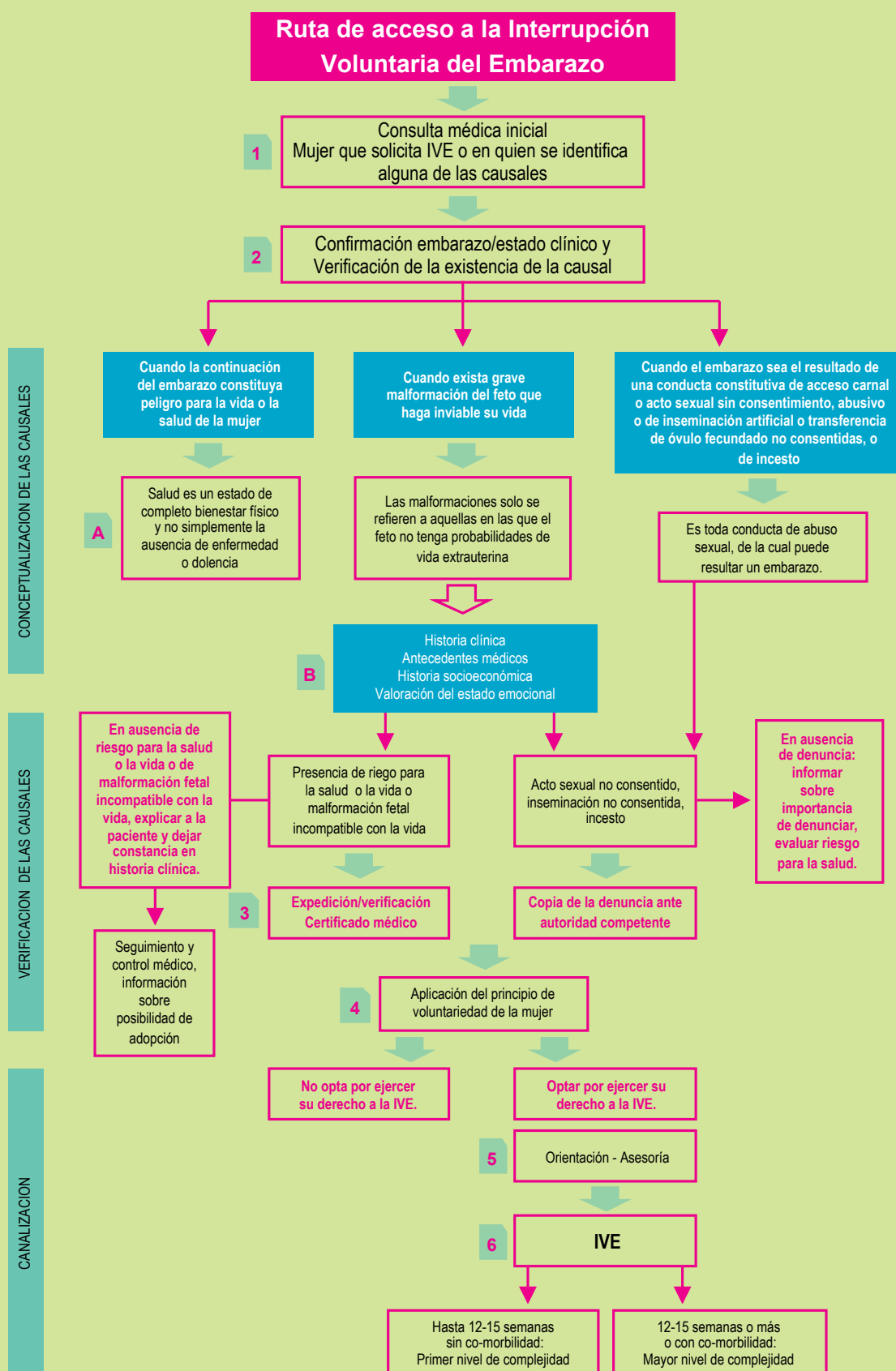
- 31 Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion; the case for universal antibiotic prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996 May;87(5 Pt 2):884-90.
- 32 Crowley T. Antibiotic prophylaxis to prevent post-abortion upper genital tract infection in women with bacterial vaginosis: randomised controlled Trial. *BJOG* 2001 April;108(4):396-402.
- 33 Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R, Imrie M. A randomized comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Jun;105(6):599-604.
- 34 Achilles S, Reeves M. Prevention of infection after induced abortion. *Contraception* 2011;83:295-309
- 35 Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;3
- 36 Westfall JM, Sophocles A, Burggraf H, Ellis S. Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Arch Fam Med*. 1998 Nov-Dec;7(6):559-62.
- 37 Schmid BC, Pils S, Heinze G, Hefler L, Reinthaller A, Speiser P. Forced coughing versus local anesthesia and pain associated with cervical biopsy: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Dec;199(6):641.e1-3.
- 38 Liberty G, Gal M, Halevy-Shalem T, Michaelson-Cohen R, Galoyan N, Hyman J, Eldar-Geva T, Vatahsy E, Margalioth E. Lidocaine-prilocaine (EMLA) cream as analgesia for hysterosalpingography: a prospective, randomized, controlled, double blinded study. *Hum Reprod* 2007 May; 22(5):1335-9.
- 39 Karasahin E, Alanbayl, Keskin U, Gezginc K, Baser I. Lidocaine 10% spray reduces pain during hysterosalpingography: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res* 2009 Apr;35(2):354-8.
- 40 Gómez P.I, Gaitan H, Nova C., Parada A. Paracervical block in incomplete abortion using Manual Vacuum Aspiration: Randomized clinical trial. *Obstet Gynecol* 2004 May;103(5 Pt 1):943-51. Review.
- 41 Miller L, Jensen MP, Stenchever MA. A double-blind randomized comparison of lidocaine and saline for cervical anesthesia. *Obstet Gynecol* 1996; 87:600-4.
- 42 Mankowski JL, Kingston J, Moran T, Nager CW, Lukacz ES. Paracervical compared with intracervical lidocaine for suction curettage: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2009 May;113(5):1052-7.
- 43 Phair N, Jensen JT, Nichols MD. Paracervical block and elective abortion: The effect on pain of waiting between injection and procedure. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:1304-7.
- 44 Cetin A, Cetin M. Effect of deep injections of local anesthetics and basal dilatation of cervix in management of pain during legal abortion. *Contraception* 1997; 56:85-87.
- 45 Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 72(2):171-8.
- 46 Owolabi MB, J Moodley FR. A randomized trial of pain relief in termination of pregnancy in South Africa, *Tropical Doctor* 2005; 35: 136-139.
- 47 Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB, Ramick M. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *Am J Obstet Gynecol*. 1994 Nov;171(5):1365-72.
- 48 MacKay HT, Schulz KF, Grimes DA. Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstet Gynecol* 1985 Nov;66(5):661-5.
- 49 Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, Stazi MA. General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *Eur J Epidemiol*. 1990 Dec;6(4):416-22.
- 50 Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC: creating public health light out of political heat. *Am J Prev Med* 2000 Jul;19(1 Suppl):12-7.
- 51 Grimes DA, Cates N. Complications from legally induced abortion. *Obstet Gynaecol Surv* 1979; 34: 177-91.
- 52 Tietze C, Lewit S. Legal abortions: early medical complications. An interim report of the joint program for the study of abortion. *J Reprod Med*. 1972 Apr;8(4):193-204.
- 53 Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S, Miller ER. A comparison of D & C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 1976;14(6):481-6
- 54 Mahomed K, Healy J, Tandon S. A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the

- management of incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 1994 Jul;46(1):27-32.
- 55 Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF, Kirby RS. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:393-397.
 - 56 Wilson LC, Meyn LA, Creinin MD. Cervical preparation for surgical abortion between 12 and 18 weeks of gestation using vaginal misoprostol and Dilapan-S. *Contraception* 2011 Jun;83(6):511-6.
 - 57 Newmann S, Dalve-Endres A, Drey EA. Society of Family Planning. Clinical guidelines. Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation. *Contraception* 2008 Apr;77(4):308-14.
 - 58 Cowett AA, Golub RM, Grobman WA. Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second trimester pregnancy termination. *Am J of Obstet and Gynecol* 2006;194:768-73.
 - 59 Fung Kee Fung K, Eason E, Crane J, Armson A, De La Ronde S, Farine D, Keenan-Lindsay L, Leduc L, Reid GJ, Aerde JV, Wilson RD, Davies G, Désilets VA, Summers A, Wyatt P, Young DC. Maternal-Fetal Medicine Committee. Genetics Committee Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can* 2003 Sep; 25(9):765-73.
 - 60 OMS. 2012. Op. Cit.
 - 61 Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG* 2002 Nov;109(11):1281-9.
 - 62 Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, Leclerc P, Ulmann A, Baulieu EE. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med* 1993 May 27;328(21):1509-13.
 - 63 Shannon CS, Winikoff B, Hausknecht R, Schaff E, Blumenthal PD, Oyer D, Sankey H, Wolff J, Goldberg R. Multicenter trial of a simplified mifepristone medical abortion regimen. *Obstet Gynecol* 2005 Feb;105(2):345-51.
 - 64 Instituto Nacional de vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Acta No. 20 de 2007.
 - 65 Comisión de regulación en salud (CRES). Acuerdo No. 34 de 2012.
 - 66 Henderson JT, Hwang AC, Harper CC, Stewart FH. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception* 2005 Sep;72(3):175-8.
 - 67 Von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT, Peregoudov A. WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *Lancet*. 2007 Jun 9; 369(9577):1938-4.
 - 68 De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception* 2000 Dec;62(6):305-9.
 - 69 Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2007 Dec;99 Suppl 2:S172-7. Review.
 - 70 Ashok PW, 2004. Op. Cit.
 - 71 Borgatta L, Burnhill MS, Tyson J, Leonhardt KK, Hausknecht RU, Haskell S. Early medical abortion with methotrexate and misoprostol. *Obstet Gynecol* 2001 Jan;97(1):11-6.
 - 72 Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 1972 Jun 15; 113(4):469-738-50.
 - 73 Dickinson JE, Godfrey M, Evans SF. Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Med* 1998 May-Jun;7(3):115-9.
 - 74 Albert KS, Gernaat CM. Pharmacokinetics of ibuprofen. *Am J Med* 1984 Jul13;77(1A):40-6.
 - 75 Hall AH, Smolinske SC, Stover B, Conrad FL, Rumack BH. Ibuprofen overdose in adults. *J Toxicol Clin Toxicol* 1992;30(1):23-37.
 - 76 Faúndes A, 2007. Op. Cit.
 - 77 Ho PC, Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 99:S178-S181.

- 78 Honkanen H, Piaggio G, Herten H, Bártfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, Gopalan S, Horga M, Jerve F, Mittal S, Thi Nhu Ngoc N, Peregoudov A, Prasad RN, Pretnar-Darovec A, Shah RS, Song S, Tang OS, Wu SC. WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. BJOG 2004 Jul;111(7):715-25.
- 79 Ibidem.
- 80 Creinin MD. Medically induced abortion in a woman with a large myomatous uterus. Am J Obstet Gynecol 1996 Nov;175(5):1379-80.
- 81 Borgatta L, Sayegh R, Betstadt SJ, Stubblefield PG. Cervical obstruction complicating second trimester abortion: treatment with misoprostol. Obstet Gynecol 2009 Feb;113(2 Pt 2):54.
- 82 Berghella V, Airoidi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. BJOG 2009 Aug; 116(9):1151-7.
- 83 Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. Obstet Gynecol 2009 May; 113(5):1117-23.
- 84 Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Gilles JM, Barnhart K, Westhoff C, Zhang J. Misoprostol for treatment of early pregnancy failure in women with previous uterine surgery. Am J Obstet Gynecol 2008 Jun; 198(6):626.
- 85 Xu J, Chen H, Ma T, Wu X. Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol. Int J Gynaecol Obstet 2001 Mar; 72(3):245-51.
- 86 Fung Kee Fung K, 2003. Op. Cit.
- 87 Hinshaw K, El-Refaey H, Rispin R, Templeton A. Mid-trimester termination for fetal abnormality: advantages of a new regimen using mifepristone and misoprostol. Br J Obstet Gynaecol 1995 Jul;102(7):559-60.
- 88 Goh SE, Thong KJ. Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: a review of 386 consecutive cases. Contraception 2006 May;73(5):516-9.
- 89 El-Refaey H, Templeton A. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. Hum Reprod 1995;10,475-478.
- 90 Ashok PW, Templeton AA. Non Surgical mid-trimester termination of pregnancy: a review of 500 consecutive cases. Br J Obstet Gynaecol 1999;106:706-710.
- 91 Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. Contraception 2004;69,51-58.
- 92 Tang OS, Thong KJ, Baird DT. Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. Contraception 2001;64,29-32.
- 93 Oral mifepristone 600 mg and vaginal gemeprost for mid-trimester induction of abortion. An open multicenter study. UK Multicenter Study Group. Contraception 1997 Dec;56(6):361-6.
- 94 OMS. 2012. Op. Cit.
- 95 Boyd EF Jr, 1972. Op. Cit.
- 96 Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. N Engl J Med 2011 Jun 9;364(23):2208-17.
- 97 Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. Obstet Gynecol 2007 Jun;109(6):1286.
- 98 Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF, Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. Contraception 2008 Aug;78(2):143-8.
- 99 Cremer M, Bullard KA, Mosley RM, Weiselberg C, Molaei M, Lerner V, Alonzo TA. Immediate vs. delayed post-abortion copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. Contraception 2011 Jun;83(6):522-7.
- 100 Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jun 16;(6).
- 101 Steenland MW, Tepper NK, Curtis KM, Kapp N. Intrauterine contraceptive insertion postabortion: a systematic review. Contraception 2011 Nov;84(5):447-64.

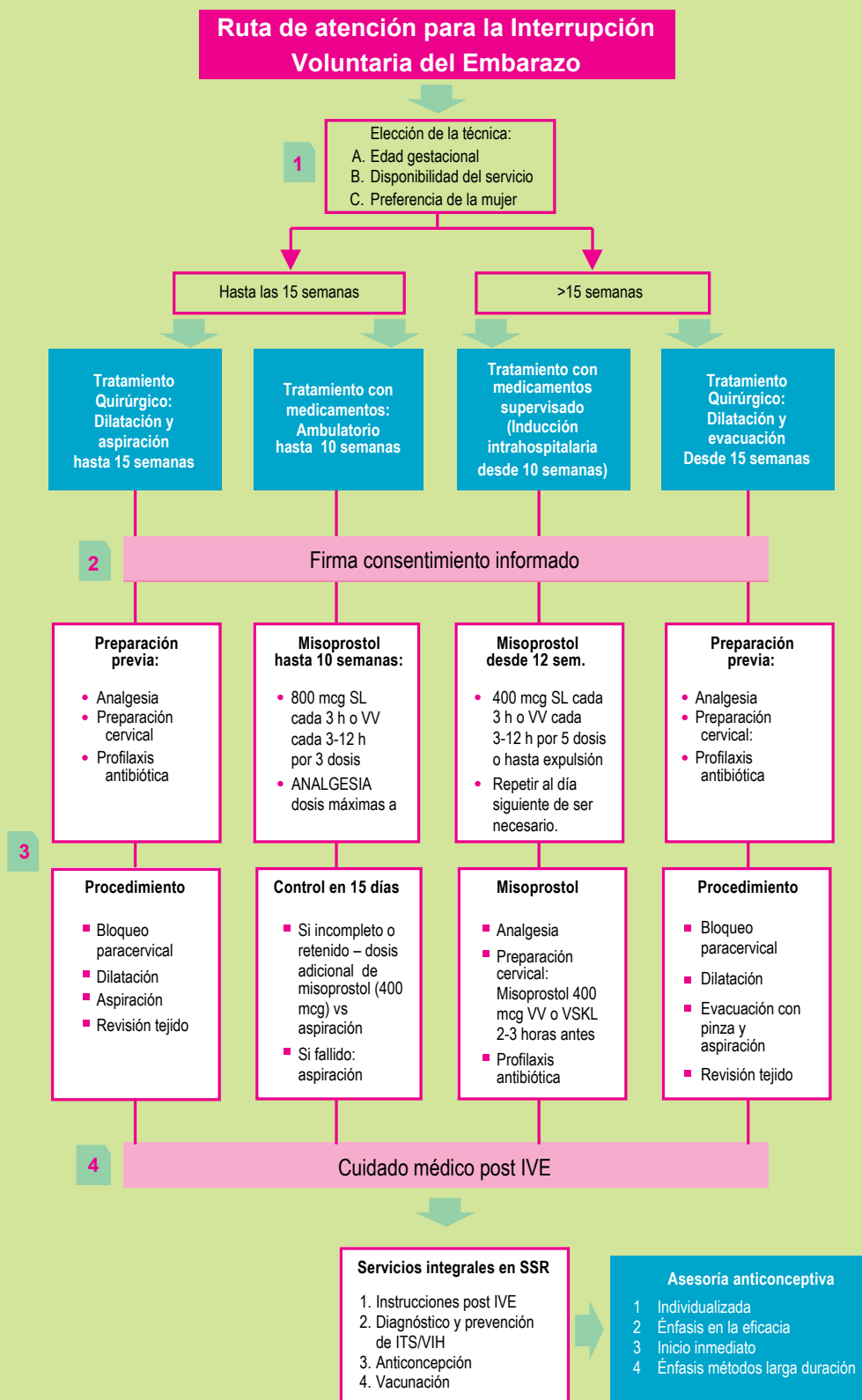
- 102 Fox MC, Oat-Judge J, Severson K, Jamshidi RM, Singh RH, McDonald-Mosley R, Burke AE. Immediate placement of intrauterine devices after first and second trimester pregnancy termination. *Contraception* 2011 Jan;83(1):34-40.
- 103 Goodman S, 2008. Op. Cit.
- 104 Reeves MF, 2007. Op. Cit.
- 105 Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception* 2010, 82:260-265.
- 106 Westfall JM et al. 1998. Op.Cit.
- 107 Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG*. 2001 Nov;108(11):1168-73.
- 108 Grimes DA. Sequelae of abortion. In: Baird DT, Grimes DA, VanLook PFA, eds. *Modern methods of inducing abortion*. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1995.
- 109 Hakim-Elahi E, 1990. Op. Cit.
- 110 Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, Heikinheimo O. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009 Oct;114(4):795-804.
- 111 Heisterberg L, Hebjørn S, Andersen LF, Petersen H. Sequelae of induced first-trimester abortion. A prospective study assessing the role of postabortal pelvic inflammatory disease and prophylactic antibiotics. *Am J Obstet Gynecol* 1986 Jul;155(1):76-80.
- 112 Westfall JM, 1998. Op. Cit.
- 113 Wadhera S, Strachan J. Therapeutic abortions, Canada and the provinces, 1990. *Health Rep*. 1992;4(2):210-7.
- 114 Ferris LE, McMain-Klein M, Colodny N, Fellows GF, Lamont J. Factors associated with immediate abortion complications. *CMAJ*. 1996 Jun 1;154(11):1677-85.
- 115 Beuhler JW, Schulz KF, Grimes DA, Hogue CJ. The risk of serious complications from abortion: do personal characteristics make a difference? *Am J Obstet Gynecol* 1985;153:14-20.
- 116 Shannon C, Brothers LPF, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception* 70 (2004) 183–190.
- 117 Faúndes A. 2007. Op. Cit.
- 118 Kafrissen ME, Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Midtrimester abortion. Intra-amniotic instillation of hyperosmolar urea and prostaglandin F₂ alpha v dilatation and evacuation. *JAMA* 1984 Feb 17;251(7):916-9.
- 119 Peterson WF, Berry FN, Grace MR, Gulbranson CL. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstet Gynecol* 1983;62:185–190.
- 120 Herabutya Y, Chanarachakul B, Punyavachira P. Induction of labor with vaginal misoprostol for second trimester termination of pregnancy in the scarred uterus. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83:293–7.
- 121 Dickinson JE. Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2005;105:352–6.
- 122 Shammass AG, Momani MD. Misoprostol for termination of second trimester pregnancy in a scarred uterus. *Saudi Med J* 2006;27:1173–6.
- 123 Kahn JG, Becker BJ, MacIsaac L, Amory JK, Neuhaus J, Olkin I, Creinin MD. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000 Jan;61(1):29-40.
- 124 Kaali SG, Szigetvari I, Bartfai G, Feinman M. Laparoscopic sterilization combined with dilation and evacuation up to 18 weeks' gestation. *J Reprod Med*. 1989 Jul;34(7):463-4.
- 125 Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1990 Jun;4(2):391-405.
- 126 Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K, Andersen PK. Induced abortion and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 1997 Jan 9;336(2):81-5.
- 127 American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. *Report of the Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington, 2008.
- 128 Stotland NL. Psychosocial aspects of induced abortion. *Clin Obstet Gynecol* 1997 Sep;40(3):673-86.

Anexo 1A Algoritmo de acceso a la IVE



Anexo 1B

Algoritmo de atención de la IVE



ANEXO 2

Informe de Procedimientos de IVE

En cumplimiento con la Sentencia C355 de 2006, la interrupción voluntaria del embarazo es un procedimiento que debe realizarse por personal idóneo; para lo cual se emplearán técnicas asépticas y criterios de calidad que garanticen la seguridad de la IVE en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dichas IPS diligenciarán mensualmente los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) indicando el número de procedimientos de IVE realizados con el fin de facilitar los procesos de caracterización y análisis de las variables socio-demográficas.

Cada Institución debe garantizar la calidad en el diligenciamiento de los (RIPS) de acuerdo con la Resolución No. 3.374 de 2000 del Ministerio de Salud al igual que con la “Guía para el diligenciamiento de RIPS relacionados con IVE”, con el fin de generar información útil sobre la ocurrencia del procedimiento a nivel nacional.

Codificación IVE en archivos RIPS por tipo de atención

Evento	Causa externa	Finalidad de la consulta/ procedimiento	Dx principal	Dx relacionado 1	Dx relacionado 2	CUPS
Captación usuaria en consulta PyP	15	6	Z303	Z359	Profesional selecciona el diagnóstico	890201
				T752		890202
				O35*		890301
						890302
					890305	
Captación usuaria en consulta externa resolutive	10	10	Registrar código CIE-10 que describa la situación (no puede ser Z)	Z303	según causal:	890201
	11					890202
	13				Z359	890301
	15	6			T742	890302
					O35*	890305
Captación de la usuaria en consulta de urgencias	10	10	Registrar código CIE-10 que describa la situación (no puede ser Z)	Z303	según causal:	890701
	11				Z359	
	13				T742	809702
	15	6			O35*	
Procedimiento IVE Quirúrgico	-	2	O041	Z303	Según causal:	695101
			O042		Z359	
			O043			T742
			O044		O35*	
			O045			
			O046			
			O047			
			O048			
			O049			
Procedimiento IVE medicamentos**	15	6	O041	Z303	Según causal:	890201
			O042		890202	
			O043		Z359	890301
			O044			
			O045		T742	890302
			O046			
			O047		O35*	890305
			O048			

* El código CIE-10 O35 se debe completar con el cuarto carácter de acuerdo al diagnóstico específico que aplique.

** Para reportar los procedimientos de IVE con medicamentos, se debe registrar la consulta externa o de urgencias realizada por el médico general o el especialista en el archivo de consulta, sin observaciones, según lineamientos para codificación de consulta externa y consulta de urgencias y diligenciar además el Archivo de Medicamentos con el código correspondiente al Misoprostol: G02AD06

ANEXO 3

Normatividad y elementos necesarios para la prestación del servicio de IVE

1. Normatividad

La norma establece las reglas que garantizan la prestación del servicio de IVE en los casos despenalizados por la Corte Constitucional; define los criterios de calidad para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad; y protege los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La prestación del servicio de IVE, por lo mismo, se fundamenta en la Sentencia C-355 de 2006 y Sentencias posteriores de la Corte Constitucional y en las normas reglamentarias correspondientes.

1.1. Resolución No. 5.521 de 2013

La Resolución No. 5.521 de 2013 actualiza el Plan Obligatorio de Salud e incluye en él la atención para la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual ya había sido establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS) en el acuerdo No. 350 de 2006 y por la Comisión de Regulación de Salud (CRES) en los Acuerdos No. 03 de 2009, No. 08 de 2009 y No. 029 de 2011.

La Resolución No. 5.521 deroga también el Acuerdo No. 034 de 2012 e incluye en el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, el medicamento misoprostol para la evacuación de la cavidad uterina en los siguientes casos: feto muerto en el segundo y tercer trimestre de embarazo; fallo temprano del embarazo con edad gestacional menor de 22 semanas; e interrupción voluntaria del embarazo cuando: a) la continuación constituya peligro para la vida o la salud de la mujer certificado por un médico. b) exista grave malformación del feto que haga inviable su vida certificada por un médico, c) el embarazo sea el resultado de una conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto.

1.2. Resolución No. 1.841 de 2013

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, adoptado por la Resolución No. 1.841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, busca “lograr la equidad en salud y el desarrollo humano” de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, las cuales representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, y con ello garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier situación diferencial.

El Plan Decenal establece también que la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos tiene por objetivo “garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de: a) la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, y b) la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de derechos, de género y diferencial, por medio de la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos”.

Entre sus líneas estratégicas destaca el fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), parto y puerperio.

1.3. Resolución No. 1.441 de 2013

La Resolución No. 1.441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, derogando la Resolución No. 1.043 de 2006, define los estándares mínimos y condiciones de habilitación que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes y las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

La Resolución establece que los Prestadores de Servicios de Salud de manera previa a la inscripción para la habilitación deben verificar si cumplen las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, el cual hace parte de la resolución, y reportar el resultado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). En caso de existir deficiencias en el cumplimiento de las condiciones de habilitación, los Prestadores de Servicios de Salud deben abstenerse de inscribir, ofertar o prestar el servicio hasta dar cumplimiento a la totalidad de los requisitos. La vigencia de la habilitación es de 4 años a partir de la fecha de inscripción y se renueva automáticamente por períodos de un año, siempre y cuando se realice la verificación anual y se reporte en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

1.4. Circular No. 003 de 2013

La Circular No. 003 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud está dirigida a los Prestadores de servicios de salud, Entidades administradoras de planes de beneficios y entidades territoriales. Da instrucciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en aplicación de la Constitución Política de Colombia, los tratados internacionales y las Sentencias de la Corte Constitucional.

La Circular establece que todos los prestadores de servicios de salud: a) están en la obligación de prestar el servicio de interrupción del embarazo a mujeres incurso en cualquiera de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006; b) tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales que den lugar a la dilación de la prestación del servicio de IVE; c) deben constituir y garantizar un sistema de referencia y contrarreferencia que permita contar con un número adecuado de prestadores de servicios de salud habilitados para prestar servicios de IVE; d) deben garantizar la atención de la mujer de forma oportuna (5 días a partir de la consulta); y e) deben conocer que en ausencia de una norma legal que establezca una restricción de carácter temporal para la IVE, se debe garantizar el mínimo reconocido en la Sentencia C-355 de 2006.

La Superintendencia, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, finalmente establece que la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta circular, acarreará la imposición de las sanciones previstas en la ley.

1.5. Ley 459 de 2012

La ley 459 de 2012 adopta el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, el cual es de obligatorio cumplimiento para la atención de las víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El Protocolo recopila documentos técnicos que dan cuenta de la magnitud y consecuencias de la violencia sexual para la vida y la salud personal y colectiva, y del compromiso del Sector Salud y sus intervenciones para la garantía de los derechos, mediante acciones como la detección de casos en los servicios de salud, la prevención desde dichos servicios, la calidad e integralidad de la atención, entre otros.

Presenta además, un modelo de proceso integral de atención, que incluye la atención inicial inmediata a toda víctima de violencia sexual, ya sea que los hechos hayan ocurrido pocas horas antes o con días, semanas o meses de anterioridad. El Protocolo plantea que las víctimas pueden solicitar ayuda en cualquier momento de sus vidas o los casos pueden ser detectados sin distinción de tiempo. Enfatiza también que en el Sector Salud, siempre que una víctima de violencia sexual se detecte o busque ayuda, se considera que existe una situación de urgencia y debe atenderse de inmediato.

Profundiza también en el proceso de atención integral posterior y seguimiento, tanto para la persona víctima de violencia sexual como para su red cercana de apoyo (familia), por el tiempo que se requiera, y ofrece elementos técnicos para mejorar la calidad de las intervenciones clínicas y psicosociales.

1.6. Resolución No. 769 de 2008

Para los casos de interrupción voluntaria del embarazo solicitada por adolescentes se cuenta con la Resolución No. 769 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. En el numeral 6.2.3 la Resolución establece que "... El Estado debe garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las/los adolescentes (14 a 18 años), a partir de la interpretación de la Convención sobre los Derechos del Niño - Ley 12 de 1991 - que se refiere entre otros, al reconocimiento y garantía de la no discriminación, a la libertad de expresión, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, a la protección de la vida privada, al acceso a una información adecuada, a

la educación. El eje fundamental de interpretación es el criterio de interés superior del niño, desarrollado por la Corte Constitucional en diferentes sentencias [...]. Los y las adolescentes tienen la posibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud que no pongan en riesgo su vida, es importante resaltar que incluso pueden decidir una situación tan compleja como dar a su hijo en adopción”.

1.7. Circular No. 068 de 2008

Con respecto a las menores de 14 años, la Circular No. 068 de 2008 emitida por el Instituto Colombiano de Bienestar familiar cita lo dicho por la Corte Constitucional en la Sentencia C-355 de 2006: “Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de la menor de 14 años frente a la interrupción voluntaria del embarazo, se revela sin remedio no solo como inconstitucional, sino como contraproducente para la efectividad de sus derechos fundamentales y para la defensa de su legítimo interés superior, por ser abiertamente contraria a la dignidad humana”

La circular cita también lo dicho por la Corte en la misma sentencia: “Frente al complejo y delicado tema de las niñas menores de 14 años, al pronunciarse sobre el artículo 123 del Código Penal demandado parcialmente, la Corte consideró: “... Se tiene entonces, que la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo.”

1.8. Decreto No. 3.039 de 2007

El Decreto No. 3.039 que adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el Cuatrienio 2007-2010 establece como objetivo 2: “Mejorar la salud sexual y reproductiva”, disponiendo dentro de sus líneas estratégicas: “Garantizar la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención del control prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de los servicios que ofrecen atención de la IVE e implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas,

control prenatal, atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo, y atención de abuso sexual en servicios de urgencias”.

Esta normatividad busca establecer las reglas para garantizar la prestación del servicio de IVE en los casos despenalizados por la Corte y determinar los criterios de calidad para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad, así como proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

1.9. Decreto No. 1.011 de 2006

El Decreto No. 1.011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual aplica a Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada y a Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Las acciones que desarrolla el SOGCS se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

El SOGSS tiene los siguientes componentes:

- ◆ El Sistema Único de Habilitación.
- ◆ La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- ◆ El Sistema Único de Acreditación.
- ◆ El Sistema de Información para la Calidad.

Para la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo, todas las Entidades Territoriales y Distritales de salud y todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben cumplir con el Sistema único de habilitación, el cual busca dar seguridad a las usuarias frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios mediante el cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema.

2. Elementos necesarios para la prestación del servicio de IVE

Los equipos, medicamentos y suministros necesarios para realizar los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo son prácticamente los mismos que se emplean en otros procedimientos ginecológicos, a excepción, del equipo necesario para realizar la aspiración endouterina eléctrica o manual. Para la aspiración se requiere un aspirador manual o eléctrico y cánulas plásticas de diferentes tamaños (4-12 mm). Los aspiradores y las cánulas pueden ser reutilizados una vez se han lavado y desinfectado o esterilizado completamente.

La OMS sugiere los siguientes equipos, medicamentos y suministros:

Medicamentos, suministros y equipos para la prestación de servicios de IVE		
Paso del proceso	Medicamentos y suministros	Equipo
Evaluación clínica Procedimiento de aborto quirúrgico (equipo para dilatación y evacuación [DyE])	◆ Guantes de examen limpios ◆ Agua limpia ◆ Detergente o jabón ◆ Agente de preparación cervical (Misoprostol) ◆ Analgésicos y ansiolíticos ◆ Guantes, bata, protección facial ◆ Agujas (espinal calibre 22 para bloqueo paracervical y calibre 21 para la administración de medicamentos) ◆ Jeringas (5, 10 y 20 ml) ◆ Lidocaína para el bloqueo paracervical ◆ Esponjas de gasa ◆ Solución antiséptica (sin base alcohólica) para preparar el cuello uterino ◆ Soluciones y materiales para esterilización o desinfección de alto nivel ◆ Silicona para lubricar las jeringas	◆ Tensiómetro ◆ Estetoscopio ◆ Espéculo ◆ Tenáculo (Tenáculo atraumático) ◆ Dilatadores plásticos de Denniston o metálicos de Hegar ◆ Aspirador de vacío eléctrico (con cánula de 14 o 16 mm) o aspirador de AMEU y cánula de hasta 12 mm ◆ Pinzas Bierer de evacuación uterina (grande y pequeña) ◆ Pinzas Sopher de evacuación uterina (pequeña) ◆ Cureta flexible posparto grande ◆ Pinzas de aro ◆ Recipiente de acero inoxidable para preparar solución ◆ Bandeja para instrumentos ◆ Plato de vidrio claro para la inspección de los tejidos ◆ Colador (metal, vidrio o gasa)
Aborto médico	◆ Mifepristona (si está disponible) ◆ Misoprostol ◆ Analgésicos	

Observación	◆ Toallas higiénicas ◆ Analgésicos ◆ Antibióticos ◆ Anticonceptivos ◆ Información sobre el autocuidado posterior al procedimiento ◆ Métodos e información anticonceptiva posterior al aborto, o derivación	◆ Tensiómetro ◆ Estetoscopio
En caso de complicaciones	◆ Agentes uterotónicos (oxitocina, misoprostol o ergotamina) ◆ Venoclisis y fluidos intravenosos ◆ Mecanismos claros de derivación a instalación de nivel superior, cuando sea necesario	◆ Oxígeno y balón Ambú ◆ Acceso en el centro a un ecógrafo (opcional) ◆ Portagujas largo y sutura ◆ Tijeras ◆ Compresas de gasas para la cavidad uterina ◆ Sonda de Foley

DOCUMENTOS NORMATIVOS

1. Circular Externa No. 009 de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud: en referencia a la atención al usuario, trámite de quejas y peticiones.
2. Circular Externa No. 030 de 19 de mayo de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud; reemplaza las Circulares Externas 028 de 2006 y 023 de 2005, e imparte instrucciones en materia de Indicadores de Calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. El Sistema obligatorio de Garantía de Calidad ha definido los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud, y las EPS definidas en el artículo 181 de la Ley 100 de 1993, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios.
3. Circular Única No. 047 de 2007 Superintendencia Nacional de Salud-Instrucciones Generales y Remisión de información para la Inspección, Vigilancia y Control – Capítulo IV Códigos de Ética y Buen Gobierno.
4. Circular Externa No. 003 de septiembre 27 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud. Asunto: Cumplimiento de las directrices de las Sentencias C-355 de 2006 y T-388 de 2009 de la Corte Constitucional.
5. Decreto No. 1.562 del 22 de junio de 1984 del Ministerio de Salud Pública: Por el cual se reglamentan parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 9ª de 1979, en cuanto a vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad.

6. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007) Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud Unión Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud CES - Centro de Gestión Hospitalaria, las cuales orientan y definen con metodologías para su implementación.
7. Decreto No. 3.380 de 1981: por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981.
8. Decreto No. 2.676 del 22 de diciembre de 2000 del Ministerio de Ambiente: por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios.
9. Decreto No. 1.669 del 23 de diciembre de 2002 del Ministerio de Ambiente: por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2.676 de 2000.
10. Decreto No. 205 del 3 de febrero de 2003. El artículo 2º establece entre las funciones del Ministerio de la Protección Social: el definir las políticas que permitieran aplicar los principios de solidaridad, universalidad, eficiencia, unidad e integralidad de los Sistemas de Seguridad Social Integral y Protección Social.
11. Decreto No. 4.741 del 30 de diciembre de 2005 del Ministerio de Ambiente: por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.
12. Decreto No. 1.011 del 3 de abril de 2006 del Ministerio de la Protección Social: norma el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
13. Decreto No. 2.200 del 28 de junio de 2005 de la Presidencia de la República: por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico.
14. Decreto No. 3.518 del 9 de octubre de 2006 del Ministerio de la Protección Social: Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
15. Ley 9 de 1979: Artículos 576 -580 y 593.
16. Ley 23 de 1981 del Congreso de Colombia: Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.
17. Ley 10 de 1990: Artículos 1 y 49.
18. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 del Congreso de la República: por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.
19. Ley 715 de 2001: Artículos 42, 43, 44 y 56.
20. NTC-ISO19011 que define estándares técnicos para la Auditoría.

21. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y Asociación Centro de Gestión Hospitalaria.
22. Resolución No. 13.437 de 1991 del Ministerio de Salud: Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.
23. Resolución No. 1.995 del 8 de julio de 1999 del Ministerio de la Protección Social: Por la cual se establecer normas para el manejo de la Historia Clínica.
24. Resolución No. 1.043 del 3 de abril de 2006 del Ministerio de la Protección Social: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.
25. Resolución No. 01164 del 6 de septiembre de 2002 del Ministerio del Medio Ambiente: Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.
26. Resolución No. 1.043 del 3 de abril de 2006 del Ministerio de la Protección Social: por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.
27. Resolución No. 1.445 de 2006 del 8 de mayo de 2006 del Ministerio de la Protección Social: Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora.
28. Resolución No. 1.446 del 8 de mayo de 2006 del Ministerio de la Protección Social: Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
29. Resolución No. 2.933 del 19 de agosto de 2006 del Ministerio de la Protección Social: Por la cual se reglamentan los Comités Técnico - Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela.
30. Resolución No. 1.362 del 2 de agosto de 2007 del Ministerio de Ambiente: por el cual se reglamenta el proceso de inscripción a todos los generadores de residuos o desechos peligrosos a nivel Distrital.
31. Resolución No. 2680 del 3 de agosto de 2007 del Ministerio de la Protección Social: Por el cual se modifica parcialmente la Resolución No. 1.043 de 2006.

Anexo 4

Modelos de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO MEDIANTE MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Información general

La interrupción del embarazo no es delito en Colombia, cuando con la voluntad de la mujer, esta se lleve a cabo en los siguientes casos:

- a. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.
- b. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- c. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

¿En qué consiste la interrupción voluntaria del embarazo por tratamiento quirúrgico?

Consiste en evacuar del útero los productos de la concepción mediante la aspiración de su contenido a través cánulas plásticas flexibles o mediante la extracción con pinzas. Este proceso suele estar acompañado de dolor tipo cólico; sin embargo

para que el dolor sea tolerable se administrarán analgésicos y anestesia local o sedación. Este proceso puede tomar entre 5 y 30 minutos.

Riesgos de la IVE por tratamiento quirúrgico:

Como en toda intervención médica y por causas independientes del actuar del médico se pueden presentar complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. Aproximadamente una de cada 500 mujeres experimenta una de esas complicaciones. Estas complicaciones pueden ser:

- ♦ **Evacuación incompleta o falla en el procedimiento** (continuación del embarazo). Sucede en 1 a 2 de cada 100 mujeres. Requiere repetir el procedimiento.
- ♦ **Hemorragia**. Sucede en una de cada 1.250 mujeres. En algunos pocos casos existe la posibilidad de requerir una transfusión sanguínea y muy raramente la necesidad de una histerectomía (extracción del útero).
- ♦ **Perforación uterina**. Sucede en una de cada 2.500 mujeres. En raros casos puede haber daño de estructuras anatómicas cercanas y por lo tanto la necesidad de una cirugía abdominal y excepcionalmente la necesidad de una histerectomía (extracción del útero).
- ♦ **Infección**. Sucede en una de cada 1.000 mujeres. Puede ser necesario administrar anti-bióticos, incluso a nivel hospitalarios. Rara vez se podrían requerir procedimientos quirúrgicos adicionales y excepcionalmente la necesidad de una histerectomía (extracción del útero).
- ♦ **Alergias**. Como con cualquier medicamento existe la posibilidad de presentar una reacción alérgica a alguno de los medicamentos que sean necesarios durante el procedimiento.

Existen otros riesgos de mínima ocurrencia y no previsibles, entre los cuales se ha reportado incluso el riesgo de perder la vida, lo cual puede suceder hasta en una de cada 1'000.000 de mujeres.

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ de _____
años de edad, con C.C. (T.I.) _____ de _____, por
la presente dejo constancia escrita que toda la información dada por mí al personal
de la Institución es exacta y verdadera según consta en mi historia clínica y que me
encuentro en embarazo con _____ semanas de gestación. Que por tratarse de un
embarazo:

*Que de continuar, constituye un peligro para mi vida o mi salud. (Se anexa
certificado médico)*

*En el que me han diagnosticado que existe una grave malformación del feto
que hace inviable su vida. (Se anexa certificado médico)*

Resultado de un acto sexual sin consentimiento. (Anexo denuncia)

Libre y voluntariamente solicito y autorizo a - _____
_____ a llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del
Embarazo (IVE) a través de un Tratamiento Quirúrgico por:

Aspiración

Dilatación y evacuación

*luego de haber tenido la oportunidad de discutir ampliamente las posibilidades
que tengo, entre ellas la continuación del embarazo. Mi médico tratante ha prac-
ticado los exámenes necesarios, me ha informado detalladamente sobre mi situa-
ción y las posibles alternativas de tratamiento y me ha explicado los riesgos de
cada una de ellas.*

*Me han informado los síntomas que puedo esperar y las posibles complicaciones
que pueden suceder y que en mi caso particular existe un mayor riesgo de _____*

*_____ debido a _____
_____. Sin embargo, entiendo que se han tomado todas las
medidas de cuidado, prevención y prudencia para evitar la presencia de cualquier
complicación.*

Autorizo también a la institución a solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hospitalario, si los médicos lo consideran necesario.

Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas del personal de la Institución.

Firma de la Paciente

Firma del médico (a)

TUTOR LEGAL O FAMILIAR EN CASO DE INCAPACIDAD PARA CONSENTIR

Sé que la paciente _____ ha sido considerada por ahora incapaz de tomar por sí misma la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento arriba descrito. El médico me ha explicado de forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO _____, con documento de Identidad _____ en calidad de _____ de la paciente, doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

Firma del Tutor

Parentesco

Ciudad

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO MEDIANTE MEDICAMENTOS

Información general

La interrupción del embarazo no es delito en Colombia, cuando con la voluntad de la mujer, esta se lleve a cabo en los siguientes casos:

- a. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.
- b. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- c. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

¿En qué consiste la interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos?

Consiste en evacuar del útero los productos de la concepción mediante la administración de un medicamento, que a través de diversos mecanismos produce contracciones uterinas que dilatan el cuello uterino y a su vez conducen a que el contenido del útero sea expulsado. Este proceso suele estar acompañado de dolor tipo cólico y sangrado genital de intensidad variable que empiezan casi siempre entre 3 y 4 horas después de la administración del medicamento, pero pueden demorarse hasta 24 horas en aparecer. Para que el dolor sea tolerable se prescriben analgésicos. Este proceso puede tomar entre unas horas y unos pocos días y sucede fuera de la institución.

Durante este proceso frecuentemente se presentan efectos secundarios durante las siguientes horas después de iniciado el medicamento que en general son tolerables y no representan un peligro. En orden de frecuencia son:

- ♦ **Náuseas y/o escalofrío:** una de cada tres mujeres.

- ♦ **Dolor de cabeza y/o vómito:** una de cada cuatro mujeres.
- ♦ **Fiebre:** una de cada seis mujeres,
- ♦ **Diarrea:** una de cada ocho mujeres

Riesgos de la IVE por Tratamiento con Medicamentos:

Como en toda intervención médica y por causas independientes del actuar del médico existe la posibilidad de complicaciones las cuales podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. Aproximadamente una de cada 500 mujeres experimenta una de esas complicaciones. Estas complicaciones pueden ser:

- ♦ **Hemorragia.** Aunque el sangrado esperado es muy variable y no debe exceder de dos toallas higiénicas por hora por más de dos horas seguidas, existe la posibilidad muy remota (una de cada 800 mujeres) de presentar una hemorragia que haga necesario consultar antes de lo programado. En algunos de estos casos puede ser necesario un tratamiento quirúrgico de dilatación y aspiración y en casos más excepcionales aún, puede ser necesaria una transfusión sanguínea.
- ♦ **Infección.** Es muy poco frecuente, sucede en una de cada 1000 mujeres y la mayoría son leves.
- ♦ **Alergia.** Es muy rara, una de cada ocho mil mujeres la puede presentar.

Existen otros riesgos de mínima ocurrencia y no previsibles, entre los cuales se ha reportado incluso el riesgo de perder la vida, sin embargo no existen datos estadísticos por su extremada infrecuencia que al parecer es de una de cada 1´000.000 de mujeres.

Este tratamiento es muy efectivo para terminar el embarazo ya que solo en una de cada 200 mujeres se observa que el embarazo continúa después del tratamiento. En estos casos es necesario realizar una evacuación del útero mediante aspiración. En otros pocos casos (cerca del 10 al 30%) no se evacúa todo el contenido uterino y es necesaria también una aspiración.

Se han presentado casos en los que el tratamiento ha fallado y la mujer decide continuar el embarazo. Aunque no se ha demostrado claramente una relación, en algunos de estos casos se han observado malformaciones fetales.

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ de _____ años de edad, con C.C. (T.I.) _____ de _____, por la presente dejo constancia escrita que toda la información dada por mí al personal de la Institución es exacta y verdadera según consta en mi historia clínica y que me encuentro en embarazo con _____ semanas de gestación. Que por tratarse de un embarazo:

Resultado de un acto sexual sin consentimiento. (Anexo denuncia)

Que de continuar, constituye un peligro para mi vida o mi salud. (Se anexa certificado médico)

En el que me han diagnosticado que existe una grave malformación del feto que hace inviable su vida. (Se anexa certificado médico)

Libre y voluntariamente solicito y autorizo a _____ a llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través de un Tratamiento con Medicamentos; luego de haber tenido la oportunidad de discutir ampliamente las posibilidades que tengo, entre ellas la continuación del embarazo. Mi médico tratante ha practicado los exámenes necesarios, me ha informado detalladamente sobre mi situación y las posibles alternativas de tratamiento y me ha explicado los riesgos de cada una de ellas.

Se me ha informado que la efectividad aproximada de este tratamiento es del 94% y en consecuencia si hay una falla, deberé someterme a un tratamiento quirúrgico, por dilatación y aspiración.

Me han informado los síntomas que puedo esperar y las posibles complicaciones que pueden suceder y que en mi caso particular existe un mayor riesgo de _____ debido a _____. Sin embargo, entiendo que se han tomado todas las medidas de cuidado, prevención y prudencia para evitar la presencia de cualquier complicación.

Autorizo también a la institución a solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hospitalario, si los médicos lo consideran necesario.

Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas del personal de la Institución.

Firma de la Paciente

Firma del médico (a)

TUTOR LEGAL O FAMILIAR EN CASO DE INCAPACIDAD PARA CONSENTIR

Sé que la paciente _____ ha sido considerada por ahora incapaz de tomar por sí misma la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento arriba descrito. El médico me ha explicado de forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO _____, con documento de Identidad _____ en calidad de _____ de la paciente, doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

Firma del Tutor

Parentesco

Ciudad

Fecha

Anexo 5

Modelo de presentación de objeción de conciencia por escrito

Señor/a

La Ciudad.

REF: INTERPOSICIÓN DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA PARA EL SERVICIO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE).

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado/a y residente en la ciudad de _____, identificado/a con C.C. _____ de _____, Médico/a (general o especialista en _____), con el Registro Médico N° _____; en cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia C-355 de 2.006, Sentencia T-209 de 2.008, Sentencia T-388 de 2.009 de la Corte Constitucional y Circular 003 de 2.013 de la Superintendencia Nacional de Salud, ante usted interpongo objeción de conciencia, informando que por este motivo me abstengo de brindar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a que hacen referencia las normas citadas, a la vez que solicito la exclusión de mi nombre del respectivo Listado de prestadores/as no objetores/as, que deberá enviarse a la Dirección General de Calidad del Ministerio de Salud y la Protección Social.

La anterior solicitud la hago de manera individual, espontánea, voluntaria, basada en

(Exposición libre y personal de motivos de naturaleza moral o religiosa que sustentan la objeción).

y tiene como único fin evitar obstáculos a las usuarias del servicio como consecuencia del ejercicio que hago de mi derecho de libertad de conciencia protegido por el artículo 18 de la Constitución Nacional, dejando en claro que no tiene implicaciones laborales de naturaleza alguna.

Atentamente,

Firma

Registro médico No. _____

Anexo 6

PLAN DE CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO

La capacitación de los profesionales que realizan abortos garantiza que sean competentes para brindar atención de buena calidad de acuerdo con los estándares y las guías nacionales. Garantizar una atención relacionada con el aborto de buena calidad requiere supervisión, aseguramiento de la calidad y evaluación de manera constante.

Recomendaciones de la OMS para los sistemas de salud

1. CONTEXTO

En el marco de la despenalización de la interrupción del embarazo en Colombia, el Ministerio de la Protección Social considera indispensable continuar con las labores de capacitación y entrenamiento a prestadores de servicios de salud, especialmente prestadores de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado, en aspectos específicos de la sentencia C-355, las sentencias de tutela, la aplicación amplia de cada una de las causales y la normatividad vigente; al igual que en aspectos relacionados con la prestación de servicios integrales de IVE, sensibilización y clarificación de valores y orientación integral en salud sexual y reproductiva, con el fin de satisfacer las necesidades de las mujeres y permitirles el pleno ejercicio del derecho que tienen a la interrupción voluntaria del embarazo.

Según datos del mismo Ministerio, entre mayo de 2006 y diciembre de 2010, se han registrado 966 procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo. Se estima, sin embargo, que en el país realmente ocurren alrededor de 400.400 abortos cada año, la mayor parte de ellos realizados en condiciones clandestinas y de riesgo a pesar de la legislación vigente (). Una tercera parte del total de mujeres que tuvieron un aborto en estas condiciones presentaron complicaciones que necesi-

taron tratamiento en una institución de salud, y una quinta parte del total de las mujeres que presentaron complicaciones no recibieron tratamiento alguno, por lo cual estuvieron expuestas a sufrir consecuencias mayores y a largo plazo.

Aunque la sentencia, además de indicar las causales bajo las cuales la mujer está en condiciones de solicitar la interrupción voluntaria del embarazo, señala en forma clara los únicos requisitos que se requieren para acceder a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo –certificado médico en caso de riesgo para la vida o salud de la mujer, certificado médico en caso de malformaciones fetales y denuncia penal en caso de violación–, durante los últimos 5 años las mujeres han tenido que recurrir a tutelas, sortear toda clase de obstáculos y barreras en entidades de salud públicas y privadas, escuchar argumentos y evasivas de médicos y profesionales de la salud que desconocen la legislación, ofician de jueces, se escudan en creencias y objeciones personales y posponen o niegan injustificadamente la prestación del servicio ().

En este contexto, el Plan de Capacitación responde a las directrices del Ministerio de la Protección Social, a la situación actual del aborto en Colombia y a las necesidades sentidas de las mujeres que se encuentran en cualquiera de las tres causales excepcionales, y desean ejercer el derecho a decidir libre y autónomamente la interrupción de su embarazo.

2. JUSTIFICACIÓN

Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicas o privadas, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, están en la obligación de prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo a mujeres incursas en cualquiera de las causales establecidas en la Sentencia C-355 DE 2006, en cumplimiento de los principios de igualdad, universalidad, calidad, seguridad y eficiencia ().

Lo anterior debe suceder en todos los niveles territoriales con estricta consideración de los postulados de referencia y contrarreferencia asegurando, de esta manera, que dentro de las redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal se garantice el servicio de interrupción voluntaria del embarazo, para lo cual se debe contar con profesionales de la salud

sensibilizados en género y debidamente capacitados en la prestación de estos servicios con el fin de que cumplan con sus obligaciones institucionales y legales de respetar los derechos de las mujeres.

El Plan de Capacitación forma parte del Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia, de acuerdo con lo establecido en la Guía Técnica y de Política para Sistemas de Salud: Aborto sin riesgos OMS 2012 () y busca satisfacer las necesidades que los entes de salud tienen de incorporar conocimientos, actitudes y competencias en sus profesionales para la implementación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo en todos los grados de complejidad, bajo los supuestos previstos en la Sentencia C-355 y en concordancia con la normatividad vigente

3. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar las capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias de los prestadores de servicios de salud de empresas sociales del estado y otras instituciones de salud, de manera tal que se posibilite el desarrollo del(a) profesional y se garantice el servicio de interrupción voluntaria del embarazo bajo las hipótesis establecidas en la Sentencia C-355 de 2006.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ♦ Generar mediante acciones de formación y capacitación, competencias en los(as) profesionales que les permitan implementar y garantizar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo.
- ♦ Capacitar a los funcionarios en el manejo de los métodos modernos de interrupción del embarazo empleados actualmente y avalados por la OMS.
- ♦ Identificar los valores en que se basan las creencias y actitudes personales acerca de la interrupción del embarazo y describir valores alternativos y sus consecuencias.
- ♦ Elevar el nivel de compromiso de los(as) profesionales con respecto a las políticas públicas que apunten a garantizar la equidad de género y los derechos de las mujeres.

5. LOGÍSTICA

La localización física donde se desarrolle el Plan de Capacitación será en lo posible en instalaciones apropiadas con espacios amplios y cómodos, que permitan el desarrollo de actividades puramente académicas, actividades en grupo y actividades lúdicas. Importante contar con todos los elementos necesarios (audiovisuales, sonido, papelógrafos y materiales varios) para el satisfactorio desarrollo de cada una de estas actividades.

El equipo organizador debe trasladarse a la institución llevando el material necesario para desarrollar el programa de capacitación: las herramientas propuestas para cada módulo, un plan de trabajo detallado de los talleres, los casos de estudio, las hojas de actividades, los materiales audiovisuales, etc.

Es recomendable que dentro del equipo organizador se vincule a mínimo un(a) profesional de la institución y se organice una reunión interna para los acuerdos y claridad del contexto local, así como un encuentro final que evalúe los resultados, los aspectos logísticos y el manejo de la comunicación. De esta manera se hacen los ajustes necesarios al proceso, al plan de capacitación y se facilita la mejora continua que enriquezca, adapte y fortalezca este documento.

6. PARTICIPANTES

Se sugiere implementar el Plan de Capacitación en dos niveles, teniendo en cuenta el cargo y la profesión de cada participante. En el primer nivel (nivel administrativo) se tratan temas conceptuales, sensibilización y clarificación de valores, derechos humanos, fundamentos del marco constitucional, legal y normativo del derecho a la interrupción del embarazo. En el segundo nivel (nivel asistencial), además de los temas anteriores, se tratan temas puramente técnicos: modelo integral para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo, técnicas modernas para la interrupción del embarazo, aspiración manual endouterina y anticoncepción post-aborto.

◆ Nivel administrativo. Dirigido a:

- ◆ Gerentes
- ◆ Directores
- ◆ Secretarías
- ◆ Personal de apoyo
- ◆ Personal administrativo
- ◆ Promotores
- ◆ Personal auxiliar

◆ Nivel asistencial. Dirigido a:

- ◆ Médico especialistas (ej. Ginecología, pediatría, psiquiatría)
- ◆ Médicos generales (ej. Consulta externa, adolescentes, planificación familiar, servicio de obstetricia)
- ◆ Enfermeras
- ◆ Psicólogas
- ◆ Trabajadoras sociales
- ◆ Auxiliares de enfermería

Corresponde a cada entidad decidir el número de capacitaciones necesarias para que se considere que participaron todos los responsables de la prestación del servicio teniendo en cuenta que se recomiendan grupos de máximo 20 personas, conformados, en lo posible, por igual número de hombres y mujeres.

Teniendo en cuenta el modelo integral de atención para la IVE, se sugiere la formación de equipos interdisciplinarios con el fin de lograr una capacitación integral y garantizar la posterior prestación de servicios también en forma integral. Por lo tanto se recomienda que la totalidad de profesionales asistenciales que pueden estar relacionados con la orientación, asesoramiento y atención en el servicio de IVE sean convocados a la capacitación.

Los participantes deberán conocer con anterioridad el objetivo de la capacitación y deben haber sido informados que se emplearán técnicas participativas que incluyen el desempeño de roles y la exposición de opiniones.

7. METODOLOGÍA

La metodología se caracteriza por ser interactiva, abierta y fluida. Plantea actividades para desarrollar en el marco de una estrategia que integra los distintos aspectos temáticos y las dinámicas participativas. Se entiende por interactiva la estrategia que sitúa a cada participante como protagonista de la acción, creando un ambiente de empatía y colaboración; abierta a la riqueza de los conocimientos y experiencias de los participantes y fluida en cuanto a que permite avanzar adaptándose a las creencias, conocimientos y necesidades de cada participante individual y colectivamente.

La metodología parte del reconocimiento del saber que poseen los participantes y del análisis de los contenidos que se realiza con ellos; y se enriquece con la participación constante a partir de los conocimientos teóricos y prácticos relacionados con el tema. Se obtiene como resultado una propuesta sustentada de conocimientos nuevos, escenario óptimo para la socialización e implementación del Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia.

Esta estrategia facilita la concertación, permitiendo el establecimiento de formas de esparcimiento e información que promuevan la sensibilidad de las personas frente a la prevención del aborto inseguro.

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es una excelente alternativa al aprendizaje convencional y por lo tanto se propone como base para la capacitación. El camino que toma el proceso de aprendizaje convencional se invierte al trabajar en el ABP. Mientras tradicionalmente primero se expone la información y posteriormente se busca su aplicación en la resolución de un problema, en el caso del ABP primero se presenta el problema, se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y finalmente se regresa al problema para la construcción de propuestas de solución.

En el recorrido que viven los participantes desde el planteamiento original del problema hasta su solución, trabajan de manera colaborativa en pequeños grupos, compartiendo en esa experiencia de aprendizaje la posibilidad de practicar y desarrollar habilidades, de observar y reflexionar sobre actitudes y valores que en el método convencional expositivo difícilmente podrían ponerse en acción.

El ABP está centrado en el estudiante, el cual debe ser artífice de su propio conocimiento adaptándose a un sistema de aprendizaje que le sirva durante el resto de su vida profesional, no solo durante el periodo de capacitación. Por tanto debe enfrentarse con problemas reales (estudios de caso).

Otro aspecto metodológico a tener en cuenta es el aprendizaje significativo el cual consiste en la adquisición de estrategias cognitivas que se emplean para apropiarse del ser, saber y hacer que se intercambia en el proceso enseñanza – aprendizaje, para la exploración, descubrimiento y resolución de problemas.

Para desarrollar la estrategia de información, comunicación y educación, con el ABP, se utilizará la metodología de taller, entendiendo esta, como una actividad grupal compuesta por varios momentos, encaminados al logro de los objetivos establecidos, con el ánimo de facilitar la reflexión en torno a los temas seleccionados. El taller debe contar con los siguientes espacios didácticos:

- ◆ Difusión de contenidos conceptuales y teóricos dirigidos en forma interactiva a la totalidad de los participantes, permitiendo procesos de reflexión y análisis y de construcción conjunta sobre nuevas maneras de abordar y comprender cada uno de los temas.
- ◆ Sesiones prácticas empleando diversas estrategias como estudios de caso, juegos de roles, dramatizados y prácticas en modelos. Se realizan en grupos pequeños teniendo en cuenta la actividad y la profesión de cada uno de los participantes. Cada participante recibe atención individual de acuerdo con sus necesidades particulares y las experiencias individuales son socializadas para beneficio de todo el grupo.
- ◆ Actividades lúdico-recreativas para facilitar la interacción y confianza, creando ambientes propicios que facilitan el aprendizaje.

8. CONTENIDOS

	ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONTENIDO	TIEMPO
	Introducción	Presentar a los(as) participantes a los facilitadores(as), el plan de trabajo y las reglas de convivencia	- Bienvenida - Historia de la construcción del protocolo	10 m
1	Marco conceptual: Embarazo no deseado	- Revisar y analizar el marco conceptual del embarazo no deseado y sus repercusiones en la salud de la mujer por ser factor determinante del aborto en condiciones de riesgo a pesar de la legislación vigente. - Conocer el contexto de la SSR/DSR en Colombia	- Embarazo no deseado - Causas, consecuencias y alternativas al embarazo no deseado - Aborto en condiciones de riesgo - Aborto inducido en Colombia - Prevención del embarazo no deseado - Resultados de la ENDS 2005 y 2010 - Resultados de la encuesta “Embarazo no deseado y aborto inducido”	Presentación interactiva 1 h
2	Sensibilización y clarificación de valores	- Identificar los valores en que se basan las creencias y actitudes personales acerca de la interrupción del embarazo y poder describir valores alternativos y sus consecuencias. - Distinguir y separar de manera apropiada las creencias personales de los roles y responsabilidades profesionales en la promoción y prestación de servicios de IVE.	¿Qué son valores? ¿Qué es clarificación de valores? - Supuestos, mitos y creencias - Clarificación de valores para la transformación de actitudes respecto al aborto.	Taller 2 h
3	Atención integral del embarazo no deseado desde una perspectiva de género y de derechos humanos, sexuales y reproductivos	- Aclarar el concepto de derechos humanos y el verdadero alcance de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. - Identificar los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la mujer y la forma como son vulnerados cuando no se le permite decidir autónomamente sobre un embarazo que no ha deseado.	¿Qué es un derecho? - Derechos humanos: autonomía, respeto, autodeterminación, vida-salud, derecho a la información - Derechos sexuales y reproductivos: sexualidad libre, gratificante y responsable; maternidad libre y decidida, asumida, esperada.	Taller 2 h

	ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONTENIDO	TIEMPO
4	Alcance e implicaciones de la Sentencia C-355/06	Revisar el marco constitucional, legal y normativo que fundamenta el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.	- Desarrollo y antecedentes de la despenalización del aborto en Colombia - Aspectos jurídicos de la Sentencia C-355/06 - Las sentencias de tutela - Normatividad	Taller 2 h
5	La aplicación de las causales de excepción	Desarrollar habilidades para la aplicación amplia de cada una de las causales establecidas en la Sentencia	- Requisitos legales para la aplicación de los 3 causales - El causal salud - Concepto de salud - Aplicación de la causal salud en sus 3 dimensiones - Casos	Taller 2h
6	Prácticas prohibidas en el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo	Identificar las prácticas prohibidas que obstaculizan el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo	- Desconocimiento de la sentencia y las normas - Trabas administrativas y negación injustificada - Vicios en el proceso - Acciones en contra - Objeción de conciencia - Sanciones	Taller 1h
7	Ruta de atención para la interrupción voluntaria del embarazo	- Identificar los elementos que constituyen el modelo de atención integral de la mujer en interrupción voluntaria del embarazo. - Familiarizarse con los métodos actualmente empleados y recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo.	- Definición de competencias por niveles de atención - Modelo de atención - Consulta inicial y orientación - Técnica de la aspiración manual endouterina - Empleo de medicamentos para la IVE - Control y seguimiento - Manejo de complicaciones	Taller Estudios de caso Práctica de la aspiración manual en modelos 4h
8	Asesoría en anticoncepción	- Dar información sobre los métodos usuales de anticoncepción, sus características, modo de acción, eficacia, fiabilidad, accesibilidad y retorno a la fertilidad. - Desarrollar habilidades para dar información y prestar asesoría en anticoncepción.	- Anticoncepción postaborto - Mitos y creencias sobre anticoncepción. - El anticonceptivo ideal ¿Por qué fallan los anticonceptivos? - Asesoría en anticoncepción	Taller 2h

	ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONTENIDO	TIEMPO
9	Ruta de referencia-contrarreferencia	- Definir estrategias concretas para la referencia de pacientes - Actualizar los conocimientos, en el sistema de referencia a efectos de permitir y garantizar la atención oportuna de la mujer en niveles superiores de complejidad.	- Mecanismos de referencia contrarreferencia - Ruta de remisión	Taller 1h
10	Seguimiento y Evaluación	Promover un procedimiento de mejora continua del servicio	- Garantía de derechos - Calidad del servicio - Indicadores de seguimiento - Análisis de resultados - Retroalimentación	Taller 1h

REFERENCIAS

1. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. New York: Instituto Guttmacher, 2011.
2. Un derecho para las mujeres: La despenalización parcial del aborto en Colombia. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de la Mujer, 2009.
3. Superintendencia Nacional de Salud. Circular No. 003, abril 23 de 2013.
4. OMS. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. Montevideo: OMS, 2012.

