

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2022**

( )

*Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018.*

**LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por los numerales 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y 30 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, en cumplimiento de la orden tercera de la Sentencia de Unificación 096 de 2018 y en atención al exhorto del numeral segundo de la parte resolutive de la Sentencia C -055 de 2022, ambas, de la Honorable Corte Constitucional, y

**CONSIDERANDO**

Que, tal como señala el artículo 13 de la Constitución Política, “[t]odas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica [...]”.

Que de conformidad con lo expresado por la Honorable Corte Constitucional en Sentencia de Unificación 096 de 2018, los derechos sexuales y reproductivos “reconocen y protegen la facultad de las personas, hombres y mujeres, de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción” y señala, que en particular, y con relación a los derechos reproductivos, “la Constitución consagra el derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos (Art. 42 C. Pol.) y garantiza la igualdad de derechos, proscribiendo, expresamente, la discriminación contra la mujer (Arts. 13 y 43 C. Pol.)”. Igualmente ha indicado que la estructura de estas garantías [derechos sexuales y reproductivos] se edifica sobre dos dimensiones: “La primera, relacionada con la libertad, que supone la imposibilidad del Estado y la sociedad de implantar restricciones injustificadas en contra de las determinaciones adoptadas por cada persona; y la segunda, prestacional, que implica la responsabilidad de adoptar medidas positivas para garantizar el goce efectivo de estos derechos”.

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria en salud, en el artículo 6, señala como principios del derecho fundamental a la salud: universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas y a los pueblos y comunidades indígenas, ROM, y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y, como elementos esenciales e interrelacionados la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional.

Que tal como lo señala la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia de Unificación 096 de 2018, “[...] pasados más de doce años de reconocido el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a pesar de la claridad de las reglas establecidas en la sentencia

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018”

C-355 de 2006 [...] aún existen todo tipo de trabas y barreras para que las mujeres que solicitan la IVE puedan acceder de manera oportuna y en las condiciones adecuadas, con consecuencias irreversibles o que obligan a que se practique en forma indebida con grave peligro para su salud, teniendo que acudir a la acción de tutela para lograr que se garantice su derecho a la atención debida [...]” y que de acuerdo con lo que señala el mismo tribunal “[...] la imposición de barreras para este tipo de procedimientos constituye violencia y discriminación contra la mujer [...]”.

Que en dicha sentencia se ordenó a este Ministerio emitir “[...] una regulación única en la cual se garantice la interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados en la sentencia C-355 de 2006 [...]”, aplicando “[...] las reglas extraídas de la jurisprudencia constitucional relacionadas en los numerales 36 al 83 [...]” del fallo, así como “[...] los demás aspectos que considere pertinentes para la realización de dicho procedimiento en el sistema de seguridad social en salud, de manera oportuna y segura para la mujer [...]”, agregando que “[...] [d]icha regulación deberá ser puesta en conocimiento de todas la EPS e IPS del país, y deberá contener las sanciones correspondientes frente a su incumplimiento [...]”.

Que mediante Resolución 3202 de 2016, expedida por este Ministerio, se adoptó tanto el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS, como un grupo de RIAS desarrolladas por este Ministerio.

Que conforme con el artículo 6 de la mencionada resolución, se prevé como tipos de RIAS, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud; la Ruta Integral de Atención en Salud para Eventos Específicos y la Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, esta última dentro de la que se encuentra la Ruta Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal.

Que mediante Resolución 3280 de 2018, se adoptó el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, que incluye en su numeral 4.2. indicaciones técnicas para la atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Que, así mismo, la Resolución 229 de 2020, “[p]or la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [...]” expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, contempla dentro de los derechos, especialmente frente a la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia, el “[...] ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y de atenciones inseguras [...]”.

Que la Corte Constitucional, a través de la Sentencia C-055 de 2021, decidió “Declarar la EXEQUIBILIDAD CONDICIONADA del artículo 122 de la Ley 599 de 2000 “por medio de la cual, se expide el Código Penal”, en el sentido de que la conducta de abortar allí prevista solo será punible cuando se realice después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y, en todo caso, este límite temporal no será aplicable a los tres supuestos en los que la Sentencia C-355 de 2006 dispuso que no se incurre en delito de aborto, esto es, “(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto”, exhortando en este fallo al Gobierno nacional, para que, “sin perjuicio del cumplimiento inmediato de esta sentencia y, en el menor tiempo posible, formulen e implementen una política pública integral –incluidas las medidas legislativas y administrativas que se requieran, según el caso–, que evite los amplios márgenes de desprotección para la dignidad y los derechos de las mujeres gestantes”. [...].

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

Que, atendiendo la evolución jurisprudencial, la orden contenida en la Sentencia de Unificación 096 de 2018 debe ser estructurada conforme el contenido de dicho fallo.

En mérito de lo expuesto,

## RESUELVE

### Capítulo I

#### OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN, PRINCIPIOS Y ENFOQUES

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución, en cumplimiento de la Sentencias SU-096 de 2018 y C-055 de 2022, tiene por objeto adoptar la regulación única para la prestación de los servicios de salud en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en las condiciones de despenalización previstas por la Honorable Corte Constitucional, esto es, cuando el aborto se practique antes de la semana veinticuatro (24) semanas de gestación, y posterior a esta edad gestacional (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico o por un profesional de la psicología, de conformidad con los desarrollos jurisprudenciales efectuados por la Corte Constitucional en decisiones posteriores; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, 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.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales, las secretarías departamentales y distritales de salud o las entidades que hagan su veces, las EPS, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción de salud, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la atención integral en salud según la política sectorial vigente y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal

**Artículo 3. Componentes.** La atención integral en salud para la garantía de la IVE comprende los siguientes componentes: (i) información adecuada sobre la interrupción voluntaria del embarazo para la persona gestante, (ii) La accesibilidad a los servicios médicos, psicológicos y de trabajo social de manera oportuna, y (iii) la disponibilidad de los servicios en caso de configurarse alguno de los supuestos previstos en el artículo 1.

**Artículo 4. Garantía de la atención en salud.** El acceso a la IVE se debe garantizar en todo el territorio nacional por tratarse de una atención urgente. Se podrá acceder a estos servicios en todos los niveles de complejidad, en cualquier etapa del embarazo, sin distinción alguna por razones de edad, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica o nacional, lengua, religión, opinión política o filosófica o condición de discapacidad o de cualquier otra situación que pueda generar alguna discriminación.

Las personas extranjeras en condición migratoria, regular o irregular, podrán acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Si la condición migratoria permite la vinculación de la persona al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los procedimientos para la IVE se atenderán de acuerdo con el Plan de Beneficios en Salud, si la persona es migrante irregular sin posibilidad de vinculación al sistema, el acceso a tal procedimiento, así como las demás atenciones relacionadas con la gestación, se considerarán urgentes y prioritarias razón por la que no deberán suspenderse en ninguna circunstancia.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

**Artículo 5. Principios orientadores de la atención en salud.** Además de los elementos y principios contenidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la atención para la interrupción voluntaria del embarazo se orienta por los principios de dignidad humana, autodeterminación reproductiva, igualdad, no discriminación y demás garantías aplicables que hacen parte del catálogo de derechos y libertades incorporadas en la Constitución Política y el bloque de constitucionalidad.

**Artículo 6. Enfoques para la atención en salud.** La atención integral en salud para la IVE deberá adecuarse, según el caso, a la edad, nivel de educación, nivel socioeconómico, etnia, identidad de género, discapacidad o si se trata de población rural o urbana.

## Capítulo II

### PRESUPUESTOS LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

**Artículo 7. Decisión para la interrupción voluntaria del embarazo en embarazos de hasta veinticuatro 24 semanas.** Las atenciones y procedimientos para la IVE en casos de embarazos de hasta veinticuatro (24) semanas, no deben estar sometidas al cumplimiento de causales o requisitos distintos del consentimiento de la persona embarazada.

**Artículo 8. Identificación de causales en embarazos de más de veinticuatro (24) semanas.** En casos donde se solicite la atención en salud de la IVE con más de veinticuatro (24) semanas de gestación, se debe identificar la configuración de alguna de las tres causales contenidas en la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional. Las y los profesionales de la salud deberán tener en cuenta:

- 8.1. El riesgo para la vida o la salud física, mental o social de la mujer con la continuación del embarazo, certificado por un profesional de la medicina o la psicología.
- 8.2. La existencia de una grave malformación del feto que implique que este probablemente no vivirá, certificado por un profesional de la medicina que determine esa condición.
- 8.3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto, la conducta deberá ser denunciada.

**Parágrafo 1.** En relación con la causal dispuesta en el numeral 8.3 de esta resolución y de conformidad con el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, la atención en salud para las víctimas de violencia sexual asociadas al conflicto armado interno debe brindarse independientemente de la existencia de denuncia penal. Igual tratamiento se dará frente al acceso carnal a menores de 14 años el cual se presume, en todos los casos, como una conducta de violencia sexual; sin embargo, en ambos casos, cuando el hecho no haya sido denunciado, el profesional de salud que realiza la atención o el personal que designe el prestador deberá dar aviso del hecho a las autoridades competentes del sector justicia y protección para lo de su competencia, incluido el inicio de la correspondiente investigación penal por la conducta de violencia sexual.

**Parágrafo 2.** Una vez el profesional de la salud identifique la configuración de alguna de las causales, corresponde únicamente a la mujer o persona gestante, decidir sobre el riesgo que está dispuesta a asumir para continuar o no con el embarazo, en todo caso se registrará en la historia clínica su voluntad.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

### Capítulo III

## ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

**Artículo 9. Estándares de protección.** Los estándares de protección constituyen las garantías mínimas para la atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo y son los siguientes:

**9.1. Información oportuna, suficiente y adecuada.** Los actores descritos en el ámbito de aplicación de la presente resolución deben suministrar a las personas gestantes información comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y pertinente que les permita ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos.

Por lo tanto, las personas embarazadas tendrán derecho a ser informadas sobre las opciones disponibles, entre ellas la de seguir con la gestación o la de entregar al recién nacido en adopción; además de las opciones terapéuticas disponibles en las situaciones que corresponda, tanto para ella como para el *nasciturus*, así como las atenciones de orientación y asesoría opcionales, con el fin de propiciar una toma de decisiones informada.

En todos los casos, la información provista debe ser objetiva, pertinente, precisa, confiable, accesible, científica y actualizada y no puede contener consideraciones disuasorias, personales, ideológicas, religiosas o axiológicas de los profesionales de salud ni de terceros.

Cuando sea necesario, en cumplimiento de la Ley 1381 de 2010, se debe garantizar un intérprete de la lengua o idioma en la que se comunica la persona gestante. Para las personas con discapacidad, la información se debe proporcionar, en caso de que sea necesario, en formatos y medios accesibles y adecuados a sus necesidades de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya.

**9.2 Atención y diagnóstico oportuno.** Las personas que decidan interrumpir el embarazo en las condiciones señaladas por la Corte Constitucional, tienen el derecho, a través de su entidad aseguradora o administradora, a:

- a. Que se reconozca y se respete su decisión frente a la gestación, garantizando el acceso a las atenciones que sean necesarias de manera inmediata sin que se interpongan barreras o demoras.
- b. Acceder a una valoración integral y oportuna del estado de salud que incluya el estado físico y mental, y evalúe los posibles riesgos que llegue a representar el embarazo para su vida o su salud, los cuales deben ser informados de manera clara, oportuna y específica, resolviendo todas las dudas y aspectos que la persona estime convenientes.
- c. Conocer de manera inmediata y precisa los procedimientos, tratamientos o medicamentos que requiere, y los alcances y riesgos de cada uno.
- d. Acceder a una valoración periódica sobre el desarrollo y estado del embarazo, con el fin de identificar de forma oportuna y rápida posibles incompatibilidades del feto con la vida.
- e. Obtener de manera inmediata, en los casos que amerite, el certificado expedido por un profesional de la medicina o de la psicología, según sea el caso, para proceder a la IVE.
- f. Acceder de manera urgente y gratuita a todas las demás atenciones en salud previstas para las víctimas de violencia sexual, cuando el embarazo sea consecuencia de esta conducta.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

**9.3. Derecho a decidir libre de apremios.** Las personas gestantes gozan del derecho a decidir, libres de presión, coacción, apremio, manipulación y, en general, cualquier intervención inadmisibles respecto de su decisión reproductiva, en cuanto se trata de una decisión que determina significativamente su proyecto de vida. De esta manera, ni las personas que solicitan la IVE, ni quienes atienden dicha solicitud pueden ser víctimas de discriminación o de prácticas que limiten o de alguna forma impidan su acceso al lugar de trabajo o a centros educativos o su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud o al Sistema de Riesgos Laborales.

Las personas con discapacidad pueden otorgar su consentimiento con el uso de apoyos y ajustes razonables, en caso de requerirlos.

Las menores de edad pueden decidir la IVE autónomamente sin que sea necesaria la autorización de terceros.

Toda forma de coacción o presión en contra de la persona en la toma de la decisión, ejercida por su pareja, familiares o cualquier tercero, deberá ser informada ante las autoridades competentes para su investigación.

**9.4. Deber de confidencialidad.** Todos los actores señalados en el ámbito de aplicación de la presente resolución están obligados a brindar plena garantía de confidencialidad. Los profesionales de la salud que intervienen en el proceso de atención están obligados, además, a guardar el secreto profesional, en los términos establecidos en el artículo 10, literal k), de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y demás normas concordantes.

**9.5. Derecho a la intimidad.** La decisión de una persona gestante de interrumpir voluntariamente su embarazo pertenece a su esfera íntima o privada. De esta manera, solo si ella lo solicita expresamente podrá estar acompañada de su pareja, o de un familiar, representante o tutor.

**Artículo 10. Término para el procedimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.** Las atenciones en salud relacionadas con la IVE se consideran urgentes e inmediatas. Solo en casos justificables se podrá tener en cuenta un plazo máximo de hasta cinco (5) días calendario contados a partir de la manifestación de la voluntad de la persona gestante de interrumpir el embarazo para realizar el procedimiento. De dicha manifestación se dejará registro en la historia clínica del paciente.

**Artículo 11. Atención e intervenciones en salud para la interrupción voluntaria del embarazo.** Las atenciones e intervenciones para la IVE hacen parte de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal y deben llevarse a cabo de acuerdo con las indicaciones relacionadas con esta atención dadas en el lineamiento técnico y operativo, el cual se modifica en su numeral 4.2 mediante esta resolución a través del Anexo Técnico 1.

**Artículo 12. Copagos y cuotas moderadoras.** La atención en salud y los procedimientos para la IVE están exentos de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con las excepciones que disponen las leyes especiales, el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Circular 016 de 2014.

**Artículo 13. Estándares de calidad para la atención.** La atención en salud de la IVE se debe brindar bajo estándares de calidad. Dichos estándares son los de oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, seguridad, integralidad, pertinencia, satisfacción y continuidad que orientan al SGSSS.

**Artículo 14. Registro de las atenciones en salud para la interrupción voluntaria del embarazo.** El registro de las atenciones en salud para la interrupción voluntaria del embarazo deberá adelantarse de acuerdo con la Resolución 1036 de 2022 del Ministerio de

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

Salud y Protección Social, esto es, relacionando la finalidad informada de la consulta con IVE.

#### Capítulo IV

### OBLIGACIONES PARA LOS AGENTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LOS DEMÁS REGÍMENES

**Artículo 15. Obligaciones de las secretarías de salud.** Las secretarías de salud del orden departamental y distrital o la entidad que haga sus veces, en el ámbito de sus competencias, deberán vigilar que las Entidades Promotoras de Salud y los responsables de los regímenes Especial y de Excepción cuenten con la red de prestadores de servicios de salud para garantizar el acceso real y la atención oportuna de las personas embarazadas que requieran servicios de salud para la IVE, en todos los grados de complejidad, incluyendo servicios de telesalud y telemedicina.

Igualmente, deberán i) dictar las medidas que, en el ámbito de sus competencias, aseguren la suficiente y efectiva disponibilidad y acceso a estos servicios sin discriminación, de forma oportuna y en condiciones de seguridad, calidad y salubridad; ii) Adoptar las demás acciones que en el marco de sus competencias incorporen medidas para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

**Artículo 16. Obligaciones de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Las EPS, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción de salud y los prestadores de servicios de salud están en la obligación de garantizar el acceso a la IVE en los términos aquí previstos y, de acuerdo con sus competencias, deberán:

- 16.1. Garantizar y prestar con oportunidad y calidad los servicios de salud que tengan habilitados donde puedan llevarse a cabo los procedimientos para la IVE, y acatando los lineamientos técnicos elaborados por el Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente los adoptados mediante esta resolución, a través del Anexo Técnico 1, o la norma que la modifique o sustituya y demás documentos técnicos publicados relacionados.
- 16.2. Realizar de oficio y directamente, con la red de instituciones prestadoras de servicios de salud, los trámites administrativos indispensables para la programación y práctica del procedimiento. Para tal efecto, deberán remitir a la paciente a las entidades que tengan capacidad técnica para efectuar el procedimiento de acuerdo con la edad gestacional, y cuando hayan consentido previamente la realización de la IVE.
- 16.3. Organizar sus servicios garantizando la disponibilidad permanente de profesionales entrenados y capacitados que lleven a cabo los procedimientos para la IVE.
- 16.4. Tomar las medidas conducentes a evitar que el personal médico, asistencial o administrativo, exija documentos o requisitos adicionales o haga remisiones a consultas innecesarias para la práctica de las atenciones para la IVE, impidiendo que se generen barreras que den lugar a la dilación de la prestación del servicio.
- 16.5. Garantizar el funcionamiento de un sistema de referencia y contrarreferencia que permita contar con un número adecuado de prestadores de servicios de salud habilitados para prestar los servicios donde se puedan llevar a cabo los procedimientos para la IVE.
- 16.6. Entregar y publicar periódica y activamente información sobre la existencia, alcance y requisitos para la IVE según sea la decisión de la persona antes de la semana 24

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

de gestación o en las causales despenalizadas y el derecho de las personas de acceder a estos servicios.

**Artículo 17. Prácticas prohibidas en la atención.** Las EPS, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales y personal encargado de la atención, están obligados a ceñirse a los principios y estándares de protección para la IVE. Por lo tanto, son prácticas prohibidas en el proceso de atención, entre otras:

- 17.1 Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores, asesores legales o cualquier otro colaborador que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica de la IVE.
- 17.2. Adelantar remisiones a consultas previas de orientación o asesoría de cualquier tipo, salvo que la paciente expresamente lo solicite, con el fin de acceder a un diagnóstico integral de su estado de salud, exigir documentos como dictámenes de medicina forense, órdenes judiciales o exámenes de salud o solicitar la autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, grupos comunitarios, auditores, médicos o la pluralidad de profesionales de la salud.
- 17.3. Suscribir entre profesionales de la salud pactos individuales o conjuntos para negarse a practicar la IVE y acogerse a formatos o plantillas de adhesión que impliquen que las entidades hospitalarias no cuenten en su planta de personal con médicos dispuestos a prestar los servicios para la IVE.
- 17.4. Desconocer injustificadamente los conceptos expedidos por profesionales de la medicina o de la psicología sobre la existencia de alguna de las causales previstas en la sentencia C-355 de 2006 en embarazos de más de veinticuatro (24) semanas, aun cuando no hagan parte de la red de prestadores de la entidad aseguradora a la que se encuentre afiliada la persona.
- 17.5. Negarse a practicar la IVE cuando la mujer se encuentre bajo los supuestos y condiciones establecidas en la Sentencia C -055 de 2022. Esta práctica no es prohibida para el profesional encargado de realizar directamente el procedimiento para la IVE embarazo que formule objeción de conciencia en los términos del artículo 18 de esta resolución.

**Parágrafo.** Cualquier otra medida análoga o que comporte una barrera de acceso no es permitida y deberá ser investigada por la Superintendencia Nacional de Salud o demás entes de inspección, vigilancia y control competentes.

**Artículo 18. De la objeción de conciencia.** De acuerdo con lo señalado por la Honorable Corte Constitucional, el profesional encargado de realizar directamente el procedimiento para la IVE podrá objetar únicamente por razones de conciencia el cumplimiento de dicha obligación siempre que se formule por escrito y esté debidamente motivada, al tiempo que se señale el profesional al cual se remite la paciente para hacer efectivo su derecho.

**Parágrafo 1.** En ningún caso, las EPS, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción o las IPS, ni las personas que cumplen funciones asistenciales o de cuidado, administrativas o de manejo o dirección, podrán negarse a que se practique la IVE o para obstruir, demorar o negar el acceso a dicha atención.

**Parágrafo 2.** De conformidad con lo señalado por la honorable Corte Constitucional en las Sentencias T- 209 de 2008, T-388 de 2009 y SU- 096 de 2018, las personas jurídicas no son titulares del derecho a la objeción de conciencia.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

## Capítulo V DISPOSICIONES FINALES

**Artículo 19. Sanciones.** Las faltas relacionadas con la garantía de la IVE, así como las prácticas discriminatorias ejercidas en contra de la mujer o persona gestante o en contra del personal de salud y administrativo que atiende la solicitud, dará lugar a la aplicación de las sanciones a las que haya lugar, las cuales serán impuestas por las entidades con funciones de inspección, vigilancia y control competentes.

Cuando el desconocimiento de los principios, estándares o normas relacionadas con el ejercicio de la IVE o el incumplimiento de las disposiciones aquí descritas por parte de los profesionales de la salud o del personal asistencial, directivo o administrativo vinculado a una Entidad Administradora de Planes de Beneficios o a una Institución Prestadora de Servicios de Salud fuere presuntamente constitutivo de delito o de falta ética o disciplinaria se pondrán en conocimiento de las autoridades competentes.

**Artículo 20. Modificaciones.** Modifíquese el numeral 4.2. del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018, de acuerdo con lo señalado en el Anexo Técnico 1 de esta resolución.

**Artículo 21. Vigencia.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

### PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C., a los

**CAROLINA CORCHO MEJÍA**  
MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018”

## ANEXO 1

### EL CUAL MODIFICA EL NUMERAL 4.2. DEL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL ADOPTADO MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DE 2018

#### LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL

#### 4. INTERVENCIONES INDIVIDUALES

#### 4.2. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho fundamental<sup>1</sup> en Colombia. Al respecto, la Corte Constitucional mediante Sentencia de Unificación 096 de 2018 señaló: “El derecho a la IVE pertenece a la categoría de derechos reproductivos y, por tanto, comparte su orientación, fundamento y contenido obligacional. Al mismo tiempo, al tratarse de una garantía ius fundamental, compromete en su respeto y realización a todos los servidores y órganos del Estado, a los prestadores públicos y privados de seguridad social y a los particulares”. [...] De esta manera, y al ser considerada como un derecho fundamental implica, de acuerdo con lo que señala la misma Corte en este fallo, [...] “que existe un conjunto de obligaciones de respeto y de garantía por parte del Estado y de los prestadores del servicio para garantizar el acceso efectivo a este derecho”. Por esta razón, los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera efectiva con una atención oportuna y de calidad en todos los niveles de complejidad y en todo el territorio nacional.

El derecho de las mujeres y personas gestantes a decidir de manera libre y autónoma sobre la interrupción del embarazo está relacionado con la información y conocimiento que tengan acerca la legalidad del aborto. En consonancia con la decisión de la Corte Constitucional, contenida en Sentencia C-055 de 2022, las atenciones y procedimientos para la IVE no deben estar condicionados al cumplimiento de causales o requisitos en casos de embarazos de hasta 24 semanas por tratarse de una conducta no punible, es decir, proceden por la sola decisión de la persona gestante, y en casos de embarazos de mayor edad gestacional, proceden ante la identificación de alguna de las tres causales ya existentes y definidas por la misma Corte Constitucional en Sentencia C – 355 de 2006, esto es: “(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto”

<sup>1</sup> La naturaleza del aborto como derecho fundamental de la mujer ha sido reconocido por la Corte Constitucional a través de las sentencias expedidas en el tema. Al respecto tener en cuenta: Sentencias: T – 732 de 2009 y T – 585 de 2010: “Resulta innegable que, a partir de la sentencia C-355 de 2006, surgió en Colombia un verdadero derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en cabeza de las mujeres que se encuentran incursas en las tres hipótesis despenalizadas”, Sentencia C - 754 de 2015: “(...) esta Corporación ha determinado que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los tres casos establecidos en la Sentencia C-355 de 2006, que incluye el aborto en supuestos de violencia sexual, es un derecho fundamental de las mujeres, como un derecho reproductivo”, Sentencia T -732 de 2009: “las prerrogativas que conceden los derechos reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991 pues especifican las facultades que se derivan necesariamente de su contenido en los ámbitos de la reproducción”, Sentencia T – 301 de 2016: “Sin perjuicio de las regulaciones de rango legal o reglamentario que se produzcan frente al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo por parte de las autoridades competentes, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha definido al alcance del derecho fundamental a la IVE en las circunstancias descritas en la sentencia C-355 de 2006”. Ver también: Sentencias: T-171 de 2007, T-988 de 2007, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-946 de 2008, T-009 de 2009, T-388 de 2009, T-585 de 2010, T-636 de 2011, T-841 de 2011, T-959 de 2011 y T-532 de 2014.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

Por lo tanto, la información sobre el derecho a la IVE debe ser suministrada en el primer contacto de la persona gestante con los servicios de salud. La información debe ser dada bajo un estándar razonable con respecto a la necesidad particular que motiva la consulta, teniendo en cuenta el contexto en el cual se da la atención y se debe verificar que se ha comprendido a través de la conversación dirigida.

Para el caso de niñas y adolescentes, se debe brindar toda la información necesaria por parte de los profesionales de la salud, sus padres, o en su defecto su representante legal o cuidador, para la adopción de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud. Adicionalmente, para el caso de adolescentes, debe reconocerse tal y como se definió en la Resolución 229 de 2020, el derecho frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

#### 4.2.1 Objetivos

- Reconocer el derecho a la autonomía y autodeterminación reproductiva de las mujeres y personas gestantes, garantizando el acceso a servicios seguros y de calidad para la interrupción voluntaria del embarazo, en marco de lo previsto por la Corte Constitucional en las Sentencias C- 055 de 2022, SU 096 de 2018 y C – 355 de 2006 y jurisprudencia complementaria.
- Informar a las mujeres y personas gestantes frente a la preparación y ejecución de los procedimientos de interrupción del embarazo y la asesoría y provisión anticonceptiva post aborto; así como las opciones que se tienen, sobre la posibilidad de seguir con la gestación o entregar al nacido vivo en adopción.

#### 4.2.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos relacionados con la IVE requiere un equipo que pueda garantizar el acceso al procedimiento, así como brindar orientación y apoyo a la mujer o persona gestante. Este equipo puede estar compuesto por profesionales en enfermería, medicina, medicina especializada en ginecología, psicología y trabajo social. Cabe anotar que el hecho de no contar con todo el talento humano no puede constituirse en una barrera para la prestación del servicio.

#### 4.2.3 Duración mínima recomendada

Al tratarse de una agrupación de procedimientos que va desde la consulta para asesoría de opciones frente al embarazo hasta la oferta anticonceptiva post aborto antes del alta, se considera que el tiempo es variable. En todo caso, si la mujer decide interrumpir el embarazo, la atención debe ser inmediata por tratarse de una atención urgente y prioritaria. Solo en casos justificados, desde la consulta inicial, hasta la realización del procedimiento, se debe garantizar que no transcurra un tiempo superior a cinco (5) días calendario. Esto implica que todos los integrantes del SGSSS lleven a cabo los procesos de su competencia sin barreras dilaciones y de ser médicamente posible, adelantar las atenciones relacionadas con la IVE en el mismo servicio donde la mujer o persona gestante haya hecho su solicitud.

#### 4.2.4 Atenciones incluidas

- Consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer, que incluye la valoración de la salud mental, del estado emocional, así como de las condiciones sociales asociadas al embarazo y su salud.
- Información, orientación y asesoría para la toma de decisiones frente a la IVE garantizando siempre la autonomía de la mujer y su derecho a decidir si continúa o no con el embarazo.
- Métodos disponibles para la IVE.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

- Asesoría y provisión anticonceptiva (según criterios médicos de elegibilidad OMS / CDC vigentes y preferencias de la mujer).
- Consulta de control

#### 4.2.5 Descripción

##### Consulta inicial para valoración

El propósito de la consulta médica para la IVE es establecer si la persona gestante está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la edad gestacional y confirmar que el embarazo sea intrauterino. Se incluye también la valoración de la salud integral de la mujer en sus dimensiones física, social, mental y del estado emocional. La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE o cuando accede a los controles prenatales y se identifica que la mujer cumple con alguna de las causales previstas por la Sentencia C – 355 de 2006, y decide acceder al procedimiento. 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:

- i. Toda solicitud de IVE debe quedar debidamente consignada en la historia clínica. Se debe documentar y registrar en forma clara y concreta en la historia clínica. Además, se deben relacionar los requisitos establecidos legalmente para cada causal, cuando el embarazo es mayor a las 24 semanas de gestación. Debe quedar registro del proceso de información sobre opciones, riesgos y alternativas, brindadas a la persona en gestación.
- ii. Se debe garantizar la intimidad de la mujer que solicita la IVE, razón por la que debe evitarse realizar interrogatorios extensos que vayan más allá de obtener información relevante para la historia clínica o solicitar en contra de su voluntad, la presencia de personas como su pareja o del representante legal o tutor en caso de niñas o adolescentes. Para el caso de adolescentes, debe informarse el derecho a la confidencialidad sobre la historia clínica.

En casos donde la mujer o persona gestante haya podido autogestionar el aborto (por ejemplo, a través de la compra informal de medicamentos o con el uso de otros métodos), las y los profesionales de la salud deben determinar si el embarazo fue interrumpido de manera exitosa y proveer a las mujeres la atención necesaria para culminar este proceso de manera segura y satisfactoria, manteniendo la guarda del secreto profesional.

Las valoraciones de IVE deben ser provistas en todo el territorio nacional y en todos los niveles de complejidad. Además, la valoración puede ser provista a través de tres distintas modalidades de atención: presencial, telemedicina o tele-experticia sincrónica. Independiente de la modalidad de atención a través de la cual sea prestada la valoración de IVE, siempre debe ser provista en un ambiente de estricta privacidad.

##### 4.2.5.1 Anamnesis

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; 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. En caso de que no sea posible establecer la fecha de la última menstruación, se pueden realizar exámenes físicos, como el examen pélvico bimanual o altura uterina, para determinar la edad gestacional. De

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

acuerdo con la OMS (2022) no es recomendable el uso de ecografías antes de las 24.6 semanas de gestación, a menos que sea necesario para tomar una decisión frente al tipo de procedimiento que necesita la mujer. Quienes requieran de ecografías, no deben ser expuestas a la imagen de la gestación a menos que ella así lo desee, deben siempre ser informadas sobre su derecho a rechazar la imagen diagnóstica, así como de su opción de solicitarla.

En la historia clínica se debe registrar de manera clara que la paciente solicita la IVE e indicar la edad gestacional en la que se encuentra. Además de los aspectos generales, también se deben incluir: finalidad de la consulta, antecedentes personales, historia reproductiva, gestación actual, sintomatología infecciosa y condiciones psicosociales. Para mujeres con gestaciones mayores a 24 semanas se debe incluir la valoración de sus condiciones psicosociales 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; así como la existencia de redes de apoyo (soporte familiar y/o de pareja o de condiciones socioeconómicas o de subsistencia).

#### **4.2.5.2 Examen físico**

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 o por medios paraclínicos si se dispone de ellos. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6<sup>a</sup> y 8<sup>a</sup> 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 post aborto, si no son tratadas antes del procedimiento. 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 vive con el VIH, se debe dar orientación y asesoría sobre VIH, así como el tratamiento y manejo adecuados para la infección durante el embarazo.

#### **4.2.5.3 Toma de paraclínicos**

Como norma general, no son requisito exámenes paraclínicos para la prestación de servicios de IVE. Sin embargo, es importante conocer la hemoclasificación de la mujer y administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas al momento del procedimiento de IVE. 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 brindar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH según los algoritmos contenidos en la guía de práctica clínica vigente 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 con prueba treponémica rápida. En ningún caso, estas pruebas se pueden constituir en barrera de acceso al procedimiento de IVE.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

La exploración ecográfica no es necesaria para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre, salvo que, ante la presencia de otros signos o síntomas, se sospeche la presencia de un embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o cualquier otra alteración de la gestación. 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 imagen de la gestación a menos que ella así lo desee.

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. En caso de enfermedad o evento de interés en salud pública se deben realizar los exámenes de laboratorio pertinentes según protocolo de vigilancia en salud pública expedido por el Instituto Nacional de Salud, incluidos los estudios de histopatología u otros posteriores al procedimiento.

#### 4.2.5.4 Causales para la IVE

En casos donde la persona en gestación solicite la IVE, teniendo hasta 24 semanas de gestación, esta procede de acuerdo con su sola decisión o manifestación de voluntad sin que sea necesario identificar o exigir alguna causal o motivación. Dicha voluntad es expresada a través de su consentimiento para la atención en salud.

Cuando el embarazo sea menor de 24 semanas y sea consecuencia de violencia sexual, a pesar que la denuncia no se requiere para la realización del procedimiento, es deber del sector salud adelantar el reporte ante las autoridades del sector justicia y protección para lo de su competencia; además de brindar la atención integral que ordena el Protocolo de Atención en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, acogido por la Resolución 459 de 2012 o la norma que lo modifique o sustituya.

En casos de más de 24 semanas de gestación, se debe identificar la existencia de alguna causal, conforme los criterios definidos por la Corte Constitucional en Sentencias C – 055 de 2022 y C – 355 de 2006, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

- 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 (en caso de que el embarazo represente algún riesgo para la vida o la salud física, mental o social de la mujer, o el feto presente alguna condición de incompatibilidad con la vida extrauterina).
- Un profesional en psicología también está en la capacidad de reconocer el riesgo de afectación a la salud mental o social que ha identificado la mujer y expedir el certificado correspondiente. Debe tenerse en cuenta que la mujer tiene derecho a un diagnóstico integral y oportuno sobre su estado de salud en relación con el embarazo, y ante la identificación de cualquier riesgo de afectación para su salud física, mental o social derivado de este; puede decidir si lo continua o no. Así, la única exigencia para quien expide dicho certificado es que actúe conforme a los estándares éticos de su profesión<sup>2</sup>. Por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad específica o que pertenezca a una institución determinada.

<sup>2</sup> En este sentido, el profesional debe certificar que existe la probabilidad de daño, pero es la mujer quien identifica y decide sobre el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar. Así, el certificado no es una argumentación sobre si se debería interrumpir o no el

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

- En los casos de violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas, la ausencia de la denuncia no puede constituirse en una barrera para acceder a la IVE, ya que el procedimiento hace parte de la prestación de servicios integrales en salud a los que tiene derecho una víctima de violencia sexual y para los cuales no es necesario contar con este requisito, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014. Debe tenerse en cuenta también que, según lo establecido en la Ley 1257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el/la profesional de salud debe dar aviso de la violencia sexual a las autoridades competentes con el fin de que estas inicien la investigación de oficio, dado que el acto de violencia tiene un carácter no conciliable, no desistible y no transable.
- Dado que la IVE es un conjunto de atenciones, que se no agota con la sola realización del procedimiento, el tiempo de gestación que deberá tenerse en cuenta para saber si es necesario identificar alguna causal, de acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006, debe ser aquel en el que la mujer o la persona gestante solicite la IVE y no en el que se programe el procedimiento.

#### 4.2.5.5 Orientación y asesoría

La consulta de orientación y asesoría no es obligatoria y no constituye un prerrequisito para acceder a la IVE. Sin embargo, dicha consulta puede resultar significativa para las personas gestantes que deseen recibir asesoría y acompañamiento emocional y por lo tanto, debe estar disponible cuando la soliciten. Para acceder a esta consulta no es necesaria una interconsulta con un profesional de la salud mental ya que puede ser llevada a cabo por profesional de la salud, como un profesional de psicología o de trabajo social, bajo el reconocimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El objetivo de esta consulta es brindar un ambiente propicio para que las mujeres expresen sus emociones frente a la interrupción del embarazo. El personal que ofrezca esta atención debe estar en la capacidad de brindarles apoyo en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, reconociendo que son ellas quienes deben decidir de manera libre y autónoma sobre su cuerpo. Además, la consulta se debe enmarcar en el respeto por el derecho a la autodeterminación reproductiva y a la IVE, entendiendo que el ciclo reproductivo de las mujeres, niñas y adolescentes atraviesa varias etapas de la vida, y que la IVE es un derecho fundamental necesario para desarrollar otros derechos como la salud, la dignidad, la libertad y la vida. Así, se deben respetar las diversidades de acuerdo con la situación familiar, étnica, racial, social, etaria, económica o migratoria; y proporcionar un tratamiento que atienda a estas circunstancias particulares. Si lo desean, las usuarias pueden solicitar que otra persona las acompañe en esta consulta de manera explícita al personal que las atiende.

Por lo tanto, 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. La orientación y asesoría debe llevarse a cabo de manera estructurada, imparcial y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia, sin que se cuestione su decisión, se le revictimice o se le imponga la realización de trámites innecesarios (como la consulta a otros profesionales, la toma de tiempos de reflexión etc.).

Así, a través del acompañamiento y la información (oportuna, completa, de fácil acceso y fidedigna), en un ambiente de respeto y promoción de la autonomía, la libertad y la voluntad de la mujer, la orientación y asesoría se convierten en una oportunidad para la afirmación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en un marco de derechos y responsabilidades.

---

embarazo según la ponderación del riesgo que hace quien lo expide, sino la confirmación de que, en efecto, la hipótesis del riesgo existe.

*Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"*

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. La participación del compañero, padre, madre o cualquier otra persona en la consulta solo es permitida si la mujer, niña o adolescente lo autoriza explícitamente, de lo contrario, el involucramiento de terceras personas constituye una vulneración seria del derecho a la intimidad. Por otra parte, debe evaluarse siempre la red de apoyo social y familiar de la mujer.

La orientación y asesoría en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual se deberá dar en los términos que define la Resolución 459 del 2012 o la normatividad que la modifique y deberá extenderse en tiempo de acuerdo con el criterio del equipo de salud que la atiende de manera integral en la Ruta Integral de Atención de las violencias en su tramo de violencias de género.

#### **4.2.5.6 Detección de coerción en la toma de la decisión o de otras formas de violencia**

Se debe identificar si 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 de este. Si el personal de salud sospecha coerción, deberá hablar con la mujer en privado y seguir los protocolos institucionales y las normas para garantizar la seguridad de la mujer y sus derechos a la autonomía y la libertad. Algunas mujeres se acercan a los servicios de salud después de haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo y no requieren orientación adicional para este fin. Por lo tanto, se debe respetar su voluntad y la decisión que ha tomado el marco del ejercicio de su autonomía.

En caso de detectar exposición a situaciones de vulnerabilidad, incluyendo las violencias de género (violencia sexual, física, psicológica, económica, intrafamiliar, ginecobstétrica o en el ámbito institucional), la asesoría debe ser modificada de acuerdo con las necesidades de la persona que consulta. Vale recalcar que las víctimas de cualquier forma de violencia pueden tener distintas necesidades de atención. Las mujeres que hayan sido víctimas de violencia sexual deben recibir atención de acuerdo con los términos definidos por el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual expedido por el Ministerio de la Protección Social (Resolución 459 de 2012). En los casos en los que sea detectada violencia institucional u obstétrica, la mujer debe recibir información sobre la posibilidad de denunciar esta conducta ante la Superintendencia Nacional de Salud o las Secretarías de Salud o entidades que hagan sus veces.

#### **4.2.5.7 Información y elección del procedimiento**

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 o la persona gestante ha comprendido la información. Adicionalmente, todo paciente debe conocer que existen alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial.

Para promover un consentimiento informado, se debe reconocer en el proceso de información a la persona gestante, a partir de un estándar razonable, sobre lo que la paciente requiere, teniendo en cuenta el contexto particular de la atención y se debe realizar la verificación de la comprensión de las alternativas que se le ofrecen, sin emitir juicios de valor u orientaciones preferentes sobre las alternativas disponibles.

Dichas alternativas son la continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para entregar al nacido vivo en adopción.

Una vez la mujer ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo, la información mínima que debe recibir sobre el procedimiento incluye:

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

- 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 y el tiempo que tomará cada uno. Esto incluye síntomas derivados del proceso refiriéndose a los mismos como parte del tratamiento indicando cómo pueden ser tratados y signos de alarma en caso de ser necesarios.
- 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.

#### 4.2.5.8 Elección del procedimiento

Los métodos para la IVE pueden clasificarse en métodos farmacológicos y no farmacológicos. Cuando no haya restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer es quien elige libremente el tipo de procedimiento, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares, atendiendo a las siguientes características:

- Los métodos de IVE farmacológicos hasta las 12 semanas de gestación se pueden llevar a cabo ambulatoriamente desde el primer nivel de atención y las mujeres no necesitan el acompañamiento del personal de la salud durante el uso de los medicamentos. En cambio, los tratamientos farmacológicos de más de 12 semanas deben ser realizados con el acompañamiento del personal sanitario y con infraestructura destinada para tal fin, de manera segura y humanizada (OMS, 2022).
- Las técnicas no farmacológicas o instrumentales para la IVE hasta las 15 semanas de gestación también se pueden realizar desde el primer nivel de atención a través de la aspiración endouterina. Sin embargo, llevar la aspiración manual endouterina (AMEU) a cabo entre las 12 y las 15 semanas requiere de personal con experiencia significativa en la ejecución de esta técnica (RCOG, 2022; OMS, 2022).
- Los procedimientos de más de 15 semanas se deben llevar a cabo por medio de la dilatación y evacuación (D y E) en instituciones de salud que cuenten con la infraestructura, dotación y talento humano para realizarlos.
- Para realizar los procedimientos de aspiración endouterina, inducción de la asistolia fetal (IAF) y dilatación y evacuación no son necesarias salas de cirugía o instalaciones nuevas. Dentro de la infraestructura existente, como las salas de procedimientos menores, se pueden adecuar espacios para prestar esta atención. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social (SOGCS) y la Resolución 3100 de 2019 definen los estándares de habilitación que deben ser tomados en cuenta para adecuar estos espacios ofreciendo privacidad y comodidad a las mujeres.
- La inducción y atención al óbito en los procedimientos para la IVE de más de 20.0 semanas requieren de un servicio quirúrgico (Resolución 3100 de 2019). Las semanas máximas de atención serán determinadas por la evaluación del riesgo de atención de cada institución. De no contar con este servicio, la IPS que está atendiendo a la mujer debe llevar a cabo los procedimientos de referencia y contrarreferencia necesarios para garantizar una atención inmediata y continua a las mujeres.
- De preferencia, las instituciones prestadoras de servicios de salud que realicen atención del parto deben ubicar a las mujeres atendidas por IVE en salas distintas.

##### 4.2.5.8.1 Métodos farmacológicos

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018”

El aborto farmacológico consiste en el uso de misoprostol solo o en combinación con la mifepristona para producir la expulsión de los tejidos del embarazo. Aunque es más efectivo el uso combinado de misoprostol y mifepristona –y por ello recomendado por la OMS (2022), el personal de salud puede utilizar solo misoprostol si no tiene mifepristona disponible. Ambos medicamentos están incluidos en el Plan de Beneficios en Salud. En efecto, se trata de un procedimiento no invasivo que puede ser provisto de manera ambulatoria durante el primer trimestre de gestación (RCOG, 2022; OMS, 2022).

Para proveer un tratamiento de aborto farmacológico, el personal de salud debe determinar la elegibilidad de las mujeres para usar los medicamentos. Para ello, debe confirmar la edad gestacional e identificar contraindicaciones como porfirias, uso crónico de corticoides, coagulopatías o terapias con medicamentos anticoagulantes y alergias a las prostaglandinas y antiprostágenos.

En este sentido, si se cumplen los criterios de elegibilidad, se debe suministrar información clara y precisa sobre cómo utilizar los medicamentos, cuáles son los síntomas de alarma y cuándo y cómo comunicarse con los servicios de salud. Esta información puede ser brindada por telemedicina interactiva, tele-experticia sincrónica y de manera presencial. De hecho, si las usuarias están siendo atendidas por telemedicina interactiva, los medicamentos pueden ser enviados por los prestadores de servicios de salud a través de servicios de mensajería con alta cobertura a nivel nacional, y de conformidad con lo señalado en la Resolución 2654 de 2019.

Es importante tener en cuenta que no es necesaria la determinación del estatus del Rh ni ofrecer profilaxis con inmunoglobulina anti-D para embarazos menores de 12 semanas (NAF, 2020; OMS, 2022). Dada la naturaleza del aborto con medicamentos, este puede tomar desde pocas horas hasta varios días en culminar de manera exitosa y las mujeres y personas gestantes, junto con sus prestadores de salud, deben evaluar la posibilidad de tener una aspiración al vacío (manual o eléctrica) en caso de considerarla necesaria. En los casos en que las mujeres sean hospitalizadas, por ningún motivo, después del expulsivo, el personal deberá realizar un legrado o una revisión uterina. Este es un procedimiento innecesario que implica mayor dolor y alarga el proceso de aborto para las mujeres.

#### **4.2.5.8.2 Métodos no farmacológicos o instrumentales**

Las técnicas no farmacológicas o instrumentales para la interrupción del embarazo consisten en la aspiración endouterina eléctrica (AEU) o manual (AMEU) y la Dilatación y Evacuación (D y E). Generalmente, la aspiración endouterina es utilizada hasta las 15 semanas de gestación —aunque la OMS (2022) y el *Royal College of Obstetrics and Gynaecology* (2022), reconocen que puede ser llevada a cabo hasta la semana 16—. A través de la aspiración endouterina, el contenido uterino es evacuado con el uso de cánulas plásticas y un aspirador manual o eléctrico utilizando técnica aséptica. Luego de las 15 semanas, se debe llevar a cabo la D y E, un método que combina el uso de fórceps y aspiración al vacío. Estos tratamientos se pueden ofrecer desde la atención en el prestador primario para embarazos menores a 15 semanas y, después de esta edad gestacional, en el nivel complementario.

El legrado uterino o curetaje no es un método de elección para la IVE y es una técnica obsoleta que debe dejar de ser empleada. Solamente debe ser usada cuando no hay disponibilidad de otros métodos. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben erradicar definitivamente su práctica en un plazo razonable.

#### **4.2.5.9 Consentimiento para la IVE**

Las mujeres y personas gestantes, las niñas y adolescentes menores de 18 años, así como las mujeres con discapacidad, pueden consentir las atenciones relacionadas con las IVE. Por lo tanto, deben contar con un espacio para manifestar sus inquietudes y recibir respuestas precisas, neutrales y basadas en la evidencia científica sobre la experiencia y los

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

tratamientos disponibles para interrumpir el embarazo. La cualificación del consentimiento inicia por el reconocimiento de la autonomía progresiva y contextual, que permite la toma de decisiones en salud de manera individual teniendo en cuenta su contexto y madurez cognitiva, en el caso de niñas y adolescentes. Por ello, el consentimiento informado lo debe abordar con profundidad el personal de la salud en un espacio privado antes de realizar el método de IVE seleccionado por la mujer. Las mujeres o adolescentes que lo manifiesten pueden solicitar estar acompañadas de otra persona. Adicionalmente, debe reconocerse el derecho de adolescentes frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto a los menores de edad, la Corte Constitucional reconoce expresamente su derecho para decidir sobre la interrupción de un embarazo<sup>3</sup>. Por lo tanto, es contrario al derecho que se exijan requisitos adicionales para que puedan solicitar la IVE, ya que el prestador está en la obligación de salvaguardar este derecho y brindar la atención en salud de manera oportuna y con calidad.

Con respecto, al alcance del consentimiento sustituto por parte de padres, tutores o quienes se encuentren en representación de los derechos de patria potestad, en casos de menores de 14 años, debe tomarse en consideración (i) la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses de la menor de 14 años, (ii) los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura de la niña y (iii) la edad de la paciente. En consecuencia, el consentimiento sustituto no es determinante; para el caso de IVE no solo ha de tenerse en cuenta la opinión de la menor, sino que solo se considera válida su decisión.

La Corte Constitucional también reconoce que las mujeres con discapacidad pueden acceder a la IVE en igualdad de condiciones que las demás. Por lo tanto, ha indicado que la atención y asesoría que se le preste a las mujeres con discapacidad disponga de todos los ajustes razonables y apoyos requeridos para conocer su voluntad, independientemente del concepto de sus padres, tutores o de cualquier persona que actúe en su nombre.

De esta manera, conforme se prevé en la Resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, el consentimiento informado de las personas con discapacidad siempre debe primar, razón por la que no se debe: (i) negar o anular la capacidad jurídica de las personas por motivos de su discapacidad. (ii) Imponer barreras, medidas o acciones que nieguen o demoren el acceso a servicios de salud para las personas con discapacidad, incluido el acceso a procedimientos para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (iii) Exigir requisitos adicionales a los establecidos por cada causal.

Los consentimientos informados deben tener los siguientes contenidos:

<sup>3</sup> En este sentido, dice la Corte en Sentencias C – 355 de 2006 y T – 388 de 2009: "En general, la plena autonomía del ciudadano se asume a partir de la mayoría de edad, en nuestro caso los dieciocho. Sin embargo, no puede confundirse la capacidad jurídica plena con el desconocimiento de la dignidad humana que se encuentra en cada persona y que la hace poseedora de razón y voluntad desde las primeras etapas de la vida, si bien, el cultivo de esa razón y voluntad es una obligación de los padres, así como también, la protección del menor y de los intereses del mismo, durante su proceso de maduración. Es por ello que la Constitución dentro de un esquema garantista consagra como obligación del Estado el facilitar y garantizar el derecho de todas las personas a participar en las decisiones que los afectan (artículo 2° de la Constitución), lo cual debe entenderse en la medida de las capacidades y el tipo de decisiones". Por esta razón, la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los niños, niñas y adolescentes, 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. Al respecto se debe tener en cuenta, el párrafo 79, de la SU 096 de 2018 de la Corte Constitucional: "Los menores de edad son titulares plenos del derecho al libre desarrollo de la personalidad y en esa medida gozan de plena capacidad para consentir sobre tratamientos e intervenciones en su cuerpo que afecten su desarrollo sexual y reproductivo, entre ellas la interrupción voluntaria del embarazo. No se deben imponer obstáculos o barreras adicionales cuando sus padres o representantes legales no estuvieran de acuerdo con el consentimiento otorgado para el efecto".

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

- Información general sobre el marco legal de la IVE (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355 de 2006 y Sentencia C-055 de 2022).
- Técnicas para interrumpir el embarazo (IVE farmacológica o IVE con instrumental) y las implicaciones del tratamiento
- Beneficios, Riesgos y alternativas de las técnicas de IVE.
- Autorización de las mujeres, con su firma, para realizar el procedimiento confirmando que le han sido explicados los riesgos y la posibilidad de requerir atención adicional.

Los pasos para establecer el consentimiento informado son los siguientes:

- Verificar la presencia de la información mínima que el paciente debe saber para dar su consentimiento.
- Identificar si existe algún nivel de coerción en la toma de decisiones:
  - Frente a la sospecha de coerción, el personal de salud deberá proteger la autonomía y la libertad de las mujeres y garantizar sus derechos reproductivos. Por ello, suspenderá la prestación del servicio de IVE y buscará un espacio de consulta privado en el cual la mujer pueda asistir sola y manifestar libremente su preferencia frente al embarazo.
  - La coerción se puede detectar en cualquier momento antes del procedimiento de IVE. Esta puede venir de parte de familiares o personas cercanas a la mujer, así como de parte las instituciones de salud. Cualquier práctica coercitiva frente a la decisión de las mujeres a continuar o interrumpir su embarazo es sancionable.
- Tomar el consentimiento informado:
  - Todas las personas deben manifestar de manera libre si deciden tener una IVE luego de recibir información clara y completa sobre los métodos disponibles para interrumpir un embarazo y de haber aclarado cualquier duda al respecto, teniendo en cuenta el contexto particular de la persona.
  - El consentimiento debe tomarse antes de realizar la IVE y debe ser anexado a la historia clínica. De la misma manera debe quedar registrado en la historia clínica que se ha dado la información sobre el diagnóstico, para este caso la gestación, se han informado las opciones y la persona ha escogido dentro de estas.
  - Las niñas menores de 14 años pueden ejercer su derecho a la IVE de manera autónoma. Su deseo de interrumpir o continuar con el embarazo prima sobre los deseos de sus padres o representantes legales, aun si ellos no están de acuerdo con su decisión.
  - Las niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas o antecedentes psiquiátricos no necesitan de una evaluación por parte de psiquiatría para dar su consentimiento. La presencia de un diagnóstico de trastorno mental no significa incapacidad para la toma de decisiones en salud, en caso de ser necesaria una evaluación para confirmar la ausencia del mismo esta no podrá ir en contra de la celeridad necesaria para la atención de la IVE.
  - Las mujeres y niñas con discapacidad pueden ejercer su derecho a la IVE. De ser necesario, debe ajustarse la atención de manera razonable para que puedan tomar una decisión libre e informada. Los ajustes tomados para la atención deben ser registrados en la historia clínica.

Por distintos motivos las mujeres pueden desistir, en cualquier momento, de la IVE luego de haber firmado el consentimiento informado. En efecto, pueden ausentarse del procedimiento, manifestar que no desean continuar con el proceso o dejar de tomar los medicamentos, entre otras. En estos casos, el personal de salud debe registrar en la historia clínica que la mujer desistió de la IVE y remitirla de manera formal a controles prenatales.

#### **4.2.5.10 Descripción procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo**

##### **4.2.5.10.1 Interrupción farmacológica**

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

#### **Menos de 12 semanas de gestación:**

- 200 mg de mifepristona administrados de manera oral seguida de 800 mcg de misoprostol suministrados 1 a 2 días después de manera vaginal, sublingual o bucal cada tres horas. Como mínimo deben pasar 24 horas entre la administración de la mifepristona y del misoprostol.
- En caso de contar únicamente con misoprostol, se deben utilizar 800 mcg de misoprostol, administrados de manera bucal, sublingual o vaginal.
- Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. En las directrices de la OMS (2022) no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.

#### **Más de 12 semanas de gestación:**

- 200 mg de mifepristona administrados de manera oral seguida de 400 mcg de misoprostol suministrados 1 a 2 días después de manera vaginal, sublingual o bucal, cada tres horas. Como mínimo deben pasar 24 horas entre la administración de la mifepristona y del misoprostol (OMS, 2018; 2022). Dependiendo de la determinación del estatus del Rh, las mujeres deben recibir profilaxis con inmunoglobulina anti-D (OMS 2022).
- Las mujeres deben contar con el acompañamiento y la supervisión del personal de salud hasta que el proceso finalice.
- Si la paciente decide esta opción y logra una expulsión completa no se debe realizar de rutina un procedimiento de evacuación o revisión adicional.
- En embarazos de 20 semanas en adelante, el personal de medicina debe realizar la inducción de la asistolia fetal (IAF) antes de iniciar el tratamiento farmacológico, ya que la combinación de regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo no producen directamente la asistolia fetal; la incidencia de sobrevida transitoria del feto después de la expulsión está relacionada con el aumento de la edad gestacional y la disminución del intervalo del aborto. Este procedimiento se realiza a través de:
  - a) Una inyección de cloruro de potasio aplicada en las cavidades cardíacas del feto con apoyo de un ecógrafo. Se debe inyectar potasio concentrado (2 mEq/mL) en alícuotas de 2-3 mL hasta observar asistolia durante 2 a 5 minutos. Usualmente se necesitan desde 6 a 10 mEq para lograr la asistolia. Luego de 30 a 60 minutos se recomienda usar un ecógrafo para confirmar la ausencia de actividad cardíaca. La tasa de falla de este método es del 0% (Diedrich y Drey, 2010).
  - b) Una inyección intrafetal de 2 mg digoxina inyectada de uno a dos días antes de la DyE (tasa de falla es del 5%), ó una inyección intraamniótica de 1 mg de digoxina inyectada un día antes de la DyE (tasa de falla del 8%) (Diedrich y Drey, 2010).
  - c) Una inyección de 200 a 240 mg de lidocaína intracardiaca con apoyo de un ecógrafo. La tasa de efectividad de este método es de 98% y, en el 75% de los casos la asistolia ocurre dentro de un minuto. También puede ser aplicada la misma concentración de lidocaína intratorácica, la cual tiene una tasa de efectividad del 95% y produce, en el 75% de los casos, la asistolia en el lapso de dos minutos (Reeves et al., 2022).

Para el expulsivo de óbito fetal posterior a la administración de algunos de los métodos de Inducción de la Asistolia Fetal, se requiere un servicio obstétrico de mediana o alta complejidad habilitado y que la atención de dicho expulsivo o la realización de operación cesárea, según sea el caso, se realice de forma inmediata. Cuando la inducción de la asistolia fetal se realice en una institución sin servicio de obstetricia de mediana y alta complejidad, la IPS debe garantizar los procedimientos de referencia y contrarreferencia, que garanticen la atención

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

inmediata y continua en el nivel de complejidad requerido de acuerdo con las características particulares de riesgo en cada caso.

Los estándares de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2017) están basados en el uso de misoprostol solo y recomiendan lo siguiente:

- Si solo cuenta con misoprostol y la mujer tienen entre 13 y 24 semanas, debe utilizar 400 mcg de misoprostol suministrados de manera vaginal, sublingual o bucal cada 3 horas. Si la mujer tiene entre 25 y 26 semanas, debe utilizar 200 mcg de misoprostol por las mismas vías cada 4 horas.
- 27 a 28 semanas: dosis repetidas de 200 mcg de misoprostol cada cuatro horas administrados de manera vaginal, sublingual o bucal.
- Más de 28 semanas: 100 mcg de misoprostol cada seis horas administrados de manera vaginal, sublingual o bucal.
- Cabe reiterar que después de la semana 20 de gestación es necesario realizar el procedimiento de inducción a la asistolia fetal.

De conformidad con la Resolución 652 de 2016, en las atenciones de salud relacionadas con la IVE no es necesario diligenciar el certificado de defunción, a menos que de forma individual la mujer exprese su intención de adelantar algún rito fúnebre o de inhumación, lo anterior en consideración al ejercicio de la libertad religiosa y de cultos.

#### **Manejo del dolor y molestias durante los procedimientos farmacológicos**

Las personas gestantes deben recibir como mínimo medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para el manejo del dolor. Estos medicamentos siempre deben estar disponibles y ser provistos en caso de que vayan a continuar con el tratamiento farmacológico fuera del centro de salud.

Es recomendado el uso de 800 mg de ibuprofeno vía oral 30 minutos antes de comenzar el tratamiento y continuar 400 mg vía oral cada 6 horas. Debido a que la experiencia de dolor es distinta para cada paciente, algunos pueden necesitar dosis superiores de AINES. Sin embargo, es indispensable tener en cuenta que una persona no debe recibir más de 3200 mg en un lapso de 24 horas. Aquellas mujeres hospitalizadas durante su atención pueden recibir antieméticos y anestesia epidural en caso de que se encuentren disponibles. Las molestias durante el aborto con medicamentos, además de los cólicos y el sangrado genital, pueden incluir:

- 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

El personal debe indicar a las mujeres que pueden presentar expulsión de coágulos y que es signo de alarma empapar dos toallas sanitarias o más por hora durante dos horas seguidas. En cuanto al dolor, éste debe mejorar con la toma del analgésico. Si no hay mejoría, las mujeres deben acudir inmediatamente a urgencias. También debe acudir a urgencias si después de la última toma de misoprostol la fiebre persiste después de 24 horas.

#### **4.2.5.10.2 Interrupción no farmacológica o instrumental**

##### **Menos de 15 semanas de gestación:**

Llevar a cabo la AEU o AMEU. Luego de la aspiración, evaluar si el aborto fue completo a través de la inspección visual de los tejidos del embarazo y de signos de vaciamiento uterino. No se debe realizar, luego de la aspiración, una dilatación y curetaje o legrado. El personal de salud debe realizar una preparación cervical para las mujeres con embarazos de 11 a 15

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

semanas. Si lo considera necesario, también puede realizarla para mujeres con gestaciones inferiores. La preparación cervical puede ser llevada a cabo a través de las siguientes opciones:

- 200 mg de mifepristona administrados de manera oral entre 24 a 48 horas antes del procedimiento seguida de:
- 400 mcg de misoprostol sublinguales 1 a 2 horas antes del procedimiento o
- 400mcg de misoprostol vía vaginal 2 a 3 horas antes del procedimiento.

#### **Más de 15 semanas de gestación**

- 200 mg de mifepristona administrados de manera oral entre 24 a 48 horas antes del procedimiento seguidos de 400 mcg de misoprostol suministrados 1 a 2 días después de manera vaginal, sublingual o bucal.
- DyE usando aspiración y fórceps (este procedimiento debe ser llevado a cabo 3 a 4 horas después de la administración del misoprostol).

#### **Manejo del dolor y molestias de la técnica no farmacológica o instrumental para la IVE**

Comparado con el bloqueo paracervical, la anestesia general disminuye el dolor entre las mujeres, pero incrementa los costos del procedimiento y, con ello, reduce el acceso a servicios de aborto seguro (OMS 2022). Por este motivo, no es recomendado utilizarla de manera rutinaria. De hecho, el dolor durante el aborto no farmacológico puede ser manejado con métodos más sencillos, como los siguientes:

- Menos de 15 semanas de gestación: bloqueo paracervical y, en caso de estar disponible, analgesia con fentanilo o sedación mínima.
- Más de 15 semanas de gestación: bloqueo paracervical y sedación mínima.

Dentro de la atención de los procedimientos en todos los trimestres, las posibles complicaciones descritas incluyen:

- Evacuación incompleta o falla en el procedimiento: en 1 a 2 de cada 100 mujeres
- Hemorragia: en una de cada 1.250 mujeres
- Perforación uterina: en una de cada 2500 mujeres
- Infección: en una de cada 10.000 mujeres
- Desgarro cervical: una de cada 100 mujeres

Si llega a presentarse alguno de los siguientes signos de alarma, las mujeres deben asistir a una cita de control: sangrado que dura más de dos semanas después del procedimiento, flujo vaginal con mal olor, dolor fuerte y en aumento por más de tres días, fiebre y escalofríos, debilidad y mareos.

#### **Prevención de infecciones post-aborto en el manejo instrumental de la IVE**

Los antibióticos profilácticos no son necesarios en el caso de la IVE con medicamentos, pero deben utilizarse en todos los abortos con instrumental pues reducen de manera significativa el riesgo de infección post-procedimiento. Para la profilaxis antibiótica de la técnica instrumental para la IVE se pueden considerar varios regímenes de doxiciclina teniendo en cuenta que éstos deben ser suministrados antes del procedimiento y que una dosis puede ser suficiente para evitar infecciones (Achilles y Reeves, 2011; RCOG, 2022):

- Doxiciclina oral 100 mg dos veces al día durante 3 a 7 días, comenzando en las primeras 2 horas del procedimiento.
- Doxiciclina oral 500 mg antes del procedimiento.
- Doxiciclina oral 100 mg una hora antes del procedimiento y 200 mg 1 hora y 30 minutos después del procedimiento.
- Doxiciclina oral 400 mg la noche (10 a 12 horas) antes del procedimiento (este

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

régimen aumenta el riesgo de náuseas).

#### 4.2.5.11 Recuperación

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.

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 usuarias con edades gestacionales de 12 semanas o más.

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 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.

#### 4.2.5.12. Asesoría y provisión anticonceptiva

Es mandatorio realizar asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo antes del alta hospitalaria si la persona así lo ha elegido. La evidencia científica ha indicado que la fertilidad usualmente regresa desde una semana hasta un mes después del aborto (OMS, 2022). Durante la asesoría en métodos anticonceptivos, el personal sanitario debe hablar sobre todas las opciones anticonceptivas disponibles. Es fundamental que el personal sea sensible a las inquietudes de las mujeres, aborde ideas erradas que ellas puedan tener sobre los anticonceptivos y les provea información libre de juicios, respetando cualquier decisión que tomen frente a ellos, incluyendo la de no usarlos.

Lo anterior, sumado a una atención humanizada, puede incluso aumentar la probabilidad de que las mujeres adopten anticonceptivos de larga duración, los cuales son más costo-efectivos que los métodos de corta duración (FIGO, 2021). En efecto, el inicio de métodos de larga duración inmediatamente después del aborto está asociado con una mayor adherencia y satisfacción con el método, y menor frecuencia de embarazos no deseados durante el primer año después del aborto (FIGO, 2021). Además, las acciones de educación sexual que desarrolla el personal de salud fuera de las instituciones de salud permiten llegar a las personas que por alguna razón no tienen acceso a esa información y formación, y también pueden suministrar asesorías en anticoncepción y acceso a métodos anticonceptivos modernos.

Provisión de métodos anticonceptivos:

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

- Las y los médicos generales y especialistas, así como las enfermeras profesionales pueden prescribir métodos anticonceptivos, e insertar y remover los métodos de larga duración (dispositivos intrauterinos de cobre y hormonales, e implantes hormonales).
- Las mujeres pueden recibir asesoría en el uso de métodos anticonceptivos a través de telemedicina y, en caso de escoger métodos de larga duración, deben ser referidas a centros de salud para iniciar su método de preferencia.
- De preferencia, las mujeres deben recibir tanto la asesoría como el anticonceptivo seleccionado en el mismo lugar en el que fueron atendidas. Por ello, todas las IPS que presten servicios de aborto deben ofertar anticonceptivos post-aborto independientemente de su nivel de complejidad.

Criterio de elegibilidad del método anticonceptivo:

- Las mujeres pueden iniciar cualquier método anticonceptivo inmediatamente después de un procedimiento de IVE farmacológica o con instrumental. Sin embargo, el personal de salud debe revisar si las mujeres tienen restricciones para usar algún método anticonceptivo.
- Los dispositivos intrauterinos pueden ser insertados inmediatamente después de que se compruebe el éxito de una IVE farmacológica o con instrumental a menos que la usuaria haya tenido un aborto séptico.
- Los implantes de anticoncepción hormonal pueden ser insertados a las mujeres el día en que se les suministra la mifepristona sin que ello disminuya la efectividad del tratamiento para el aborto.
- Ni la edad de la usuaria ni la edad gestacional tienen implicaciones en los anticonceptivos que pueden utilizar las gestantes. En efecto, las menores de 18 años pueden dar su consentimiento para iniciar un método y no requieren de la autorización de sus padres o tutores legales.
- Quienes adopten métodos de larga duración deben ser informadas sobre los pasos a seguir para retirar el anticonceptivo y sobre el retorno de la fecundidad si así lo desean.
- Todas las mujeres deben ser informadas sobre la importancia de la doble protección.
- Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, como el ritmo o el método Billings, deben ser iniciados con precaución una vez hayan sido evaluadas las condiciones de las mujeres para usarlos (sus ciclos menstruales, cambios postparto, entre otros).

En caso de que la mujer haya iniciado un método, se deberá hacer la gestión para la asignación de la cita para el control del método de anticoncepción como se establece en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

#### **4.2.5.13. Consulta de seguimiento**

No es necesario realizarla cuando las mujeres no presentan síntomas de alarma. 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 las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.

En el caso de la IVE farmacológica, el control también es opcional siempre y cuando se cumplan estas condiciones:

- 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, ya que, en general, las mujeres son capaces de determinar si han tenido un aborto completo con alta precisión. Para ello, debe recibir información completa sobre los signos y síntomas que se esperan en un aborto completo.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se regula la prestación de los servicios de salud que garanticen la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con las Sentencias C – 055 de 2022 y SU- 096 de 2018 de la Corte Constitucional, y se modifica el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante Resolución 3280 de 2018"

- Se garantice al menos el seguimiento telefónico para la identificación de estos signos y síntomas y de otros relacionados con las posibles complicaciones.

En la consulta de seguimiento, si fuera realizada, 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 aún 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 u otra técnica.

Durante esta consulta, las mujeres también deben recibir apoyo para manejar cualquier inquietud de carácter médico o emocional.

#### **4.2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos**

##### **• Medicamentos e insumos**

Guantes de examen limpios; agua limpia; detergente o jabón; agente antagonista del receptor de progesterona (Mifepristona); agente de preparación cervical (Análogos de las prostaglandinas como el 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; toallas higiénicas; antibióticos; anticonceptivos. 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.

- Equipos 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 (corta y larga) - Pinzas Sopher de evacuación uterina (corta y larga) - 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). - Oxígeno y balón AMBU122 - Acceso en el centro a un ecógrafo (opcional) - Portagujas largo y sutura - Tijeras - Compresas de gasas para la cavidad uterina - Sonda de Foley.