



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 001575 DE 2026

(julio 29)

por la cual se adiciona un artículo a la Resolución número 051 de 2023 y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución número 3280 de 2018.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el numeral 2 del artículo 2° del Decreto número 120 de 2026, en cumplimiento de la orden duodécima de la Sentencia de Unificación 297 de 2025 de la Corte Constitucional y,

CONSIDERANDO:

Que, la Corte Constitucional, mediante la Sentencia de Unificación 096 de 2018 reconoce que el derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) salvaguarda la autonomía y la libertad de decisión de la mujer que, al encontrarse en alguna de las tres causales de despenalización establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, decide poner fin al proceso de gestación; establece además, que este derecho hace parte de los derechos reproductivos, por lo que comparte su fundamento, alcance y obligaciones correlativas, y que, en su condición de derecho fundamental, vincula en su respeto y garantía a todas las autoridades públicas, a los prestadores públicos y privados del sistema de seguridad social y a los particulares.

Que la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-055 de 2022, reiteró que la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) constituye un componente de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho fundamental a la salud, por lo que corresponde al Estado adoptar medidas orientadas a garantizar su acceso efectivo, oportuno, seguro y libre de discriminación, así como remover las barreras normativas, institucionales y prácticas que dificulten el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar, en especial de aquellas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, de conformidad con los principios de igualdad, dignidad humana, autonomía y acceso integral a los servicios de salud.

Que mediante Sentencia de Unificación 297 de 2025, la Honorable Corte Constitucional señaló que el derecho de acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo tiene dos manifestaciones esenciales: (i) una dimensión de libertad o de defensa, que reconoce a las personas gestantes la facultad de decidir de manera autónoma la interrupción del embarazo hasta la semana veinticuatro (24) inclusive y, con posterioridad a este término, cuando se configure alguna de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006; y (ii) una dimensión prestacional o de protección, que impone al Estado y a los particulares responsables de la prestación de servicios de salud el deber de garantizar condiciones efectivas de acceso al sistema y de remover cualquier barrera que dificulte o impida el ejercicio de este derecho.

Que el numeral 2 del artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas señala que “Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo”.

Que la Recomendación general número 24 del año 1999, emitida por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en el numeral 6 de sus antecedentes señala la necesidad de otorgar especial consideración a las necesidades y derechos en salud de las mujeres que pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad o desventaja, tales como migrantes, refugiadas, desplazadas internas, niñas, adultas mayores, mujeres en contexto de prostitución, mujeres indígenas y aquellas con discapacidad física o mental.

Que la Recomendación general número 39 del año 2022 (CEDAW/C/GC/39) del mismo CEDAW, sobre los derechos de las mujeres y las niñas Indígenas, destacó dentro de las obligaciones generales de los Estados, en el acápite de “A. Igualdad y no discriminación,

con especial atención a las mujeres y las niñas indígenas y a las formas interseccionales de discriminación” en los numerales 17 y 19, que las mujeres y niñas indígenas tienen derecho, a lo largo de todo su ciclo de vida, a no ser objeto de discriminación ni de vulneraciones a sus derechos humanos, así como a definir autónomamente sus proyectos y planes de vida. Asimismo, enfatizó que los derechos individuales de las mujeres y niñas indígenas no pueden ser desconocidos o sacrificados en función de intereses colectivos o comunitarios, dado que la garantía simultánea de ambas dimensiones resulta esencial para la protección integral de sus derechos humanos.

Que en el “Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014” (A/69/62) adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas en el Sexagésimo noveno periodo de sesiones (12 de febrero de 2014), señala en el párrafo 246, que los Estados deben garantizar el derecho de los pueblos indígenas a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva; asegurar el acceso al más alto nivel posible de atención; respetar su medicina tradicional y sus prácticas propias de salud, en particular en lo relacionado con la reducción de la mortalidad materna e infantil; y considerar sus características socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que limitan el ejercicio efectivo de tales derechos.

Que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en la Observación general número 22 de 2016, relativa al derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señaló que los establecimientos, bienes, información y servicios de salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad y, en consecuencia, estar basados en evidencia, ser científica y médicamente apropiados y mantenerse actualizados, para lo cual se requiere personal de salud capacitado y competente, así como medicamentos y equipos científicamente aprobados; asimismo, advirtió que la falta de incorporación de los avances tecnológicos y de las innovaciones en la prestación de estos servicios, compromete la calidad de la atención.

Que la Ley 1257 de 2008 dispone en su artículo 6° el principio de no discriminación, que implica que todas las mujeres, con independencia de sus circunstancias personales, sociales o económicas, tales como la edad, la etnia, la orientación sexual, la procedencia rural o urbana, la religión, entre otras, tengan garantizados los derechos allí previstos, mediante la definición de estándares mínimos aplicables en todo el territorio nacional y, cuando corresponda, fuera de él.

Que el artículo 7° de la precitada Ley modificado por el artículo 81 de la Ley 2136 de 2021 reconoce que, además de los demás derechos consagrados en la ley y en los tratados y convenios internacionales debidamente ratificados, las mujeres tienen derecho a no ser sometidas a ninguna forma de discriminación, así como a la libertad, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y la salud sexual y reproductiva.

Que el numeral 4 del artículo 13 de la misma Ley establece, entre las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social, la promoción del respeto por las decisiones de las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Que, a su vez, el numeral 7 del artículo 14 de dicha Ley señala que la familia debe promover el respeto de las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Que el numeral 1 del artículo 3° de la Ley 21 de 1991, mediante la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales, dispone que los pueblos indígenas y tribales deben disfrutar plenamente de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, sin ningún tipo de obstáculo o discriminación; y que el numeral 4 del artículo 25 de la misma norma establece que la prestación de los servicios de salud deberá articularse con las demás medidas de carácter social, económico y cultural que se adopten en el país.

Que mediante el Decreto Ley 1953 de 2014, se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas, respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos Indígenas, hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política, lo que supone, entre otras, la atribución

DIARIO OFICIAL

Fundado el 30 de abril de 1864
Por el Presidente Manuel Murillo Toro
Tarifa postal reducida No. 56

DIRECTOR: Iván Rodrigo Rojas Arboleda (e)

MINISTERIO DEL INTERIOR

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

Iván Rodrigo Rojas Arboleda (e)

Gerente General

Carrera 66 N° 24-09 (Av. Esperanza-Av. 68) Bogotá, D. C. Colombia
Conmutador: PBX 4578000.

e-mail: correspondencia@imprenta.gov.co

de competencias en materia de salud y el otorgamiento de los recursos necesarios para ejercerlas de manera directa.

Que en la sentencia T-001 de 2012 la Honorable Corte Constitucional añadió que la competencia de las autoridades de los pueblos indígenas para resolver determinados asuntos se encuentra condicionada al respeto del derecho a la vida, a la prohibición de la tortura y de los tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como a la garantía del debido proceso, principios que prevalecen incluso sobre la diversidad étnica y cultural y respecto de los cuales existe un amplio consenso intercultural.

Que el artículo transitorio 56 de la Constitución Política facultó al Gobierno nacional para dictar las normas fiscales necesarias y las demás relativas al funcionamiento de los territorios indígenas y su coordinación con las demás entidades territoriales, mientras el Congreso expide la ley a que se refiere el artículo 329 Superior. En desarrollo de dicho mandato, mediante el Decreto Ley 1953 de 2014 se creó un régimen especial para poner en funcionamiento los territorios indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas, incluyendo el ejercicio de competencias en materia de salud y la administración de los recursos necesarios para su ejecución.

Que, posteriormente, mediante el Decreto Ley 480 de 2025 se establecieron disposiciones para la organización, funcionamiento y fortalecimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), entendido como el conjunto de políticas, principios, procesos, autoridades, saberes, prácticas y recursos mediante los cuales los pueblos indígenas garantizan el cuidado integral de la salud de conformidad con sus cosmovisiones, gobiernos propios y sistemas de conocimiento, así como su articulación y coordinación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco del reconocimiento y respeto de la diversidad étnica y cultural de la Nación.

Que en la Sentencia de Unificación 297 de 2025, la Corte agregó que *“Dejar en manos de las autoridades comunitarias la decisión final respecto de la intención de una mujer o niña indígena de interrumpir voluntariamente el embarazo, desconoce el conjunto de obligaciones que tiene el Estado de erradicar todas las formas de violencia contra la mujer”* y que *“prohibir a las niñas, adolescentes y mujeres indígenas la práctica de la IVE, así como impedir su acceso al sistema de salud, constituye una forma de violencia en los términos del artículo 1° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer”*.

Que en la misma Sentencia de Unificación 297 de 2025, la Corte Constitucional ordena al Ministerio de Salud y Protección Social expedir una resolución destinada a asegurar el ejercicio efectivo del derecho de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo de las mujeres y personas gestantes indígenas, estableciendo los procedimientos necesarios para garantizar dicho acceso y remover las barreras que lo impidan; para ello, dispuso que el Ministerio adopte la regulación correspondiente en el marco de sus competencias y mediante mecanismos institucionales que estime adecuados, con el fin de garantizar la prestación del servicio, razón por la cual, al tratarse del cumplimiento de una orden judicial dirigida a asegurar derechos fundamentales y definir procedimientos para su garantía, no resulta exigible adelantar un proceso de consulta previa.

Que mediante la Resolución número 3280 de 2018, se adoptó como anexo 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. las indicaciones técnicas para la atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en las condiciones fijadas por la Honorable Corte Constitucional, así como las competencias de los y las profesionales de la salud para brindar las atenciones y procedimientos relacionados.

Que mediante Resolución número 51 de 2023 y en atención a lo decidido en la Sentencia C - 055 de 2022 se adoptó la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) modificando el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución número 3280 de 2018.

Que la Resolución número 309 de 2025, en su parte considerativa, retoma la línea jurisprudencial consolidada por la Corte Constitucional en materia de autonomía progresiva y consentimiento informado de niñas y adolescentes, incluyendo los desarrollos relacionados con la Interrupción Voluntaria del Embarazo, como fundamento para impartir orientaciones dirigidas a garantizar el derecho a la información y la participación en la toma de decisiones en salud de esta población, en el marco de la prevalencia de su autonomía y la protección reforzada de sus derechos.

Que en cumplimiento de la jurisprudencia de la Corte Constitucional (Sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018, C-055 de 2022 y SU-297 de 2025, entre otras), el Estado debe garantizar el acceso efectivo, oportuno y sin barreras a la IVE como derecho fundamental. Esta obligación es reforzada en niñas y adolescentes, dada su especial protección constitucional y los mayores riesgos biológicos y psicosociales del embarazo temprano, asociado a violencia sexual.

Que de conformidad con el reporte de Estadísticas Vitales (EEVV) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre 2022 y 2025 se registraron 12.893 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, evidencia de graves vulneraciones de derechos. Los embarazos en niñas menores de 14 años incrementan la morbilidad y mortalidad materna, profundizan la deserción escolar y perpetúan ciclos de pobreza. Negar o dilatar la IVE constituye violencia institucional y revictimización, por lo que se requiere fortalecer medidas regulatorias y operativas para su garantía integral.

Que el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (Paremm) implementado por este Ministerio desde el año 2022, parte del reconocimiento de que una proporción significativa de las muertes maternas en Colombia se asocia a fallas en el acceso oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud, particularmente en el manejo de emergencias obstétricas, en la atención de complicaciones prevenibles y en la respuesta tardía del sistema frente a eventos que requieren intervenciones inmediatas. El Plan enfatiza la necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, reducir las demoras en la atención y garantizar rutas claras, ágiles y efectivas de atención integral, con especial énfasis en territorios rurales, dispersos y con limitaciones en la disponibilidad de talento humano médico.

Que el Plan reconoce que la Interrupción Voluntaria del Embarazo, cuando se realiza de manera oportuna, segura y conforme a la normatividad vigente, constituye una intervención clave para la prevención de la morbilidad materna extrema y de la mortalidad materna, en la medida en que evita la progresión de embarazos que ponen en riesgo la vida o la salud de la persona gestante y reduce la ocurrencia de abortos inseguros. Sin embargo, el propio diagnóstico del Plan evidencia que persisten barreras de acceso relacionadas con la insuficiente oferta de prestadores habilitados, la concentración de servicios en niveles de mayor complejidad y la dependencia exclusiva del talento humano médico para procedimientos que, desde la evidencia técnica, pueden ser realizados de manera segura por otros profesionales de la salud debidamente capacitados.

Que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las *“Directrices sobre la Atención del Aborto”*, segunda Edición, 2024 (Abortion care guideline, second edition 2024), reconoce que el aborto constituye una intervención segura cuando se realiza conforme a estándares técnicos y puede ser practicado por distintos perfiles de personal de salud debidamente capacitado. En particular, la Recomendación número 28 establece que, en embarazos de menos de doce (12) semanas, el manejo del aborto con medicamentos, en su totalidad o respecto de algunas de las tareas que lo integran, puede ser realizado por profesionales de enfermería y otros perfiles de personal de salud que cuenten con las competencias requeridas. A su vez, la Recomendación número 24 indica que la aspiración al vacío para el aborto en embarazos de menos de catorce (14) semanas sea realizada, entre otros perfiles, por profesionales de enfermería debidamente competentes. De manera complementaria, la Recomendación número 21 desaconseja la adopción o mantenimiento de regulaciones que restrinjan quién puede proveer o manejar el aborto cuando tales limitaciones resulten inconsistentes con la evidencia científica y con las orientaciones técnicas de la OMS.

Que, de conformidad con lo señalado en el Documento Técnico *“Atención Integral a personas que solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo”* publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2025, el proceso de atención en salud de la IVE farmacológica antes de las doce (12) semanas puede ser ejecutado en su totalidad por una persona profesional capacitada o mediante la distribución de las diferentes intervenciones entre un equipo de salud. Asimismo, el documento, con fundamento en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, reconoce que la IVE farmacológica puede ser realizada por profesionales de enfermería debidamente capacitadas, y que la IVE no farmacológica mediante aspiración al vacío, incluidas sus modalidades manual y eléctrica endouterina (AMEU/AEEU), puede ser realizada por personal de enfermería con la debida capacitación, conforme a las recomendaciones técnicas vigentes.

Que de conformidad con lo señalado en el Documento Técnico *“Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE”*, publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2025, se reconoce que las profesionales de enfermería, siempre que cuenten con la formación adecuada y actúen dentro de límites clínicos definidos, pueden confirmar gestaciones tempranas, prescribir y acompañar la IVE farmacológica, así como practicar la aspiración al vacío, con niveles

de seguridad y eficacia comparables a los del personal médico. Asimismo, el documento precisa que las profesionales de enfermería pueden participar en la provisión de la IVE farmacológica y que la Organización Mundial de la Salud recomienda la realización de procedimientos de IVE no farmacológica por profesionales de enfermería debidamente capacitadas.

Que la ampliación de roles de profesionales de enfermería en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la IVE, constituye una estrategia esencial para avanzar en el acceso oportuno, seguro y de calidad, especialmente en territorios rurales y de difícil acceso. Dicha ampliación, además de estar sustentada en la evidencia internacional, el reconocimiento de profesionales de enfermería como agentes esenciales en la atención primaria en salud reproductiva y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, contribuye directamente al avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la agenda 2030, en particular aquellos dirigidos a reducir la mortalidad materna (ODS 3), mejorar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva (ODS 3.7 y 5.6) y a la disminución de desigualdades territoriales y poblacionales (ODS 10).

Que dichas directrices reconocen expresamente que los y las enfermeras, cuando cuenten con las competencias requeridas, pueden administrar medicamentos para la interrupción del embarazo y realizar procedimientos de aspiración manual endouterina en el primer trimestre, en el marco de sistemas de salud que aseguren calidad, seguridad y continuidad en la atención.

Que la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud exige que la organización de los servicios sanitarios responda a criterios de razonabilidad, proporcionalidad y evidencia científica, de manera que las restricciones relacionadas con la prestación de intervenciones en salud solo resulten admisibles cuando persigan una finalidad constitucionalmente legítima y sean necesarias para proteger bienes jurídicos superiores. En consecuencia, la reserva exclusiva de determinadas actuaciones en cabeza de un único perfil profesional no constituye un fin en sí mismo, sino un mecanismo destinado a garantizar la seguridad de las personas usuarias, razón por la cual dicha reserva debe revisarse cuando la evidencia científica disponible demuestre que otros profesionales de la salud cuentan con competencias suficientes para realizar tales intervenciones con estándares equivalentes de calidad y seguridad.

Que desde los principios de beneficencia y no maleficencia, como criterios orientadores de la práctica sanitaria, las decisiones regulatorias deben propender por maximizar los beneficios clínicos, reducir los riesgos evitables y prevenir daños derivados de barreras de acceso injustificadas a los servicios de salud. En tal sentido, cuando la evidencia científica demuestra que una intervención puede ser realizada de manera segura por profesionales de enfermería debidamente formados, entrenados y competentes, la limitación de su participación podría generar riesgos asociados a retrasos diagnósticos o terapéuticos, discontinuidades en la atención o ausencia de oferta efectiva de servicios, especialmente en territorios con dificultades de acceso al talento humano médico.

Que la autonomía profesional reconocida a la enfermería por el ordenamiento jurídico colombiano implica el ejercicio responsable de competencias científicas, técnicas y éticas propias de la profesión, de conformidad con la Ley 266 de 1996 y la Ley 911 de 2004, de manera que la asunción de funciones clínicas específicas no depende exclusivamente de la denominación del cargo o profesión, sino de la acreditación de competencias, formación y experiencia que garanticen una atención segura, ética y de calidad para las personas usuarias del sistema de salud.

Que, la obligación estatal de garantizar el acceso efectivo a las tecnologías, procedimientos e intervenciones necesarias para la protección de los derechos sexuales y reproductivos exige adoptar medidas regulatorias que armonicen la autonomía profesional, la seguridad de la atención y la protección de los derechos fundamentales de las personas usuarias, privilegiando aquellas alternativas regulatorias que permitan alcanzar el mayor nivel posible de protección de la salud, la vida y la dignidad humana con la menor restricción de derechos.

Que, se hace necesario actualizar los lineamientos técnicos y operativos que desarrolla la referida Ruta Integral de Atención en Salud, con el fin de establecer las directrices que deben observar los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la ejecución de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales de protección específica, detección temprana y educación para la salud, conforme a los enfoques de integralidad, calidad y oportunidad en la atención relacionada con la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.* La presente resolución tiene por objeto adicionar el artículo 10.1 a la Resolución número 051 de 2023 para establecer disposiciones orientadas a garantizar el acceso oportuno, integral y sin barreras a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para las mujeres y personas con capacidad de gestar pertenecientes a pueblos indígenas, en cumplimiento de la Sentencia de Unificación 297 de 2025 de la Honorable Corte Constitucional y, modificar el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado

por la Resolución número 3280 de 2018, como se establece en el anexo de la presente resolución, con el fin de actualizar las indicaciones para la atención integral de salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo para todas las mujeres y personas con capacidad de gestar, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2°. *Adición.* Adiciónese el artículo 10.1 a la Resolución número 051 de 2023, el cual quedará así:

“Artículo 10.1. Obligaciones para la atención integral en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres y personas con capacidad de gestar indígenas. *En desarrollo de los principios de igualdad, no discriminación, enfoque diferencial étnico y garantía efectiva de los derechos fundamentales, especialmente de los derechos sexuales y reproductivos, se establecen las obligaciones específicas a cargo de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los actores del sistema de salud indígena, orientadas a asegurar el acceso oportuno, integral y sin barreras a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para mujeres y personas con capacidad de gestar pertenecientes a pueblos indígenas, en armonía con el respeto por su identidad cultural, cosmovisión y autonomía individual, de la siguiente manera:*

- 10.1.1. *La prestación de las atenciones, intervenciones y procedimientos relacionados con la Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres y personas con capacidad de gestar indígenas deberá realizarse conforme a las demás reglas y obligaciones contenidas en esta resolución; garantizando en el proceso asistencial la incorporación del enfoque étnico, el respeto por la cosmovisión y la identidad cultural de las mujeres y personas con capacidad de gestar indígenas. El enfoque étnico implica garantizar información culturalmente pertinente y comprensible, así como el acceso a intérprete o traductor cuando la lengua materna de la mujer o persona gestante no sea el español, y el respeto por sus prácticas de cuidado, sin que ello constituya una barrera para el acceso oportuno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.*
- 10.1.2. *Las entidades responsables de la prestación de servicios de salud a personas con pertenencia étnica indígena deberán garantizar de manera inmediata, el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo cuando la mujer o la persona gestante manifieste su decisión, sin imponer barreras de carácter administrativo, cultural, comunitario o institucional y de conformidad con lo que señala el artículo 6° de esta resolución.*
- 10.1.3. *En ningún caso las autoridades tradicionales, organizaciones comunitarias, autoridades administrativas podrán supeditar, condicionar, retrasar o impedir el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo de las mujeres o personas con capacidad de gestar indígenas a decisiones colectivas, autorizaciones comunitarias, valoraciones culturales, prácticas consuetudinarias o cualquier otro requisito distinto a los previstos en esta resolución o la norma que la modifique, adicione o sustituya.*
- 10.1.4. *Las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPS-I), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas y cualquier actor del sistema de salud indígena deberán garantizar la confidencialidad absoluta de la información relacionada con la solicitud, atención y seguimiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de mujeres y personas con capacidad de gestar pertenecientes a pueblos indígenas. En ningún caso la información clínica, administrativa o personal podrá ser divulgada, compartida o utilizada para imponer sanciones, ejercer presiones, activar mecanismos de control social, adelantar procesos disciplinarios comunitarios o cualquier forma de reproche o castigo basado en normas consuetudinarias, decisiones colectivas o valoraciones culturales.*
- 10.1.5. *Cuando se presenten barreras, limitaciones o negativas por parte de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPS-I), o quienes hagan sus veces, o de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPS-I), las mujeres o las personas gestantes indígenas podrán acudir directamente a cualquier institución de la red pública o privada para recibir la atención integral en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, sin necesidad de autorizaciones adicionales ni intermediaciones comunitarias y sin perjuicio de la imposición de sanciones a las que haya lugar.*
- 10.1.6. *Las atenciones e intervenciones para la Interrupción Voluntaria del Embarazo para las mujeres y personas gestantes indígenas también 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 previstas en el numeral 4.2 del lineamiento técnico y operativo adoptado mediante la Resolución número 3280 de 2018.*
- 10.1.7. *Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red pública o privada brinde las atenciones relacionadas con la IVE a una mujer o persona gestante perteneciente a un pueblo indígena, como consecuencia de la imposibilidad, negativa u obstaculización por parte de la entidad del sistema de salud indígena correspondiente, tendrá derecho al reconocimiento y compensación de los costos en que haya incurrido.*

Dicho reconocimiento se realizará conforme a las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el pago por parte de la entidad responsable del aseguramiento o, en su defecto, con cargo a los mecanismos de financiación definidos en el Decreto número 780 de 2016 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

La validación y reconocimiento del valor facturado deberá efectuarse conforme a las tarifas, manuales y reglas de contratación vigentes, sin que puedan oponerse objeciones fundadas en la ausencia de autorización previa por parte de autoridades indígenas, o en controversias de competencia entre prestadores o aseguradores. En ningún caso el trámite de reconocimiento podrá generar dilaciones que afecten el acceso oportuno a la atención ni trasladar cargas administrativas o financieras a la persona gestante.

Parágrafo. *El reconocimiento y compensación de los costos deberá realizarse conforme a los principios de eficiencia, oportunidad, transparencia y sostenibilidad financiera del sistema de salud, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar.”*

Artículo 3°. *Modificación.* Modifíquese el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado por la Resolución número 3280 de 2018, de conformidad con el anexo de la presente resolución, con el objetivo de actualizar las disposiciones orientadas a garantizar la atención integral en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para todas las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Artículo 4°. *Orientaciones para profesionales de enfermería.* El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los tres (03) meses siguientes contados a partir de la publicación del presente acto administrativo, establecerá mediante documento técnico que será publicado en la página web de este Ministerio, las orientaciones para la ejecución por parte de los profesionales de enfermería, de procedimientos para la atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de conformidad con las disposiciones previstas en el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.

Artículo 5°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de su expedición.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 29 de julio de 2026.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

ANEXO

"III. LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL

(...)

4.1 INTERVENCIONES INDIVIDUALES

(...)

4.2. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

La interrupción voluntaria del embarazo es un derecho fundamental en Colombia que ha sido reconocido por la Corte Constitucional a través de una robusta línea jurisprudencial que incluye las Sentencias: 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", T -585 de 2010 en la que se señala: "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", C-754 de 2015 que al respecto establece: "C.) 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", 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 el alcance del derecho fundamental a la IVE en las circunstancias descritas en la sentencia C-355 de 2006", adicionalmente este aspecto ha sido objeto de pronunciamiento entre otras, en las Sentencias: T-171 de 2007, T-988 de 2007, T-209 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.

Adicionalmente, en la Sentencia T – 576 de 2023 la Corte Constitucional precisó que el incumplimiento de las obligaciones del sistema de salud para garantizar el acceso oportuno, digno y de calidad a la Interrupción Voluntaria del Embarazo constituye una forma de violencia contra la mujer, en particular violencia obstétrica, pues implica someter a las mujeres a maltratos, barreras injustificadas, estigmatización o sufrimientos físicos y psicológicos innecesarios durante la prestación de servicios de salud reproductiva.

En ese contexto, los servicios de salud relacionados con la Interrupción Voluntaria del Embarazo (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, como se deriva de la Sentencia de Unificación 096 de 2018 que dispuso: "El derecho a la IVE [...] 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".

El derecho de las mujeres y personas gestantes implica decidir de manera libre y autónoma sobre la interrupción del embarazo y está relacionado con la información y conocimiento que tengan acerca del aborto. En consonancia con la decisión de la Corte Constitucional, contenida en la Sentencia C-055 de 2022, la atención en salud de la IVE no debe estar condicionada al cumplimiento de causales o requisitos y procede por la sola decisión de la mujer o persona gestante. Solo cuando se trate de embarazos después de la vigésimo cuarta (24) semana, la IVE procede ante la identificación de alguna de las tres causales ya definidas

por la misma Corte Constitucional en Sentencia C-355 de 2006, esto es: "i) Cuando la continuación de/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".

Por lo tanto, la información sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo 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 de acuerdo con las condiciones y particularidades de cada niña o adolescente, centrada en la experiencia individual, la cultura, la educación, el apoyo y orientación que reciben de madres, padres o cuidadores. Es responsabilidad de profesionales de la salud, padres, o en su defecto su representante legal o cuidadores, promover la toma de decisiones autónomas frente al autocuidado de su salud, teniendo en cuenta lo dispuesto por la Resolución 309 de 2025 con respecto a el acceso a la información apropiada y necesaria, que les permitan conocer y comprender las implicaciones de los actos asistenciales, contraindicaciones, pronóstico, el tiempo necesario para la recuperación, y las consecuencias del acto asistencial del que trata la decisión.

Adicionalmente, para el caso de adolescentes, y en general, en el marco de la atención en salud de la IVE de cualquier mujer, adolescente o persona con capacidad de gestar, debe reconocerse el derecho frente a la estricta reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Al respecto, en la Sentencia T – 402 de 2024 la Corte Constitucional ha reiterado que el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo debe garantizarse con estricta protección del derecho a la intimidad y al deber de confidencialidad en el manejo de la información de las mujeres y personas gestantes y ha reiterado que, en particular, las entidades del sistema de salud y su personal tienen la obligación de preservar la reserva de la historia clínica y de los datos relativos a la salud sexual y reproductiva, absteniéndose de divulgar, compartir o utilizar esa información sin autorización de la paciente; ya que la revelación de estos datos, así como el contacto de terceras personas para influir en su decisión constituye una vulneración de los derechos a la intimidad, a la confidencialidad de datos sensibles, al habeas data y a la salud sexual y reproductiva, y puede derivar en formas de presión o violencia que afectan la autonomía reproductiva.

Igualmente, se debe respetar la orientación sexual, la identidad y expresión de género de las personas con capacidad de gestar; hombres transgénero, transmasculinidades y personas no binarias asignadas femenino al nacer, promoviendo que se utilice su nombre identitario, respetando el pronombre con el cual se identifican, evitando comentarios estigmatizantes o prejuicios sobre la vivencia de su sexualidad y absteniéndose de imponer barreras para acceder a la IVE por tratarse de una práctica discriminatoria.

Frente a mujeres y personas con capacidad de gestar pertenecientes a comunidades indígenas, en la Sentencia de Unificación 297 de 2025 la Corte Constitucional señaló que las entidades del sistema de salud deben garantizar el acceso oportuno y digno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, respetando que la decisión de continuar o interrumpir un embarazo corresponde exclusivamente a la persona gestante. En consecuencia, no es admisible que las autoridades indígenas, o entidades de salud indígenas condicionen, prohíban o retrasen la práctica del procedimiento con base en decisiones colectivas, mandatos comunitarios o interpretaciones de la cosmovisión indígena, ni que impidan el acceso al sistema de salud para su realización.

Adicionalmente, en la atención integral en salud relacionada con IVE de mujeres y personas gestantes pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y del pueblo Rrom, deben adoptar las medidas necesarias para garantizar una atención accesible, oportuna, pertinente y libre de discriminación, reconociendo las particularidades culturales, territoriales y sociales que puedan incidir en el acceso efectivo a los servicios de salud. Para tal efecto, deben implementarse acciones orientadas a identificar y eliminar barreras derivadas del racismo, la discriminación étnico-racial, las condiciones geográficas, lingüísticas, socioeconómicas o cualquier otro factor que limite el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, garantizando el respeto por la identidad cultural, la dignidad, la autonomía y la toma de decisiones libres e informadas de las usuarias.

Se debe considerar que la ausencia de registro civil, documento de identidad o cualquier otro documento de identificación no debe constituir una barrera para el acceso a la atención integral en salud relacionada con la IVE. Por lo tanto, es necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud adopten las medidas administrativas necesarias para garantizar la atención oportuna de las mujeres y personas gestantes que carezcan de dichos documentos, mediante mecanismos alternativos de identificación o registro que permitan su individualización y seguimiento clínico, de conformidad con la normativa vigente y los principios de accesibilidad, continuidad, interculturalidad y garantía efectiva del derecho fundamental a la salud. En los casos de personas pertenecientes a pueblos indígenas, comunidades étnicas o poblaciones que enfrenten barreras para la obtención de documentos de identificación, es necesario implementar ajustes razonables y mecanismos de articulación con las autoridades competentes para facilitar el acceso a la atención, sin que la definición de su situación documental pueda retrasar, impedir o condicionar la prestación de los servicios requeridos.

En relación con las mujeres y personas con posibilidad de gestar privadas de la libertad, las entidades responsables de la atención en salud y las autoridades competentes deben adoptar las medidas necesarias de articulación, coordinación y gestión que permitan garantizar el acceso a las atenciones en salud sexual y reproductiva, incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), de conformidad con los estándares, criterios, definiciones y atenciones previstos en la presente ruta, procurando la eliminación de barreras de acceso y el respeto de los derechos.

En general, y para la implementación de las disposiciones contenidas en este apartado de la Ruta, deberán considerarse de manera complementaria los documentos técnicos adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de atención integral de la IVE los cuales desarrollan orientaciones relacionadas con la organización y prestación de los servicios de salud, la garantía del acceso y la eliminación de barreras desde las competencias de las entidades territoriales, los procesos de orientación, asesoría y acompañamiento integral a las mujeres y personas gestantes durante la atención, así como el fortalecimiento de las competencias técnicas, éticas y administrativas del talento humano en salud para la garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos, en articulación con las instancias de transversalización del enfoque diferencial y de género del sector salud. Estos documentos constituyen referentes técnicos complementarios para la interpretación e implementación de las acciones previstas en la presente ruta, de conformidad con los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad e interseccionalidad, así como los demás documentos, protocolos, guías y lineamientos publicados, desarrollados en relación con la salud sexual y reproductiva.

4.2.1 Objetivos

- Reconocer el derecho a la autonomía y autodeterminación reproductiva de las mujeres y de las personas gestantes, garantizando el acceso a servicios seguros y de calidad para la interrupción voluntaria del embarazo IVE, en el marco de lo previsto por la Corte Constitucional en las Sentencias C-355 de 2006, SU 096 de 2018, C-055 de 2022, SU-297 de 2025 y demás jurisprudencia complementaria.
- Informar a las mujeres y a las personas gestantes frente a la preparación y realización 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 adelantar el trámite para dar el nacido vivo en adopción. • Orientar a los y las profesionales de la salud y personal encargado de la atención sobre la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo para que esta se de en los términos previstos por la Corte Constitucional y reglamentados por este Ministerio. • Incorporar los enfoques de género, diferencial, interseccional y territorial en la atención de la IVE, reconociendo la concurrencia simultánea de factores como la pertenencia étnica, la discapacidad, la edad, la ruralidad o la privación de la libertad, que pueden profundizar las barreras de acceso. 4.2.2 Talento humano Las atenciones e intervenciones relacionadas con la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) deberán ser garantizadas por talento humano en salud competente, que permita asegurar el acceso oportuno, seguro y de calidad al servicio, así como la orientación, información y asesoría integral a la mujer o persona gestante, de acuerdo con sus necesidades. En la prestación de los servicios y atenciones relacionadas con la IVE participan activamente profesionales de la salud, de medicina general y especialistas, de conformidad con el tipo de procedimiento, la edad gestacional y la complejidad clínica requerida. Los y las profesionales de enfermería, ya sean generales, especialistas o con formación de maestría en áreas de la salud, participan activamente en la atención en salud de la IVE de acuerdo con su nivel de formación, entrenamiento, experiencia y competencias legalmente reconocidas. En consecuencia, la intervención de las y los profesionales de enfermería puede comprender diferentes momentos: la realización de consultas, atenciones, procedimientos, cuidados, seguimiento clínico, asesorías y demás acciones propias de su ejercicio profesional conforme a la práctica basada en la evidencia, así como en los estándares técnicos y normativos vigentes. De esta manera, sus funciones no se limitan únicamente a aspectos de asesoría, información o acompañamiento. Cuando la atención se realice mediante un equipo interdisciplinario, este podrá estar conformado, según la necesidad del caso, por profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, sin que la ausencia de alguno de estos perfiles constituya una barrera para la prestación del servicio, siempre que se garantice la competencia técnica para la atención requerida. El personal auxiliar de enfermería, las parteras, agentes de salud comunitarios, así como agentes de la medicina tradicional y complementaria, podrán participar en acciones de orientación, información, apoyo comunitario y acompañamiento para el acceso a la IVE, dentro del marco de sus competencias y sin sustituir las funciones propias del talento humano profesional en salud. 4.2.3 Duración máxima recomendada La atención para la IVE siempre debe ser inmediata por tratarse de una atención esencial y de carácter urgente. Desde la solicitud de la decisión o expresión de la voluntad de la mujer o persona gestante, hasta la realización del procedimiento, incluida la asesoría, si llega a ser requerida, y la provisión anticonceptiva, si es aceptada, no podrá transcurrir un tiempo superior a cinco (5) días calendario. Esto implica que todos los integrantes del Sistema de Salud lleven a cabo los procesos de su competencia sin barreras ni dilaciones y adelanten las atenciones relacionadas con la IVE en el mismo servicio o modalidad donde la mujer o persona gestante haya hecho su solicitud. 4.2.4 Atenciones incluidas	• Consulta inicial para la valoración de la IVE valoración integral de la salud y de los factores de la mujer. Esta se refiere al primer contacto que tiene la mujer o persona gestante con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE, implica la valoración integral y la identificación de riesgos. • Suministro de información, orientación y asesoría, de manera objetiva, clara y con base en la evidencia científica, para la toma informada de decisiones frente al embarazo, garantizando siempre la autonomía de la mujer o persona gestante y su derecho a decidir, frente a la posibilidad de continuar la gestación, adelantar el trámite para entregar el nacido vivo en adopción o interrumpir el embarazo. • Provisión de la IVE mediante los métodos disponibles y recomendados. • Asesoría y provisión anticonceptiva (según la voluntad y preferencias de la mujer o persona gestante, los criterios médicos de elegibilidad dispuestos por la Organización Mundial de la Salud y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (OMS/CDC) vigentes. • Consulta de control en alguno de los siguientes casos: cuando se determine su necesidad bajo concepto médico, cuando no se haya provisto un método anticonceptivo o cuando la mujer o persona gestante lo solicite. 4.2.5. Descripción de la consulta inicial para valoración de la IVE 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 distintas modalidades de atención: presencial, telemedicina interactiva 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. La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer o persona gestante con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE. Esta consulta debe ser garantizada en los ámbitos de urgencias, consulta prioritaria y programada o incluso dentro de una hospitalización, es decir, en el ámbito en el que la persona exprese su voluntad o decisión con el fin de evitar consultas adicionales innecesarias. Puede ser llevada a cabo por profesionales de la medicina y de la enfermería, así como por especialistas entrenados, y su propósito debe estar orientado a: • Reconocer la voluntad de la mujer o de la persona gestante frente a la interrupción del embarazo. Valorar el estado de salud y factores de riesgo. • Determinar la existencia del embarazo, establecer la edad gestacional y confirmar clínicamente o por medio de imágenes (de ser necesario) que se trate de un embarazo intrauterino. • En embarazos posteriores a 24 semanas, determinar la existencia de alguna de las tres causales establecidas por la Corte Constitucional para acceder a la IVE en la Sentencia C – 355 de 2006. • Detectar coerción o cualquier forma de violencia para la toma de la decisión. • Suministrar información sobre los procedimientos. Toda decisión expresada de IVE 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 en embarazos después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y de acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006. Igualmente, debe quedar registro del proceso de información sobre opciones, gestión del riesgo individual y alternativas brindadas a la persona en gestación. Se debe garantizar la intimidad de la mujer o persona gestante 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 terceros durante la consulta.
En casos donde la mujer o persona gestante haya autogestionado 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 y personas gestantes la atención necesaria para culminar este proceso de manera segura y satisfactoria, manteniendo la guarda del secreto profesional y absteniéndose de realizar cualquier tipo de denuncia. En el caso de mujeres o personas gestantes indígenas no se podrán exigir requisitos adicionales a los establecidos en esta resolución como autorizaciones, aprobaciones o permisos por parte de terceros para la atención integral en salud de la IVE. 4.2.5.1 Anamnesis Se debe confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación (FUM). La mayoría de las mujeres y personas gestantes 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, la edad gestacional se puede establecer mediante exámenes físicos como el examen pélvico bimanual o altura uterina, para determinar la edad gestacional. De acuerdo con las Directrices sobre la Atención del Aborto de la Organización Mundial de la Salud (2022), no es recomendable el uso de ecografías antes de las 24 semanas cumplidas de gestación, a menos que sea necesario para tomar una decisión frente al tipo de procedimiento que necesita la mujer o persona gestante. Quienes requieran de ecografías, no deben ser expuestas a la imagen o al audio de la gestación sin su expresa autorización, y deben siempre ser informadas sobre su derecho a rechazar la visualización de la imagen diagnóstica, así como de su opción de solicitarla. En la historia clínica se debe registrar de manera clara que la paciente que expresa su decisión frente a 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, factores de riesgo, gestación actual, sintomatología infecciosa y condiciones psicosociales. Para mujeres y personas gestantes en embarazo después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y con el fin de identificar y certificar alguna causal de las señaladas en la Sentencia C-355 de 2006, se debe incluir dentro de la consulta inicial, 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 o de pareja, 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 o se considera pertinente y solo en caso de que no se haya podido determinar la edad gestacional con base en la FUM. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6 y 8 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; debe iniciar tratamiento antimicrobiano a dosis terapéutica al mismo tiempo que se realiza la IVE, sin que se requiera dilación en su realización. Esto aplica tanto para la IVE farmacológica como para la IVE por procedimientos. 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 persona gestante y administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres y personas gestantes Rh negativas al momento del procedimiento de IVE solo si el embarazo es mayor de 12 semanas. En los casos en que clínicamente se sospeche anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias ante una eventual hemorragia. Como en cualquier otra atención relacionada con el embarazo, a toda mujer o persona gestante 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 y para Hepatitis B y C. En ningún caso, la práctica o la entrega de los resultados de estas pruebas se pueden constituir en un requisito, demora o barrera de acceso al procedimiento de IVE. 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 a 6 semanas, sospecha de enfermedad trofoblástica, cuando no se pueda determinar mediante evaluación semiológica la edad gestacional o cualquier otra alteración de la gestación. 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 y personas gestantes que solicitan la IVE y para las mujeres y personas gestantes que reciben cuidados prenatales. Los estudios ecográficos se deben realizar sin exponer a la mujer o a la persona gestante a la imagen o al audio de la gestación. Si se sospecha un embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o cualquier otra anomalía, porque el tamaño uterino es menor o mayor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado, mareos, desmayos, palidez o masa anexial en casos avanzados, es esencial confirmar la presencia y localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la interrupción voluntaria del embarazo. La mujer debe ser remitida a un nivel de atención con disponibilidad de ecografía pélvica transvaginal y cuantificación de fracciones Beta de gonadotropina coriónica humana. En todo caso, son las instituciones prestadoras de

servicios de salud y las aseguradoras las responsables de realizar los trámites necesarios para llevar a cabo estas remisiones, sin imponer esta carga a la mujer o persona gestante. En caso de enfermedad o evento de interés en salud pública se deben realizar los exámenes de laboratorio pertinentes según el protocolo de vigilancia en salud publica 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 La interrupción voluntaria del embarazo procede de acuerdo con la sola decisión o manifestación de voluntad de la mujer o de la persona gestante sin que sea necesario identificar alguna causal salvo que se trate de un embarazo después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación. Dicha voluntad es expresada a través de su consentimiento para la atención en salud. Siempre que el embarazo sea consecuencia de violencia sexual y sin atender a la edad gestacional y a pesar de 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 Violencias Sexuales, adoptado mediante la Resolución 459 de 2012 o la norma que lo modifique o sustituya, que incluye el deber de garantizar la debida recolección, embalaje y custodia de la evidencia física y elementos materiales de prueba asociados con el hecho de violencia sexual, asegurando el desarrollo de la aplicación del Sistema de Cadena de Custodia. En casos después de la vigésimo cuarta semana de gestación, se debe identificar la existencia de alguna causal, conforme con los criterios definidos por la Corte Constitucional en Sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022, teniendo en cuenta las siguientes pautas: • Un profesional de medicina o de enfermería está en la capacidad de identificar las causales, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas y expedir el certificado en caso de que el embarazo represente algún riesgo para la vida o la salud física, mental o social de la mujer o persona gestante, o el feto presente alguna condición de incompatibilidad con la vida extrauterina. • Un profesional en psicología también está en la capacidad de certificar la existencia del riesgo de afectación a la salud mental o social que ha identificado la mujer o persona gestante y expedir el certificado. • Debe tenerse en cuenta que la mujer o la persona gestante 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 continúa o no luego de identificar el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a asumir. Así, el certificado no es una argumentación sobre si se debiera interrumpir o no el embarazo según la ponderación del riesgo que hace quien lo expide, sino la confirmación de que, en efecto, la hipótesis del riesgo existe. • La única exigencia para quien expide dicho certificado es que actúe conforme a los estándares éticos de su profesión, por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad específica, que pertenezca a una institución determinada o que identifique un código específico de diagnóstico. • 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. Debe tenerse en cuenta también que, según lo establecido en la en el artículo 67 de la Ley 906 de 2004, el artículo 15 de la Ley 1257 de 2008 y el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, la denuncia de violencia sexual no configura un requisito para la atención en salud y puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el profesional de salud debe dar aviso de la ocurrencia de un hecho de violencia sexual	a las autoridades competentes con el fin de que estas inicien la investigación de oficio, puesto 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 se 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 decida o exprese su voluntad para la IVE y no en el que se programe el procedimiento. En caso de encontrarse una discrepancia entre la edad gestacional calculada por la fecha de la última menstruación y la edad gestacional calculada por ecografía que se encuentre dentro del límite variación estándar propia de dicha valoración, correspondiente a más o menos una semana durante el segundo trimestre, debe adoptarse la valoración que demuestre una menor edad gestacional. Lo anterior aplica en embarazos alrededor de las 24 semanas de gestación y cuando se presente duda. 4.2.5.5 Orientación y asesoría La consulta de orientación y asesoría puede resultar significativa para las mujeres y personas gestantes que deseen recibir asesoría y acompañamiento emocional y por lo tanto, debe estar disponible cuando la soliciten, sin embargo, esta no es obligatoria y no constituye un prerrequisito para acceder a la IVE. Dicha consulta puede ser independiente o ser brindada durante la valoración inicial. No necesariamente requiere que sea realizada por un profesional de la salud mental ya que puede ser brindada por cualquier médico, profesional de la enfermería o de trabajo social. El objetivo de este espacio es brindar un ambiente propicio para que las mujeres y personas gestantes expresen sus emociones frente a la interrupción del embarazo. El personal que ofrezca esta atención debe estar en la capacidad de brindarles apoyo, reconociendo que son ellas quienes deben decidir de manera libre y autónoma sobre su cuerpo, esto como parte de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. 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, y personas gestantes 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 condiciones diversas 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 de manera explícita al personal que las atiende, que otra persona las acompañe en esta fase de atención. Es así como en ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer o persona gestante. 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, entre otras. 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 o persona gestante, la orientación y asesoría se convierten en una oportunidad para el acompañamiento emocional y la afirmación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en un marco de derechos y responsabilidades. 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 consultas. La participación del compañero/a, padre, madre o cualquier otra persona en la consulta solo es permitida si la solicitante 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 y personas gestantes víctimas de violencia sexual se deberá dar en los términos que define la Resolución 459 del 2012 o la normatividad que la modifique o sustituya y deberá extenderse en tiempo de acuerdo con el criterio del equipo de salud que la atienda de manera integral en torno a las violencias de género. 4.2.5.6 Detección de coerción en la toma de la decisión y otras formas de violencia En la consulta inicial se debe identificar si la mujer o la persona gestante 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 o la persona gestante en privado y seguir los protocolos institucionales y las normas para garantizar la seguridad de la mujer o la persona gestante y sus derechos a la autonomía y la libertad cuando se identifica un caso de vulneración de derechos. Algunas mujeres y personas gestantes 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 en 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 y personas gestantes 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 mediante la Resolución 459 de 2012 o la norma que la modifique o sustituya. En los casos en los que sea detectada violencia institucional o ginecobstétrica, la mujer o la persona gestante debe recibir información sobre la posibilidad de denunciar esta conducta ante la Superintendencia Nacional de Salud o las secretarías de salud o las 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, debe conocer que existen alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial. El consentimiento informado debe garantizar el proceso de información a la mujer o a la persona gestante, teniendo en cuenta el contexto particular de la atención realizando la verificación de la comprensión de las alternativas a la IVE existentes, sin emitir juicios de valor u orientaciones preferentes sobre dichas opciones; las que contemplan la continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para adelantar el trámite para entregar al nacido vivo en adopción. Una vez la mujer o la persona gestante ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo, la información mínima que debe recibir sobre el procedimiento incluye: a) Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas. b) 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 e indicando cómo pueden ser tratados y signos de alarma en caso de ser necesarios. c) 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. d) El marco normativo 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 existan restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer o persona gestante elegirá libremente el tipo de procedimiento, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y sus preferencias particulares, atendiendo a las siguientes características: • Los métodos de IVE farmacológicos antes de las 12 semanas de gestación podrán realizarse de manera ambulatoria desde la baja complejidad de atención. En estos casos, la indicación y prescripción de los medicamentos podrá realizarse por profesionales de la medicina o de enfermería, de manera autónoma y conforme a su formación, competencias, protocolos vigentes y habilitación del servicio, y de acuerdo con los protocolos clínicos estandarizados por la IPS y basados en la evidencia científica, y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. En el caso que profesionales de enfermería que prescriban o suministren mifepristona o misoprostol deben estar adscritos a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), pública o privada, con habilitación para prestar servicios relacionados con medicina general, enfermería o ginecobstetricia. • Todas las prescripciones y suministros de mifepristona y misoprostol por parte de profesionales de la medicina o de la enfermería, junto con el proceso de atención brindado deberán registrarse en la historia clínica electrónica institucional. Las mujeres y personas gestantes no requieren el acompañamiento permanente del personal de la salud durante el uso de los medicamentos. • En los tratamientos farmacológicos con 12 semanas o más de gestación, estos deberán realizarse con el acompañamiento del personal sanitario y con los medios necesarios, de forma segura y humanizada, de conformidad con las Directrices sobre la Atención del Aborto de la Organización Mundial de la Salud (2022). • Las técnicas instrumentales no farmacológicas para la IVE hasta las 15 semanas de gestación podrán realizarse por profesionales de la medicina o la enfermería con debido entrenamiento, en servicios de baja complejidad mediante aspiración endouterina. La aspiración manual Endo uterina (AMEU) realizada entre las 12 y las 15 semanas podrá ser ejecutada por profesionales de la salud que acrediten experiencia significativa en la aplicación de esta técnica, de conformidad con lo establecido en las Directrices sobre la Atención del Aborto de la Organización Mundial de la Salud (2022). Durante la aspiración Endo uterina, el contenido uterino se evacúa utilizando cánulas plásticas y un aspirador manual o eléctrico, bajo técnica aséptica. • Luego de las 15 semanas de gestación el procedimiento instrumental que se debe llevar a cabo es la Dilatación y Evacuación (DyE), un método que combina el uso de fórceps y aspiración al vacío. • 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. • La inducción y atención del parto en los procedimientos para la IVE de más de 20 semanas de gestación requieren de la misma infraestructura y experticia que implica la inducción y atención del parto. De no contar con este servicio, la institución prestadora de servicios de salud que brinda la atención relacionada con la inducción de la asistolia fetal debe llevar a cabo los procedimientos de referencia y contrarreferencia necesarios para garantizar una atención inmediata y continua a las mujeres o personas gestantes. Al respecto deberá tenerse en cuenta que aseguradoras deben garantizar integralmente los traslados asistenciales requeridos y la prestación de estos servicios de manera preferente en la red de atención geográfica más cercana al municipio de residencia de la mujer o persona en gestación. • 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 el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado mediante Resolución 3100 de 2019 o la norma que lo modifique, definen los estándares de habilitación que deben ser tomados en cuenta para adecuar estos espacios ofreciendo privacidad y comodidad a las mujeres y personas gestantes. De preferencia, las instituciones prestadoras de servicios de salud que realicen atención del parto deben ubicar a las mujeres y personas gestantes atendidas por IVE en salas diferentes.	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 DyE, 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, las y los profesionales de la salud deben erradicar definitivamente su práctica lo antes posible y reemplazarla por las técnicas de aspiración.
4.2.5.8.1 Métodos farmacológicos El aborto farmacológico podrá ser indicado y provisto por profesionales de la medicina o de la enfermería y consiste en el uso de misoprostol solo o en combinación con mifepristona para producir la expulsión de los tejidos embrionarios o feto-placentarios del embarazo. El uso combinado de misoprostol y mifepristona es más efectivo y, por tanto, recomendado por la Organización Mundial de la Salud en las Directrices sobre la Atención del Aborto (2022), sin embargo, cuando no se disponga de mifepristona puede utilizarse un régimen de solo misoprostol. Ambos medicamentos se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud. Se trata de un procedimiento no invasivo que puede ser provisto de manera ambulatoria durante el primer trimestre de gestación. Para proveer un tratamiento de aborto farmacológico, el personal de salud 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, 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 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. 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 según lo previsto por la Organización Mundial de la Salud en las "Directrices sobre la Atención del Aborto" de 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 de inducción con medicamentos bajo supervisión (ambulatoria bajo hospitalización) no está indicado realizar un legrado o revisión uterina de rutina. Esta es una conducta innecesaria que implica mayor dolor y alarga el proceso de aborto para las mujeres y personas gestantes y debe reservarse solo para los casos en los que se determine que es indispensable como en caso de retención de restos ovulares o placentaria o sangrado mayor al esperado. 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 (DyE). Generalmente, la aspiración endouterina es utilizada hasta las 15 semanas de gestación —aunque la Organización Mundial de la Salud en las Directrices sobre la Atención del Aborto de 2022 y el Royal College of Obstetrics and Gynaecology (2022), (Best practice in abortion care. 2022.), reconocen que puede ser llevada a cabo hasta la semana 16—. A	4.2.5.9 Consentimiento informado para la IVE Las mujeres y personas gestantes deben expresar su consentimiento respecto de las atenciones relacionadas con la 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 tratamientos disponibles para interrumpir el embarazo. La cualificación del consentimiento en niñas y adolescentes 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. 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. Adicionalmente, debe reconocerse el derecho de niñas y adolescentes frente a la reserva y confidencialidad de su historia clínica en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. En cuanto a menores de edad, la Corte Constitucional reconoce expresamente su derecho para decidir sobre la interrupción de un embarazo, particularmente el párrafo 79, de la Sentencia de Unificación 096 de 2018 de la Corte Constitucional que señala que "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". 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 rol de madres, padres, tutores o tutoras, o quienes se encuentren en ejercicio de los derechos de patria potestad, en caso de menores de 12 años, serán los mayores de edad quienes firmen el documento de consentimiento informado, teniendo en cuenta el asentimiento informado dado por la niña, para que sea realizada la IVE, de acuerdo con lo establecido por la Resolución 309 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique, sustituya o derogue con respecto a los registros del proceso de consentimiento informado y documentación del mismo. 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 les preste disponga de todos los ajustes razonables y apoyos requeridos para conocer su voluntad, independientemente del concepto de sus madres, padres, tutores o tutoras, o de cualquier persona que actúe en su nombre. De esta manera, conforme se prevé en la Ley 1996 de 2019, 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 y (iii) exigir requisitos adicionales a los establecidos por cada causal. Los consentimientos informados deben tener los siguientes contenidos: - Información directamente relacionada sobre la necesidad de contar con el dicho consentimiento informado y sobre el marco legal relacionado con el ejercicio de la IVE. - 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 y personas gestantes, 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: a) Verificar la presencia de la información mínima que la persona consultante debe saber para dar su consentimiento. b) 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 personas gestantes 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 o la persona gestante 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 o la persona gestante, así como por parte las instituciones de salud. Cualquier práctica coercitiva frente a la decisión de las mujeres y personas gestantes a continuar o interrumpir su embarazo es sancionable. c) 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 madres, padres o representantes legales, aun si no están de acuerdo con su decisión. Las 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, niñas, adolescentes o personas gestantes 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 y personas gestantes 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 explicarle a la paciente el riesgo de complicaciones si se ha iniciado un tratamiento farmacológico, registrar en la historia clínica que la mujer o la persona gestante desistió de la IVE y remitirla de manera formal a controles prenatales. 4.2.5.10 Descripción del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo 4.2.5.10.1 Interrupción farmacológica <u>Menos de 12 semanas de gestación:</u> 200 mg de mifepristona administrados de manera oral seguida de 800 mcg de misoprostol administrados 1 o 2 días posteriores por vía vaginal, sublingual o bucal. Como mínimo deben pasar 24 horas entre la administración de la mifepristona y del misoprostol. - En caso de contar únicamente con misoprostol, se pueden utilizar 800 mcg de misoprostol administrados por vía bucal, sublingual o vaginal dosis única, pero debe tenerse en cuenta que los regímenes combinados son más efectivos que el misoprostol solo. - Se sugiere considerar el uso del régimen combinado de letrozol 10 mg vía oral cada 24 horas por 3 días seguidos de 800 mcg de Misoprostol sublingual en el día cuarto como una opción segura y efectiva. - Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte exitoso. En las Directrices para la Atención del Aborto de la Organización Mundial de la Salud (2025) no se indica un número máximo de dosis de misoprostol. <u>A partir de 12 semanas de gestación:</u> 200 mg de mifepristona administrados de manera oral y ambulatoria seguida de 400 mcg de misoprostol suministrados 1 a 2 días después de manera vaginal, sublingual o bucal, cada tres horas bajo observación directa. Como mínimo deben pasar 24 horas entre la administración de la mifepristona y del misoprostol de acuerdo con las Directrices sobre la Atención del Aborto de 2025 de la Organización Mundial de la Salud. - Cuando se usa misoprostol solo, la recomendación es dosis de 400 mcg por vía vaginal, sublingual u oral cada 3 horas hasta la expulsión, teniendo en cuenta que el régimen combinado es más efectivo. - Dependiendo de la determinación del estatus del Rh, las mujeres y personas gestantes deben recibir profilaxis con inmunoglobulina anti-D. - El personal de salud debe tener precaución y usar su juicio clínico para definir el número de dosis máximas de misoprostol en personas con antecedente de cicatriz uterina (cesárea, miomectomía o procedimiento quirúrgico previo) y de acuerdo con la edad gestacional. - La ruptura uterina es una complicación rara, sin embargo, el personal de salud debe definir de acuerdo con su juicio clínico y edad gestacional, el nivel de complejidad de la atención teniendo en cuenta la capacidad para el manejo de esta emergencia obstétrica. - Las mujeres y personas gestantes 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 de cavidad 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% (Induction of fetal demise before abortion. SFP Guideline 2010. Diedrich, J., y Drey, E.,2010). b. Una inyección intra fetal de 2 mg digoxina inyectada de uno a dos días antes de la DyE (tasa de efectividad es del 95%), o una inyección intraamniótica de 1 mg de digoxina inyectada un día antes de la DyE (tasa de efectividad del 92%) (Induction of fetal demise before abortion. SFP Guideline 2010. Diedrich, J., y Drey, E.,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. Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: a cohort study. BMJ Sexual & Reproductive Health y Best Practice in Abortion Care. Royal/ College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022). Tan pronto como se confirme la asistolia fetal, se debe iniciar la atención de la inducción del trabajo de parto o la realización de la operación cesárea en los casos en los que haya una contraindicación absoluta para el trabajo de parto. Cuando la IAF no se realice en la misma institución que atiende la inducción del parto, la institución prestadora de servicios de salud debe garantizar los procedimientos de referencia y contrarreferencia, que permitan la atención inmediata y continua en el nivel de complejidad requerido de acuerdo con las características particulares de riesgo en cada caso y de acuerdo con la red de atención disponible. De conformidad con la Resolución 652 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, en las atenciones de salud relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo no es necesario diligenciar el certificado de defunción fetal, a menos que de forma individual la mujer o persona gestante exprese su intención de adelantar algún rito fúnebre o de inhumación; lo anterior en consideración al ejercicio de la libertad religiosa y de cultos. Las atenciones en salud para la IVE no son coincidentes con eventos de mortalidad perinatal o neonatal y, de esta manera, los prestadores de servicios de salud no deben reportarlos como tal al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). <u>Manejo del dolor y efectos secundarios durante los procedimientos farmacológicos</u> Las mujeres y personas gestantes en proceso de aborto farmacológico 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, algunas 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. En el caso de inducción de embarazos posteriores a 14 semanas, se pueden suministrar antieméticos, opioides y anestesia epidural siempre y cuando se encuentren disponibles y a preferencia de la persona. Las molestias durante el aborto con medicamentos, además de los cólicos y el sangrado genital, pueden incluir: • Náuseas o escalofrío: una de cada tres mujeres y personas gestantes • Dolor de cabeza o vómito: una de cada cuatro mujeres y personas gestantes • Fiebre: una de cada seis mujeres y personas gestantes • Diarrea	El personal debe indicar a las mujeres y personas gestantes 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, este puede mejorar con la toma del analgésico o persistir con menor intensidad. Si no hay mejoría, las mujeres y personas gestantes deben acudir inmediatamente a urgencias. También deben acudir a urgencias si la fiebre persiste después de 24 horas después de la última toma de misoprostol. 4.2.5.10.2 Interrupción no farmacológica o instrumental <u>Hasta las 12 semanas de gestación:</u> Llevar a cabo la Aspiración Endouterina (AEU) o Aspiración Manual Endouterina (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 curetaje o legrado de la cavidad luego de la aspiración. Si se considera necesaria la preparación cervical puede ser llevada a cabo a través de las siguientes recomendaciones: • 200 mg de mifepristona administrados de manera oral entre 24 a 48 horas antes del procedimiento • 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. • No se recomienda usar dilatadores osmóticos <u>Más de 12 semanas de gestación</u> Se recomienda siempre realizar preparación cervical antes del procedimiento (AMEU o Dilatación y Evacuación), se recomienda el uso de mifepristona y misoprostol combinados o combinados con dilatador osmótico si está disponible. El límite superior de edad gestacional hasta el cual se puede realizar DyE debe ser determinado de acuerdo con la experticia y experiencia de cada operador individual. <u>Manejo del dolor y efectos secundarios de la técnica no farmacológica o instrumental para la IVE</u> El dolor durante el aborto no farmacológico puede ser manejado con métodos más sencillos como: • Hasta las 15 semanas de gestación: bloqueo paracervical y, en caso de estar disponible la sedación consciente • Más de 15 semanas de gestación: bloqueo paracervical y sedación consciente si está disponible. 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 2.500 mujeres • Infección: en una de cada 10.000 mujeres • Desgarro cervical: una de cada 100 mujeres Se informará a las mujeres y personas gestantes que deben asistir a una cita de control si llega a presentarse alguno de los siguientes signos de alarma: 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 o cualquier otra manifestación
clínica o condición de salud que pueda indicar una complicación y que amerite valoración por parte del personal de salud. <u>Prevención de infecciones post-aborto en el manejo instrumental de la IVE</u> 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 (Society of Family Planning Clinical Recommendation: Prevention of infection after abortion and pregnancy loss, Contraception 148, 2025): • 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 de este. • Doxiciclina oral 400 mg la noche (10 a 12 horas) antes del procedimiento (este régimen aumenta el riesgo de náuseas). • En caso de alergia o desabastecimiento, se puede considerar el uso de 500 mg de Azitromicina por vía oral antes del procedimiento • También se puede hacer uso de esquemas terapéuticos de segunda y tercera línea en caso de alergia a la doxiciclina o cuando no se cuente con el medicamento. • En caso de identificar al momento de la intervención del aborto instrumental una infección activa del tracto genital, se debe iniciar terapia antimicrobiana empírica a dosis terapéutica y mantenerla por los días recomendados de acuerdo con la sospecha etiológica o sindrómica, de acuerdo con lo definido por las guías clínicas vigentes. (Directrices para la Atención del Aborto de la Organización Mundial de la Salud 2022). 4.2.5.11 Recuperación La mayoría de las mujeres y personas gestantes que tienen una IVE durante el primer trimestre, aun cuando según el tipo de procedimiento se haya empleado 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 un área de descanso, sala de recuperación o de definición de conducta. Por lo general, son necesarios periodos más largos de observación cuando se ha administrado sedación consciente o anestesia general. Durante este periodo, el personal de salud brinda a la mujer o a la persona gestante 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. En casos de embarazos de más 18 semanas se debe evaluar la necesidad de ablactación, la cual se recomienda con Cabergolina 0.5 mg, dosis de 1 mg vía oral, administrada las primeras 24 horas posterior al parto. Se debe administrar inmunoglobulina anti-D a toda mujer que sea Rh negativa y cuya pareja sea Rh positivo o no determinada, en dosis 300 mcg y solo para usuarias con edades gestacionales de 12 semanas o más. La mujer o la persona gestante 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 recomendado 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 y personas gestantes pueden 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. Conforme a lo dispuesto en el artículo 237 del Código Sustantivo del Trabajo y en la Circular 024 del 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, en caso de ser necesario, la mujer o persona gestante que acceda a una IVE tendrá derecho a una licencia por un tiempo de dos (2) a cuatro (4) semanas, que determinará el personal de medicina tratante. El tiempo que supere dicho término, deberá ser tramitado como una incapacidad médica, para lo cual, las EAPB realizarán los trámites de manera independiente. Cuando se expidan dichas incapacidades o licencias derivadas de la atención en salud relacionada con la IVE, las instituciones prestadoras de servicios de salud y demás actores involucrados deben adoptar las medidas administrativas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información en salud de la usuaria. En consecuencia, los documentos expedidos para efectos laborales, académicos o de cualquier otra naturaleza no deberán requerir copias de la historia clínica ni incluir referencias específicas al procedimiento realizado, salvo que exista autorización expresa de la usuaria o mandato legal que así lo exija, debiendo limitarse a consignar la existencia de una condición médica o de salud que justifica el otorgamiento de la incapacidad o licencia, de conformidad con los principios de confidencialidad, intimidad y protección de datos personales. 4.2.5.12. Asesoría y provisión anticonceptiva Es obligatorio ofrecer asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo antes del egreso institucional 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. Durante la asesoría en métodos anticonceptivos, el personal sanitario debe hablar sobre todas las opciones anticonceptivas disponibles y hacer énfasis en las tasas de falla, características de cada grupo de anticonceptivos. Es fundamental que el personal sea sensible a las inquietudes de las mujeres y personas gestantes, 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. Es necesario tener en cuenta que la decisión de no usar un método anticonceptivo no puede configurar barrera para acceder a la IVE. Lo anterior, sumado a una atención humanizada, puede incluso aumentar la probabilidad de que las mujeres y personas gestantes adopten anticonceptivos de larga duración, los cuales son más costoefectivos que los métodos de corta duración Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Post-abortion Contraception, Including Long-Acting Reversible Contraceptives. Global Health Science and Practice (Vol. 4, Issue 3). Johns Hopkins University Press., 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 (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Post-abortion Contraception, Including Long-Acting Reversible Contraceptives. Global Health Science and Practice (Vol. 4, Issue 3). Johns Hopkins University Press., 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: • 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 y personas gestantes 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 y personas gestantes deben recibir tanto la asesoría como el anticonceptivo seleccionado en el mismo lugar en el que fueron atendidas. Por ello, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud que presten servicios de aborto deben ofertar anticonceptivos post-aborto independientemente de su nivel de complejidad y de acuerdo con las inclusiones previstas en el Plan de Beneficios en Salud. Para el caso de la anticoncepción definitiva, se debe contar con los mecanismos de remisión expedita para el nivel de complejidad adecuado. Criterio de elegibilidad del método anticonceptivo: - Las mujeres y personas gestantes 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 y personas gestantes 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 y personas gestantes 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 madres, 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 y personas gestantes 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 y personas gestantes para usarlos (sus ciclos menstruales, cambios postparto, entre otros). En caso de que la mujer o la persona gestante 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 o las personas gestantes no presentan síntomas de alarma. No obstante, si la mujer o la persona gestante 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 interrupción voluntaria del embarazo farmacológica, el control también es opcional siempre y cuando se cumplan estas condiciones: - Se hayan creado los mecanismos adecuados para que la mujer o la persona gestante pueda valorar por sí misma los resultados del proceso y pueda confirmar que el tratamiento ha sido exitoso, ya que, en general, las mujeres y personas gestantes 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: sangrado y cólico incrementales y mayores a una menstruación con sensación de expulsión seguidos por una disminución progresiva en las siguientes horas y días, así como resolución de los síntomas de embarazo si los había presentado previamente. - 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 y las personas gestantes 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 Negar - Aspirador de vacío eléctrico (con cánula de 14 o 16 mm) o aspirador de AMEU y cánula de hasta 12 mm — En casos de dilatación y evacuación 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). (C. F.).
---	--

Impresión - Gráfica

En la Imprenta Nacional de Colombia tenemos una planta de producción de 3.560 m², comprometida a satisfacer las necesidades de impresión de grandes volúmenes. Gracias a su moderna infraestructura de impresión offset y digital, ofrece una extensa variedad de formatos, acabados y cantidades que se adaptan a las especificidades del cliente, comprendiendo que cada proyecto es único y requiere soluciones personalizadas.

Contamos con un equipo humano experimentado que garantiza la calidad, los plazos y las características específicas para cada cliente ofreciendo toda una amplia gama de material editorial incluyendo data variable para impresión personalizada.

www.imprenta.gov.co

Tel: (601) 4578000 / Fax: 4578037

Carrera 66 n.º 24-09, Ciudad Santa

@imprentacolomb

correspondencia@imprenta.gov.co

diariooficial.col@imprenta.gov.co

Este año, la Imprenta Nacional de Colombia marcó un nuevo hito en la historia del país, reafirmando su compromiso con Colombia.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001641 DE 2026

(julio 31)

por la cual se adopta el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales y se deroga la Resolución número 196 de 2026.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por el artículo 2.2.4.2.2.7 y el numeral 5 del artículo 2.2.4.2.5.2 del Decreto número 1072 de 2015, en desarrollo del artículo 2º de la Ley 1562 de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 48 de la Constitución Política consagra la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio, cuya prestación se encuentra bajo la dirección, coordinación y control del Estado, y que debe desarrollarse con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, disponiendo además que los recursos destinados a su financiación tienen destinación específica y no pueden ser utilizados para fines distintos a los previstos constitucional y legalmente.

Que, el artículo 2º de la Ley 1562 de 2012, dispuso quiénes son los afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales en forma obligatoria y en forma voluntaria, estableciendo adicionalmente en su parágrafo 1º, que en la reglamentación que se expida para la vinculación de estos trabajadores, se adoptarán todas las obligaciones del Sistema General de Riesgos Laborales que les sean aplicables y con precisión de las situaciones de tiempo, modo y lugar en que se realiza dicha prestación.

Que, mediante la Resolución número 196 de 2026 se modificó el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales incluyendo los tipos de aportantes y cotizantes “35. Concejal municipal o distrital”, “36. Concejal municipal, distrital o edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional”, “51 - Trabajador de tiempo parcial”, “71. Ley de Segundas Oportunidades” y “73 Interno de Medicina”, y, adicionalmente, se modificó el nombre y la aclaración del tipo de cotizante “19. Aprendiz en etapa productiva”, con fundamento en cambios normativos detallados en su parte considerativa.

Que, mediante el Decreto número 1426 de 2025, “Por el cual se adiciona el Título 11 a la Parte 3 del Libro 2 del Decreto número 1075 de 2015 - Único Reglamentario del Sector Educación, para incorporar el Servicio Social para la Paz creado mediante la Ley 2272 de 2022”, se dispone que las entidades líderes de cada modalidad de Servicio Social para la Paz deberán adelantar los trámites necesarios para la afiliación de los promotores de este Servicio al Sistema General de Riesgos Laborales, precisando en el parágrafo segundo de