

Plenipotenciario, código 0074, grado 22, de la planta global del Ministerio de Relaciones Exteriores.

Parágrafo. Juan Norberto Colorado Correa es funcionario inscrito en el escalafón de la Carrera Diplomática y Consular, en la categoría de Ministro Plenipotenciario.

Artículo 2°. *Erogaciones.* Las erogaciones que ocasione el cumplimiento del presente decreto se pagarán con cargo a los presupuestos del Ministerio de Relaciones Exteriores y su Fondo Rotatorio.

Artículo 3°. *Comunicación.* Corresponderá a la Dirección de Talento Humano del Ministerio de Relaciones Exteriores la comunicación del presente decreto en los términos que establezca la norma.

Artículo 4°. *Vigencia.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 13 de enero de 2023.

GUSTAVO PETRO URREGO.

El Secretario General, encargado de las Funciones del Despacho del Ministro de Relaciones Exteriores,

José Antonio Salazar Ramírez.

## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### RESOLUCIONES

#### RESOLUCIÓN NÚMERO 0000051 DE 2023

(enero 12)

por medio del cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución número 3280 de 2018.

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

#### CONSIDERANDO:

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

Que, en la precitada providencia, la Corte Constitucional reconoce que “El derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo protege la autonomía y la libertad de decisión de la mujer que, encontrándose en alguna de las tres causales de despenalización previstas en la Sentencia C-355 de 2006, resuelve poner fin al proceso de gestación humana. El derecho a la IVE pertenece a la categoría de derechos reproductivos y, por tanto, comparte su orientación, fundamento y contenido obligacional. Al mismo tiempo, al tratarse de una garantía ius fundamental, compromete en su respeto y realización a todos los servidores y órganos del Estado, a los prestadores públicos y privados de seguridad social y a los particulares”

Que tal como lo señala la Corte Constitucional en la citada Sentencia de Unificación 096 de 2018, “[...] pasados más de doce años de reconocido el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a pesar de la claridad de las reglas establecidas en la Sentencia C-355 de 2006 [...] aún existen todo tipo de trabas y barreras para que las mujeres que solicitan la IVE puedan acceder de manera oportuna y en las condiciones adecuadas, con consecuencias irreversibles o que obligan a que se practique en forma indebida con grave peligro para su salud, teniendo que acudir a la acción de tutela para lograr que se garantice su derecho a la atención debida [...]” y que de acuerdo con lo que señala el mismo tribunal “[...] la imposición de barreras para este tipo de procedimientos constituye violencia y discriminación contra la mujer [...]”.

Que en dicha sentencia se ordenó a este Ministerio emitir “[...] una regulación única en la cual se garantice la interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados en la Sentencia C-355 de 2006 [...]”, aplicando “[...] las reglas extraídas

de la jurisprudencia constitucional relacionadas en los numerales 36 al 83 [...]” del fallo, así como “[...] los demás aspectos que considere pertinentes para la realización de dicho procedimiento en el sistema de seguridad social en salud, de manera oportuna y segura para la mujer [...]”, agregando que “[...] [d]icha regulación deberá ser puesta en conocimiento de todas la EPS e IPS del país, y deberá contener las sanciones correspondientes frente a su incumplimiento [...]”.

Que la Corte Constitucional, a través de la Sentencia C-055 de 2022, decidió “Declarar la EXEQUIBILIDAD CONDICIONADA del artículo 122 de la Ley 599 de 2000, por medio de la cual, se expide el Código Penal, en el sentido de que la conducta de abortar allí prevista solo será punible cuando se realice después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y, en todo caso, este límite temporal no será aplicable a los tres supuestos en los que la Sentencia C-355 de 2006 dispuso que no se incurre en delito de aborto y exhortando en este fallo al Gobierno nacional, para que, “sin perjuicio del cumplimiento inmediato de esta sentencia y, en el menor tiempo posible, formulen e implementen una política pública integral –incluidas las medidas legislativas y administrativas que se requieran, según el caso–, que evite los amplios márgenes de desprotección para la dignidad y los derechos de las mujeres gestantes”. [...]”.

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

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

Que, atendiendo la evolución jurisprudencial, la orden contenida en la Sentencia de Unificación 096 de 2018 y los aspectos pertinentes del exhorto incluido en la Sentencia C-055 de 2022, es preciso formular una regulación unificada en relación con la atención integral para la interrupción voluntaria del embarazo, lo que implicará modificar el numeral 4.2 de la Resolución número 3280 de 2018.

En mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto.* Adoptar la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en las condiciones previstas por la Corte Constitucional en las Sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018 y C-055 de 2022 y modificar el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.

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

Artículo 3°. *Garantía de la atención integral en salud.* La atención integral en salud para la garantía de la interrupción voluntaria del embarazo se debe brindar bajo estándares de calidad. Dichos estándares son los de oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, seguridad, integralidad, pertinencia, aceptabilidad centrada en la persona, satisfacción, eficacia, eficiencia y continuidad, que orientan al Sistema de Salud.

Artículo 4°. *Principios orientadores de la atención integral en salud.* Además de los elementos y principios contenidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la atención integral para la interrupción voluntaria del embarazo se orienta por los principios de dignidad humana, autodeterminación reproductiva, igualdad, no discriminación y demás garantías aplicables que hacen parte del catálogo de derechos y libertades incorporadas en la Constitución Política y en el bloque de constitucionalidad.

Artículo 5°. *Enfoques para la atención integral en salud.* La atención integral en salud para la interrupción voluntaria del embarazo deberá adecuarse, según el caso, a la edad, nivel de educación, nivel socioeconómico, etnia, identidad de género, condición de discapacidad o si se trata de población rural o urbana.

Artículo 6°. *Acceso a la atención integral para la interrupción voluntaria del embarazo.* Las atenciones y procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo se prestarán a partir de la manifestación de la voluntad de la niña, adolescente, mujer o persona gestante. Solo en casos de embarazos mayores a la vigésimo cuarta (24) semanas de gestación se tendrán en cuenta las previsiones hechas en el artículo 7° de la presente resolución.

Parágrafo. Para efectos de la presente resolución el término mujer incluye niñas y adolescentes y, el término personas gestantes incluye a toda persona con capacidad biológica de quedar en embarazo y atravesar el proceso de gestación, lo que abarca, hombres transgénero, transmasculinidades, personas no binarias o personas intersexuales, sin excluir otras identidades de género con las cuales la persona se autorreconozca.

Artículo 7°. *Identificación de causales en embarazos después de la vigésimo cuarta semana de gestación.* Los profesionales de la salud deberán identificar la configuración de alguna de las tres causales contenidas en la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional cuando presten la atención integral en salud para la interrupción voluntaria del embarazo después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación, y además tener en cuenta:

- 7.1. El riesgo para la vida o la salud física, mental o social de la mujer o persona gestante con la continuación del embarazo, certificado por un médico o profesional de la psicología.
- 7.2. La existencia de una grave malformación del feto que implique que este probablemente no vivirá, certificado por un profesional de la medicina que determine esa condición.
- 7.3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto denunciada. Si el hecho no ha sido denunciado, el profesional de salud que realiza la atención o el personal que designe el prestador deberá dar aviso del hecho a las autoridades competentes.

De conformidad con el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, la atención en salud para las víctimas de violencia sexual debe brindarse independientemente de la existencia de denuncia penal. Igual tratamiento se dará frente al acceso carnal a menores de 14 años el cual se presume, en todos los casos, como una conducta de violencia sexual.

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

Artículo 8°. *Estándares de protección.* Los estándares de protección constituyen las garantías mínimas para la atención integral en salud para la interrupción voluntaria del embarazo y son los siguientes:

- 8.1. **Información oportuna, suficiente y adecuada.** Los actores descritos en el ámbito de aplicación de la presente resolución deben suministrar a las mujeres y personas gestantes información comprensible, oportuna, suficiente, adecuada, pertinente, objetiva, precisa, confiable, accesible, científica y actualizada, de tal manera que les permita tomar decisiones de manera informada y ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos. Dicha información no podrá contener consideraciones disuasorias, personales, ideológicas, religiosas o axiológicas de los profesionales de salud ni de terceros.

Entre la información que debe ser suministrada se deben incluir las opciones disponibles; entre ellas la de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, cuando aplique, continuar con la gestación o la de adelantar el trámite para entregar el nacido vivo en adopción.

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

- 8.2. **Accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud.** La atención integral en salud para la interrupción voluntaria del embarazo se considera esencial y de carácter urgente. Las mujeres y personas gestantes que decidan interrumpir el embarazo según las condiciones señaladas por la Corte Constitucional tienen el derecho, a través de su entidad administradora de salud, a:
  - a) Que se reconozca y se respete su decisión frente a la no continuidad de la gestación, garantizando el acceso a las atenciones que sean necesarias de manera inmediata sin que se interpongan barreras o demoras.
  - b) Acceder, si así lo desea, a una valoración integral y oportuna del estado de salud que incluya el estado físico, mental y social, y evalúe los posibles riesgos que llegue a representar el embarazo para su vida o su salud, los cuales deben ser informados de manera clara, oportuna y específica, resolviendo todas las dudas y aspectos que la persona usuaria estime convenientes.
  - c) Conocer de manera inmediata y precisa los procedimientos, tratamientos o medicamentos que requiere, así como los alcances y riesgos de cada uno.
  - d) Acceder a una valoración periódica sobre el desarrollo y estado del embarazo, con el fin de identificar de forma oportuna y rápida posibles incompatibilidades del feto con la vida extrauterina.
  - e) Obtener de manera inmediata, en los casos de embarazos después de la vigésimo cuarta semana de gestación con riesgo para la salud o la vida o con condiciones

fetales incompatibles con la vida extrauterina, el certificado expedido por un profesional de la medicina o de la psicología, según sea el caso, para proceder a la interrupción voluntaria del embarazo si esta es la decisión de mujer o de la persona gestante, sin que se interprete dicho certificado como una autorización, ni se exija el cumplimiento de un determinado nivel de riesgo sino solo su existencia.

- f) Acceder de manera urgente y gratuita a todas las demás atenciones en salud previstas para las víctimas de violencia sexual, cuando el embarazo sea consecuencia de esta conducta, independientemente de la edad gestacional en la que se encuentre.

Por tratarse de una atención esencial y de carácter urgente, el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo se debe garantizar en todo el territorio nacional y no se podrá suspender bajo ninguna circunstancia.

Se podrá acceder a esta atención sin distinción alguna por razones de edad, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica o nacionalidad, lengua, religión, opinión política o filosófica, condición de discapacidad, socioeconómica o de cualquier otra situación que pueda generar alguna discriminación y en todos los niveles de complejidad.

Las mujeres y personas gestantes extranjeras en condición migratoria, regular o irregular, podrán acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Si la condición migratoria permite la vinculación de la persona al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo se atenderán de acuerdo con el Plan de Beneficios en Salud, si la persona es migrante irregular sin posibilidad de vinculación al sistema, el acceso a tal procedimiento, así como las demás atenciones relacionadas con la gestación se considerarán esenciales, con carácter urgente y estarán exentas de cobros.

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

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

Las menores de edad pueden decidir la interrupción voluntaria del embarazo autónomamente sin que sea necesaria la autorización de terceros.

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

- 8.4. **Deber de confidencialidad.** Todos los actores señalados en el ámbito de aplicación de la presente resolución están obligados a brindar plena garantía de confidencialidad, asegurando que ningún tercero, fuera de los autorizados por la ley, acceda a la información contenida en la historia clínica, independientemente del vínculo familiar, civil, laboral o cualquier otra forma de autoridad que tenga sobre la persona solicitante de una interrupción voluntaria del embarazo. Los profesionales de la salud que intervienen en el proceso de atención están obligados, además, a guardar el secreto profesional, en los términos establecidos en el artículo 10, literal k), de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y demás normas concordantes.
- 8.5. **Derecho a la intimidad.** La decisión de una mujer o persona gestante de interrumpir voluntariamente su embarazo pertenece a su esfera íntima o privada. De esta manera, solo si ella lo solicita expresamente podrá estar acompañada de su pareja, o de un familiar, representante o tutor. Igualmente, no será procedente ningún tipo de reporte o denuncia durante la atención por la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo al tratarse de una conducta no punible en los casos que ha definido la Corte Constitucional.

Artículo 9°. *Plazo para realizar el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo.* La atención integral en salud relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo se considera esencial y de carácter urgente, por lo tanto, siempre se deberá llevar a cabo de forma inmediata. Solo en casos excepcionales y justificados, se podrá prever un plazo máximo de hasta cinco (5) días calendario contados a partir de la manifestación de voluntad que haga la persona gestante para interrumpir el embarazo en el primer contacto que tenga con el servicio de salud. De dicha manifestación se dejará registro en la historia clínica de la paciente.

Artículo 10. *Atención e intervenciones en salud para la interrupción voluntaria del embarazo.* Las atenciones e intervenciones para la interrupción voluntaria del embarazo 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 de la Resolución número 3280 de 2018, el cual se modifica mediante esta resolución.

Artículo 11. *Copagos y cuotas moderadoras.* La atención en salud y los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo están exentos de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con lo previsto en los numerales 1 y 3.2 del artículo 2.10.4.6, 3.2 del artículo 2.10.4.8 y 1.6 y 1.7 del artículo 2.10.4.9 del Decreto número 1652 de 2022.

Artículo 12. *Registro de las atenciones en salud para la interrupción voluntaria del embarazo.* El registro de las atenciones en salud para la interrupción voluntaria del embarazo deberá adelantarse de acuerdo con la Resolución número 1036 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, relacionando siempre que la finalidad de la consulta es la atención por interrupción voluntaria del embarazo.

Artículo 13. *Obligaciones de las secretarías de salud o las entidades que hagan sus veces.* Las secretarías de salud del orden departamental, distrital y municipal, o la entidad que haga sus veces, en el ámbito de sus competencias, deberán

- 13.1 Vigilar que las entidades promotoras de salud y los responsables de los regímenes Especial y de Excepción cuenten con la red de prestadores de servicios de salud en todos los grados de complejidad, incluyendo servicios de telesalud y telemedicina,
- 13.2. Vigilar que las instituciones prestadoras de servicios de salud cuenten con los insumos necesarios para brindar la atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con su nivel de complejidad y conforme las mejores prácticas disponibles basadas en la evidencia.
- 13.3. Dictar las medidas que aseguren la suficiente y efectiva disponibilidad y acceso a los servicios y tecnologías para la interrupción voluntaria del embarazo sin discriminación, de forma oportuna y en condiciones de seguridad, calidad y salubridad;
- 13.4. Adoptar las demás acciones que en el marco de sus competencias incorporen medidas para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos,
- 13.5. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción garanticen la atención en salud para la interrupción voluntaria del embarazo en coherencia con los estándares señalados en las Sentencias C-055 de 2022 y C- 355 de 2006 y en esta resolución.

Artículo 14. *Obligaciones de las entidades promotoras de salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud.* Las entidades promotoras de salud, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción de salud y los prestadores de servicios de salud están en la obligación de garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en los términos aquí previstos y, de acuerdo con sus competencias, deberán:

- 14.1 Garantizar y prestar con oportunidad y calidad los servicios de salud que tengan habilitados donde puedan llevarse a cabo los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo, conforme a lo previsto en la presente resolución y demás documentos técnicos relacionados.
- 14.2. Realizar con la red de instituciones prestadoras de servicios de salud, los trámites administrativos indispensables para la programación y práctica de los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo y de ser necesario remitir a la mujer o persona gestante a la institución prestadora de servicios de salud que tenga capacidad técnica para efectuar el procedimiento de acuerdo con la edad gestacional.
- 14.3 Organizar sus servicios garantizando la disponibilidad permanente de profesionales entrenados y capacitados que lleven a cabo los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo, así como de insumos, medicamentos y demás elementos necesarios para la atención.
- 14.4. Tomar las medidas conducentes a evitar que el personal médico, asistencial o administrativo, exija documentos o requisitos adicionales o haga remisiones a consultas innecesarias para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 14.5. Garantizar el funcionamiento de un sistema de referencia y contrarreferencia que permita contar con un número adecuado de prestadores de servicios de salud habilitados para prestar los servicios donde se puedan llevar a cabo los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo.
- 14.6. Implementar acciones encaminadas a prevenir cualquier práctica discriminatoria, estigmatizante o irrespetuosa que cause afectación física, psicológica o emocional a las personas que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo o al personal que atiende dicha solicitud.
- 14.7. Entregar y publicar periódica y activamente información sobre la existencia, alcance y requisitos para la interrupción voluntaria del embarazo según sea la decisión de la mujer o persona gestante en las condiciones señaladas por la Corte Constitucional, así como el derecho de las personas de acceder a estos servicios.
- 14.8. Realizar auditorías, en el caso de las entidades promotoras de salud, en las que se verifique la adherencia de las instituciones prestadoras de salud a las guías y lineamientos relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo como parte del proceso de acompañamiento al prestador y de garantía de la calidad en la prestación de los servicios.

14.9. Implementar procesos permanentes de información, sensibilización, capacitación y reconocimiento del marco de derechos sexuales y reproductivos.

Artículo 15. *Prácticas indebidas en la atención.* Las entidades promotoras de salud, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, no podrán negarse a practicar la interrupción voluntaria del embarazo cuando la mujer o persona gestante se encuentre bajo los supuestos y condiciones establecidas en las C-355 de 2006, SU-096 de 2018 y C-055 de 2022 y en el término que señala el artículo 9°.

Los citados actores están obligados a ceñirse a los principios y estándares de protección para la interrupción voluntaria del embarazo y, en consecuencia, no deberán llevar a cabo las siguientes prácticas en el proceso de atención:

- 15.1. Realizar juntas médicas, éticas, de revisión o de aprobación por auditores, asesores legales o cualquier otro colaborador que ocasionen tiempos de espera injustificados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 15.2. Adelantar remisiones a consultas previas de orientación o asesoría de cualquier tipo, salvo que la paciente expresamente lo solicite.
- 15.3. Exigir documentos como dictámenes de medicina forense, órdenes judiciales o exámenes de salud o solicitar la autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, grupos comunitarios, auditores, médicos o la pluralidad de profesionales de la salud.
- 15.4. Suscribir entre profesionales de la salud pactos individuales o conjuntos para negarse a practicar la interrupción voluntaria del embarazo y acogerse a formatos o plantillas de adhesión que impliquen que las entidades hospitalarias no cuenten en su planta de personal con médicos dispuestos a prestar tales servicios.
- 15.5. Desconocer injustificadamente los conceptos expedidos por profesionales de la medicina o de la psicología sobre la existencia de alguna de las causales previstas en la Sentencia C-355 de 2006 en embarazos mayores a la vigésimo cuarta semana de gestación, aun cuando no hagan parte de la red de prestadores de la entidad aseguradora a la que se encuentre afiliada la mujer o persona gestante.
- 15.6. Dar o promover información engañosa sobre la interrupción voluntaria del embarazo o negarse a suministrar información en los términos establecidos en la presente resolución, sobre este derecho, de acuerdo con los estándares definidos por la Corte Constitucional.
- 15.7. Cualquier otra práctica que constituya una barrera de acceso o genere alguna afectación física, psicológica o emocional a la mujer o persona gestante que solicite la interrupción voluntaria del embarazo o al personal que atiende su solicitud.

Artículo 16. *De la objeción de conciencia.* Solo el profesional encargado de realizar directamente el procedimiento para la interrupción voluntaria del embarazo podrá objetar por razones de conciencia el cumplimiento de dicha obligación siempre que se formule por escrito expresando:

- a) las razones por las cuales la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo está en contra de sus más íntimas convicciones, para lo cual no servirán formatos generales de tipo colectivo, ni aquellos que realice persona distinta a quien ejerce la objeción de conciencia y;
- b) el profesional médico al cual remite a la paciente que necesita ser atendida. Esto teniendo siempre como presupuesto que se tenga certeza sobre la existencia de dicho profesional, sobre su pericia para llevar a cabo el procedimiento de interrupción del embarazo y de su disponibilidad en el momento en que es requerido.

Parágrafo. En ningún caso, las personas que cumplen funciones asistenciales, de cuidado, preparatorias o posteriores a la intervención, o que cumplan funciones administrativas o de manejo o dirección, podrán negarse a que se practique la interrupción voluntaria del embarazo o demorar, obstruir, o negar el acceso a dicha atención. Las personas jurídicas no son titulares del derecho a la objeción de conciencia.

Artículo 17. *Sanciones.* Las faltas relacionadas con la garantía de la interrupción voluntaria del embarazo, así como las prácticas discriminatorias ejercidas en contra de la mujer o persona gestante o en contra del personal de salud y administrativo que atiende la solicitud, se pondrán en conocimiento de las autoridades competentes y darán lugar a la aplicación de las sanciones administrativas, disciplinarias o penales a las que haya lugar.

Artículo 18. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el numeral 4.2 de la Resolución número 3280 de 2018.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 12 de enero de 2023.

La Ministra de Salud y Protección Social,

Carolina Corcho Mejía.

(C. F.).

## ANEXO TÉCNICO

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

(…)

## 4. 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: “*(...) 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 al 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-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.

En ese contexto, los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera efectiva con una atención oportuna y de calidad en todos los niveles de complejidad y en todo el territorio nacional, 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 del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto*”.

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

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.

## 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 y demás jurisprudencia complementaria.

- Informar a las mujeres y a las personas gestantes frente a la preparación y ejecución de los procedimientos de interrupción del embarazo y la asesoría y provisión anticonceptiva posaborto; 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 profesionales de la salud y personal encargado de la atención sobre la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo para que esta se dé en los términos previstos por la Corte Constitucional y reglamentados por este Ministerio.

## 4.2.2 Talento humano

Las atenciones e intervenciones relacionadas con la IVE requieren de al menos un profesional competente que pueda garantizar el acceso al procedimiento, así como brindar orientación y asesoría a la mujer o persona gestante en caso de ser requerida. Cuando se cuente con más de un profesional, el equipo puede estar compuesto por profesionales en enfermería, medicina, medicina familiar, ginecología, psicología y trabajo social. Cabe anotar que el hecho de no contar con todo el talento humano no puede constituirse en una barrera para la prestación del servicio.

Los auxiliares de enfermería, las parteras, los agentes de salud comunitarios, así como los agentes de la medicina tradicional y complementaria podrán participar en la orientación y apoyo para el acceso a la IVE.

## 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. Solo en casos excepcionales, desde la solicitud de la usuaria, hasta la realización del procedimiento, incluida la asesoría, si llega a ser requerida, y la provisión anticonceptiva, si es aceptada, se debe garantizar que no transcurra 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 integral de la salud de la mujer o persona gestante, así como de las condiciones sociales asociadas al embarazo y su salud, sin que sea obligatoria la valoración psicológica, pero asegurando su disponibilidad según criterio y preferencias de la persona.
- Información, orientación y asesoría 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 bajo concepto médico, cuando no se haya provisto un método anticonceptivo o cuando la mujer o persona gestante lo solicite.

## 4.2.5 Descripción

## Consulta inicial para valoración

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 presente su solicitud con el fin de evitar consultas adicionales innecesarias. Puede ser llevada a cabo por las y los médicos generales y especialistas entrenados, así como por el personal de enfermería, 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, la edad gestacional y que se trate de un embarazo intrauterino.
- Identificar la existencia de alguna causal en embarazos después de la vigésimo cuarta semana (24) de gestación.
- Detectar coerción o cualquier forma de violencia para la toma de la decisión.
- Suministrar información sobre los procedimientos.

Toda solicitud 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, riesgos 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.

#### 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, se pueden realizar 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, 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 solicita la IVE e indicar la edad gestacional en la que se encuentra. Además de los aspectos generales, también se deben incluir: finalidad de la consulta, antecedentes personales, historia reproductiva, gestación actual, sintomatología infecciosa y condiciones psicosociales.

Para mujeres y personas gestantes en embarazo después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y con el fin de identificar 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 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 6ª y 8ª incluyen reblandecimiento cervical y/o del istmo, y reblandecimiento y elongación del útero. Si el tamaño uterino es menor al esperado, debe considerarse la posibilidad de un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, un embarazo ectópico o un aborto retenido. Un útero mayor al esperado puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, presencia de miomas o enfermedad trofoblástica gestacional. Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero para prevenir posibles complicaciones durante la IVE por aspiración endouterina en caso de anteversión o retroversión extrema.

También se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección posaborto si no son tratadas antes del procedimiento e iniciar tratamiento al mismo tiempo que la IVE sin que impliquen una dilación en su realización. 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. 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. Se recomienda también realizar los estudios ecográficos 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 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 pública expedido por el Instituto Nacional de Salud, incluidos los estudios de histopatología u otros posteriores al procedimiento.

#### 4.2.5.4 Causales para la IVE

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 Violencia Sexual, adoptado mediante la Resolución número 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 en medicina general está en la capacidad de identificar las causales, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas y expedir el certificado 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 debería 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 Ley 1257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el 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 solicite 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, 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 número 459 del 2012 o la normatividad que la modifique y deberá extenderse en tiempo de acuerdo con el criterio del equipo de salud que la atiende de manera integral en 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 número 459 de 2012. 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:

- Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas.
- Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento y el tiempo que tomará cada uno. Esto incluye síntomas derivados del proceso refiriéndose a los mismos como parte del tratamiento e indicando cómo pueden ser tratados y signos de alarma en caso de ser necesarios.
- Lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva.
- El marco 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 haya restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer es quien elige libremente el tipo de procedimiento teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares, atendiendo a las siguientes características:

- Los métodos de IVE farmacológicos antes de las 12 semanas de gestación se pueden llevar a cabo de manera ambulatoria desde la baja complejidad de atención. En este caso, las mujeres y personas gestantes no necesitan el acompañamiento del personal de la salud durante el uso de los medicamentos. Frente a los tratamientos farmacológicos con 12 semanas o más de gestación, estos deben ser realizados con el acompañamiento del personal sanitario y con los medios necesarios, de manera segura y humanizada de acuerdo 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 también se pueden realizar desde la baja complejidad a través de la aspiración endouterina. Sin embargo, llevar a cabo la aspiración manual endouterina (AMEU) entre las 12 y las 15 semanas de gestación requiere de personal con experiencia significativa en la ejecución de esta técnica de acuerdo con lo definido en las Directrices sobre la Atención del Aborto de la Organización Mundial de la Salud (2022). A través de la aspiración endouterina, el contenido uterino es evacuado con el uso de cánulas plásticas y un aspirador manual o eléctrico utilizando técnica aséptica.
- Luego de las 15 semanas 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.

- 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 número 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 distintas.

#### 4.2.5.8.1 Métodos farmacológicos

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

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, teleexpertise sincrónica o 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 o 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 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, los profesionales de la salud deben erradicar definitivamente su práctica lo antes posible y reemplazarla por las técnicas de aspiración.

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

La Corte Constitucional también reconoce que las mujeres en condición de 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 padres, tutores o de cualquier persona que actúe en su nombre.

De esta manera, conforme se prevé en la Ley 1996 de 2019, la Resolución número 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 general sobre el marco normativo de la IVE (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355 de 2006 y Sentencia C-055 de 2022).
- Técnicas para interrumpir el embarazo (IVE farmacológica o IVE con instrumental) y las implicaciones del tratamiento.
- Beneficios, riesgos y alternativas de las técnicas de IVE.
- Autorización de las mujeres 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:

- Verificar la presencia de la información mínima que el paciente debe saber para dar su consentimiento.
- Identificar si existe algún nivel de coerción en la toma de decisiones:
  - Frente a la sospecha de coerción, el personal de salud deberá proteger la autonomía y la libertad de las mujeres y 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 de 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.
- 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 anexo a la historia clínica. De la misma manera, debe quedar registrado en la historia clínica que se ha dado la información sobre el diagnóstico, para este caso la gestación, se han informado las opciones y la persona ha escogido dentro de estas.

- Las niñas menores de 14 años pueden ejercer su derecho a la IVE de manera autónoma. Su deseo de interrumpir o continuar con el embarazo prima sobre los deseos de sus padres o representantes legales, aun si ellos no están de acuerdo con su decisión.
- Las 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

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

- 200 mg de mifepristona administrados de manera oral seguida de 800 mcg de misoprostol suministrados 1 a 2 días después por vía vaginal, sublingual o bucal en dosis única. 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 en dosis única suministrados por vía bucal, sublingual o vaginal y teniendo en cuenta que la probabilidad de requerir un procedimiento adicional o complementario aumenta de 1-2% con el tratamiento combinado a 15-10% con solo misoprostol.
- Se puede considerar la repetición de dosis de misoprostol cuando sea necesario para lograr que el proceso de aborto resulte efectivo. En las Directrices para la Atención del Aborto de la Organización Mundial de la Salud (2022) no se indica un número máximo de dosis de misoprostol.

###### A partir de 12 semanas de gestación:

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 2022 de la Organización Mundial de la Salud. Dependiendo de la determinación del estatus del Rh, las mujeres y personas gestantes deben recibir profilaxis con inmunoglobulina anti-D. 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:

- Una inyección de cloruro de potasio aplicada en las cavidades cardiacas 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).*
- Una inyección intrafetal 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).*
- 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 atienda 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).

###### Manejo del dolor y efectos secundarios durante los procedimientos farmacológicos

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 bajo observación directa, se pueden suministrar antieméticos, opioides y anestesia epidural siempre y cuando se encuentren disponibles. 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

###### Hasta las 15 semanas de gestación:

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. El personal de salud debe realizar una preparación cervical para las mujeres y personas gestantes con embarazos de 11 a 15 semanas. Si lo considera necesario, también puede realizarla para mujeres y personas gestantes con gestaciones inferiores. La preparación cervical puede ser llevada a cabo a través de las siguientes opciones:

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

###### Más de 15 semanas de gestación

- Preparación cervical con 200 mg de mifepristona administrados de manera oral entre 24 a 48 horas antes del procedimiento seguidos de 400 mcg de misoprostol 3 a 4 horas antes del procedimiento de manera vaginal, sublingual o bucal.
- Dilatación y Evacuación usando aspiración y fórceps. Este procedimiento debe ser llevado a cabo previa maduración cervical. 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.

###### Manejo del dolor y efectos secundarios de la técnica no farmacológica o instrumental para la IVE

- 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, analgesia con fentanilo o sedación mínima.
- Más de 15 semanas de gestación: bloqueo paracervical y sedación mínima.

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

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

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. Igualmente, se debe dar manejo a la eventual intoxicación por anestésicos locales durante el bloqueo paracervical.

#### **Prevención de infecciones posaborto en el manejo instrumental de la IVE**

Los antibióticos profilácticos no son necesarios en el caso de la IVE con medicamentos, pero deben utilizarse en todos los abortos con instrumental pues reducen de manera significativa el riesgo de infección posprocedimiento. 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 (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*):

- 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).
- 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.

#### **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 períodos más largos de observación cuando se ha administrado sedación consciente o anestesia general. Durante este periodo, el personal de salud brinda a la mujer 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.

Se debe administrar inmunoglobulina anti-D a toda mujer que sea Rh negativa y cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado, 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 necesario que utilice un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día y que la menstruación reaparecerá entre 30 y 40 días después del procedimiento. Después de la IVE, la mayoría de las mujeres 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 médico 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.

#### **4.2.5.12. Asesoría y provisión anticonceptiva**

Es mandatorio 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 costo-efectivos 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 posaborto 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 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 posparto, 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 Hegar - 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) - Portagujas largo y sutura - Tijeras - Compresas de gasas para la cavidad uterina - Sonda de Foley.

(C. F.).

## RESOLUCIÓN NÚMERO 0000052 DE 2023

(enero 12)

por la cual se emiten lineamientos para la distribución, asignación y giro de los recursos del esquema de solidaridad, a que se refiere el artículo 3° de la Ley 1929 de 2018, modificado por el artículo 7° del Decreto ley 800 de 2020.

La Ministra de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011, y el artículo 3° de la Ley 1929 de 2018, modificado por el artículo 7° del Decreto ley 800 de 2020, y

#### CONSIDERANDO:

Que la Ley 1636 de 2013 estableció el Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), para financiar acciones relacionadas con los riesgos producidos por las fluctuaciones del mercado laboral, y dentro de las fuentes que lo nutren se encuentran, entre otros, los recursos de un cuarto (1/4) de punto al que hace referencia el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011.

Que el artículo 2° de la Ley 1929 de 2018 modificó de manera temporal la destinación de estos recursos y facultó a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que se encuentren bajo las circunstancias previstas en esta disposición, a destinar hasta un 40% de los recursos a que alude el precitado artículo 46, para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos, asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados y/o para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia aplicables a las EPS.

Que por su parte, el artículo 3° de la Ley 1929 de 2018, modificado por el artículo 7° del Decreto ley 800 de 2020, establece el esquema de solidaridad para el pago de pasivos

asociados al sector salud, en virtud del cual aquellas cajas de compensación familiar que decidan usar los recursos de la contribución parafiscal de conformidad con el artículo 2° de la mencionada Ley, deben destinar un 10% adicional de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 incorporados al FOSFEC, con destino exclusivo para las cajas que cuenten con programas de salud del Régimen Subsidiado, aunque se encuentren en proceso de liquidación; cuya operación se realiza por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y no hace unidad de caja con otros recursos, ni se entienden incorporados al patrimonio de dicha entidad.

Que con el fin de reglamentar el mencionado procedimiento se expidió la Resolución número 1514 del 1° de septiembre de 2020 “Por la cual se fijan los lineamientos para la distribución, asignación y giro de los recursos del esquema de solidaridad, a que se refiere el artículo 3° de la Ley 1929 de 2018”.

Que conforme al artículo 4° de la Ley 1929 de 2018, la modificación temporal de la destinación de un porcentaje del FOSFEC de que tratan los artículos 2° y 3° de la mencionada ley es hasta por cinco (5) años, se encuentra supeditada a evaluación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de analizar la ejecución de estos recursos en el cuarto año y determinar si es procedente o no, continuar hasta el final del término autorizado. En este sentido, la Superintendencia realizó la evaluación de la ejecución y publicó en su página web el informe de resultados del uso de los recursos del FOSFEC, en el cual determinó pertinente continuar con el esquema de solidaridad hasta el quinto año.

Que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud puso en conocimiento de este Ministerio mediante radicado 202242300014292, las dificultades presentadas en los procesos de distribución y asignación de los recursos recaudados en el esquema, dentro de ellas la falta de calidad y oportunidad en el reporte de las facturas por concepto de los servicios de salud susceptibles de pago con cargo a los recursos del esquema de solidaridad del FOSFEC situación que generó un retraso en el proceso de giro de los recursos que ingresaron al citado esquema a partir del 1° de abril de 2021, así como los recursos recaudados y disponibles para los procesos subsiguientes.

Que en virtud de lo anterior y con el fin de realizar el giro de los recursos de los periodos a partir del 1° de abril de 2021, se hace necesario establecer los lineamientos para la distribución, asignación, giro y reporte de información de los recursos que ingresaron al esquema de solidaridad del FOSFEC a partir de esa fecha y derogar la Resolución número 1514 de 2020.

En mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto definir los lineamientos para la distribución, asignación y giro de los recursos transferidos al esquema de solidaridad por parte de las cajas de compensación familiar en los términos del artículo 3° de la Ley 1929 de 2018 modificado por el Decreto ley 800 de 2020. Adicionalmente, este acto administrativo determinará las especificaciones para el reporte de la información que se genere en el marco de la aplicación de estos recursos.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* Esta resolución aplica a los siguientes actores:

- 2.1. Las cajas de compensación familiar que deban girar el 10% de los recursos apropiados del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) a la ADRES conforme al artículo 3° de la Ley 1929 de 2018, modificado por el Decreto ley 800 de 2020.
- 2.2. Las cajas de compensación familiar con programas de salud del Régimen Subsidiado, aunque se encuentren en proceso de liquidación, que se postulen para acceder a los recursos del esquema de solidaridad.
- 2.3. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).
- 2.4. El Ministerio del Trabajo.
- 2.5. La Superintendencia Nacional de Salud (SNS).
- 2.6. La Superintendencia del Subsidio Familiar (SSF).

Artículo 3°. *Giro del 10% de los recursos apropiados del FOSFEC.* Las cajas de compensación familiar que, conforme al artículo 3° de la Ley 1929 de 2018, modificado por el Decreto ley 800 de 2020, deban girar el 10% de los recursos apropiados del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), deberán realizarlo dentro de los primeros diez (10) días hábiles siguientes al mes de la apropiación. Para tal efecto, la ADRES publicará en su página web el número de cuenta, tipo y entidad financiera a la que deberán efectuarle el citado giro.

El representante legal de la Caja de Compensación Familiar, o quien actúe como liquidador del programa de salud o de la caja, certificará a la ADRES los recursos girados, a más tardar el segundo día hábil siguiente al giro.

La Superintendencia de Subsidio Familiar remitirá para verificación de la ADRES, a más tardar el décimo (10) día hábil de cada mes, el porcentaje, valor y fecha en que las cajas de compensación familiar apropiaron los recursos a que refiere el artículo 2° de la Ley 1929 de 2018. Si como consecuencia de tal verificación, esa administradora determina inconsistencias entre la información de la apropiación y los recursos que deben destinarse al esquema de solidaridad, informará de ello a esa Superintendencia, para lo pertinente.