

GUÍA



Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

**Guía de capacitación
para atención en salud
de la Interrupción
Voluntaria del
Embarazo (IVE)**

Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - MSPS

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

EQUIPO TÉCNICO

CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención,
Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna, Ministerio
de Salud y Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud
Materna, Convenio 036

COMITÉ EDITORIAL CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud
Materna, Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ
Consultora de Gestión del Conocimiento,
Monitoreo y Evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO
Asesora de Comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA
Asistente administrativa, Convenio 036

FUNDACIÓN ORIENTAME

CRISTINA VILLARREAL VELÁSQUEZ
Directora Ejecutiva

LAURA GIL URBANO
Subdirección de Asistencia
Técnica y Capacitación

RALPH PARRADO
Coordinador de Capacitación

LADY ALBA
CONSTANZA TOBASIA, MD
Asesoría Área Capacitación

ADRIANA PAOLA MOLINA
ELIANA MARULANDA
RAQUEL ARTEAGA
Investigación Área de Orientación y Asesoría

ELABORACIÓN DE LA GUÍA

RALPH PARRADO

PARTICIPANTES EN LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN

LAURA GIL
RALPH PARRADO
RAQUEL ARTEAGA
ELIANA MARULANDA
ELVIRA BOLÍVAR

REVISIÓN TÉCNICA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y
Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna, Ministerio
de Salud y Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud
Materna, Convenio 036

ISBN: 978 958 8735 71 9

“Guía de capacitación para atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo”.
© Ministerio de Salud y Protección Social
© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Corrección de estilo: Eugenia Arce Londoño
Diseño y diagramación: Diana Pérez Méndez
Ilustraciones: Juan Manuel Velásquez
Impresión:
Ciudad: Bogotá D.C.

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

Contenido

Presentación	9
Introducción	11
MÓDULO 1	21
I. Contenidos	22
1. Morbimortalidad materna derivada del aborto inseguro	22
2. Sensibilización y clarificación de valores	23
3. Interrupción Voluntaria del Embarazo: Marco Jurídico	24
4. Causales para el ejercicio del derecho a la IVE	25
5. Situaciones especiales para la atención de la IVE	30
Referencias	33
II. Propuesta metodológica	36
III. Desarrollo metodológico	38
MÓDULO 2	48
I. Contenidos	49
1. Servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo	49
2. Niveles de atención	50
3. Provisión de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo	52
4. Ruta de atención en primer nivel de complejidad	55
5. Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	59
Referencias	63

II. Propuesta metodológica	66
III. Desarrollo metodológico	68
MÓDULO 3	80
I. Contenidos	81
1. Complicaciones de la AMEU	81
2. Interrupción del embarazo con medicamentos	84
3. Interrupción Voluntaria del Embarazo: Un derecho sin barreras	86
4. Objeción de conciencia	88
Referencias	91
II. Propuesta metodológica	94
III. Desarrollo metodológico	96
Anexos	107
Anexo 1 - VARIACIONES DE LA CAPACITACIÓN	108
Anexo 2 - FICHA DE INSCRIPCIÓN	110
Anexo 3 - PLANILLA ASISTENCIA	111
Anexo 4 - PRUEBA DE CONOCIMIENTOS	112
Anexo 5 - PRUEBA DE CONOCIMIENTO (RESPUESTAS)	119
Anexo 6 - SENSIBILIZACIÓN Y CLARIFICACIÓN DE VALORES	126
Anexo 7 - SENSIBILIZACIÓN Y CLARIFICACIÓN DE VALORES -CARTELES	128

Anexo 8 - APLICACIÓN CAUSALES – LA CORTE (CASOS)	129
Anexo 9 - AMEU: EVALUACIÓN	131
Anexo 10 - AMEU: EVALUACIÓN (RESPUESTAS)	134
Anexo 11 - ORIENTACIÓN PARA LA IVE: CASOS	137
Anexo 12 - IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE IVE: CASOS	140
Anexo 13 - PRUEBA DE CONOCIMIENTOS – HOJA DE RESPUESTAS	142
Anexo 14 - EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN	143

Audiovisuales sugeridos

Presentaciones de Power Point

1. Maternidad segura y prevención del aborto inseguro
2. Marco jurídico y normativo de la interrupción del embarazo en Colombia
3. Modelo de servicios de interrupción voluntaria del embarazo
4. Consulta médica inicial
5. Orientación para la IVE
6. Aspiración Manual Endouterina para el tratamiento de la IVE
7. Acompañamiento y atención durante la IVE.
8. Complicaciones de la AMEU
9. IVE con medicamentos
10. Objeción de conciencia

Videos:

1. Aspiración Manual Endouterina. Fundación Oriéntame
2. Un derecho sin barreras: IVE. Ministerio de Salud y Protección Social

PRESENTACIÓN

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud introdujo una revisión sobre muertes maternas y complicaciones del embarazo, denominada *Mas allá de las Cifras*; en esta revisión se afirmó que, aunque el embarazo es un estado de salud normal por el que muchas mujeres aspiran pasar en algún momento de sus vidas, puede entrañar graves riesgos de muerte y discapacidad. De hecho, alrededor de medio millón de mujeres fallece como resultado de las complicaciones derivadas del embarazo; siendo estas en su mayoría evitables. El aborto, es una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad materna y a la vez es la causa de mayor posibilidad de intervención, si los servicios de anticoncepción moderna, de prevención y detección de las violencias de género y la prevención de embarazos no planeados o no deseados, estuviesen disponibles en los lugares donde las mujeres viven y transcurre su cotidianidad.

En el año de 2006 la Corte Constitucional Colombiana por medio de la Sentencia C-355 de 2006, consideró como no constitutivo de delito el aborto en tres causales:

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

Al amparo de la reglamentación general de servicios de salud definida para el país por la Ley 100 de 1993 y sus desarrollos normativos, se ha desarrollado una colección de documentos o lineamientos técnicos para los prestadores de servicios de salud, que les permita contar con directrices claras y actualizadas a la tecnología disponible, para la prestación del servicio de forma adecuada y así garantizar el derecho constitucionalmente amparado.

En esta serie “Lineamientos Técnicos para la Prestación de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva” se encuentran varios documentos a saber:

- ◆ Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el sector Salud.
- ◆ Atención del postaborto (APA) y sus complicaciones. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud.
- ◆ Orientación y Asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Documento Técnico para Prestadores de servicios de salud.
- ◆ Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud.
- ◆ Guía de Capacitación para la Atención en Salud, en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

El presente lineamiento corresponde a la Guía de Capacitación para la Atención en Salud, en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) desarrollado a partir de los demás lineamientos técnicos para facilitar el proceso de capacitación y entrenamiento de los profesionales de salud, con el fin de garantizar la prestación de los servicios de IVE y con ello, garantizar el acceso de las mujeres a estos servicios.

Esta Guía fue construida con los contenidos técnicos y científicos que se presentan en los demás documentos que conforman esta serie y fue probada en cinco Direcciones Territoriales de Salud por el grupo de capacitación de la Fundación Oriéntame mediante talleres dirigidos a dos grupos en particular: el primero dirigido a profesionales de Ginecobstetricia, Medicina General, Psicología, Trabajo Social y Enfermería de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de diferentes niveles de complejidad y el segundo dirigido al personal administrativo, profesionales y técnicos de las Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud — EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Esta guía contiene y desarrolla a través de sus diferentes módulos, el marco conceptual y jurídico de la IVE, los elementos requeridos en la prestación del servicio, los niveles y rutas de atención, las técnicas recomendadas para los diferentes casos y las posibles complicaciones de cada una de ellas. Con este recorrido se busca generar capacidades para la adecuada prestación del servicio.

En razón a lo anterior se espera, de esta forma, que los servicios de salud se hallen mejor preparados para la oferta racional de este tipo de prestación, facilitando el acceso y garantizando los derechos de las mujeres en el marco de lo contemplado en las sentencias de la Honorable Corte Constitucional.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La presente Guía de Capacitación para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es producto de la experiencia de capacitación y las lecciones aprendidas de los procesos de capacitación y entrenamiento realizados por la Fundación Oriéntame, en el marco del Convenio No 036 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de Naciones Unidas. Tiene por objeto servir como herramienta en la formación de profesionales, técnicos y personal administrativo de las Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para la atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo y la implementación de las técnicas de IVE actualmente vigentes con el fin de garantizar el acceso a servicios preventivos del aborto inseguro, en cumplimiento de las disposiciones derivadas de la Sentencia C-355 de 2006 y las sentencias posteriores.

La Guía de Capacitación para la Atención de la IVE consta de tres módulos que podrán ser desarrollados en su totalidad o parcialmente en talleres de 3 o 4 días o en actividades aisladas dependiendo del número de sesiones conceptuales o prácticas que se quieran desarrollar y del tiempo disponible de los participantes.

Se eligió un diseño modular porque el desarrollo y fortalecimiento de capacidades varían y es usual y más productivo concentrar los esfuerzos en uno o unos cuantos temas en lugar de pretender abordar la totalidad de los contenidos. El propósito es ofrecer a los capacitadores y presentadores la mayor flexibilidad posible al momento de definir el contenido que requieren para una actividad específica.

La Guía de Capacitación para la Atención en Salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) ha sido implementada por el Grupo de Capacitación de la Fundación Oriéntame en dos modalidades de taller: 1) Talleres de 3 días, dirigidos a profesionales de Ginecobstetricia, Medicina General, Psicología, Trabajo Social y Enfermería de IPS de diversos niveles de complejidad en las ciudades de Bucaramanga, Cartagena, Pereira, Medellín, Cali, Pasto y Bogotá; y 2) Talleres de 2 días, dirigidos a personal administrativo, profesionales y técnicos de las Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud — EPS e Instituciones

Prestadoras de Salud en las ciudades de Bucaramanga, Pereira, Barranquilla, Cali y Bogotá. La flexibilidad de los contenidos ha permitido que en los primeros talleres se haga un mayor énfasis en la capacitación y adiestramiento del personal asistencial en métodos modernos de interrupción del embarazo; y en los segundos, en el conocimiento y aplicación de la normatividad vigente para la prestación de servicios de IVE.

Esperamos que esta Guía sea una herramienta de utilidad, no solo para los programas de capacitación en las Direcciones Territoriales de Salud, sino para que sea replicada de la manera más amplia posible para que cumpla con su cometido.

Antecedentes y justificación

El estudio más reciente sobre el aborto en Colombia muestra que en el país se realizan alrededor de 400.000 abortos cada año; la mayor parte de ellos de forma clandestina. Cerca de 132.000 mujeres presentan complicaciones debido al aborto inducido practicado en condiciones de riesgo y de estas, unas 90.000 requieren tratamiento médico en las diversas instituciones de salud. Las complicaciones del aborto permanecen entre las (5) cinco primeras causas de muerte materna, con una proporción que oscila entre el 7% y 15%. La OMS ha estimado que en el año 2008 se presentaron en Colombia 780 muertes maternas, lo cual permite inferir que aproximadamente 70 mujeres mueren cada año debido a abortos inseguros, muertes que, en gran parte, son totalmente prevenibles.

Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2008, dos años después de la publicación de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, se realizaron algo más de 300 interrupciones del embarazo dentro del marco legal, lo cual corresponde tan solo al 0,08% del total de abortos inducidos realizados en el mismo año. El 89% del total de IPS con capacidad de ofrecer servicios de interrupción voluntaria del embarazo no los prestan, alegando falta de equipos e infraestructura, falta de demanda y de personal capacitado, y ejercicio de la objeción de conciencia por parte de sus profesionales.

Como causa directa de esta situación, con frecuencia se mencionan los numerosos obstáculos que las instituciones y los profesionales de la salud interponen para negar o dilatar el acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo. Los obstáculos para acceder a la IVE, especialmente en las etapas tempranas

del embarazo, incrementan los riesgos médicos inherentes y la coexistencia de barreras aún más grandes, ya que limita la atención en los primeros niveles de complejidad y obligan a la mujer a recurrir a procedimientos inseguros o a solicitar la atención en niveles superiores, en donde, con frecuencia, no existen instalaciones adecuadas, ni profesionales capacitados.

Algunos de los obstáculos usualmente identificados, incluyen: i) falta de educación e información sobre la salud sexual y reproductiva y el acceso a la misma en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad; ii) carencia de información suficiente, amplia y adecuada con respecto a lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006; iii) desconocimiento del marco legal y falta de entrenamiento médico en los lineamientos indicados en las normas técnicas internacionales por parte de los proveedores de los servicios de salud.

El desconocimiento del marco legal y las técnicas modernas de interrupción del embarazo por parte de los proveedores se refleja en: i) información incorrecta que brindan a las mujeres en las entidades prestadoras de servicios, sobre los derechos, las causales, los requisitos que se deben cumplir para la práctica de la IVE; los riesgos y complicaciones y las implicaciones para la salud sexual y reproductiva; ii) interpretación restringida o inadecuada de las causales y los requisitos establecidos; iii) establecimiento de rutas internas de atención que enfrentan a las mujeres a trabas administrativas y dilación injustificada en la prestación de los servicios; iv) el empleo de tecnologías consideradas “obsoletas” por la OMS, las cuales deben ser evaluadas y reemplazadas oportunamente.

En respuesta a estas limitaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social, realiza acciones para reducir la morbimortalidad materna derivada del aborto inseguro e implementar las técnicas aprobadas en el país para la atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo, de manera que se garantice el acceso a servicios seguros y oportunos de salud sexual y reproductiva e IVE, evitando obstáculos y barreras como los mencionados anteriormente.

Como parte de este proceso, la Fundación Oriéntame, en convenio con el MSPS y el UNFPA, realizó en cinco Direcciones Territoriales de Salud del país, incluyendo Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de diferentes niveles de complejidad, talleres de sensibilización y capacitación dirigidos a profesionales, técnicos y personal administrativo con el propósito de fortalecer procesos de atención integral en SSR e IVE.

OBJETIVOS

- ◆ Facilitar procesos de sensibilización dirigidos a profesionales de la salud y personal administrativo en salud para adquirir un mejor entendimiento tanto de las propias creencias como de las creencias de otros respecto a la interrupción del embarazo.
- ◆ Identificar las implicaciones y responsabilidades que conlleva la despenalización del aborto en las tres circunstancias establecidas por la Corte Constitucional.
- ◆ Determinar los mecanismos efectivos para lograr que todas las mujeres, sin distinción alguno, conozcan los derechos contenidos en la Sentencia C-355 de 2006 y accedan a servicios oportunos y seguros de interrupción voluntaria del embarazo.
- ◆ Mejorar los enfoques de capacitación, las estrategias y el manejo de herramientas legales para la atención de las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo dentro de las causales establecidas en la actual legislación.
- ◆ Facilitar los procesos de capacitación y entrenamiento a profesionales de la salud en técnicas modernas de interrupción voluntaria del embarazo y su correcta aplicación de acuerdo con las normas vigentes, las condiciones de la mujer y el proceso de gestación.
- ◆ Facilitar procesos de capacitación a profesionales de la salud, técnicos y personal administrativo en salud en la normatividad que regula actualmente los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y la atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo.
- ◆ Crear condiciones que favorezcan el diálogo y el debate sobre la implementación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo.
- ◆ Favorecer la adecuación de los Servicios de Salud para la atención de la mujer que voluntariamente solicita la interrupción legal del embarazo.
- ◆ Favorecer la implementación del “Protocolo para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia”.
- ◆ Facilitar la réplica de talleres de capacitación para la atención y prestación de servicios SSR e interrupción voluntaria del embarazo.

ESTRUCTURA DE LOS TALLERES

Los talleres pueden organizarse en diferentes modalidades de acuerdo con el público al que vayan dirigidos y su disponibilidad de tiempo. Las diferentes alternativas se presentan en el Anexo 1 –Variaciones de la capacitación.

Talleres para personal de salud (personal asistencial)

Los talleres para el personal de salud (personal asistencial) tienen por objeto adelantar procesos de capacitación sobre las técnicas de IVE y su correcta aplicación de acuerdo con las normas actualmente vigentes. Se dividen en tres módulos de trabajo de aproximadamente 8 horas cada uno. Los módulos incluyen los siguientes contenidos:

- ◆ **Módulo 1:** Morbimortalidad materna derivada del aborto inseguro, sensibilización y clarificación de valores, marco jurídico de la IVE y aplicación de las causales.
- ◆ **Módulo 2:** Ruta de atención para la IVE y técnicas aprobadas en el país para la IVE.
- ◆ **Módulo 3:** Complicaciones de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU). IVE con medicamentos. Implementación de la IVE: Retos y perspectivas.

Talleres para personal administrativo en salud

Los talleres para personal administrativo en salud tienen por objeto revisar y fortalecer los conocimientos sobre el contenido de la Sentencia C-355/06, la normatividad vigente y la atención integral de la IVE para la implementación y promoción de los servicios de IVE en todos los niveles de complejidad. Se divide en dos módulos de trabajo de aproximadamente 8 horas cada uno.

Los módulos incluyen los siguientes contenidos.

- ◆ **Módulo 1:** Morbimortalidad materna derivada del aborto inseguro, sensibilización y clarificación de valores, marco jurídico de la IVE y aplicación de las causales.

- ◆ **Módulo 2:** Normatividad. Ruta de atención para la IVE y técnicas aprobadas en el país para la IVE. Implementación de servicios de IVE.

Estructura de los módulos

Cada módulo conserva el siguiente esquema de trabajo:

- ◆ **Contenidos:** Contiene información teórica básica sobre los temas a tratar.
- ◆ **Propuesta metodológica:** Incluye los objetivos, las actividades, el tiempo y los materiales necesarios para el desarrollo de cada tema.
- ◆ **Desarrollo metodológico:** Se indican los temas y las técnicas didácticas empleadas para el desarrollo de cada uno de los temas.

METODOLOGÍA

Los talleres están diseñados para fortalecer los conocimientos sobre el contenido de la Sentencia C-355/06 y para que los participantes puedan poner en práctica los contenidos desarrollados en el “Protocolo para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia”. Para ello es necesario que cada uno de los participantes, además de la aclaración de valores respecto a la interrupción del embarazo, sea consciente del efecto vinculante que la sentencia tiene para el personal de salud y asuma la responsabilidad de garantizar a toda mujer que autónoma y voluntariamente lo solicite, el acceso a servicios de interrupción voluntaria del embarazo en todos los niveles de complejidad.

Las actividades en cada uno de los talleres se han orientado a facilitar la reflexión en los participantes para crear mayor conciencia y favorecer el desarrollo de valores y conceptos personales, que les permita distinguir y separar, según corresponda, sus creencias y principios personales de sus responsabilidades profesionales en la atención de las mujeres que soliciten voluntariamente la interrupción del embarazo.

Dependiendo del número de participantes las actividades se han desarrollado a través de técnicas didácticas receptoras o participativas. Las técnicas receptoras son aquellas en las que los participantes permanecen pasivos, escuchando a los

facilitadores; mientras que en las participativas, los asistentes toman parte activa en los procesos de aprendizaje. La mayor parte de las técnicas propuestas son de tipo interactivo-participativo. A continuación se presentan las características principales de la metodología de trabajo.

- ◆ Las actividades se desarrollan en el marco de una estrategia interactiva, abierta y fluida. Entendiendo por **interactiva** la estrategia que sitúa a cada participante como protagonista de la acción, creando un ambiente de empatía y colaboración; **abierta** a la riqueza de los conocimientos y experiencias de los participantes y **fluida** en cuanto permite avanzar adaptándose a las creencias y necesidades de cada participante individual y colectivamente.
- ◆ Se trabaja con contenidos conceptuales y teóricos dirigidos en forma interactiva, permitiendo procesos de reflexión y análisis y de construcción conjunta sobre nuevas maneras de abordar y comprender cada uno de los temas.
- ◆ Se realizan sesiones prácticas empleando diversas estrategias como estudios de caso, juegos de roles, dramatizados y prácticas en modelos, realizadas en grupos pequeños teniendo en cuenta la actividad y la profesión de cada uno de los participantes. Cada participante recibirá atención individualizada de acuerdo a sus necesidades particulares y las experiencias individuales serán socializadas para beneficio de todo el grupo.
- ◆ Actividades lúdico-recreativas para facilitar la interacción y confianza, creando ambientes propicios que faciliten el aprendizaje.
- ◆ Actividades participativas-vivenciales que llevan a la revisión de ideas, creencias y valores y al establecimiento de compromisos personales e institucionales frente al quehacer profesional en los temas de IVE.
- ◆ Prueba de conocimientos al inicio del taller sobre temas relacionados con la Sentencia C-355 de 2006 y cada uno de sus aspectos; la cual se aplica nuevamente al terminar el taller con el objeto de evaluar los conocimientos adquiridos y permitir reforzar virtualmente los puntos que fuere necesario.
- ◆ Monitoreo permanente y evaluación al finalizar cada jornada por parte del grupo de facilitadores de todas las actividades realizadas durante el día, la respuesta observada en los participantes, las deficiencias o dificultades que se hubieren presentado en el desarrollo de la agenda o la logística de la actividad, con el fin de hacer los correctivos necesarios para garantizar que todo se realice dentro de un marco de excelencia y alta calidad.

- ◆ Evaluación al terminar el taller, por parte de los participantes, de las sesiones de capacitación, la calidad de las presentaciones, los contenidos, las actividades educativas y las instalaciones. La evaluación se hace en forma cuantitativa y cualitativa y permite que el grupo de docentes la analicen y la utilicen para consolidar las fortalezas y corregir las deficiencias en los siguientes talleres.
- ◆ Evaluación final realizada por los facilitadores, sobre los avances observados en los participantes y el desarrollo de toda la actividad. Se debe considerar el logro de los objetivos, la satisfacción de metas y expectativas y los instrumentos empleados para satisfacerlas, las limitaciones que se presenten a lo largo de la actividad y la forma como se solucionen, y finalmente, el impacto total-real generado en los profesionales capacitados.

Debido a que la metodología de los talleres es interactiva y participativo-vivencial cada taller debe contar con un máximo de 25-30 participantes con el fin de enriquecer las actividades y lograr plenamente los objetivos.

De igual manera, para fines administrativos y de seguimiento a los participantes, se presenta en el Anexo 2 – Ficha de inscripción, un formato sugerido para el registro de los asistentes y en el Anexo 3 – Planilla de asistencia, para el control de participación del grupo en las diferentes actividades de los talleres.

PREPARACIÓN

Antes del Taller

Es importante que el facilitador prepare con anticipación el taller. Para ello debe tener en cuenta:

- ◆ Revisión del contenido del taller: parte conceptual y teórica, metodología, actividades didácticas.
- ◆ Revisión y elaboración del material de apoyo (tarjetas de trabajo, presentaciones, formatos de registro, formatos de asistencia, papel, bolígrafos, marcadores, etc.).
- ◆ Revisión de la parte logística (sitio en que se realizará el taller, disposición del salón, transporte, refrigerios, etc.).

- ◆ Previsión de problemas en el taller ya sea con los participantes, los temas a tratar o la logística.

Durante el Taller

El éxito del taller y del aprendizaje depende del facilitador. El facilitador es el actor principal y guía para los participantes, por ello:

- ◆ Debe mostrar buena disposición todo el tiempo.
- ◆ Debe establecer desde el principio un nivel adecuado de empatía con el grupo, creando un clima de confianza y cordialidad.
- ◆ Debe respetar los comentarios de los participantes y atender a ellos en forma puntual. Todo comentario es valioso.
- ◆ Debe resolver de manera asertiva todas las dudas. No hay preguntas inútiles, ni absurdas.

Este taller ha sido diseñado para motivar a los participantes. Por lo mismo se debe llevar en forma dinámica, buscando en todo momento la participación y retroalimentación. Los conocimientos de cada persona son valiosos y pueden aportar y enriquecer los conocimientos de todo el grupo. Solicitar los aportes en forma cuidadosa y respetuosa sin presionar a que la persona comparta algo que tal vez prefiera mantener en privado.

Las estrategias de participación interactiva son útiles para lograr un adecuado nivel de confianza en el grupo y para obtener mejores resultados de aprendizaje.

Referencias

1. Prada E, Remez L, Singh S, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. New York: Instituto Guttmacher, 2011.
2. DANE. Estadísticas Vitales. http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119.
3. WHO, UNICEF, UNFPA y el World Bank. Ginebra, OMS, 2010.
4. Prada E et al. Op. Cit.
5. Informe Final. Convenio Interadministrativo No. 405 de 2006, suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia.
6. Ibídem.
7. Ibídem.
8. La Mesa por la vida y la salud de las mujeres. El acceso al aborto seguro y su impacto en la salud de las mujeres en Colombia. Bogotá. Mayo de 2011.
9. OMS. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda Edición. Ginebra. OMS, 2012.



Módulo

1

Morbimortalidad materna derivada del aborto inseguro

Sensibilización y clarificación de valores

Marco jurídico de la IVE

Aplicación de causales

Situaciones especiales para la atención de la IVE

I. Contenidos

1. Morbimortalidad materna derivada del aborto inseguro

Se ha estimado que cada año, a nivel global quedan embarazadas 208 millones de mujeres. De ellas el 59% (123 millones) tiene un embarazo planificado (o deseado) que termina en un nacimiento con vida, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina. El 41% restante (85 millones) de mujeres tienen embarazos no deseados, de los cuales el 51.5% (43.8 millones) terminan en abortos inducidos. Cerca de la mitad de los abortos que se presentan a nivel mundial son abortos inseguros, la mayor parte de ellos (98%) en los países en vía de desarrollo. En estos países, el 56% de los abortos son inseguros en comparación con el 6% observado en los países desarrollados.

En los países desarrollados, en donde el aborto usualmente se practica en condiciones seguras, las tasas de morbilidad materna derivadas del aborto inducido son significativamente bajas, mientras que en los países en vías de desarrollo son cientos de veces mayores. Estudios de la OMS estiman que en los países en vías de desarrollo, cada año, 5 millones de mujeres son admitidas a los servicios hospitalarios como resultado de abortos realizados en condiciones inseguras, estimativo que no incluye a las mujeres que a pesar de haber presentado complicaciones derivadas de abortos inseguros no solicitaron atención médica. En 2008, el número de muertes relacionadas con abortos inseguros fue de 47.000.

El número de abortos que ocurren anualmente en América Latina aumentó ligeramente en los últimos años de 4.1 millones a 4.4 millones; sin embargo la tasa anual de aborto se ha mantenido estable entre 31-32 abortos por 1.000 mujeres en edades de 15-44 años. Aunque no se dispone de datos precisos sobre la forma como se realizan los abortos, se ha estimado que el 95% se realizan en condiciones de riesgo. Según la OMS, en 2008, el 12% (1.100) de todas las muertes maternas en América Latina se debieron a abortos inseguros.

En Colombia, según el reciente estudio de Guttmaker, cada año se realizan 400.412 abortos, la mayor parte de ellos en forma clandestina, a pesar de la le-

gislación que despenaliza parcialmente la interrupción del embarazo. Cerca de 132.000 mujeres presentan complicaciones debido al aborto inducido practicado en condiciones de riesgo y de estas, unas 90.000 requieren tratamiento médico en las diversas instituciones de salud. Las complicaciones del aborto permanecen entre las cinco primeras causas de muerte materna, con una proporción que oscila entre el 7% y 15%. La OMS ha estimado que en el año 2008 se presentaron en Colombia 780 muertes maternas, de las cuales 70 se debieron a abortos inseguros.

La evidencia actualmente disponible muestra que el uso de métodos anticonceptivos modernos es un determinante en la prevención del embarazo no deseado y la reducción del número de abortos inducidos. Es importante, por tanto, promover el uso correcto y consistente de métodos anticonceptivos efectivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, y garantizar plenamente la disponibilidad de los mismos. Como no siempre es efectiva la anticoncepción o existen situaciones especiales que pueden dar lugar a embarazos no deseados, se debe ampliar, facilitar y garantizar el acceso a los servicios de interrupción del embarazo, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006. Adicionalmente, la anticoncepción contribuye a la reducción de la morbilidad materna derivada del aborto inseguro, la calidad y oportunidad de servicios postaborto, los cuales deben estar al alcance de todas las mujeres que los necesiten.

2. Sensibilización y clarificación de valores

Las actividades de sensibilización y clarificación de valores sirven para eliminar barreras al acceso a servicios de interrupción voluntaria del embarazo, que surgen de falta de información, estigmatización de mujeres y profesionales de la salud, actitudes negativas y prácticas disuasivas. Las barreras de acceso a servicios de IVE han sido plenamente identificadas por la Corte Constitucional en las sentencias de tutela posteriores a la Sentencia que despenaliza la interrupción del embarazo, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

La OMS, reconociendo la influencia de las creencias y prejuicios individuales del personal de salud a la hora de prestar servicios de salud sexual y reproductiva, recomienda la práctica de actividades de clarificación de valores en programas de capacitación para proveedores de servicios de interrupción del embarazo: "... Los programas deben utilizar una variedad de metodologías de enseñanza y aprendizaje y abarcar tanto las habilidades técnicas como las clínicas, así como también las creencias y actitudes del proveedor. Esto puede requerir un proceso de clarificación que permita a los proveedores de salud diferenciar entre sus propios valores y los derechos de la mujer a recibir un servicio de calidad."

Estas actividades de sensibilización y clarificación de valores están dirigidas a ginecólogos, médicos generales, psicólogas, enfermeras, administradores y prestadores de servicios de salud, directores de programas de salud sexual y reproductiva, abogados, auditores y, en general, a todos los profe-

sionales del sector público y privado relacionados con la prestación de servicios de interrupción del embarazo. Se pretende en estas actividades que los participantes exploren, cuestionen, aclaren y definan sus valores y creencias en relación con la interrupción del embarazo y situaciones relacionadas de salud sexual y reproductiva, de tal manera que tengan mayor conciencia y se adapten de la mejor forma posible a la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo.

3. Interrupción Voluntaria del Embarazo: Marco Jurídico

En mayo de 2006 la Corte Constitucional Colombiana reconoció el derecho al aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, en tres circunstancias específicas:

- (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.

Se basó para ello en el desarrollo de tres argumentos jurídicos provenientes del Derecho Constitucional nacional y del Derecho Internacional que garantizan a la mujer embarazada, en cualquiera de las tres circunstancias mencionadas, el derecho a decidir libre y autónomamente la interrupción de su embarazo, sin que, por tal motivo, pueda ser sujeta de consecuencias de tipo penal.

En primer lugar, la Corte Constitucional hace una distinción entre la vida como un bien constitucionalmente protegido y el derecho a la vida como un derecho subjetivo de carácter fundamental. En la Constitución se plantea que el derecho a la vida se limita a la persona humana a diferencia de la protección de la vida que se garantiza incluso para quienes no han nacido. El estatus de persona humana, por otra parte, solo se adquiere a partir del momento del nacimiento; por tanto el no nacido no ostenta dicha calidad, ni es titular de las prerrogativas que derivan de la misma. La protección del no nacido, en consecuencia, no tiene el mismo grado e intensidad que la protección que se debe dar a la persona humana, es decir a la mujer.

En segundo lugar, la argumentación de la Corte está referida a la protección de los derechos fundamentales de la mujer establecidos en la Constitución Política Colombiana y en el derecho internacional. Considera la Corte que “... la penalización del aborto en todas las circunstancias implica la completa preeminencia de uno de los bienes jurídicos en juego, la vida del no nacido y el consiguiente sacrificio absoluto de todos los derechos fundamentales de la mujer embarazada, lo cual resulta a todas luces inconstitucional”. Considera, también, que los derechos sexuales y reproductivos internacionalmente reconocidos integran actualmente el derecho constitucional colombiano, en virtud del bloque de constitucionalidad, no

como una nueva “generación” de prerrogativas fundamentales, sino como desarrollo interpretativo de las ya existentes, para efectos de fortalecer el marco jurídico de defensa de la autodeterminación de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo.

Finalmente, el tercer argumento jurídico tenido en cuenta por la Corte, está orientado a la protección del derecho de la mujer a la dignidad, el cual debe ser respetado por el Estado al momento de legislar y de fijar políticas públicas en materia de aborto. El ámbito de protección de la dignidad humana incluye las decisiones relacionadas con el proyecto de vida, lo que incluye, a su vez, la autonomía reproductiva. Las conductas que han sido reconocidas como tratos crueles, inhumanos y degradantes, y en consecuencia como violatorios del derecho a la dignidad son aquellas que fuerzan a la mujer a adoptar comportamientos en su vida reproductiva contra su voluntad: la maternidad no deseada, la imposición de la continuación de un embarazo, el embarazo forzado, la interrupción forzada del embarazo y la continuación forzada del mismo. Estas conductas constituyen una violación de la libertad sexual y reproductiva y, también, una violación de la mujer a la dignidad, la autodeterminación reproductiva y la integridad personal.

4. Causales para el ejercicio del derecho a la IVE

PRIMERA CAUSAL

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

En relación con la primera causal, la Corte Constitucional considera que no existe ni siquiera equivalencia entre los derechos fundamentales a la vida, a la salud y a la integridad personal de la mujer gestante y la salvaguarda del feto. Por lo tanto, exigir la continuación de un embarazo que amenaza estos derechos no es otra cosa que obligar a la mujer a asumir sacrificios heroicos en beneficio de terceros, lo cual riñe con los postulados esenciales en que se erige el Estado Social de Derecho Colombiano.

Para la aplicación de esta causal es importante hacer las siguientes consideraciones:

1. La causal incluye no solamente el peligro para la vida de la mujer, sino también el peligro para su salud.
2. El concepto de salud debe entenderse desde una perspectiva integral del ser humano, tal como lo hizo la OMS al definirla como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”.
3. Las interpretaciones de los alcances de la causal se deben someter al marco amplio de protección de los derechos humanos y constitucionales de la mujer, los cuales resultan vinculantes y reconocidos en el marco de la constitución colombiana y los instrumentos internacionales de derechos humanos.
4. La interpretación de la causal debe hacerse en forma amplia e integral, respetando el derecho que la mujer tiene a decidir sobre su propio cuerpo y favoreciendo el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo para toda mujer cuya vida o salud esté en riesgo.

- 5.** La interpretación de la causal debe hacerse en forma literal, entendiendo por literal que no se pueden agregar calificativos a la causal, ni exigir requisitos más allá de los estrictamente establecidos, lo cual usualmente conduce a la no atención o dilación injustificada de la atención de la mujer que solicita la interrupción de su embarazo.
- 6.** La aplicación de la causal implica “peligro o riesgo” y no necesariamente “daño o menoscabo” ya consolidado para la vida o la salud de la mujer. El riesgo, además, puede ser de cualquier tipo y categoría sin ser necesario especificar un nivel concreto de gravedad, por cuanto este no fue calificado en la sentencia.
- 7.** En la aplicación de la causal, la mujer es quien identifica el riesgo y quien decide cuánto riesgo está dispuesta a asumir.
- 8.** El único requisito exigible para la interrupción del embarazo bajo la causal vida o salud es un certificado médico. Este puede ser expedido por cualquier médico y no necesariamente por un especialista o por el médico tratante de la mujer.
- 9.** Los conceptos de psicología sobre riesgo para la salud mental de la mujer, no pueden ser descalificados por parte del profesional médico que evalúa el riesgo.
- 10.** La certificación médica es una confirmación de la existencia del riesgo, no una argumentación sobre si se debe o no interrumpir el embarazo.
- 11.** La certificación médica es vinculante para los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, públicas o privadas, y las entidades territoriales a las que acuda la mujer gestante solicitando la interrupción voluntaria del embarazo.
- 12.** El personal médico y administrativo responsable de la prestación de los servicios debe partir siempre de la buena fe, idoneidad y principios éticos del profesional que hace la certificación. No es de su competencia decidir sobre la procedencia o no del certificado presentado por la mujer.
- 13.** Las creencias, principios y valores personales y el ejercicio de la objeción de conciencia no pueden convertirse en un obstáculo para que las mujeres accedan a la interrupción voluntaria del embarazo con el fin de salvaguardar su vida y salud.

SEGUNDA CAUSAL

Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.

En relación con esta causal, la Corte hace énfasis en que el deber de protección del no nacido por parte del Estado, pierde relevancia jurídica en la medida en que sea inviable su existencia como persona, de manera que ante la existencia de malformación fetal grave incompatible con la vida, resulta a todas luces desproporcionado exigir a la mujer embarazada asumir la carga de un embarazo que desea interrumpir y, luego de esto, la pérdida del ser cuya grave malformación resulta incompatible con la vida extrauterina. Para la aplicación de la causal se debe aclarar:

- 1.** Solo se pueden considerar malformaciones fetales que sean de tal magnitud que hagan inviable la vida del feto. Malformaciones o enfermedades que puedan ser tratadas médicamente, antes o después del parto, no son procedentes para la realización de la interrupción del embarazo bajo esta causal; sin embargo, no se debe omitir la posibilidad de afectación de la salud integral de la mujer como resultado de la continuación de este embarazo.
- 2.** Obligar a la mujer que presenta un embarazo con malformaciones fetales a continuar el embarazo y llevarlo a término, bajo la amenaza de una sanción penal, implica someterla a tratos crueles, inhumanos y degradantes que afectan su dignidad.
- 3.** Las malformaciones incompatibles con la vida pueden ser diagnosticadas por diferentes medios diagnósticos. No es obligatorio, sin embargo, realizar en todos los casos, un diagnóstico citogenético.
- 4.** El único requisito exigible para la interrupción voluntaria del embarazo bajo la causal malformación fetal incompatible con la vida es un certificado médico. Este puede ser expedido por cualquier médico y no necesariamente por un especialista o por el médico tratante de la mujer embarazada.
- 5.** La certificación de la gravedad de las malformaciones fetales es competencia exclusiva de los profesionales de la medicina, quienes para tal efecto deben actuar en el marco de la evidencia científica y los estándares éticos que rigen su profesión.

6. Exigir requisitos adicionales no contemplados en la sentencia que impliquen una carga desproporcionada y arbitraria a las mujeres que se encuentran bajo esta causal, es colocarlas en situación de indefensión, desconociendo sus derechos constitucionales fundamentales.

TERCERA CAUSAL

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

En relación con la tercera causal, la Corte reconoce que la mujer víctima de alguno de estos delitos encuentra anormal y extraordinariamente menoscabados sus derechos fundamentales a la igualdad y la libertad, por tratarse de manifestaciones atroces de la discriminación y la violencia que se ejerce en su contra. En este sentido, considera que obligarla jurídicamente a continuar con un embarazo que es el producto de tales actos, constituye una medida perfeccionista, proscrita por el ordenamiento constitucional en virtud del principio pluralista en que se funda, que conlleva para la mujer la excesiva carga vital de soportar que su cuerpo, contra su conciencia, sea de nuevo sometido por terceros, esta vez por el propio Estado, para convertirlo en mero receptáculo útil para la reproducción de la especie, lo cual contradice a su condición de sujeto moral autónomo.¹

Para la aplicación de la causal se debe tener en cuenta:

1. La violación es un motivo de consulta médica de urgencia sin importar el tiempo que haya transcurrido desde el hecho hasta el momento de la consulta. Por lo tanto, debe tratarse en todos los casos como tal, de acuerdo con la Resolución No 459 de 2012.
2. En el contacto con el servicio de urgencia, una vez estabilizada la mujer víctima de violencia sexual, se debe iniciar la aplicación del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual², incluyendo anticoncepción de emergencia y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo.

3. En caso de violación, la negativa o la dilación injustificada en la atención de la interrupción del embarazo vulnera los derechos a la integridad, a la libertad, a la dignidad, entre otros, de las mujeres que no son remitidas de forma oportuna y adecuada a un centro de servicios médicos en donde los/las profesionales de la salud les aseguren la interrupción voluntaria del embarazo.³
4. El único requisito exigible para la interrupción del embarazo bajo la causal violación es la presentación de una copia de la denuncia debidamente formulada ante la autoridad competente. No es necesario que la mujer afectada interponga la denuncia; podrá hacerlo cualquier persona que se entere y en cualquier momento posterior a la ocurrencia de los hechos^{4,5}.
5. No se deben exigir requisitos adicionales a los establecidos en la sentencia, ni interpretar estos requisitos de modo tal que resulten más gravosos para la mujer de lo que la sentencia dispone.
6. Es una práctica prohibida y por lo mismo totalmente inadmisibles exigir pruebas que avalen que la relación sexual fue involuntaria o abusiva, que demuestren que la violación ha sido confirmada por un juez o que el funcionario ante quien se eleva la denuncia esté convencido de la misma, o pruebas forenses que evidencien penetración sexual⁶.
7. El personal médico y administrativo responsable de la prestación de los servicios debe partir siempre de la buena fe y la responsabilidad de la mujer embarazada. No es de su competencia decidir sobre la procedencia o no de la denuncia debidamente presentada por la mujer.
8. La violación afecta todas las dimensiones de la salud de la mujer. La física porque el acto mismo vulnera la integridad física de la mujer, exponiéndola, al menos a dos posibles situaciones: embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual. La mental porque es frecuente que la violación y el embarazo forzado generen en la mujer una afectación emocional que puede llegar hasta la ideación suicida o el suicidio. La social porque afecta el proyecto de vida de la mujer y se originan situaciones como: pérdida de la pareja, pérdida del trabajo, temor al estigma, humillación, culpabilidad, rechazo del embarazo⁷.
9. En caso de coexistencia de causales (por ejemplo, mujer en embarazo, producto de una violación —causal violación— y afectación de su salud integral —causal salud— que no puede presentar la denuncia correspondiente

por algún motivo —conflicto armado, amenazas, temor a represalias; se debe aceptar como causal válida para la interrupción del embarazo aquella cuyos requisitos sean menos gravosos e impliquen menor afectación para la mujer.

- 10.** La causal violación, a diferencia de las otras causales (causal salud o causal malformaciones congénitas) no se resuelve únicamente en los servicios de salud sino que involucra otras esferas como la judicial y/o la administrativa.

5. Situaciones especiales para la atención de la IVE

5.1. Atención de adolescentes

La atención de las adolescentes que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo implica dos situaciones especiales: 1) autonomía de la menor para decidir sobre su embarazo y 2) el consentimiento informado para realizar la interrupción del embarazo. La primera se refiere a la capacidad de la adolescente para tomar decisiones autónomas concernientes a su salud sexual y reproductiva y la segunda a la capacidad de la menor para tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Al respecto, del marco jurídico y normativo (Sentencia C-355 de 2006 y sentencias posteriores, bloque de constitucionalidad, Ley No 1.098 de 2006, Ley No 1.146 de 2007, ICBF-Circular No 068 de 2008), se desprenden las siguientes consideraciones:

- 1.** La mujer menor de edad como toda mujer, a partir de la Sentencia C-355, en ejercicio de sus derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía y a la dignidad, está autorizada para acceder a los servicios legales de salud y solicitar la práctica del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, acreditando encontrarse en alguna de las tres circunstancias señaladas en dicha sentencia.
- 2.** Cualquier medida que despoje de "... relevancia jurídica el consentimiento de la menor frente a la interrupción voluntaria del embarazo, se revela sin remedio no solo como inconstitucional, sino como contraproducente para la efecti-

vidad de sus derechos fundamentales y para la defensa de su legítimo interés superior, por ser abiertamente contraria a la dignidad humana”.

3. La violación se presume cuando se trata de menores de catorce (14) años, razón por la cual la presentación de la denuncia se torna en una mera formalidad y la falta de la misma no puede ser pretexto para dilatar la interrupción del embarazo, si la menor la solicita.
4. Es inadmisibles impedir a las menores de 14 años consentir libremente en la realización de una IVE cuando necesariamente se encuentran amparadas en dos de las tres causales de despenalización (causal salud y causal violación) teniendo en cuenta que cualquier embarazo a esa edad conlleva un riesgo para la salud de la gestante y es el resultado de una conducta punible.
5. La jurisprudencia constitucional ha reconocido en las menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aún cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo.
6. Es contradictorio presumir la incapacidad de la menor de 14 años para entender y asumir la práctica de la interrupción del embarazo, mientras que se presume implícitamente su plena capacidad para entender y asumir decisiones sobre su propio cuerpo.
7. En el ejercicio de su autonomía individual la adolescente mayor de 14 y menor de 18 años que tome la decisión de interrumpir su embarazo en el tiempo que determine la ley y que sea biológicamente viable, debe contar con el previo **consentimiento ampliamente informado**, con la disponibilidad de servicios médicos seguros y de la más alta calidad y con el apoyo terapéutico que sea necesario.
8. En el caso de niñas menores de 14 años, se debe contar previamente al procedimiento médico, con el **consentimiento ampliamente informado y cualificado** de la menor, o con la autorización de su representante legal y/o de la autoridad competente, teniendo en cuenta para ello los parámetros fijados por la Corte constitucional en sus diferentes sentencias.

9. *“Exigir a las menores de 14 años el consentimiento de los padres o tutores como requisito para la práctica del aborto es discriminatorio por cuanto desconoce su derecho fundamental de autonomía, el cual está protegido jurídicamente, para la toma de decisiones sobre sus propios cuerpos”.*
10. El consentimiento de los padres para efectos de autorizar la práctica de tratamientos médicos a sus hijos, no puede conllevar en modo alguno al menoscabo de sus derechos a la salud o a la integridad personal, y tampoco un total desconocimiento de su autonomía.

5.2. Mujeres con discapacidad mental

La discapacidad mental se define como la presencia de limitaciones psíquicas o de comportamiento que no le permiten a la persona comprender en múltiples situaciones el alcance de sus actos y presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental puede presentarse de manea transitoria o permanente.

La atención de la mujer gestante con alguna discapacidad mental que solicita la interrupción voluntaria del embarazo bajo alguna de las causales señaladas en la sentencia, presenta características especiales y depende del grado o severidad de la afección. La atención debe ser, en términos generales, similar a la que se le presta a la mujer sana, y no debe limitarse al simple ejercicio del consentimiento informado o la toma autónoma de una decisión. Considerando que la mujer con discapacidad mental es sujeto autónomo de derechos, se le debe tratar con respeto especial y proveerle información clara, completa y totalmente comprensible para que pueda tomar una decisión autónoma sobre su embarazo.

De acuerdo con la ley básica de autonomía, el consentimiento de las mujeres discapacitadas mentalmente deberá presentarlo su respectivo representante legal aunque deberá tenerse en cuenta las circunstancias particulares de cada caso y diferenciar entre las múltiples formas de discapacidad: física, psíquica o sensorial. La discapacidad mental no implica necesariamente la pérdida de la posibilidad de decisión y es corriente observar que la mujer es quien acompaña todo el proceso y es quien brinda finalmente el consentimiento informado.

Para las mujeres con discapacidad no es exigible presentar una interdicción*, ya que dicho requisito se puede constituir en una carga desproporcionada que puede dilatar la prestación del servicio a una mujer que ha sido víctima de abuso sexual.

Referencias

1. OMS, Op. Cit.
2. Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. NY. 2012.
3. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. Lancet, 2006; 369 (9550):1887-1892.
4. Prada E et al. Op. Cit.
5. DANE. Estadísticas Vitales. http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119.
6. WHO, UNICEF, UNFPA y el World Bank. Ginebra, OMS, 2010.
7. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-209/08; Sentencia T-388/09; Sentencia T-585/10; Sentencia T-841/11.
8. Informe Final. Convenio Interadministrativo No. 405 de 2006, suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia.
9. SNS. Circular No 003/11.
10. OMS. Op. Cit.
11. Turner KL, Chapman Page K. Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores para audiencias mundiales. Chapel Hill, Carolina del Norte, USA. IPAS. 2008.
12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06.
12. Ibídem.

* La interdicción es un proceso legal mediante el cual se establece que una persona no está en capacidades mentales para ejercer determinados actos de la vida civil.

13. Ibídem.
14. Ibídem
15. González AC. Causal Salud. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. 2008.
16. Procuraduría General de la Nación. Procurando la Equidad. Boletín No. 2. Mayo de 2008.
17. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355/06.
18. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355/06, T388/09.
19. Ibídem.
20. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388/09.
21. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
22. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 459 de 2012.
23. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-946 de 2008.
24. República de Colombia. Ley 1542 de 2012.
25. República de Colombia. Ley 1257 de 2008.
26. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 de 2007.

27. Bergallo P, González AC. Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Bogotá, Colombia. 2012.
28. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008
29. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
30. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008.
31. Ibídem.
33. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
34. Procuraduría General de la Nación. 2008. Op. Cit.
35. ICBF. Circular No 068 de 2008.
36. Ibídem.
37. Procuraduría General de la Nación. 2008. Op. Cit.
38. Ibídem.
39. República de Colombia. Ley No 1.616 de 2013.
40. República de Colombia. Ley No 1.412 de 2010.
41. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 de 2007.

II. Propuesta metodológica

TEMA	OBJETIVOS	TÉCNICA	MATERIALES	TIEMPO
Inscripción	<ul style="list-style-type: none"> Inscripción Entrega de materiales 		<ul style="list-style-type: none"> Agenda Materiales CD 	30'
Bienvenida Presentación del taller	<ul style="list-style-type: none"> Favorecer ambiente de cordialidad Dar a conocer los objetivos del taller Establecer reglas de grupo 	Presentación		10'
Presentación e integración	<ul style="list-style-type: none"> Crear ambiente de confianza 	Presentación por parejas	<ul style="list-style-type: none"> Juego de cartas 	20'
Encuadre y expectativas	<ul style="list-style-type: none"> Crear ambiente de participación Conocer las expectativas de cada participante 	Mural de Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> Hojas rotafolio Hojas para expectativas Plumones Cinta de enmascarar 	20'
Morbimortalidad materna derivada del aborto inseguro	<ul style="list-style-type: none"> Enfatizar aspectos relacionados con el aborto inseguro y su impacto en la morbilidad materna Estrategias de prevención del aborto inseguro 	Presentación interactiva	<ul style="list-style-type: none"> Presentación ppt 1: Maternidad segura y prevención del aborto inseguro 	30'
Evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar los conocimientos sobre interrupción del embarazo y Sentencia C-355/06 	Aplicación prueba de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento de evaluación Hojas de respuestas 	20'
Sensibilización y clarificación de valores	<ul style="list-style-type: none"> Generar una reflexión que permita identificar valores individuales relacionados con la IVE 	Las cuatro esquinas	<ul style="list-style-type: none"> Formatos A y B Cartelones Cinta de enmascarar 	80'

TEMA	OBJETIVOS	TÉCNICA	MATERIALES	TIEMPO
Evolución jurídica del aborto en Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar conocimientos sobre las bases jurídicas de la Sentencia C-355/06 y la normatividad vigente • Identificar el efecto vinculante de la sentencia 	Presentación interactiva	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación ppt • 2. Marco jurídico y normativo de la interrupción del embarazo en Colombia 	50´
Causales para el ejercicio del derecho a la IVE	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar las causales y fortalecer los conceptos personales para la aplicación amplia e integral de cada una de ellas 	La Corte	<ul style="list-style-type: none"> • Casos • Toga del juez • Martillo 	150´
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el trabajo del día 	Lluvia de ideas		10´

III. Desarrollo metodológico

ACTIVIDAD 1

BIENVENIDA Y APERTURA

Las actividades iniciales deben establecer la base para un entorno propicio de aprendizaje. Estas incluyen las palabras iniciales de bienvenida y la justificación, objetivos, enfoque y agenda de actividades de la capacitación. Se establecen también reglas y normas para la capacitación y las responsabilidades de facilitadores y participantes.

Con frecuencia, es útil invitar a la persona responsable de la organización de la actividad o al director de la DTS, EPS o IPS para que realice las observaciones de apertura al principio de la capacitación y comentarios de clausura al final de ella.

Objetivos

Dar un inicio formal a la capacitación. Las observaciones iniciales permiten enfocar la capacitación y pueden alentar a los participantes a considerar la capacitación más en serio.

Tiempo

10 - 20 minutos.

Desarrollo

1. Presentación del facilitador y del equipo de facilitadores.
2. Palabras de bienvenida, justificación, enfoque, objetivos y agenda de la capacitación.
3. Información general sobre la metodología y desarrollo de la capacitación.
4. Normas que se deben aplicar a lo largo de la capacitación (puntualidad, participación, respeto, etc.).
5. Permitir un espacio para preguntas.

ACTIVIDAD 2

PRESENTACIÓN E INTEGRACIÓN

Se sugiere empezar el taller con una técnica didáctica que permita a todos los participantes, incluyendo los facilitadores, familiarizarse entre sí y generar un clima agradable, de distensión y confianza que facilite la participación y el aprendizaje.

MI SUEÑO PARA ESTE AÑO

Objetivos

- ◆ Favorecer el encuentro y la comunicación entre los participantes.
- ◆ Dar a conocer datos personales de cada participante.
- ◆ Crear un ambiente de confianza que favorezca el aprendizaje grupal.

Material

- ◆ Juego de cartas con parejas.

Tiempo

- ◆ 20 minutos.

Desarrollo

1. Forme un círculo con todos los participantes. Entregue a cada uno una tarjeta con una imagen determinada. Debe haber 2 tarjetas por cada imagen.
2. Una vez se empieza la técnica didáctica cada participante debe buscar y encontrar a su pareja.
3. Durante 5 minutos hablan por parejas, presentándose entre sí, indicando su nombre, trabajo, aficiones, tiempo de trabajo en salud, y el sueño que tiene para el presente año.
4. Al cabo de 5 minutos, intervienen por parejas y presentan a su compañera o compañero ante el grupo. Uno de los facilitadores va sumando el número de horas que cada participante ha trabajado en el campo de la salud.
5. Al terminar la presentación de todos los participantes, comparta el dato del total de horas de experiencia allí representada y la responsabilidad que esto implica, agradezca la participación y pida un aplauso por el trabajo realizado.



Alternativa: El facilitador escoge un número suficiente de refranes bien conocidos y escribe la mitad de cada refrán en una carta. Por ejemplo, escribe “a caballo regalado” en una tarjeta y en otra “no se le miran los dientes”. Entrega a cada participante una tarjeta. Cada uno debe encontrar a la persona que tiene la otra mitad del refrán. Luego, se realiza la presentación del modo descrito.



ACTIVIDAD 3

ENCUADRE Y EXPECTATIVAS

Es importante en este momento tener claro lo que los participantes esperan de la actividad y lo que los facilitadores van a ofrecer. Las expectativas son el reflejo de lo que esperan los participantes, mientras que el encuadre brinda los elementos que permiten a los participantes establecer los alcances y límites de la experiencia grupal; dando una sensación de certeza y confianza en la medida en la que quedan claros los horarios, la secuencia de las actividades, los arreglos logísticos y las reglas de convivencia, estas últimas se definen colectivamente, con lo que nuevamente se facilita la participación colectiva.

EL MURAL DE EXPECTATIVAS

Objetivos

- ◆ Crear un ambiente de participación.
- ◆ Conocer las expectativas de cada participante y las de los facilitadores.
- ◆ Dar a conocer el desarrollo logístico y acordar las reglas de convivencia.

Material

- ◆ Hojas de rotafolio, hojas para expectativas, plumones y cinta de enmascarar.

Tiempo

- ◆ 20 minutos.

Desarrollo

1. Entregue una hoja para expectativas y un plumón a cada participante.
2. Dé 5 minutos para que escriban sus expectativas. Entre tanto coloque en la pared 4 hojas de rotafolio: 2 marcadas con el nombre “Expectativas”, otra con “Acuerdos” y otra con “Parqueadero”.
3. Solicite que cada uno lea su expectativa y dé una breve explicación sobre ella. Péguela ordenadamente en el rotafolio marcado “Expectativas”.
4. Verifique si las expectativas planteadas son realistas en función de los objetivos del taller. Si se encuentra que alguna de ellas no será cubierta en el taller, debe mencionarlo con el fin de no generar falsas expectativas.
5. Conserve el rotafolio para revisarlo nuevamente al final del taller y verificar junto con los participantes si se alcanzaron o no las expectativas.
6. Solicite, a través de una lluvia de ideas, que establezcan las reglas de convivencia que consideren necesarias para lograr las expectativas.
7. Indique que en el rotafolio marcado “Parqueadero” se deben colocar las preguntas o inquietudes que no se resuelvan inmediatamente. Serán resueltas a lo largo de la actividad.
8. Resuelva preguntas e inquietudes y agradezca al grupo por su participación.



ACTIVIDAD 4

MORBIMORTALIDAD MATERNA DERIVADA DEL ABORTO INSEGURO

La información presentada en esta actividad incluye datos actualizados sobre la incidencia a nivel mundial y nacional del aborto realizado en condiciones de riesgo y sus efectos en las tasas de morbilidad y mortalidad maternas. Incluye además los mecanismos adoptados internacionalmente para la prevención del embarazo no deseado y la reducción de la morbilidad materna derivada del aborto inseguro.

Objetivos

- ◆ Presentar información actualizada sobre el aborto inseguro como problema de salud pública.
- ◆ Resaltar el impacto que tiene el aborto inseguro en la morbilidad materna.
- ◆ Presentar soluciones concretas para prevenir la mortalidad materna asociada al aborto inseguro.

Material

- ◆ Presentación de Power Point 1: “Maternidad segura y prevención del aborto inseguro”.

Tiempo

- ◆ 30 minutos.

Desarrollo

Emplear la presentación en Power Point 1: “Maternidad segura y prevención del aborto inseguro”.

Notas para el presentador

1. Prepare de antemano el tema y la presentación.
2. Haga una presentación interactiva. Fomente de manera permanente la participación de los presentes. Mantenga el contacto visual con ellos y no con el computador.
3. No mire la presentación en todo momento y menos caiga en el error de leer textualmente cada diapositiva. La presentación es simplemente un apoyo.
4. Emplee inteligentemente el láser (señalador). El láser distrae, sobre todo si se emplea en forma errática.
5. Haga énfasis en los conceptos clave que desea sean interiorizados por el auditorio. Realice pausas, evite hablar de prisa porque puede confundir o aburrir a los participantes.
6. Cierre haciendo un breve resumen y conteste con claridad todas las preguntas.

ACTIVIDAD 5

SENSIBILIZACIÓN Y CLARIFICACIÓN DE VALORES

El propósito de esta actividad es ayudar a los participantes a adquirir un mejor entendimiento, tanto de las propias creencias, como de las creencias de otros respecto a la interrupción del embarazo; también se busca mostrar empatía para con los valores subyacentes que influyen en diferentes creencias y a tomar en consideración cómo las creencias personales afectan el estigma social en torno a la interrupción del embarazo. Finalmente, entender cómo las creencias personales pueden afectar la prestación de servicios oportunos y de alta calidad.

LAS CUATRO ESQUINAS

Objetivos

- ◆ Expresar las creencias personales sobre el aborto.
- ◆ Defender y explicar respetuosamente otros puntos de vista, que a veces son conflictivos.
- ◆ Explicar los diferentes valores subyacentes a distintas creencias sobre el aborto.
- ◆ Analizar cómo las creencias personales afectan el estigma social en torno al aborto o su aceptación.
- ◆ Explicar cómo las creencias personales pueden afectar la prestación de los servicios relacionados con el aborto.

Material

- ◆ Formatos para sensibilización y clarificación de valores (Anexo 6 – partes A y B).
- ◆ Sensibilización y clarificación de valores- Carteles Anexo 7: Totalmente de Acuerdo, De Acuerdo, En Desacuerdo, Totalmente en Desacuerdo (Anexo 7), cinta de enmascarar, lápices o bolígrafos.

Tiempo

- ◆ 80 minutos.

Desarrollo

1. Entregue la parte A de la actividad que se encuentra en la parte A del Anexo 6. Solicite que la contesten y luego la volteen. Entregue la parte B del mismo Anexo y solicite que la contesten. La parte A se refiere a las creencias que se tienen sobre las mujeres en general; la parte B a las creencias en torno a sí mismos.
2. Solicite que comparen las respuestas de la parte A y B. ¿Existen diferencias entre las creencias que tienen sobre las mujeres en general y las creencias sobre sí mismos? Indague la razón. ¿Existen dobles estándares? Discutir.

3. Forme un círculo con todos los participantes, teniendo la parte B en sus manos. Pida que circulen rápidamente varias veces la parte B. Pare e indique que a partir de ese momento cada uno representará las respuestas en la hoja impresa que quedó en sus manos. Si les tocó la propia hoja, cámbiela al azar con otro de los participantes.
4. Señale los cuatro carteles: **De Acuerdo**, **Totalmente de Acuerdo**, **En Desacuerdo**, **Totalmente en Desacuerdo** – (Anexo 7, Carteles) que se han fijado previamente en las esquinas del salón.
5. Lea la primera afirmación en voz alta. Pida a los participantes que se dirijan al letrero que corresponda a la respuesta que tienen en sus manos. Recordar que es posible que esa respuesta esté en conflicto con sus creencias personales.
6. Invite a todos a mirar alrededor del salón. Posiblemente los grupos son diferentes en cada esquina del salón. Algunas esquinas pueden no estar ocupadas. Invite a algunos a que se movilicen hasta distribuir las esquinas en forma más o menos uniforme.
7. Pida a cada grupo que analice la justificación más seria por la cual tienen esa opinión. Motíuelos para que piensen en razones sólidas que estén basadas en valores fundamentales subyacentes. Pida que nombren un vocero para expresar las razones encontradas. Solicite que la presenten en forma personal y convincente. “Yo creo...”, “Yo siento...”, “Para mí...”
8. Empiece por el grupo **Totalmente de Acuerdo** hasta el grupo **Totalmente en Desacuerdo** y escuche las opiniones y comentarios. No permita que los otros grupos hagan comentarios en ese momento.
9. Continúe leyendo las afirmaciones hasta donde el tiempo lo permita, aplicando la misma metodología. Puede seleccionarlas a discreción.
10. Invite a los participantes a sentarse y analizar la actividad a partir de las siguientes preguntas:
 - ¿Qué sintieron al representar creencias sobre el aborto que eran diferentes a las suyas?
 - ¿Qué sintieron al oír sus creencias expresadas por otras personas?
 - ¿Qué justificación para determinadas creencias lo/la llevó a pensar de manera diferente?
 - ¿Cuáles son sus impresiones en general de las creencias expresadas por las personas en este salón (pero no por ninguna persona en particular)?
 - ¿Cuál es su entender de los valores fundamentales subyacentes que influyen en estas creencias?
 - ¿Cómo afectan nuestras creencias sobre el aborto, el estigma social en torno al aborto o su aceptación?
 - ¿Qué pertinencia tienen las creencias analizadas en esta actividad para la atención del aborto en nuestro ámbito o en nuestro país?
 - ¿Alguno de los argumentos/justificaciones presentadas por los grupos se basó en el derecho fundamental de la mujer reconocido en las sentencias de la Corte Constitucional? De lo contrario, ¿qué dice esto respecto a nuestro entendimiento del derecho de las mujeres a los servicios de aborto?
 - ¿De qué manera nuestras creencias sobre el aborto afectan nuestra prestación de los servicios relacionados con la IVE?
 - ¿Qué podemos hacer para garantizar el acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, independientemente de nuestras creencias personales?

ACTIVIDAD 6

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

La prueba de conocimientos (Anexo 5) se debe aplicar en dos momentos diferentes: al inicio del taller (evaluación diagnóstica o prueba inicial de conocimientos) y al final del taller (evaluación sumativa o prueba de final de conocimientos). La evaluación inicial permite obtener información aproximada de los conocimientos que traen los participantes al taller, así como sus vacíos o errores conceptuales. La prueba final permite determinar el grado de acumulación de conocimientos y los cambios que se han dado a través de los procesos de aprendizaje.

Objetivos

- ◆ Evaluar los conocimientos que tienen los participantes sobre temas relacionados con la temática del taller.
- ◆ Enfatizar y ajustar aspectos que se han detectado como deficientes.
- ◆ Iniciar procesos de retroalimentación que permitan establecer la forma como los objetivos educativos se han alcanzado.

Materiales

Cuestionario impreso y hoja de respuestas (Anexo 4, Prueba de conocimientos; Anexo 5, Prueba de conocimientos –Respuestas; Anexo 13, Prueba de conocimientos –Hoja de respuestas).

Tiempo

- ◆ 20 minutos.

Desarrollo

1. Entregue a cada uno de los participantes un cuestionario y una hoja de respuestas.
2. Explique con claridad los objetivos de la prueba y la forma como deben contestar a cada una de las preguntas.
3. La evaluación es anónima. No deben firmar o escribir el nombre.
4. Indique que las respuestas las deben marcar en la hoja dedicada a tal fin. No deben hacer marcas o señales en los cuestionarios por cuanto estos mismos se utilizarán al final de la capacitación.
5. Recoja los cuestionarios y las hojas de respuestas.

ACTIVIDAD 7

EVOLUCIÓN JURÍDICA DEL ABORTO EN COLOMBIA

Esta actividad está diseñada para revisar con los participantes sus conocimientos sobre la Sentencia C-355 de 2006 que despenaliza parcialmente el aborto en Colombia, las numerosas inconsistencias y limitaciones en la aplicación de las causales allí establecidas y las prácticas prohibidas que limitan y entorpecen el acceso de las mujeres a servicios seguros y oportunos de interrupción voluntaria del embarazo. Se presentan, además, los lineamientos del MS y las normas de la SNS que establecen la forma como se deben prestar estos servicios.

Objetivos

- ◆ Revisar con los participantes los alcances jurídicos, éticos y médicos de la Sentencia C-355 de 2006.
- ◆ Identificar las implicaciones y responsabilidades que conlleva la despenalización del aborto en las tres circunstancias establecidas por la Corte.
- ◆ Identificar los elementos básicos para lograr que todas las mujeres sin distinción de etnia, nivel socioeconómico, edad y ocupación, conozcan los derechos contenidos en la sentencia y accedan a servicios integrales y de calidad.

Material

Presentación de Power Point 2: Marco jurídico y normativo de la interrupción del embarazo en Colombia.

Tiempo

50 minutos.

Desarrollo

Emplear la presentación en Power Point 2: Marco jurídico y normativo de la interrupción del embarazo en Colombia.

ACTIVIDAD 8

CAUSALES PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA IVE

La actividad lleva, a cada uno de los participantes, a reflexionar sobre el contenido de la Sentencia C-355/06 desde diferentes puntos de vista y en diferentes situaciones.

En primer lugar se propone ponerse en la posición de las mujeres que tienen derecho a interrumpir su embarazo; pero el sistema a través de numerosas barreras no se lo ha garantizado, sometiéndolas, por el contrario a mayores maltratos y frustraciones.

En segundo lugar, se plantea despojarse de los prejuicios personales, entender a las mujeres embarazadas, despojadas de sus derechos, e intentar ayudarlas dentro del marco de la legislación vigente. La actividad muestra la forma como se debe aplicar la sentencia en toda su amplitud y en toda la extensión de sus causales.

Objetivos

- ◆ Reflexionar sobre los alcances, derechos y responsabilidades que se desprenden de la Sentencia C-355/06.
- ◆ Identificar de forma amplia y literal las causales de la sentencia y los requisitos requerimientos establecidos para cada uno de dichos causales.
- ◆ Analizar diferentes situaciones en las que las mujeres han tenido dificultades para poder acceder a una IVE, estando dentro de las causales establecidas en la sentencia.
- ◆ Identificar mecanismos efectivos para lograr que todas las mujeres sin distinción alguna, conozcan los derechos contenidos en la sentencia y accedan a servicios oportunos y seguros de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Material

- ◆ Casos impresos para representar (Anexo 8 – Aplicación de Causales – La Corte: casos de Martha, Verónica, Lady y Marina).
- ◆ Toga.
- ◆ Mazo de juez.
- ◆ Espacio amplio y agradable para trabajar cómodamente en grupos y luego representar una corte judicial.

Tiempo

- ◆ 90 minutos para la actividad.
- ◆ 60 minutos para presentar y revisar las causales.

Desarrollo

1. Se seleccionan cuatro participantes para representar a cuatro mujeres que han solicitado la interrupción de su embarazo, y una persona adicional para que represente el papel de juez. La persona que

hace de juez se retira de la sala y será llamada más tarde, en el momento oportuno. Con los demás participantes se conforman tres grupos de trabajo (abogados) que asumirán la defensa de las mujeres.

2. Se presenta la actividad diciendo —Cuatro mujeres han solicitado la interrupción del embarazo dentro de las causales establecidas en la sentencia que despenaliza parcialmente la interrupción del embarazo. Por diferentes razones, a la fecha, no han sido atendidas. En razón a lo anterior tres grupos de abogados se han comprometido a defenderlas para que puedan acceder al servicio de interrupción del embarazo, derecho fundamental que les confiere el orden constitucional. Desafortunadamente y por razones inexplicables, el juez podrá autorizar la atención de una sola mujer. El juez, basado en los argumentos de los abogados, decidirá cuál de ellas podrá ser atendida.
3. Cada una de las mujeres presenta su caso, en audiencia pública, a los tres grupos de abogados. Cada grupo de abogados elige el caso que desea defender y tendrá 10 minutos para preparar la defensa interactuando con la mujer a quien han decidido representar. Cada grupo nombrará un abogado, quien llevará la palabra ante la Corte.
4. La mujer, cuyo caso no ha sido asumido por ninguno de los abogados, debe recorrer grupo por grupo, tratando de convencerlos para que tomen su defensa.

Pasados los 10 minutos entra el juez a la Corte y se inicia la sesión. Cada uno de los abogados dispondrá de 5 minutos para presentar ante el juez el caso de la mujer que ha decidido representar. El juez podrá hacer preguntas a los abogados e incluso a la mujer que ellos representan, para tener una total claridad en cada caso.

Al final de las presentaciones e interrogatorios, incluyendo la de la mujer que no fue aceptada por los abogados (podrá defenderse ella misma o la Corte le nombrará un abogado de oficio), el juez valorará los argumentos presentados y decidirá cuál de las mujeres será atendida. Al presentar su decisión debe argumentar cada caso y la razón por la cual tomó dicha decisión.

5. Terminada la actividad, reflexione y destaque los puntos más importantes con el aporte de todos los participantes, haciendo las siguientes preguntas:

¿Cómo se sintieron las participantes que hicieron el papel de cada una de las mujeres? ¿Qué fue lo que más las impactó? ¿Qué sintieron ante la decisión del juez? ¿Qué sienten al pensar que muchas mujeres están en circunstancias parecidas?

- ¿Cuáles fueron las razones por las cuales los abogados escogieron defender a una determinada mujer? ¿Cómo se sintió cada uno de los abogados en el papel que representó? ¿Cómo se sintieron los otros miembros del grupo?
- ¿Por qué el juez tomó esa decisión? ¿Cómo se sintió?

6. Retome cada uno de los casos e identifique las causales bajo las cuales se encuentra cada una de las mujeres. Indique la forma como se deben aplicar las causales y los requisitos necesarios para cada una de ellas. Enfatique en:

- Causal salud.
- Atención de adolescentes y menores de 14 años.
- Coexistencia de causales.
- Notificación y atención en caso de violación.

NOTA: Para el desarrollo de este ítem debe reservar no menos de 45 minutos para profundizar en el tema y aclarar todas las dudas e inquietudes que se presenten.

7. Resuelva preguntas e inquietudes y agradezca (aplausos) la representación de cada uno de los participantes que intervino directamente y al grupo por su participación.



Módulo

2

Servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Niveles de atención

Provisión de servicios de IVE

Ruta de atención en primer nivel de complejidad

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

I. Contenidos

1. Servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo deben ser provistos conforme a lo establecido en la Sentencia C-355 de 2006²¹, las sentencias posteriores de la Corte Constitucional²², los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social²³ y las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.²⁴

Al igual que en otras situaciones en las que la mujer demanda atención para su salud reproductiva, los servicios de interrupción voluntaria del embarazo se deben prestar en forma integral, oportuna y en el marco de los derechos sexuales y reproductivos protegidos por la constitución y diversos tratados internacionales. Los servicios así considerados, implican a saber:

Intencionalidad y toma de decisión: La atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo se fundamenta en la intencionalidad de la mujer y su libre decisión, en ejercicio pleno del derecho a su autonomía. Por lo mismo, todas las actitudes y acciones del profesional de la salud deben estar dirigidas a que la mujer, con base a información veraz, adecuada y completa, tome la mejor decisión posible para ella. Es deber del profesional proveer información de tal forma que la mujer pueda decidir sobre su embarazo y de esta forma pueda entender el proceso que está viviendo. La intencionalidad y decisión de la mujer son incuestionables y no pueden ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o de valor por parte del profesional de la salud. Se debe, además, respetar el derecho que asiste a toda mujer embarazada de continuar de manera libre y voluntaria su embarazo, aún cuando se encuentre en cualquiera de las causales establecidas para la interrupción legal del embarazo.

Confidencialidad: La confidencialidad es un principio clave de ética médica y un aspecto del derecho a la privacidad²⁵ y como tal se debe garantizar. Por consiguiente, el profesional de la salud tiene la obligación de proteger la información

médica y no divulgarla sin autorización. También debe asegurarse que las mujeres que autoricen que dicha información confidencial se revele a otros, lo hagan de manera libre y sobre la base de información clara²⁶. La consulta del profesional con el esposo, compañero, padre, madre o cualquier otra persona, así sea para asegurar una atención segura y apropiada, constituye una violación de la confidencialidad.

No discriminación: El estigma y la discriminación que se asocian con discapacidades físicas o mentales o con el estado de salud, por ejemplo, vivir con VIH, son muy comunes y pueden usarse para presionar a las mujeres a que se realicen la interrupción del embarazo. La coerción viola los derechos de las mujeres al consentimiento informado y la dignidad y no se debe tolerar. Por lo tanto, el proveedor de salud tiene la obligación fundada en los derechos humanos de garantizar que las mujeres no estén sujetas a coerción y de que reciban los servicios psicológicos, sociales y médicos necesarios para sustentar su decisión.

Atención integral: La Interrupción Voluntaria del Embarazo, debe desarrollarse en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva para cubrir las necesidades médicas y psicosociales de cada mujer. La atención integral para la IVE incluye el manejo de las posibles complicaciones y el acceso a otros servicios como la orientación pre y postaborto, la consejería en planificación familiar, el acceso a métodos efectivos de anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA, derechos sexuales y reproductivos y en general, todas las intervenciones orientadas al autocuidado de la salud. Ninguno de estos servicios podrá imponer restricciones adicionales para el acceso oportuno a la IVE.

2. Niveles de atención

El acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo solo se puede garantizar si existen suficientes centros de atención y profesionales debidamente capacitados para la prestación de estos servicios. La certificación de los profesionales y de los centros de atención debe estar basada en la evidencia de las mejores prácticas y estar dirigida a garantizar la seguridad, la buena calidad, y la accesibilidad oportuna a los servicios. Los centros de atención donde se prestan los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, tanto en el sector público como en el privado, deben estar disponibles en todo el territorio nacional, con mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia.²⁷

Primer nivel de complejidad: Los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud²⁸ y el Ministerio de Salud y Protección Social²⁹, deben estar disponibles en todos los niveles de complejidad, incluyendo el primer nivel. Para ello es necesario implementar estos servicios en Empresas Sociales del Estado (ESE) e IPS de Nivel I y capacitar a los profesionales de salud para proveer servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo de primer trimestre y para realizar remisiones oportunas a niveles superiores en caso de ser necesario.

La evidencia actualmente disponible, muestra claramente que la provisión de servicios de interrupción del embarazo de primer trimestre en el primer nivel de atención y por personal médico debidamente entrenado (profesionales de nivel medio si lo permiten las regulaciones locales), es segura³⁰, mejora el acceso³¹ e, incluso, reduce los costos de atención.³²

Los centros de primer nivel de complejidad que cuenten con personal debidamente capacitado deben ofrecer servicios de: i) educación e información sobre salud reproductiva, incluyendo embarazo no deseado, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo y aborto incompleto; ii) Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para embarazos hasta de 12-14 semanas de gestación; iii) métodos de IVE con medicamentos (misoprostol) para embarazos hasta de 10 semanas de gestación; iv) estabilización clínica, suministro de antibióticos y evacuación uterina para mujeres con complicaciones derivadas del aborto; v) aspiración al vacío o tratamiento con misoprostol para abortos incompletos; y vi) remisión oportuna para mujeres que necesiten servicios de IVE o para el tratamien-

to de complicaciones que no puedan proveerse en el lugar³³.

Segundo nivel de complejidad: Las instituciones de segundo nivel de complejidad deben: i) implementar todos los servicios de atención de Interrupción Voluntaria del Embarazo cobijados en el primer nivel de atención; ii) ofrecer servicios de IVE para todas las etapas del embarazo según la normatividad vigente; iii) atender todas las complicaciones de IVE; y iv) realizar programas de capacitación para profesionales en provisión de servicios de IVE.

Tercer nivel de complejidad: Las instituciones de tercer nivel de complejidad deben: i) implementar los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo para la atención de mujeres que por circunstancias especiales (edad gestacional avanzada, patologías severas, enfermedades coexistentes, etc.) requieren de un nivel de mayor complejidad; ii) brindar apoyo al primer y segundo nivel de complejidad en el manejo de las complicaciones; iii) atender las remisiones relacionadas con la IVE provenientes de los niveles inferiores de complejidad.

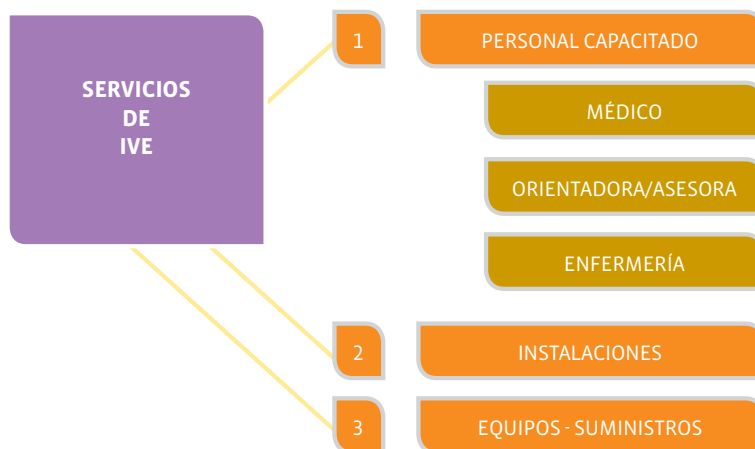
Todas las instituciones de tercer nivel de complejidad deben contar con el personal y la capacidad física para realizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo en todas las circunstancias permitidas por la actual legislación y para tratar todas las complicaciones derivadas de la IVE. Los servicios de IVE en estas instituciones son de particular importancia porque permiten y facilitan el desarrollo de programas encaminados a la capacitación de internos y residentes en sus programas de formación.

3. Provisión de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo

La experiencia en varios países sugiere que los cambios legislativos en relación con el aborto no conducen automáticamente al acceso universal a servicios de aborto legal. Es el caso de Colombia, en donde a pesar de haber sido despenalizado parcialmente desde hace 8 años, el 98% de los abortos aún se realizan en la clandestinidad, con porcentajes muy altos de abortos inseguros y las consiguientes consecuencias en las tasas de morbilidad y mortalidad materna.

Son muchas las barreras a vencer y posiblemente se tarde un buen número de años antes de poder ofrecer ampliamente servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo a las mujeres que, estando dentro de alguna de las causales, los solicitan, desafortunadamente, debido a estas barreras las mujeres continúan recurriendo a abortos inseguros o aplazan la búsqueda de atención hasta más adelante en el embarazo, cuando el riesgo de complicaciones es más alto.

A pesar de estas barreras, sin embargo, los servicios de IVE deben estar disponibles tanto a través del sistema público de salud, en todos los niveles de complejidad, como también en el sector privado. Los requerimientos para implementar estos servicios dependen en gran parte de cada institución, de los profesionales que la conforman y de los servicios que presta en la actualidad. No obstante, en forma general, se pueden considerar tres componentes básicos, tal como se muestra en el siguiente diagrama:



Personal capacitado: Un factor importante que determina el acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo es el número de profesionales capacitados en el alcance y aplicación de la sentencia y en técnicas seguras para la IVE. Usualmente se requiere un médico, una orientadora y personal de enfermería. No se requiere que el médico sea un especialista. El médico general debidamente capacitado está en la capacidad de valorar a la paciente, identificar las causales y verificar el cumplimiento de los requisitos. La orientación y asesoría, brindada con frecuencia por profesionales de Psicología o Trabajo Social, puede ser brindada por cualquier profesional de la salud con capacitación suficiente en derechos sexuales y reproductivos. Finalmente, las responsabilidades de enfermería pueden ser asumidas por una enfermera o una auxiliar de enfermería, previamente capacitadas.

La capacitación del personal es punto fundamental en los programas de prestación de servicios. El contenido y tipo de capacitación depende del programa y del profesional comprometido. Los procesos de capacitación deben incluir no solamente al personal directamente involucrado en la prestación de los servicios sino también a personal administrativo. Los contenidos de la capacitación deben cubrir, además de los temas puramente médicos, otros temas como: clarificación de valores, bases jurídicas y éticas de la despenalización del aborto, aplicación de las causales, derechos sexuales y reproductivos, relaciones interpersonales, procesos de referencia y aspectos generales administrativos.

Instalaciones: Para la implementación de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo no se requieren quirófanos o instalaciones nuevas y altamente sofisticadas. Es posible que en la infraestructura existente se identifiquen áreas que se puedan adecuar para el área de espera, consulta, orientación, procedimiento y recuperación.

Dos aspectos se deben tener en cuenta: i) las instalaciones deben cumplir los estándares de habilitación definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social — SOGCS³⁴; y ii) deben estar dispuestas de tal forma que ofrezcan total privacidad y comodidad a la mujer.

Para realizar los procedimientos solo se requiere un cuarto de procedimientos menores o, incluso, un consultorio, debidamente habilitados. La dotación debe incluir: mesa ginecológica con soporte para las piernas o estribos, mesa de mayo para el instrumental, pequeño gabinete para instrumental y medicamentos, agua corriente e iluminación adecuada.

Tabla 1. Infraestructura básica y dotación

1. Área para recepción
2. Consultorio
3. Área para orientación
4. Sala de procedimientos
5. Observación
6. Área para inactivación y prelavado de instrumental

Adicional a lo exigido para procedimientos de baja complejidad, la sala de procedimientos debe contar con:

1. Mesa ginecológica con estribos o soporte para las piernas
2. Mesa auxiliar
3. Pequeño gabinete para instrumental y medicamentos
4. Lámpara portátil

Equipos-suministros: La mayoría de los equipos, medicamentos y suministros necesarios para realizar los procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo son prácticamente los mismos que se emplean en otros procedimientos ginecológicos, a excepción, del equipo necesario para realizar la Aspiración Manual Endouterina. Para esta última se requiere un aspirador manual plástico de 60 ml (también llamado jeringa) y cánulas plásticas de diferentes tamaños (4 -12 mm). Los aspiradores y la mayoría de las cánulas pueden ser reutilizados una vez se han lavado y desinfectado o esterilizado completamente.

Tabla 2. Equipo básico para la AMEU

1. Aspirador (manual o eléctrico)
2. Cánulas (4-12 mm)
3. Espéculo
4. Tenáculo atraumático
5. Pinzas de anillo (Foerster)
6. Dilatadores de Denniston (o Pratt)
7. Jeringas (5, 10 y 20 ml) – Agujas hipodérmicas
8. Recipiente de acero inoxidable
9. Elementos para revisión de tejidos

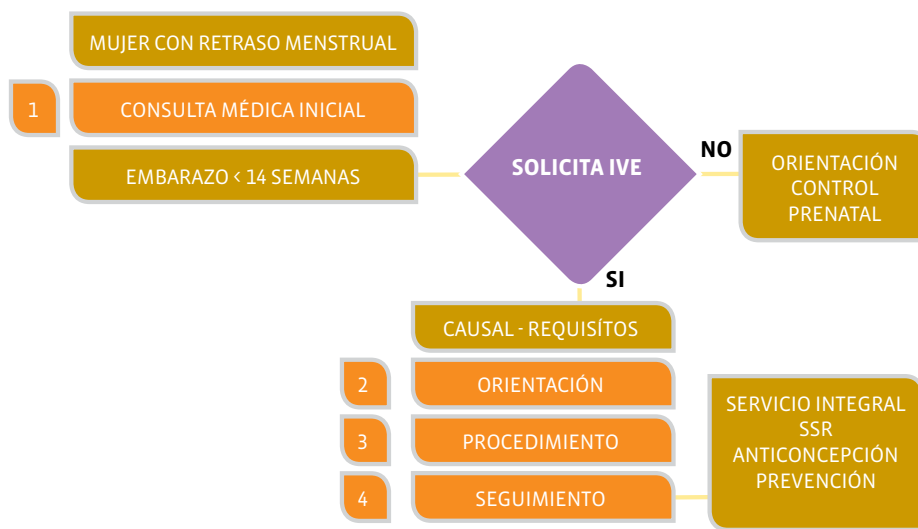
Tabla 3. Suministros

1. Guantes, bata, protección facial
2. Gasas
3. Solución antiséptica (clorhexidina)
4. Silicona para lubricar el aspirador
5. Equipo de venoclisis
6. Soluciones y materiales para esterilización o desinfección de alto nivel

Para la interrupción del embarazo se emplean 3 tipos de medicamentos: analgésicos y anestésicos para el control del dolor, antibióticos para la prevención de la infección y uterotónicos para la prevención y control del sangrado. Para el control del dolor los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) y la anestesia local complementada con apoyo verbal son suficientes en la mayoría de los casos.

4. Ruta de atención en primer nivel de complejidad

El siguiente diagrama resume los diferentes pasos a tener en cuenta para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, basándose en la *Guía Técnica de la Organización Médica de la Salud* (2012) y en protocolos utilizados mundialmente.



Consulta médica inicial: El propósito de la consulta médica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo es establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la semana de gestación en la que se encuentra y confirmar que el mismo sea intrauterino. Los riesgos asociados con la Interrupción Voluntaria del Embarazo, a pesar de ser mínimos cuando se lleva a cabo adecuadamente, aumentan con la duración del embarazo. Por lo mismo, la determinación de la edad gestacional es un factor crítico en la selección del método más apropiado.

Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero ya que la anteversión o retroversión extrema deben ser reconocidas para evitar complicaciones durante una IVE realizada por aspiración. Se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección postaborto, si no son tratadas antes del procedimiento. Igualmente se deben reconocer los signos de condiciones como anemia u otras patologías (alteraciones de la coagulación) que puedan llegar a requerir procedimientos adicionales o remisión para atención médica especializada.

No es necesario realizar de rutina exámenes de laboratorio, aunque se debe efectuar, sin excepción, asesoría y ofrecer prueba de tamizaje para VIH. Es importante conocer la hemoclasificación de la mujer y administrar inmunoglobulina antiRh a las mujeres Rh negativas al momento del procedimiento quirúrgico o al momento de administrar el misoprostol para la interrupción del embarazo con medicamentos.

En la consulta médica inicial también se debe establecer la causal bajo la cual la mujer solicita la interrupción de su embarazo. Si el profesional de la salud tiene dudas o juzga necesario la valoración por especialista o Psicología, debe hacer la remisión en forma inmediata, evitando que esto se convierta en una barrera a la prestación del servicio.

No se requieren estudios ecográficos como parte de la rutina para realizar la interrupción del embarazo en edades gestacionales tempranas. Sin embargo, podría estar indicada para determinar la edad gestacional en pacientes obesas, confirmar embarazos gemelares, descartar embarazos ectópicos o diagnosticar alteraciones anatómicas o patologías especiales.

En la consulta, la mujer puede manifestar que no desea interrumpir el embarazo, y por el contrario desea continuarlo. En ese caso, se le debe dar orientación e información sobre los controles prenatales, los cuales debe iniciar lo más pronto posible.

Orientación y asesoría: La orientación y asesoría están dirigidas a dar apoyo emocional a la mujer, brindarle información sobre las posibles opciones de tratamiento y acompañarla en su decisión cualquiera que sea. La orientación y asesoría deben proporcionarse en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele en estas sesiones o consultas. Es importante que la mujer se sienta considerada y tratada con respeto y comprensión. Bajo ningún punto de vista deben imponerse opiniones o juicios de valor por parte de las profesionales que realizan la orientación.

La información y asesoría debe cubrir los siguientes aspectos: i) revisión de la toma de decisión; ii) características de los procedimientos empleados para la interrupción del embarazo; y iii) anticoncepción. La orientación puede ser muy importante para ayudar a la mujer a considerar sus opciones y asegurar que pueda tomar una decisión sin ningún tipo de presión. Si ha decidido interrumpir su embarazo, se debe respetar su decisión e informarla sobre los requerimientos para la atención bajo las causales ya establecidas. Si, por el contrario, opta por continuar el embarazo se la debe programar para que inicie sus controles prenatales. En algunas circunstancias, la mujer puede estar bajo la presión de su pareja o un familiar para interrumpir el embarazo. En este caso, se debe hablar con la mujer a solas o derivarla para orientación adicional.

Los servicios de salud deben ofrecer diversos métodos de interrupción del embarazo y los profesionales deben estar capacitados para dar a la mujer información clara sobre cuáles son los más apropiados teniendo en cuenta la edad gestacional, la condición médica de la mujer, los potenciales factores de riesgo, las ventajas y desventajas

de cada método y las preferencias de la mujer. Las mujeres tienen más probabilidad de considerar un método de interrupción del embarazo aceptable si lo eligen ellas mismas.

La provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, específicamente de anticoncepción, es parte esencial de la atención que debe brindarse a la mujer que solicita la interrupción de su embarazo. El propósito es evitar un nuevo embarazo no deseado en el futuro y también referirla a servicios integrales de prevención de cáncer de mama, prevención de cáncer de cérvix y prevención de ITS y VIH. Todas las mujeres deben saber que pueden quedar embarazadas antes del sangrado menstrual posterior al procedimiento. Por lo mismo, es importante darles información sobre los métodos anticonceptivos y proveerlos en los casos en que la mujer haya elegido alguno de ellos.

Como en todo procedimiento e intervención médica, debe solicitarse a la mujer embarazada el consentimiento informado para proceder a la interrupción del embarazo. El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer que solicita y consiente la interrupción de su embarazo después de haber recibido información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida.

Procedimiento para la interrupción del embarazo: Para la interrupción del embarazo, la OMS recomienda dos clases de procedimientos: i) procedimientos quirúrgicos, los cuales se realizan por aspiración al vacío (Aspiración Manual Endouterina – AMEU) y ii) procedimientos con medicamentos.

La Aspiración Manual Endouterina (**AMEU**) es un método seguro y eficaz para la interrupción del embarazo, que consiste en la evacuación del contenido del útero mediante el uso de un aspirador manual de plástico y cánulas, también de plástico. Es adecuada para la interrupción del embarazo, tratamiento del aborto incompleto o retenido en edades gestacionales hasta 15 semanas desde la fecha de la última menstruación, regulación menstrual y biopsia de endometrio.

Comparada con el método tradicional conocido como legrado uterino (LUI) o dilatación y curetaje (D&C), la Aspiración Manual Endouterina requiere menos dilatación cervical, se realiza bajo anestesia local, en un nivel bajo de complejidad y está asociada con menos complicaciones (hemorragia, perforaciones uterinas), menor necesidad de personal especializado (ginecólogos, anestesiólogos), estancias hospitalarias más cortas y costos reducidos. La Organización Mundial de la Salud considera que "... el legrado uterino es un método obsoleto de aborto quirúrgico que debe ser reemplazado por la aspiración endouterina o por métodos con medicamentos".

El desarrollo de la Aspiración Manual Endouterina y el bloqueo paracervical ha permitido que los servicios de interrupción del embarazo se implementen notoriamente no solamente en los países desarrollados, sino también en los países en vías de desarrollo. Pareciera ser que la tecnología está hecha precisamente para estos países porque no depende de factores determinantes como la electricidad, anestésicos, ni personal médico especializado. Es un procedimiento que se puede realizar con seguridad y efectividad en sistemas de baja complejidad y por personal que solo requiere una adecuada capacitación (médicos generales, enfermeras e, inclusive, parteras).

La **interrupción del embarazo con medicamentos** es uno de los desarrollos más significativos en el campo de la salud sexual y reproductiva, tanto en los países en que es legal la interrupción del embarazo, como en los países con leyes restrictivas. En los países en que es permitida la interrupción del embarazo, el tratamiento con medicamentos es una alternativa segura, efectiva y no invasiva de la aspiración manual endouterina.

La introducción de medicamentos clínicamente eficaces y seguros para la interrupción del embarazo data del año 1982 cuando fue sintetizada la mifepristona. Francia y China fueron los primeros países en aprobarla en 1988, acompañada de una prostaglandina (misoprostol) para la interrupción del embarazo. Desde entonces, la mifepristona en combinación con el misoprostol se ha convertido en el estándar de oro para la interrupción del embarazo y se emplea en forma segura, con una eficacia hasta del 94% en embarazos hasta de 70 días contados a partir de la última menstruación. En los países en donde no ha sido registrada la mifepristona, la OMS y la evidencia médica disponible sugieren el empleo de misoprostol solo. El misoprostol solo aunque menos efectivo que la combinación mifepristona-misoprostol es igualmente seguro.

La mifepristona ha sido registrada en más de 50 países en el mundo; sin embargo, a 2013, aún no ha sido registrada en Colombia. El misoprostol tiene registro INVIMA para ser utilizado "... como oxitócico en las específicas circunstancias señaladas por la Sentencia C-355 de 2006". Ha sido aprobado también para las siguientes indicaciones ginecoobstétricas:

- ◆ Inducción del parto con feto vivo, interrupción del embarazo con feto muerto y retenido, tratamiento del aborto incompleto, hemorragia postparto.

- ◆ Maduración del cuello uterino para inducción del parto con feto viable y para efectos de procedimientos como: histeroscopia y colocación del DIU, evacuación del útero en casos de feto muerto o fallo temprano del embarazo.
- ◆ Inducción del trabajo de parto con feto vivo, en embarazo a término que requiera maduración del cérvix

En 2005, la OMS incluyó la mifepristona y el misoprostol en el listado de medicamentos esenciales, y el 4 de octubre de 2012, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), dando cumplimiento a la Sentencia T-627/12 de la Corte Constitucional acordó incluir el misoprostol en el listado de medicamentos del POS, con las indicaciones autorizadas por el INVIMA. En la actualidad, el misoprostol no es un medicamento de control especial — franja violeta.

La evidencia médica actualmente disponible indica que el empleo de medicamentos para la interrupción del embarazo se extiende cada vez más en los países con leyes tanto liberales como restrictivas. Se ha comprobado que el acceso a servicios seguros de interrupción del embarazo puede mejorar aún más si se implementa el régimen combinado de mifepristona-misoprostol. El no hacerlo, priva a las mujeres del ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

Control y seguimiento: Se recomienda el control y seguimiento después de la AMEU y de la interrupción del embarazo con medicamentos para confirmar que la mujer ha tenido una evolución adecuada, tratar problemas no resueltos (físicos o emocionales), atender las necesidades anticonceptivas, prestar cuidados preventivos en salud sexual

y reproductiva y remitir a servicios especializados, en caso de ser necesario.

Después de la Aspiración Manual Endouterina sin complicaciones, la visita de control y seguimiento puede ser opcional si la mujer ha sido informada adecuadamente sobre cuando solicitar atención debido a complicaciones y si ha recibido el método anticonceptivo que mejor se acomode a sus necesidades.

Si el tratamiento se ha realizado con medicamentos es importante que la mujer regrese aproximadamente 2 semanas más tarde para confirmar que el aborto ha sido completo. La confirmación es fácil de realizar teniendo en cuenta signos y síntomas, historia clínica, examen pélvico y, si es el caso, un estudio ecográfico.

El control es necesario en estos casos, especialmente si se emplea misoprostol solo, porque la eficacia del método alcanza solo el 80% y el medicamento se ha relacionado con malformaciones congénitas cuando el embarazo ha continuado. En caso de confirmarse la continuación del embarazo, presencia de un aborto retenido, retención de restos o sangrado persistente, se debe realizar la evacuación de la cavidad uterina por aspiración.

5. Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

La Aspiración Manual Endouterina es un procedimiento seguro y eficaz que debe, en lo posible, sustituir la dilatación y curetaje (legrado uterino).

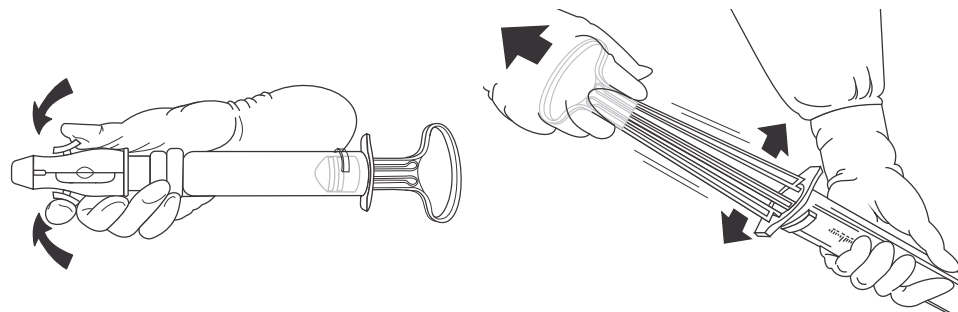
Es el método de elección para la interrupción de embarazos hasta las 15 semanas. La alta eficacia de la aspiración al vacío ha sido probada en varios estudios randomizados. Se han reportado tasas de efectividad hasta de 99.5%. La incidencia de hemorragia, infección pélvica, perforación y lesión cervical es menor que en casos de dilatación y curetaje. Los costos del procedimiento, el tiempo del personal y los recursos necesarios son menores.

Para la aspiración manual se requiere un aspirador manual (jeringa de Karman) de 60 ml que genera un vacío de al menos 55 mmHg. Al aspirador se conectan cánulas flexibles también de plástico y diámetro variable que oscila entre 4 y 12 mm.

Dependiendo de la edad gestacional, la Interrupción Voluntaria del Embarazo por aspiración se realiza de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y anestesia local, y no toma más de 8-10 minutos. No requiere quirófano, ni procedimientos totalmente estériles mientras se sigan las normas de la técnica de NO TOCAR.

La aspiración se realiza siguiendo los siguientes pasos:

a. Preparación y cargado del aspirador. Revisar el émbolo y los botones de la válvula del aspirador. Hacer llegar el émbolo hasta el fondo del cilindro y cerrar las válvulas, empujando cada botón hacia adentro y adelante hasta sentir que encajan en su lugar. Halar el émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro. En esta posición el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirles deslizarse dentro del cilindro empujando el contenido del aspirador nuevamente dentro del útero.



Técnica de “NO TOCAR”

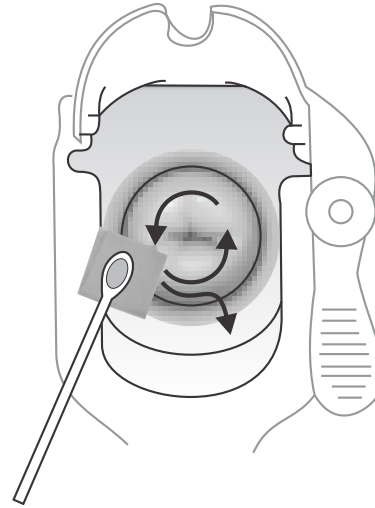
Consiste en no tocar con superficies no estériles los instrumentos estériles que van a ser introducidos en la cavidad uterina como, por ejemplo, la punta de las cánulas y los dilatadores.

b. Preparación del instrumental. Colocar el instrumental necesario para el procedimiento en un campo o recipiente estéril. Seleccionar los dilataores y cánulas teniendo en cuenta la edad gestacional. Usualmente se emplean en diámetros equivalentes al número de semanas de gestación. Se recomienda tener a disposición varios tamaños de cánulas. Si se emplean cánulas demasiado pequeñas, se pueden obstruir con los tejidos, dificultando la aspiración.

c. Examen pélvico bimanual. Confirmar el embarazo y estimar su duración. Establecer si el útero se encuentra en anteversión o retroversión o en otra posición que pueda alterar la estimación de la edad gestacional o complicar el procedimiento. Descartar también posibles patologías pélvicas o anexiales. El tamaño del útero debe coincidir con el número de semanas calculado de acuerdo a la fecha de la última menstruación. Si el útero está muy grande, es posible que se trate de un embarazo mayor a lo esperado. No iniciar la aspiración si el embarazo excede las 15 semanas de gestación.

d. Especuloscopia. Insertar el espéculo vaginal en forma suave y delicada para no causar molestia a la mujer. Identificar signos clínicos de infección. En caso de infección, iniciar la administración de antibióticos inmediatamente y continuar el procedimiento.

e. Preparación antiséptica del cérvix. Practicando la técnica de NO TOCAR durante todo el procedimiento, aplicar en el orificio cervical, el cérvix y los fondos de saco una solución antiséptica (clorhexidina o un compuesto yodado) para eliminar parte de los microorganismos normalmente presentes en la vagina y el cérvix.

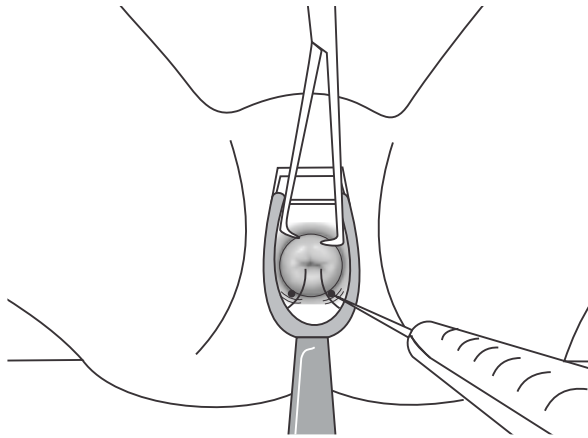


Limpieza cuello.

f. Pinzamiento del cérvix. Fijar el cérvix con tenáculo cervical, previa infiltración submucosa de 1 o 2 cc de anestésico. Hacer el pinzamiento de manera lenta y suave, con la opción de hacer toser a la mujer para aminorar la molestia que causa el pinzamiento y la tracción³⁶. Abarcar la mucosa y parte del estroma muscular con el fin de asegurar la fijación uterina y evitar el desgarro de la mucosa al ejercer tracción.

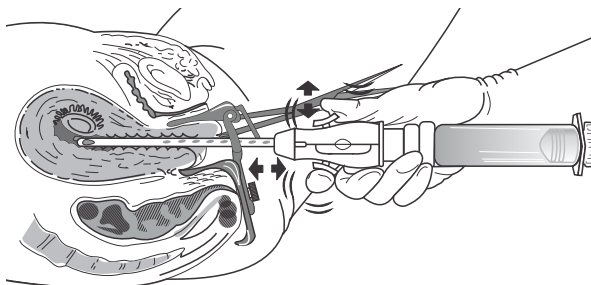
g. Bloqueo paracervical. Infiltrar 200 mg de lidocaína (10 cc de lidocaína al 2% o 20 cc al 1%) mediante punción profunda (3 centímetros) en los fórnices vaginales, en los puntos 5 y 7 de la circunferencia del reloj, repartiendo el volumen de manera equitativa entre los dos puntos.

Aspirar antes de iniciar la infiltración para evitar la administración intravascular de la sustancia anestésica. Si se observa presencia de sangre en la jeringa, retirar la aguja y ubicar otro sitio de la región paracervical para realizar la infiltración. Una vez realizadas las infiltraciones, esperar 3 minutos para permitir el inicio de la acción anestésica³⁷.



Inyección anestesia

- h. Dilatación cervical.** En los casos en que el canal cervical no permita el paso de la cánula adecuada, dilatar mediante la inserción suave de dilatares plásticos de Denniston o metálicos de Hegar de manera consecutiva, empezando con el de menor calibre hasta alcanzar un diámetro en milímetros equivalente al número de semanas de edad gestacional calculadas. No pasar los dilatares más allá del orificio cervical interno para evitar una perforación uterina o una falsa ruta.
- i. Succión.** Introducir suavemente hasta el fondo del útero una cánula de diámetro en milímetros equivalente al número de semanas de gestación y empatarla al aspirador. Activar la succión y evacuar el contenido uterino moviendo suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación y del fondo hasta el orificio interno.



Succión cánula

La succión se suspende cuando no se obtengan tejidos a través de la cánula y se tenga la sensación táctil y auditiva de que se ha desprendido el tejido “liso” correspondiente al tejido decidual y que se toca una superficie “áspera”, a la vez que se observa la salida de burbujas por la cánula de succión.

Al terminar la succión, se debe verificar la adecuada contracción uterina y la ausencia de sangrado por el orificio cervical o los puntos de aplicación del tenáculo. En caso de presentarse sangrado por los puntos de fijación cervical, ejercer presión directa sobre ellos con torundas de gasa. Si la paciente lo ha elegido, aplicar en este momento el dispositivo intrauterino (DIU) recortando los hilos a 15-20 mm del orificio cervical externo.

j. Revisión del tejido. Es importante revisar el tejido obtenido en la succión para confirmar la presencia de saco gestacional con sus vellosidades características y/o el tejido embrionario o fetal completo acorde a la edad gestacional. Si está indicado, pueden enviarse muestras de tejido al laboratorio de patología.

k. Prevención del dolor. La administración previa de analgésicos tipo AINES es útil para reducir el dolor que la mujer experimenta durante el procedimiento y la recuperación inmediata. El esquema sugerido es de ibuprofeno, 800 mg vía oral media hora antes del procedimiento.

l. Prevención de la infección postaborto. La administración profiláctica de antibióticos reduce hasta en un 40% el riesgo de infección.³⁸ El esquema más recomendado es la doxiciclina en dosis de 100 mg cada 12 horas, iniciando antes del procedimiento y hasta 5 días después.

Referencias

1. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355 de 2006.
2. Corte Constitucional de Colombia. Sentencias T-171/07, T-988/07, T-209/08, T-946/08, T-388/09.
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución No 1.441 de 2013, Resolución No 1.841 de 2013, Resolución No 5.521 de 2013.
4. Superintendencia Nacional de Salud. Circular No 003 de 2013.
5. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182-187.
6. OMS. Op. Cit.
7. *Ibíd.*
8. *Ibíd.*
9. Ministerio de Salud y Protección Social, Protocolo para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia, 2014.
10. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complicacitons of first-trimester abortion: a report of 170.000 cases. *Obstet Gynecol*. 1990;76(1):129-35.
11. OMS. Op. Cit.
12. Fuentes J, Billings DL, Cardona JA, Otero JB: Una comparación de tres modelos de atención postaborto en México. *Population Council*, México. 1998.
13. OMS, Op.Cit.
14. MS-PS. Resolución 1441 de 2013.
15. *Ibíd.*
16. Grimes DA and Cates W Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1979;34:177-191.
17. Achilles SL, Reeves MF; Society of Family Planning. Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception*. 2011 Apr; 83(4):295-309.
18. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second trimester abortion. *Contraception*, 2010;83:30-33.
19. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993;307:714-717.

20. OMS. Op. Cit.
21. Ibídem.
22. Warriner IK, Meirik O, Hoffman M, Morrioni C, Harries J, My Huong NT, Vy ND, Seuc AH. Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet* 2006 Dec 2;368 (9551):1965-72.
23. Elati A, Weeks A. The use of misoprostol in obstetrics and gynaecology. *BJOG*. 2009 Oct;116 Suppl 1:61-9.
24. Raghavan S, Bynum J. Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Gynuity Health Projects. New York, NY. 2009.
25. INVIMA. Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora. Acta No. 20 de junio 2007, 2.9.39.
26. INVIMA. Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora. Acta No. 13 de agosto 2007, 2.1.2.
27. INVIMA. Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora. Acta No. 46 de octubre 2009, 2.1.2.3.
28. INVIMA. Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora. Acta No. 38 de agosto 2011, 3.3.32.
29. Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 34 de 2012.
30. OMS. Op. Cit.
31. Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Dec;99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.
32. Blanchard K, Shochet T, Coyaji K, Ngoc NTN, Winikoff B. Misoprostol alone for early abortion: an evaluation of seven potential regimens. *Contraception* 2005;72(2):91-7.
33. Pastuszak AL, Schuler L, Speck-Martins CE, Coelho KE, Cordello SM, Vargas F, et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius' syndrome in infants. *N Engl J Med* Jun 25 1998;338(26):1881-5.
34. OMS. Op. Cit.
35. Ibídem.
36. Westfall JM, Sophocles A, Burggraf H, et al. Manual vacuum aspiration for first trimester abortion. *Arch Fam Med* 1998;7:559-561.
37. Mahomed K, Healy J, Tandon S. A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. *Int J Gynecol Obstet* 1994;46:27:32.

38. Fuentes J, Billings DL, Cardona JA, Otero JB: Una comparación de tres modelos de atención postaborto en México. Population Council, México. 1998.
39. Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001; (4): CD002900.
40. Schmid BC, Pils S, Heinze G, Hefler L, Reinthaller A, Speiser P. Forced coughing versus local anesthesia and pain associated with cervical biopsy: a randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 2008 Dec; 199(6):641.e1-3.
41. Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. Int J Gynaecol Obstet. 2001 Feb;72 (2):171-8.
42. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. Obstet Gynecol. 1996 May;87(5 Pt 2):884-90.

II. Propuesta metodológica

TEMA	OBJETIVOS	TÉCNICA	MATERIALES	TIEMPO
Revisión del día anterior	<ul style="list-style-type: none"> Promover la reflexión sobre las experiencias vividas el día anterior 	Lluvia de ideas		30'
Modelo de servicios de IVE	<ul style="list-style-type: none"> Dar información sobre la implementación de la IVE en los diferentes niveles de complejidad Conocer el modelo de atención para la IVE Conocer los métodos modernos para la IVE Familiarizarse con la ruta de atención para la IVE 	Presentación interactiva	Presentación ppt 3 - Modelo de servicios de interrupción voluntaria del embarazo	30'
Consulta médica inicial	<ul style="list-style-type: none"> Presentar la estructura y objetivos de la consulta para IVE Presentar la estructura y los objetivos de la orientación y asesoría Desarrollar y/o fortalecer las habilidades para realizar la consulta y/o la orientación 	Juego de roles	<ul style="list-style-type: none"> Hojas rotafolio Marcadores Presentación ppt 4: Consulta médica inicial Presentación ppt 5: Orientación para la IVE 	90'
Orientación				
Técnica AMEU	<ul style="list-style-type: none"> Conocer la técnica AMEU y los elementos necesarios para realizarla Familiarizarse con el instrumental empleado para la AMEU 	Demostración práctica	<ul style="list-style-type: none"> Equipo AMEU Dilatadores Cánulas Aspirador Video 1: Aspiración Manual Endouterina Presentación ppt 6: Aspiración Manual Endouterina para el tratamiento de la IVE	80'

TEMA	OBJETIVOS	TÉCNICA	MATERIALES	TIEMPO
Acompañamiento durante la IVE Control y seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Revisar aspectos sobre el acompañamiento a la mujer durante el procedimiento, recuperación y cita de control 	Presentación interactiva	Presentación ppt 7: Acompañamiento y atención durante la IVE.	40´
Técnica AMEU	<ul style="list-style-type: none"> Familiarizarse con la técnica de la AMEU 	Demostración práctica en modelos Práctica en modelos Evaluación opcional	<ul style="list-style-type: none"> Equipo AMEU Dilatadores Cánulas Aspiradores Evaluación –opcional Anexos 9 y 10 	150´
Orientación	<ul style="list-style-type: none"> Promover habilidades y destrezas necesarias para la orientación y asesoría de la mujer que solicita la IVE 	Juego de roles	Casos	150´
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> Revisar el trabajo del día 	Lluvia de ideas		10´

III. Desarrollo metodológico

ACTIVIDAD 9 REVISIÓN DEL DÍA ANTERIOR

Revisar las experiencias vividas el día anterior durante la actividad o al compartirlas en casa ayuda a vivirlas de una forma más profunda y sentida. Son vivencias que reafirman los cambios de valores y actitudes respecto a la interrupción del embarazo, no solamente a nivel personal, sino también en todos los participantes. Es evidente que los valores que inciden en las actitudes y creencias acerca de la interrupción del embarazo suelen cambiar en respuesta a nuevas vivencias y a un entendimiento más profundo de las circunstancias y el contexto.

REVISIÓN DE EXPERIENCIAS

Objetivos

- ◆ Reflexionar sobre las experiencias vividas el día anterior y, en lo posible, compartirlas con los demás participantes.
- ◆ Identificar los valores en que se basan sus actitudes y creencias respecto a los servicios de aborto y las mujeres que recurren a estos.
- ◆ Identificar los valores que han cambiado y describir las consecuencias de estos cambios en sus creencias y actitudes.

Tiempo

- ◆ 20 minutos.

Desarrollo

1. Dé la bienvenida a la nueva jornada de trabajo.
2. Comience con algún ejercicio para dar energía al grupo o hacer preguntas como ¿qué tal descansaron?, o ¿cómo se sienten? para crear un ambiente de cordialidad.

3. Invite de manera espontánea y abierta para que comenten su experiencia del día anterior. ¿Reflexionaron sobre ella? ¿La compartieron con otras personas en su casa o con amistades? ¿Qué comentarios surgieron de estas conversaciones?
4. Fomente el intercambio de experiencias para que participe el mayor número de personas y la actividad sea enriquecedora.
5. Haga énfasis en el impacto tan grande que las vivencias pueden tener en el cambio de valores y por lo mismo en el cambio de actitudes. Comente algunas de las experiencias de los participantes.
6. Solicite y trate con los participantes cualquier pregunta, observación o inquietud que haya quedado pendiente.
7. Agradezca al grupo por su participación.

ACTIVIDAD 10

MODELO DE SERVICIOS DE IVE

La información presentada en esta actividad incluye elementos sobre la implementación de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en diferentes niveles de complejidad, y también conocimientos básicos sobre el modelo de atención para la IVE, los métodos modernos para la interrupción del embarazo y finalmente la ruta de atención indicada en la Guía Técnica de la OMS.

Objetivos

- ◆ Dar información sobre la implementación de la IVE en los diferentes niveles de complejidad.
- ◆ Conocer el modelo de atención para la interrupción voluntaria del embarazo.
- ◆ Conocer los métodos modernos para la IVE.
- ◆ Familiarizarse con la ruta de atención para la IVE.

Material

- ◆ Presentación de Power Point 3: Modelo de servicios de interrupción voluntaria del embarazo.

Tiempo

- ◆ 50 minutos.

Desarrollo

1. Emplee la presentación en Power Point 3: Modelo de servicios de interrupción voluntaria del embarazo.

Notas para el presentador

1. Prepare de antemano el tema y la presentación.
2. Haga una presentación interactiva.
3. Facilite la intervención de todos los participantes.
4. Conteste con claridad todas las preguntas.



ACTIVIDAD 11

CONSULTA INICIAL Y ORIENTACIÓN

A través de un juego de roles se busca que los participantes adquieran conceptos claros sobre el papel del médico y la orientadora durante la consulta inicial y la orientación de la mujer que solicita la interrupción de su embarazo. Se pretende también que estos profesionales desarrollen o fortalezcan sus habilidades para realizar dicha consulta y orientación.

Objetivos

- ◆ Presentar la estructura y objetivos de la consulta para IVE.
- ◆ Presentar la estructura y los objetivos de la orientación y asesoría.
- ◆ Desarrollar y/o fortalecer las habilidades para realizar la consulta y/o la orientación.

Material

- ◆ Mesa y dos sillas.
- ◆ Blusa para médico.
- ◆ Hojas en blanco.
- ◆ Presentaciones Power Point 4: Consulta médica inicial
- ◆ Presentación ppt 5: Orientación para la IVE.

Tiempo

- ◆ 90 minutos.

Desarrollo

1. Prepare una mesa con dos sillas al frente del salón. Hojas de papel en blanco. Una blusa para médico.
2. Explique a los participantes que la actividad conlleva la atención de una mujer que solicita interrumpir su embarazo.
3. Invite a uno de los médicos presentes a pasar adelante y asumir el rol de médico tratante. La facilitadora hará el papel de la mujer.
4. Inicie el juego de roles, deteniéndolo en el momento que mejor le parezca. Pida comentarios de los participantes. Cuando alguno de los participantes haga algún comentario pertinente o diferente, invítelo a pasar adelante y reinicie el juego de roles, empleando la retroalimentación para mejorar la intervención.

- ◆ Usualmente se hace referencia a la intervención del área de Psicología. Invite entonces a una psicóloga a pasar adelante, en lugar del médico, y continúe de esa forma la atención de la mujer. Continúe como en el numeral anterior.
- ◆ Al final pregunte a cada uno de los participantes en el juego de roles cómo se sintieron con la interpretación. Cómo les resultó el rol. Facilite el diálogo con todos los participantes para que opinen sobre la situación y los contenidos.
- ◆ Empleando el rotafolio o las presentaciones de Power Point, haga un resumen claro y conciso sobre la estructura y los objetivos de la consulta y la orientación.
- ◆ Agradezca a todos los participantes.

ACTIVIDAD 12

TÉCNICA DE LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA - AMEU

La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la técnica de elección para la interrupción del embarazo en el primer trimestre. En esta actividad se proporciona paso a paso toda la información necesaria para realizar la interrupción del embarazo empleando esta técnica.

Objetivos

- ◆ Conocer la técnica AMEU y los elementos necesarios para realizarla.
- ◆ Familiarizarse con el instrumental empleado para la AMEU.

Material

- ◆ Instrumental: Equipo de AMEU, Juego de dilatadores, Juego de cánulas, Aspiradores.
- ◆ Video 1: Aspiración Manual Endouterina.
- ◆ Presentación ppt 6: Aspiración Manual Endouterina para el tratamiento de la IVE.

Tiempo

- ◆ 80 minutos.

Desarrollo

1. Prepare una mesa al frente del salón. Colocar en ella el material e instrumental necesario para realizar la AMEU.
2. Explique en qué consiste la técnica de NO TOCAR.
3. Describa el instrumental empleado para la AMEU. Pase algunos dilatadores, cánulas y aspiradores para que los participantes los “toquen” y se familiaricen con ellos.
4. Explique cada uno de los pasos que se deben seguir al emplear la técnica de la AMEU (emplear material e instrumental y, si se desea, las imágenes de las diapositivas que se encuentran en la presentación en power point 6: Aspiración Manual Endouterina para el tratamiento de la IVE).
 - Contacto inicial con la paciente.
 - Revisión de historia clínica.
 - Examen ginecológico.
 - Aplicación del espéculo.

- Preparación del cérvix.
 - Fijación del cérvix.
 - Bloqueo paracervical.
 - Dilatación.
 - Aspiración.
 - Revisión del tejido.
 - Final del procedimiento.
5. Presentación del video 1 sobre la AMEU.
 6. Permita que los participantes hagan sus comentarios y preguntas.
 7. Agradecer su atención y participación.

ACTIVIDAD 13

ACOMPañAMIENTO DURANTE LA IVE

En esta actividad se cubren los conocimientos y las actitudes que deben tener los profesionales de la salud con el fin de hacer acompañamiento y dar apoyo a la mujer durante las diferentes etapas de atención para la interrupción voluntaria del embarazo: procedimiento, recuperación y seguimiento en la cita de control.

Objetivos

- ◆ Revisar aspectos sobre el acompañamiento a la mujer durante el procedimiento, recuperación y cita de control.

Material

- ◆ Presentación de Power Point 7: Acompañamiento y atención durante la IVE.

Tiempo

- ◆ 40 minutos.

Desarrollo

1. Emplee la presentación en Power Point 7: Acompañamiento y atención durante la IVE.

Notas para el presentador

1. Prepare de antemano el tema y la presentación.
2. Haga una presentación interactiva.
3. Facilite la intervención de todos los participantes.
4. Conteste con claridad todas las preguntas.



ACTIVIDAD 14

DEMOSTRACIÓN DE LA AMEU EN MODELOS

En esta práctica se siguen los pasos establecidos para la realización de la AMEU, teniendo en cuenta la comunicación y cuidado de la mujer, el uso del instrumental y la observancia de las precauciones universales para prevenir la infección.

Objetivos



- ◆ Familiarizarse con la técnica de la AMEU:
- ◆ Hacer la evaluación clínica inicial de la mujer.
- ◆ Identificar los riesgos potenciales de complicación.
- ◆ Emplear el instrumental en forma adecuada.
- ◆ Realizar cada uno de los pasos de la AMEU en forma correcta y segura.
- ◆ Aplicar la técnica de NO TOCAR.

Material

- ◆ Pitahayas.
- ◆ Equipo de protección personal.
- ◆ Guantes.
- ◆ Espéculo.
- ◆ Tenáculo.
- ◆ Pinzas de anillo (2).
- ◆ Gasas.
- ◆ Dilatadores de Denniston de 5-8 mm.

- ◆ Cánulas Karman de 5-7 mm.
- ◆ Aspirador manual (aspirador Ipas AMEU-Plus).
- ◆ Jeringa de 10 cc con aguja 22x3,5 pulgadas.
- ◆ Extensor.

Tiempo

- ◆ 150 minutos.

Preparativos

- ◆ **La pitahaya** debe tener un tamaño de longitud entre 8 y 10 centímetros.
- ◆ La parte más ancha será el cuerpo uterino.
- ◆ La parte más angosta será el cuello uterino.
- ◆ En la parte angosta hay un pequeño orificio que corresponderá al orificio cervical.
- ◆ La persona en práctica está en el rol de médico. La persona que sostiene la fruta hace el rol de paciente y la coloca en posiciones diferentes para simular un útero en anteversión, media o posterior.

Desarrollo

1. Elementos de protección personal.
2. Lavado de manos.
3. Guantes.
4. Careta.
5. Peto protector.
6. Técnica de NO TOCAR.
 - Practicar la técnica de NO TOCAR durante todo el procedimiento.
7. Evaluación preoperatoria.
 - Debe incluir: salud y presentación, revisión de la Historia Clínica, exploración pélvica de la usuaria. Definir posición y tamaño del útero.
8. Preparación de la vagina y el cérvix
 - Introducir el espéculo vaginal para observar la vagina y el cérvix. Preparar el área vaginal y cervical con una solución antiséptica. Fijar el cérvix aplicando el tenáculo en las posiciones 11 y 1 del reloj en forma suave y cuidadosa. Asegurarlo bien para evitar desgarrar el cérvix durante el procedimiento. Puede ser útil la aplicación inicial submucosa de 2 cc de lidocaína en el sitio donde se aplicará el tenáculo.

9. Aplicación de la anestesia

- Aplicar 5 cc de lidocaína simple al 2% en los pliegues cervico-vaginales en las posiciones 5 y 7 del reloj a 3 cc de profundidad. Aspirar con la jeringa para verificar que no se está en un vaso sanguíneo. Esperar 5 minutos antes de iniciar la dilatación.

10. Dilatación cervical

- La dilatación cervical solo es necesaria cuando el orificio cervical no permite el paso de la cánula adecuada al tamaño uterino. La dilatación se debe realizar en forma cuidadosa y delicada. Iniciar con un dilatador que pase cómodamente a través del canal cervical. Continuar con dilatadores de calibre creciente hasta alcanzar la dilatación deseada (igual o un calibre superior a la edad gestacional).

11. Aspiración

- Introducir la cánula suavemente a través del cérvix hasta pasar el orificio interno. Conectar el aspirador manual montado de antemano y empujar la cánula cuidadosamente dentro de la cavidad uterina hasta tocar el fondo. Soltar la válvula del aspirador y ejercer movimientos de rotación y de adentro hacia fuera. Repetir los movimientos hasta que cese el paso de tejido. Verificar que el procedimiento ha terminado. Si el procedimiento ha terminado, retirar todo el instrumental. Al retirar el instrumental observar si hay lesión cervical. Confirmar que el sangrado en los puntos de aplicación del tenáculo no es excesivo.

12. Revisión del tejido.

Nota: En el Anexo 9 – AMEU: Evaluación, se encuentra una prueba de conocimientos que se sugiere utilizar para verificar la comprensión del tema por los participantes de esta actividad. En el Anexo 10 – AMEU: Evaluación (Respuestas) está la guía para la revisión de estas evaluaciones por parte del facilitador.

ACTIVIDAD 15

ORIENTACIÓN – JUEGO DE ROLES

Se proponen en esta actividad técnicas que favorecen el desarrollo y fortalecimiento de la habilidad de comunicación con la mujer que solicita la interrupción del embarazo dentro de alguna de las causales. Promueve también las habilidades y destrezas para la orientación y la asesoría.

Objetivos

- ◆ Promover habilidades y destrezas necesarias para la orientación y asesoría de la mujer que solicita la IVE.
- ◆ Proporcionar elementos analíticos sobre la aplicación de la causal salud, revisando en casos concretos la forma como ha sido aplicada.
- ◆ Definir aspectos claros sobre la forma como debe ser interpretada la causal y la forma como debe ser aplicada dentro de un marco jurídico y de derechos humanos.

Material

- ◆ Casos de Orientación para la IVE (Anexo 11).

Tiempo

- ◆ 150 minutos.

Desarrollo

1. Forme 3 o 4 grupos con las personas que no participan en la práctica de AMEU. Cada grupo no debe tener más de 4-5 personas.
2. Entregue a cada grupo un caso para representar.
3. Cada grupo debe estudiar el caso, responder las preguntas que se hacen al final del caso y plantear la mejor forma de hacer la orientación (10 minutos).
4. Cada grupo elige a una persona que asumirá el rol de usuaria y otra que asumirá el de orientadora, y serán quienes presenten el caso ante la plenaria, utilizando las herramientas discutidas en el grupo (10 minutos).
5. Al cabo de cada presentación recoja los comentarios de los participantes. Presente sus propios comentarios. Pida un aplauso por el esfuerzo realizado.
6. Cierre.



Módulo

3

Complicaciones de la AMEU

Interrupción del embarazo con medicamentos

Interrupción Voluntaria del Embarazo: Un derecho sin barreras

Implementación de la IVE: Retos y perspectiva

I. Contenidos

1. Complicaciones de la AMEU

La Aspiración Manual Endouterina es un procedimiento altamente seguro cuando se realiza por personal debidamente capacitado; sin embargo se pueden presentar algunas complicaciones a pesar de seguir puntualmente los protocolos y haber tomado las precauciones necesarias para prevenirlas. La evidencia actualmente disponible indica que menos del 0.07% de las mujeres experimentan complicaciones serias que requieran hospitalización y solo el 0.9% presenta complicaciones menores.³⁹

Hemorragia: La hemorragia puede ser el resultado de la retención de restos, hipotonía uterina, traumatismo o lesión cervical, y, menos frecuente, perforación uterina. Dependiendo de la causa el tratamiento adecuado incluye: masaje uterino, reevacuación de la cavidad uterina, administración de uterotónicos como misoprostol sublingual o rectal. Es necesario el reemplazo del volumen intravascular de acuerdo a la pérdida de sangre y se debe hacer administrando cristaloides en una proporción de 3 a 1 del volumen perdido.

Si el sangrado persiste o va en aumento se emplea un catéter de Foley No. 18, el cual se introduce en la cavidad uterina y se llena con agua o solución salina estéril hasta que se detenga el sangrado o hasta completar 70 ml. Este procedimiento puede detener el sangrado o ganar tiempo para remitir a la mujer a un nivel superior en donde se pueda estabilizar y proporcionar el tratamiento adecuado.

Puede presentarse sangrado uterino persistente el mismo día o días después de haberse realizado la evacuación al vacío. Los síntomas y signos incluyen sangrado genital, dolor abdominal y, algunas veces, signos de infección. Usualmente se debe a retención de restos. El tratamiento de elección en estos casos es la reevacuación.

Hematómetra: La hematómetra se refiere a la colección de sangre y coágulos en la cavidad uterina. Con frecuencia se le denomina también síndrome postabor-

to. La incidencia es aproximadamente de 0.18%.⁴⁰ Se puede presentar inmediatamente después de la succión o varias horas, días o semanas después. La cantidad de sangre que se acumula en la cavidad es igualmente variable.

Se han observado casos de colección de sangre y coágulos hasta de 1.500 ml, acompañada de presión en la línea media de la pelvis y cólicos severos.⁴¹ Es más frecuente observar colecciones de sangre de menos de 100 ml, las cuales se comportan de manera asintomática durante varias semanas. Las mujeres pueden presentar expulsión intermitente de coágulos oscuros, sangrado escaso, presión en la pelvis y elevación de la temperatura.

Al examen, típicamente se encuentra el útero aumentado de tamaño, tenso y doloroso.⁴² El proceso se resuelve rápidamente una vez se drena la hematómetra o se reevacúa la cavidad.

Perforación uterina: Por lo general, la perforación uterina no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre se observó que 12 de 14 perforaciones del útero eran tan pequeñas que no hubiesen sido diagnosticadas de no haberse hecho la laparoscopia.⁴³ Cuando se sospecha una perforación uterina, la observación y el empleo de antibióticos puede ser lo único que se necesita.⁴⁴

El mayor número de perforaciones uterinas se presentan en la línea media de la cara anterior o posterior del cuerpo uterino, área por demás relativamente poco vascularizada.⁴⁵ La mayor parte de ellas se resuelven sin tratamiento y sin presentar efectos secundarios posteriores. Las perforaciones que eventualmente comprometen el bienestar general de la mujer, incluyen lesiones de más de 12 mm de diámetro, ocurren en edades gestacionales avanzadas, ocasionan dolor severo o sangrado o se acompañan de presencia de tejido intraabdominal en la cánula.⁴⁶

Infección: Es poco probable que se presenten infecciones cuando la Aspiración Manual Endouterina se realiza apropiadamente y se observa cuidadosamente la técnica de NO TOCAR. Los síntomas comunes incluyen fiebre o escalofrío, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina aumentada y/o un recuento elevado de glóbulos blancos.

En presencia de una infección se deben administrar antibióticos. Por su baja incidencia, no existen estudios clínicos que permitan hacer una recomendación basada en evidencia sobre el mejor tratamiento y, en general, se emplean los mismos regímenes que se recomiendan para el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria.⁴⁷ Si la causa probable de la infección es la retención de restos ovulares, además de la antibioterapia, se debe proceder a la reevacuación del útero. Cabe señalar que las mujeres con infecciones severas pueden requerir hospitalización.

Evacuación fallida: La evacuación fallida es una complicación poco común. Los estudios disponibles mencionan que la tasa de evacuación fallida post-aspiración manual endouterina en primer trimestre es de 0.23%.⁴⁸ La mayor parte de las evacuaciones fallidas se presentan en mujeres con anatomía pélvica normal cuyos procedimientos son realizados por profesionales expertos. Sin embargo, con frecuencia se relacionan las edades gestacionales tempranas (4-5 semanas) y las alteraciones anatómicas congénitas (úteros bicornes o tabicados) o adquiridas (miomas intracavitarios, sinequias) con un mayor riesgo de evacuaciones fallidas.

La mejor manera de prevenir la evacuación fallida es practicando un examen cuidadoso a la mujer con el fin de determinar sin lugar a dudas factores predisponentes como la edad gestacional, la posición uterina, la presencia de alteraciones congénitas o de cualquier tipo de patología que altere la anatomía normal.

La evacuación fallida se debe sospechar al terminar la succión y examinar el tejido obtenido. Ocasionalmente y con más frecuencia en casos con edades gestacionales tempranas, la obtención

de alguna cantidad de material puede crear en el profesional la falsa impresión de haber obtenido todo el tejido esperado. En la cita de control se debe considerar esta posibilidad y en caso de confirmarse la continuación del embarazo, se debe realizar nuevamente la evacuación uterina. Es de notar que algunas de las pacientes en estas condiciones pueden haber estado completamente asintomáticas desde la fecha del procedimiento.

Desgarro cervical: Los desgarros del cuello son producidos usualmente por el tenáculo. La mejor forma de prevenirlos es utilizar siempre tenáculos atraumáticos, tomar una porción adecuada del estroma cervical, dilatar cuidadosa y suavemente y ejercer una tracción constante a lo largo del procedimiento.⁴⁹ El uso de misoprostol reduce significativamente el riesgo de lesiones cervicales durante la aspiración manual endouterina.⁵⁰

Las opciones de tratamiento incluyen: presión directa con torundas de gasa o con una pinza hemostática; aplicación de pasta de Monsel; o, si el desgarro es significativo, sutura con catgut cromado.

Reacciones anestésicas: La administración adecuada de lidocaína es un método seguro y eficaz para el control del dolor durante la Aspiración Manual Endouterina. Sin embargo se han descrito reacciones severas y muerte cuando se ha empleado para el bloqueo paracervical. Las causas posibles de muerte incluyen: sobredosis, inyección intravascular y reacciones de hipersensibilidad.⁵¹

La toxicidad sistémica de las sustancias anestésicas se debe a la administración de dosis elevadas o dosis bajas administradas inadvertidamente en vasos sanguíneos. En el caso de la lidocaína los efectos tóxicos dependen de la concentración.⁵² A concentraciones plasmáticas relativamente bajas

se presenta mareo, parestesias periorales, trastornos visuales, tinnitus y un sabor metálico en la boca. A dosis algo más elevadas, espasmo muscular, inconsciencia y convulsiones. Finalmente, a dosis significativamente elevadas se presentan efectos cardiovasculares que incluyen hipotensión, bradicardia, paro cardíaco y muerte.

La posible toxicidad se previene evitando la inyección intravascular (aspirar siempre antes de infiltrar la lidocaína) y la administración de más de 200 mg. Esta dosis se alcanza si se administran 20 ml de lidocaína al 1% o 10 ml al 2%. Usualmente se emplea sin vasoconstrictores, aunque en algunos casos se utiliza vasopresina para reducir la pérdida de sangre.⁵³

Afectación de la salud mental: Recientemente la Asociación de Psicología Americana (APA) realizó una revisión sistemática exhaustiva de la literatura médica publicada en revistas científicas desde 1989 sobre el posible efecto de la interrupción del embarazo en la salud mental de la mujer.⁵⁴ El grupo de trabajo concluye que las investigaciones metodológicamente más sólidas indican que entre las mujeres que presentan un embarazo no planeado y tienen un aborto legal durante el primer trimestre, los riesgos relativos de problemas de salud mental no son mayores que los riesgos identificados en las mujeres que deciden continuar el embarazo. Esta conclusión es más o menos similar a la alcanzada por el primer grupo de trabajo de la APA.⁵⁵

El aborto puede, en muchos casos, generar alivio del estrés asociado con embarazo no deseado, tal como lo reflejan muchos estudios.⁵⁶ Sin embargo, en algunos casos en que a la decisión de abortar se añade estigma social o religioso, o en los que la mujer se ve obligada a mantener en secreto su

decisión o no cuenta con una red de apoyo, esto puede generar un estrés adicional que no depende directamente del aborto sino de las situaciones desfavorables que lo puedan acompañar.⁵⁷

2. Interrupción del embarazo con medicamentos

La mifepristona, combinada con el misoprostol, es el medicamento de elección recomendado por la OMS para la interrupción del embarazo. La mifepristona es un antagonista de los receptores de la progesterona que actúa inhibiendo la acción de la progesterona y sensibilizando el útero a la acción de las prostaglandinas⁵⁸. El misoprostol, por su parte, es un análogo sintético de la prostaglandina E_2 , que estimula las contracciones uterinas y produce ablandamiento y dilatación del cuello uterino.⁵⁹ En los países en donde no ha sido registrada la mifepristona, la OMS y la evidencia médica disponible sugieren el empleo de misoprostol solo. El misoprostol solo aunque menos efectivo que la combinación mifepristona-misoprostol es igualmente seguro.⁶⁰

Efectividad del tratamiento. La tasa de efectividad del tratamiento con mifepristona y misoprostol está alrededor del 94%⁶¹ y la del misoprostol solo entre el 85% y 90%, dependiendo de la dosis y la vía de administración⁶². Aproximadamente el 6% de las mujeres tratadas con la combinación mifepristona y misoprostol requieren una aspiración al vacío por presentar un aborto incompleto o retenido, sangrado abundante o continuación del embarazo. Cuando se emplea

misoprostol solo, la necesidad de aspiración al vacío puede ascender por encima del 15%. Rara vez se requiere atención inmediata por sangrado excesivo (menos del 1% de los casos); sin embargo, la mujer debe ser informada sobre dónde acudir en caso de presentar sangrado mayor al esperado.

Dosificación. La dosis de misoprostol indicada por la OMS para embarazos hasta de 10 semanas es de 800 mcg administrada por vía vaginal o sublingual. Repetir la dosis cada 12 horas cuando se emplea por vía vaginal o cada 3 horas cuando se emplea la vía sublingual, hasta completar (3) tres dosis.

Efectos esperados. Los efectos de la interrupción del embarazo con medicamentos son similares a los observados cuando se presentan abortos espontáneos e incluyen cólicos y sangrado mayor al de una menstruación. El sangrado se presenta, por lo general, dentro de las 3 horas siguientes a la administración del misoprostol y dura entre 6 y 38 días, en promedio 2 semanas,⁶³ siendo diferente la respuesta en cada mujer.

El dolor también es variable, se inicia a las pocas horas de haberse administrado el misoprostol y tiende a desaparecer rápidamente tan pronto como ocurre la expulsión. Para el control del dolor con frecuencia se administran 800 mg de ibuprofeno una hora antes del misoprostol, seguido de 400 mg cada 3-4 horas sin sobrepasar la dosis máxima segura de 3,2 gramos cada 24 horas.⁶⁴

Efectos secundarios. Tres (3) de cada cuatro (4) mujeres pueden presentar efectos colaterales después de la administración de misoprostol. Los efectos secundarios incluyen escalofríos, fiebre, náusea, vómito y diarrea. Usualmente son leves, transitorios y no requieren medicación.

Aunque algunos estudios han encontrado una asociación entre el uso de misoprostol y la presencia de alteraciones congénitas⁶⁵, otros concluyen que no existe evidencia clara de teratogenicidad⁶⁶. Por lo tanto es razonable que el/la profesional y la mujer tengan presente que la interrupción fallida de un embarazo, después de haber utilizado misoprostol, puede dar lugar a alteraciones congénitas. Por consiguiente, se recomienda la interrupción quirúrgica del embarazo si este continúa después de la exposición al misoprostol. No hay evidencia que indique que la mifepristona sea teratogénica⁶⁷.

Contraindicaciones y precauciones. La mayoría de las mujeres con embarazos tempranos (iguales o menores a 10 semanas de gestación) pueden elegir el aborto

con medicamentos empleando mifepristona-misoprostol o misoprostol solo. Muy pocas se excluyen de acuerdo con la evidencia disponible a la fecha.

No se debe iniciar un tratamiento con medicamentos cuando exista sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada, cuando exista alergia conocida a cualquiera de los medicamentos empleados, o cuando la mujer presente trastornos hemorrágicos o esté bajo tratamiento con anticoagulantes.

No son contraindicaciones para el tratamiento con medicamentos la miomatosis uterina, estenosis cervical, antecedentes de conización cervical, malformaciones uterinas⁶⁸, antecedentes de cesárea⁶⁹, embarazos múltiples, infecciones de transmisión sexual o VIH/Sida. En presencia de un DIU *in situ*, se debe retirar el dispositivo antes de iniciar el tratamiento.

3. Interrupción Voluntaria del Embarazo: Un derecho sin barreras

El reconocimiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo –en los tres casos despenalizados- como derecho fundamental protegido por la Constitución de 1991 y el bloque de constitucionalidad a partir de la Sentencia C-355 de 2006, implica obligaciones y responsabilidades en cabeza del Estado y de todos los proveedores de servicios de salud. De acuerdo con la Sentencia T-388 de 2009, “... el Estado y los particulares que participan del SGSSS en la IVE están en la obligación de abstenerse de imponer obstáculos ilegítimos a la práctica de la IVE, tales como exigir requisitos adicionales a los descritos en la Sentencia C-355 de 2006.”⁷⁰

Al respecto, en la primera edición del boletín Procurando la Equidad⁷¹, la Procuraduría General de la Nación pone de manifiesto los argumentos y trámites que, recurrentemente son utilizados por instituciones y profesionales de la salud para impedir a las mujeres el ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo en forma legal y segura, de acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006, vulnerando sus derechos e incumpliendo lo establecido en dicha sentencia.

La primera barrera identificada, es el desconocimiento de la sentencia y sus implicaciones por parte de las y los prestadores de servicios de salud a nivel nacional

y territorial, lo cual se refleja en la realización de juntas médicas, exámenes y conceptos médicos emitidos por especialistas, revisión o aprobación de la solicitud por auditores, autorización por parte de familiares, asesores jurídicos y períodos de espera injustificados, impidiendo el acceso al servicio de manera oportuna.

En segundo lugar, las mujeres no tienen todavía acceso a la información sobre el contenido y alcance de la sentencia, ni sobre los servicios a los cuales tienen derecho dentro del marco jurídico. La información es inexistente, incompleta, insuficiente y, con frecuencia, distorsionada. La información resulta restringida o denegada, agregando un factor más a la discriminación de género y cerrando la posibilidad para las mujeres que deciden interrumpir el embarazo, que lo realicen en forma autónoma, oportuna y segura, en el marco de la sentencia y las obligaciones derivadas para el sistema y los profesionales de la salud.⁷²

Por otra parte, reiteradamente se presentan argumentaciones de tipo moral y religioso por parte del personal médico que está en la obligación de prestar el servicio, las cuales se traducen en objeciones de conciencia no solamente individuales, sino también colectivas e institucionales. Se desconoce que a pesar de ser la objeción de conciencia un derecho legítimo, su ejercicio está limitado al profesional que directamente interviene en la interrupción del embarazo⁷³ y que, en caso de ejercerlo, debe garantizar la atención de la mujer por parte de un profesional no objetor de conciencia. Las instituciones, por su parte, están en la obligación de prestar este servicio en forma inmediata, bien sea directamente o a través de otras instituciones.

Es frecuente encontrar que tanto las instituciones como los profesionales responsables de la atención de la mujer que solicita la interrupción del embarazo impongan requisitos adicionales como valoraciones adicionales por psicología o psiquiatría; sesiones de terapia psicológica; conceptos de medicina legal; órdenes judiciales; autorizaciones de los padres o familiares; todo lo cual genera dilación de las instituciones del sector salud para prestar el servicio solicitado. Se olvida, que de acuerdo con la sentencia, solo se requiere la presentación de un certificado de un médico (no necesariamente un especialista) o de la denuncia debidamente formulada, según el caso, para que la mujer sea atendida.⁷⁴

Del mismo modo se menciona también como otras de las barreras de acceso al servicio, los vicios en el consentimiento de la mujer embarazada, provocados por la actuación inadecuada y, en ocasiones, poco ética del personal de salud. Bajo el pretexto de actuar al amparo del principio de beneficencia, se intenta por medio de actitudes disuasivas imponer la visión personal (religiosa o moral) y cambiar la decisión de la mujer. No se tiene en cuenta que el consentimiento debe ser libre, en la medida en que no puede estar influenciado por circunstancias ajenas a la práctica médica de la interrupción del embarazo que puedan llegar a desviar el criterio personal de la mujer gestante sobre la interrupción o continuación de su embarazo; ni puede estar inducido por coacción alguna –en forma de manipulaciones, acusaciones, miedos, temores, etc.– ejercida en su contra con el propósito de quebrantar su voluntad en uno u otro sentido.⁷⁵

De esta manera también es barrera el total desconocimiento de la capacidad de las niñas menores de 14 años para consentir o no la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo. Aunque

es cierto que el consentimiento de los padres, está amparado en el deber que el Estado tiene de velar por la vigencia efectiva del interés superior de los niños y las niñas, tiene que ser conciliado con su autonomía personal y los demás derechos fundamentales derivados de su personalidad jurídica, principalmente, la vida, la integridad y el libre desarrollo de la personalidad.

La jurisprudencia en relación con el consentimiento de los padres para efectos de autorizar la práctica de tratamientos médicos a sus hijos, ha señalado que aun cuando los representantes legales o tutores de los menores de edad estén facultados para tomar decisiones sanitarias por ellos, inclusive en contra de su voluntad, las mismas no pueden conllevar en modo alguno al menoscabo de sus derechos a la salud o a la integridad personal, y tampoco un total desconocimiento de su autonomía por cuanto la voluntad de los padres no se puede confundir con la voluntad de sus hijos, que es en todo caso relevante dentro de la relación entre médico y paciente.

En el caso concreto del consentimiento de los padres como requisito para la práctica de la interrupción del embarazo a las menores de 14 años, se considera que al exigirlo se les está exponiendo a un tratamiento discriminatorio, so pretexto de proteger sus intereses superiores por cuanto:

1. No existen motivos fundados para que les sea desconocida su autonomía, protegida jurídicamente, para efectos de tomar decisiones sobre sus propios cuerpos.
2. Resulta desproporcionado que les sea impedido consentir libremente la realización de una IVE cuando necesariamente se encuentran amparadas en (2) dos de las (3) tres causales de

despenalización señaladas por la Corte Constitucional, en atención a que cualquier embarazo a esa edad conlleva un riesgo para la salud de la gestante y es el resultado de una presunta violación.⁷⁶

3. Es contradictorio que se presuma expresamente su incapacidad para entender asumir la práctica de una interrupción del embarazo, mientras se presume implícitamente su plena capacidad para entender y asumir la maternidad.
4. Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de la menor de 14 años frente a la IVE, se revela sin remedio no solo como inconstitucional, sino como contraproducente para la efecto vital de sus derechos fundamentales y para la defensa de su legítimo interés superior, por ser abiertamente contraria a la dignidad humana.⁷⁷

4. Objeción de conciencia

La objeción de conciencia no está consagrada ni regulada explícitamente en la Constitución, como tampoco en el ordenamiento jurídico; sin embargo la Corte Constitucional ha reconocido la objeción de conciencia a la interrupción del embarazo en la Sentencia T-209⁷⁸, señalando que “...la objeción de conciencia es un derecho constitucional fundamental que como todo derecho dentro de un marco normativo que se abre a la garantía de protección y estímulo de la diversidad cultural (artículo 1° y artículo 7° constitucionales) no puede ejercerse de manera absoluta.”

Al considerar que la misma Corte Constitucional también ha reconocido que el derecho de la mujer a interrumpir el embarazo es un derecho fundamental, se crea una tensión entre dos derechos fundamentales de similar jerarquía, de tal forma, que no puede predicarse la eliminación de uno de los derechos para el cumplimiento del otro.

Esta situación ha sido reconocida y resuelta por la Corte Constitucional, que en su jurisprudencia ha establecido claros lineamientos que buscan proteger al máximo los dos derechos en conflicto. Las reglas resultan de hacer un ejercicio de ponderación entre los derechos en tensión, que garanticen tanto los derechos del objetor como los de las mujeres que solicitan el servicio. Así, el profesional de la salud puede o no objetar conciencia, pero si lo hace, debe garantizar que los derechos de la mujer sean respetados al remitirla a otro profesional no objetor que realice el procedimiento.

La objeción de conciencia, referida a la desobediencia de un mandato jurídico en razón de un imperativo ético, posee tres atributos esenciales sin los cuales se desvirtúa en detrimento directo de su eficacia: i) es pasiva y nunca activa, por cuanto se traduce en una abstención frente a un deber legal de actuar; ii) es individual y nunca colectiva, por cuanto obedece a las convicciones íntimas de cada persona en particular, y iii) es personal y nunca institucional, por cuanto representa una manifestación del derecho fundamental a la libertad de conciencia, del cual solo son titulares los seres humanos, y no así las personas jurídicas.⁷⁹

La Corte Constitucional señala cinco requisitos necesarios para la validez de la objeción de conciencia en materia de interrupción del embarazo: i) está contemplada exclusivamente en favor de los médicos; ii) debe formularse por escrito; iii) debe estar motivada en convicciones íntimas en forma clara, completa y coherente; iv) impone a quien la alega la carga de lograr la inmediata remisión de la mujer gestante con un par profesional, no objetor de conciencia en esta materia, para su debida atención, y v) es susceptible de control posterior a través de los mecanismos contemplados en la ley para la vigilancia del ejercicio de la medicina.⁸⁰

Para el ejercicio legítimo de la objeción de conciencia cuando las creencias religiosas, éticas y morales de quienes prestan el servicio de interrupción del embarazo se encuentren en contradicción, en la Sentencia C-355/06 y las sentencias posteriores⁸¹ se ha establecido que:

1. La objeción de conciencia no es un derecho absoluto y su ejercicio tiene como límite la propia Constitución en cuanto consagra los derechos fundamentales, cuya titularidad también ostentan las mujeres, y por tanto no pueden ser desconocidos.
2. El ejercicio de la objeción de conciencia no se asimila a la simple opinión que se tenga sobre un asunto; por el contrario, son las más íntimas y arraigadas convicciones del individuo las que pueden servir como fundamento para el ejercicio de este derecho.
3. En virtud del reconocimiento constitucional y en respuesta a ello, los profesionales de la salud que no estén dispuestos a practicar un aborto se les garantiza la posibilidad de acudir a la objeción de conciencia.
4. Pueden acudir a ella cuando se trate de contradicciones en relación con una convicción de carácter religiosos debidamente fundamentada y no como la simple opinión del médico si está o no de acuerdo con el aborto.
5. Solo el personal médico cuya función implique la participación directa en la intervención conducente a interrumpir el embarazo puede manifestar objeción de conciencia.
6. El ejercicio de la objeción de conciencia es una posibilidad inexistente para el personal administrativo, el personal que realice únicamente labores preparatorias y el personal que participe en la fase de recuperación de la paciente.
7. Es un derecho del cual son titulares las personas naturales y por cuanto de ejercicio individual, pues solo las personas naturales tienen conciencia; no pueden existir instituciones de salud que presenten objeción de conciencia a la práctica del aborto.
8. El médico(a) que objete conciencia está en la obligación de remitir a la mujer a otro prestador de servicio, que sin demoras injustificadas practique el aborto; esto sin perjuicio de que posteriormente se determine la pertinencia y procedencia de dicha objeción.
9. La objeción de conciencia se debe manifestar por escrito y debe contener las razones que impiden al profesional llevar a cabo la interrupción del embarazo.

Referencias

1. Hakim-Elahi E, Tovell H, Burnhill M. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990;76:129-135.
2. *Ibidem*.
3. Lichtenberg ES, Grimes D, Paul M. Abortion Complications: prevention and management. En *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Wiley Blackwell. Hoboken, NJ, 2009.
4. Nathanson BN. The postabortal pain syndrome: a new entity. *Obstet Gynecol* 1973; 41: 739-740.
5. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol*. 1989 Aug; 161(2):406-8.
6. Lindell G, Flam F. Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995; 74: 373-375.
7. Lichtenberg ES et al. *Op.Cit*.
8. *Ibidem*.
9. Heisterberg L, Hebjørn S, Andersen LF, Petersen H. Sequelae of induced first-trimester abortion. A prospective study assessing the role of postabortal pelvic inflammatory disease and prophylactic antibiotics. *Am J Obstet Gynecol* 1986. Jul;155(1):76-80.
10. Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA et al. Abortions that fail. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 533-537.
11. Schulz KF, Grimes DA, Cates W Jr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983; 1: 1182-1185.
12. Ercan CM, Coksuer H, Karasahin KE, Alanbay I, Aydogan U, Parlak A, Baser I. Comparison of different preoperative sublingual misoprostol regimens for surgical termination of first trimester pregnancies: a prospective randomized trial. *J Reprod Med*. 2011 May-Jun;56(5-6):247-53.
13. Wiklund RA, Rosenbaum SH. Anesthesiology: second of two parts. *N Engl J Med* 1997; 337: 1215-1219.
14. Carpenter RL, Mackey DC. Local anesthetics. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, eds. *Clinical anesthesia*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1997: 413 - 440.
15. Schulz KF, Grimes DA, Christensen DD. Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilation and evacuation abortion. *Lancet* 1985; 2: 353-356.
16. American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. 2008. Washington, D.C.: <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>. Accedido marzo 13 de 2013.
17. Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological responses after abortion. *Science* 1990; 248:41-44.

18. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, PopVJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(5):599-605.
19. Grupo Médico pro el derecho a decidir. Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. 2011. Bogotá, Colombia.
20. Spitz IM. Mifepristone: where do we come and where are we going? Clinical development over a quarter of a century. *Contraception* 2010; 82:442-452.
21. Scheepers HC, van Erp EJ, van den Bergh AS. Use of misoprostol in first and second trimester abortion: a review. *Obstet Gynecol Surv Sep* 1999;54(9):592-600.
22. Raghavan S, Bynum J. Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Gynuity Health Projects. New York, NY. 2009.
23. Von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT, Peregoudov A; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *Lancet.* 2007 Jun 9; 369 (9577):1938-4.
24. Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Dec; 99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.
25. Creinin MD and Aubény E. (1999) Medical abortion in early pregnancy. En Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion.* Wiley Blackwell. Hoboken, NJ, 2009.
26. Albert KS, Gernaat Cm. Pharmacokinetics of ibuprofen. *Am J Med* 1984 Jul 13;77 (1A):40-6.
27. Patuszak et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius syndrome in infants. *New England Journal of Medicine* 1998; 338:1881-5.
28. Schuler L, Ashton PW, Sanserverino MT. Teratogenicity of misoprostol. *The Lancet* 1992;339:437.
29. Parrado R. Medicamentos en el Embarazo. El Manual Universitario. Bogotá, Colombia. 2012.
30. Creinin MD. Medically induced abortion in a woman with a large myomatous uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Nov; 175(5): 1379-80.
31. Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Gilles JM, Barnhart K, Westhoff C, Zhang J. Misoprostol for treatment of early pregnancy failure in women with previous uterine surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Jun; 198(6):626.e1-5.
32. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388/2009.
33. Procuraduría General de la Nación. Procurando la Equidad. Boletín No. 1. Noviembre de 2007.
34. *Ibíd.*

35. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209/08.
36. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06.
37. Procuraduría General de la Nación. Procurando la Equidad. Boletín No. 2. Mayo de 2008.
38. Ibídem.
39. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355/06.
40. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209/08.
41. Procuraduría General de la Nación. Procurando la Equidad. Boletín No. 2. Mayo de 2008.
42. Ibídem.
43. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06, Sentencia T-209/08, Sentencia T-946/08, Sentencia T-388/09.

II. Propuesta metodológica

TEMA	OBJETIVOS	TÉCNICA	MATERIALES	TIEMPO
Revisión del día anterior	<ul style="list-style-type: none"> Revisar los temas vistos el día anterior 	Me acuerdo de...	Tarjetas	20´
Complicaciones de la AMEU	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosticar y manejar las complicaciones que se puedan presentar durante la AMEU 	Presentación interactiva	<ul style="list-style-type: none"> Presentación ppt 8: Complicaciones de la AMEU 	50´
IVE con medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Familiarizarse con el protocolo de IVE con medicamentos Identificar elementos básicos para prestar servicios de IVE con medicamentos 	Presentación interactiva	<ul style="list-style-type: none"> Presentación ppt 9: IVE con medicamentos 	50´
Un derecho sin barreras: IVE	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las barreras más frecuentes que limitan el acceso a los servicios de IVE 	Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> Vídeo2: S: Un derecho sin barreras: IVE. MSPS 	30´
Objeción de conciencia	<ul style="list-style-type: none"> Revisar y aclarar conceptos sobre el ejercicio de la objeción de conciencia 	Presentación interactiva	<ul style="list-style-type: none"> Presentación ppt 10: Objeción de conciencia 	30´
Implementación servicios de IVE	<ul style="list-style-type: none"> Identificar mecanismos idóneos, realistas y concretos para implementar los servicios de IVE Asumir responsabilidad de garantizar el acceso a servicios de IVE 	Trabajo en grupos	<ul style="list-style-type: none"> Casos Hojas rotafolio Marcadores Tijeras Cinta de enmascarar 	70´
Prueba de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar los conocimientos sobre IVE y Sentencia C-355/06 	Aplicación prueba de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento de evaluación (postest) Hojas de respuestas 	20´

TEMA	OBJETIVOS	TÉCNICA	MATERIALES	TIEMPO
Revisión prueba de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar los resultados de las pruebas de conocimientos • Analizar resultados y solucionar dudas e inquietudes 	Análisis resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Gráficas ppt (genera el facilitador) 	20´
Revisión expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar las expectativas de cada participante • Confirmar si se cumplieron 	Trabajo de grupo	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de expectativas 	20´
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Indagar la percepción de los participantes sobre el trabajo realizado en el taller 	Trabajo individual	<ul style="list-style-type: none"> • Formatos 	20´
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre la experiencia 	Trabajo en grupo	-----	15´

III. Desarrollo metodológico

ACTIVIDAD 16 REVISIÓN DEL DÍA ANTERIOR

Se propone en esta actividad retomar los aprendizajes del día anterior, identificar si existen vacíos o conceptos imprecisos, resolver dudas y reforzar los puntos que se consideren de mayor importancia.

Objetivos

- ◆ Permitir que los participantes se relajen con comodidad antes de iniciar la sesión.
- ◆ Revisar los contenidos tratados el día anterior e identificar los posibles vacíos e imprecisiones.
- ◆ Puntualizar y reforzar los puntos que se consideren de mayor importancia dentro del contexto y objetivos del taller.

Tiempo

- ◆ 20 minutos.

Desarrollo

1 - Estrategia: Rompehielos – Saludando con las partes del cuerpo.

Reúna a todos los participantes en el fondo o al frente del salón. Coloque **música** e invítelos a caminar mezclándose unos

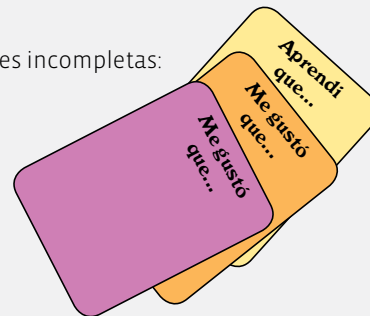


con otros. Cuando lo desee, indique saludar con una parte del cuerpo y seguir caminando. Saludar con los ojos, la oreja, un dedo, la mano, un codo, una rodilla, dos rodillas, un hombro, codos, nalgas, espalda, ombligo, etc.

2 - Estrategia: Me acuerdo de...

◆ Reparta tarjetas en las que se han escrito las siguientes frases incompletas:

- Aprendí que...
- Entendí que...
- Me gustó que...
- Me quedó claro que...
- Lo que más me impactó fue...



◆ Cada participante completa las frases, teniendo en cuenta los temas vistos en la sesión anterior, y luego las comparte con todos. Las tarjetas se pueden ir pegando en un rotafolio.

◆ Revise los comentarios realizados, agregando los elementos importantes que no se hayan mencionado.

◆ Dé las gracias y continúe la actividad.

ACTIVIDAD 17

COMPLICACIONES DE LA AMEU

En esta actividad se presentan las principales complicaciones de la técnica de la aspiración manual endouterina, haciendo énfasis especial en la incidencia, prevención, tratamiento y situaciones especiales en las que se debe considerar la remisión de la mujer a un nivel superior de atención.

Objetivos

- ◆ Diagnosticar y manejar las complicaciones que se puedan presentar durante la AMEU.
- ◆ Diagnosticar y seguir los pasos indicados en el manejo de las complicaciones inmediatas y mediatas que se pueden presentar con la técnica de la AMEU.
- ◆ Indicar las medidas preventivas para evitar el riesgo de complicaciones.

Material

- ◆ Presentación de Power Point 8: Complicaciones de la AMEU.

Tiempo

- ◆ 40 minutos.

Desarrollo

1. Emplee la presentación en Power Point 8: Complicaciones de la AMEU.

Notas para el presentador

1. Prepare de antemano el tema y la presentación.
2. Haga una presentación interactiva.
3. Facilite la intervención de todos los participantes.
4. Conteste con claridad todas las preguntas.



ACTIVIDAD 18

IVE CON MEDICAMENTOS

El misoprostol es el medicamento de elección para la interrupción del embarazo en los países en donde no está registrada la mifepristona. En Colombia cerca del 50% de los abortos que se realizan cada año, son inducidos con misoprostol. Es usual que la administración la haga personal no médico y sin la capacitación adecuada, a pesar de ser un método relativamente sencillo y seguro. En esta actividad se presenta el protocolo avalado por la OMS en la Guía técnica del 2012.

Objetivos

- ◆ Familiarizarse con el protocolo de IVE con medicamentos.
- ◆ Identificar elementos básicos para prestar servicios de IVE con medicamentos.

Material

- ◆ Presentación de Power Point 9: IVE con medicamentos

Tiempo

- ◆ 50 minutos.

Desarrollo

1. Emplear la presentación en Power Point 9: IVE con medicamentos.

Notas para el presentador

1. Prepare de antemano el tema y la presentación.
2. Haga una presentación interactiva.
3. Facilite la intervención de todos los participantes.
4. Conteste con claridad todas las preguntas.



ACTIVIDAD 19

IVE: UN DERECHO SIN BARRERAS

La presentación y análisis del video 1: Un derecho sin barreras: IVE del Ministerio de Salud y Protección Social permite identificar algunas de las barreras que se presentan y deben ser eliminadas en la atención de la interrupción voluntaria del embarazo. Tres casos de mujeres de diversas edades, cultura y procedencia ilustran estas barreras y la forma como son superadas para dar cumplimiento a lo establecido en la sentencia que despenaliza la interrupción del embarazo.

Objetivos

- ◆ Identificar las barreras más frecuentes que limitan el acceso a los servicios de IVE.
- ◆ Identificar mecanismos adecuados para superar estas barreras y garantizar a todas las mujeres el acceso oportuno a los servicios de interrupción del embarazo.

Material

- ◆ Video 1: *Un derecho sin barreras: IVE*.

Tiempo

- ◆ 30 minutos.

Desarrollo

1. Entregue a cada uno de los participantes una cartulina en la que deben anotar una de las barreras ilustrada en el video que se va a presentar. Deben también anotar una de las actitudes tomadas por los profesionales que atendieron a las mujeres que solicitaron la interrupción de su embarazo.
2. Presente el video 1: *Un derecho sin barreras: IVE*.
3. Retome los comentarios del grupo para establecer de manera conjunta acciones concretas para superar las barreras identificadas. Haga un mayor **énfasis en las actitudes de los profesionales** ante la solicitud de las mujeres y en la forma como trataron a cada una de ellas.
4. Agradezca la participación y continúe la actividad.

ACTIVIDAD 20

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

El propósito de esta actividad es ampliar los conocimientos sobre el significado real de la objeción de conciencia, los requisitos fundamentales para que su ejercicio sea legítimo y las limitaciones que se le han impuesto dentro del orden jurídico. Permite también distinguir entre libertad de conciencia (derecho fundamental), objeción de conciencia (derecho no absoluto reconocido por la Corte Constitucional) y objeción profesional.

Objetivos

- ◆ Revisar y aclarar conceptos sobre el ejercicio de la objeción de conciencia.
- ◆ Identificar los requisitos fundamentales para que el ejercicio de la objeción de conciencia sea legítimo.
- ◆ Establecer las diferencias entre libertad de conciencia, objeción de conciencia y objeción profesional.

Material

- ◆ Presentación de Power Point 10: Objeción de conciencia.

Tiempo

- ◆ 30 minutos.

Desarrollo

1. Emplear la presentación en Power Point 10: Objeción de conciencia.

Notas para el presentador

1. Prepare de antemano el tema y la presentación.
2. Haga una presentación interactiva.
3. Facilite la intervención de todos los participantes.
4. Conteste con claridad todas las preguntas.



ACTIVIDAD 21

IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE IVE

La actividad, realizada en grupos, lleva a los participantes a diseñar herramientas que les permitan identificar y superar las dificultades que encontrarán cuando se propongan socializar plenamente la Sentencia C-355/06 y lo aprendido en la capacitación.

También les permite diseñar la forma como implementarían los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en niveles I y II de complejidad, teniendo en cuenta las características de cada uno de estos niveles y las posibilidades propias de cada institución.

Objetivos

- ◆ Identificar las principales dificultades que se espera encontrar cuando se inicien procesos de socialización de la Sentencia C-355/06 y lo aprendido en la capacitación y la forma racional y efectiva de superarlas.
- ◆ Diseñar un plan estratégico de acción para implementar servicios seguros y oportunos de Interrupción Voluntaria del Embarazo, para facilitar el acceso a todas las mujeres que tengan necesidad de ellos y los soliciten en forma voluntaria.

Material

- ◆ Casos de implementación de servicios de IVE (Anexo 12).
- ◆ Papel de rotafolio.
- ◆ Marcadores. Tijeras.
- ◆ Cinta de enmascarar.

Tiempo

- ◆ 70 minutos.

Desarrollo

1. Forme 4-5 grupos de acuerdo con el número de participantes. Cada grupo debe estar formado por 4-5 participantes.
2. Entregue a cada grupo un caso, hojas de rotafolio, marcadores y tijeras.
3. Cada grupo dispone de 20 minutos para diseñar un plan estratégico de acción que le permita socializar la Sentencia C-355/06 y/o implementar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo.
4. Cada grupo debe pasar adelante y presentar su respectivo plan estratégico de acción. Facilite los comentarios de todos en relación con cada proyecto y aporte los propios.
5. Felicite a cada grupo por su trabajo (aplausos) y los aportes que han hecho.
6. Cierre.



ACTIVIDAD 22

REVISIÓN -PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

La aplicación inicial de la prueba de conocimientos permite establecer el nivel de conocimientos de los participantes al iniciar el taller, lo cual es **útil** para ajustar y enfatizar a lo largo de la capacitación los conceptos que parezcan ser deficientes. La prueba final permite conocer los cambios conceptuales que se han presentado. Este proceso ayuda a valorar la efectividad de la capacitación y detectar los puntos que se necesitaría seguir trabajando.

Objetivos

- ◆ Hacer un análisis comparativo de los conocimientos y actitudes antes y después de la capacitación sobre el aborto inseguro, aspectos relacionados con la Sentencia C-355/06 y la causal salud.
- ◆ Ampliar los conceptos que no estén claros o completos según se manifieste en la prueba final.

Material

- ◆ Prueba de conocimientos. Gráfica comparativa de los resultados (Anexo 5, Prueba de conocimientos).

Tiempo

- ◆ 20 minutos.

Desarrollo

1. Proyecte la gráfica comparativa de los resultados iniciales y finales.
2. Haga un análisis global de los resultados. Observe y comente si hay cambios. Pregunte ¿a qué se deben estos cambios?
3. En este momento, todos deben tener un cuestionario en las manos.
4. Elija las preguntas con el porcentaje más bajo de respuestas acertadas. Permita que el grupo analice la pregunta y encuentre una explicación al bajo resultado.
5. Permita que el grupo elija las preguntas en las que tengan alguna duda o hayan encontrado dificultad para responder. Analice en grupo la pregunta y resuelva las inquietudes.
6. Terminada la revisión, dé gracias por la participación.

ACTIVIDAD 23

REVISIÓN DE EXPECTATIVAS

Al iniciar la actividad cada uno de los participantes debió haber anotado lo que esperaba al participar en ella, es decir su expectativa. Algunas de estas expectativas fueron aisladas porque no estaban dentro de los objetivos de la actividad. Al terminar la actividad, es importante retomar estas expectativas y ver en qué grado se cumplieron. Es importante tanto para el participante como para los facilitadores porque, dependiendo de si se cumplieron o no se cumplieron, van generar satisfacción en mayor o menor grado. El ideal es que, en lo posible, participantes y facilitadores estén totalmente satisfechos al terminar la actividad.

Objetivos

- ◆ Revisar las actividades para establecer en qué grado se cumplieron. Si no se cumplieron indagar las razones que determinaron su no cumplimiento.

Material

- ◆ Expectativas.

Tiempo

- ◆ 20 minutos.

Desarrollo

1. Invite a cada uno de los participantes a tomar su expectativa del mural de expectativas.
2. Solicite que cada uno la lea y de una breve explicación de lo que esperaba y comparta con el grupo si siente que se cumplió o no se cumplió.
3. Comente sobre la expectativa propia y haga un breve resumen sobre las expectativas de los participantes.
4. Agradezca la participación y contribución de los participantes.

ACTIVIDAD 24

EVALUACIÓN DEL TALLER

Iniciar la actividad revisando los objetivos de la capacitación y las expectativas de los participantes. Indicar la importancia de esta evaluación no tanto para resaltar los elementos positivos, sino para identificar todo aquello que sea susceptible de mejora en talleres posteriores.

Objetivos

- ◆ Evaluar el desarrollo y efectividad de la capacitación e identificar áreas de mejora.

Material

- ◆ Cuestionario de evaluación de la capacitación (Anexo 14).

Tiempo

- ◆ 10 minutos.

Desarrollo

1. Entregue a cada uno de los participantes el cuestionario de evaluación para que puedan escribir sus comentarios y recomendaciones.
2. Explique que el objetivo principal de la evaluación es identificar elementos susceptibles de mejora por lo cual se agradecen que los comentarios sean puntuales y enriquecedores.
3. Indique que tienen 10 minutos para contestar el cuestionario de forma individual.
4. Agradezca la colaboración de los participantes en esta actividad.

ACTIVIDAD 25

REFLEXIÓN Y CIERRE

Es el momento de hacer una breve reflexión sobre la experiencia de la actividad y agradecer a todos su participación. Sin ellos y sin su participación no hubiera sido posible realizar la actividad. No solamente se han compartido conocimientos, es posible también que se hayan creado lazos. Se han producido cambios de valores y actitudes. Se han fortalecido muchos sueños y proyectos y todos, todos definitivamente nos llevamos algo de estos días.

YO ME LLEVO EN MI MOCHILA...

Desarrollo

1. Forme con todos los participantes un círculo en el fondo o al frente del salón. Es preferible que todos estén sentados para mayor comodidad.
2. Los facilitadores hacen el cierre final de la actividad, agradeciendo en nombre propio y en el de las instituciones que hicieron posible la actividad, la participación de todos los presentes.
3. Luego, empezando por usted, comparta con todo el grupo lo que se lleva de esta experiencia una vez ha terminado, diciendo:
 - YO (dice su nombre)
 - ME LLEVO EN MI MOCHILA... (indica lo que se lleva).
4. Continúa en orden cada participante hasta que hayan pasado todos.
5. Finalmente un aplauso y un gran abrazo de despedida.



Anexos

Anexo 1 - VARIACIONES DE LA CAPACITACIÓN

OPCIÓN A – TALLER DE 3 DÍAS

Esta opción es particularmente válida para personal de salud de las áreas de ginecología, obstetricia, medicina general, enfermería, Psicología y Ciencias Sociales, porque son quienes tienen a su cargo la prestación directa de los servicios de salud sexual y reproductiva y la atención de la mujer embarazada que desea la interrupción legal y voluntaria de su embarazo. Algunas actividades pueden ser ampliadas, particularmente las de carácter práctico, teniendo en cuenta el perfil y las necesidades de los participantes.

DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3
Preliminares: Actividades 1, 2, 3 y 4	Provisión de Servicios de interrupción voluntaria del embarazo: Actividades 8, 9, 10, 12 y 14	Complicaciones de la AMEU: Actividad 16
Sensibilización y clarificación de valores: Actividad 5	Técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) Actividad 11	Interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos: Actividad 17
Marco jurídico de la IVE y aplicación de causales: Actividades 6 y 7	Demostración y práctica de la AMEU en modelos Actividad 13	Implementación de la IVE: Restos y perspectivas Actividades 18, 19 y 20
		Reflexión y cierre Actividades 21, 22, 23 y 24

OPCIÓN B – TALLER DE 2 DÍAS

Esta opción está diseñada para el personal administrativo en el área de la salud: directores de Direcciones Territoriales de Salud, gerentes de Entidades Promotoras de Salud, gerentes de Empresas Sociales del Estado, directores de Instituciones Prestadoras de Salud, referentes de Salud Sexual y Reproductiva y áreas afines de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), coordinadores de departamento y

todos los profesionales y técnicos de estas mismas instituciones públicas o privadas, quienes sin tener a su cargo la prestación directa de los servicios de salud son responsables de dar cumplimiento a lo establecido en las sentencias de la Corte Constitucional, los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y las indicaciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) en relación con la prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

DÍA 1	DÍA 2
Preliminares: Actividades 1, 2, 3 y 4	Provisión de Servicios de interrupción voluntaria del embarazo: Actividades 8, 9, 10, 12 y 14
Sensibilización y clarificación de valores: Actividad 5	Implementación de la IVE: Restos y perspectivas. Normatividad Actividades 18, 19 y 20
Marco jurídico de la IVE y aplicación de causales: Actividades 6 y 7	Reflexión y cierre Actividades 21, 22, 23 y 24

OPCIÓN C – SESIONES INDEPENDIENTES

Aunque todas las actividades de la capacitación están vinculadas de alguna manera entre sí, algunas de ellas están diseñadas para llevarse a cabo de forma individual y se pueden utilizar en sesiones educativas independientes. Por ejemplo, la sensibilización y clarificación de valores y el marco jurídico de la IVE y la aplicación de causales se pueden desarrollar en sesiones de 4 horas. Una sesión de medio día como esta ha demostrado ser muy eficaz para personas con limitaciones de tiempo pero que desean o necesitan familiarizarse con las temáticas.

Anexo 2 - FICHA DE INSCRIPCIÓN

FORMATO DE REGISTRO ACTIVIDAD EDUCATIVA	
Actividad Educativa	CONVENIO MS-PS/UNFPA/ORIENTAME
Ciudad	Fecha
DATOS PERSONALES	
Ciudad	
Documento de identidad	Profesión
Dirección	Ciudad
Teléfono	Celular
Correo electrónico	
DATOS LABORALES	
Empresa donde trabaja	Ciudad
Cargo que desempeña	Teléfono
Correo electrónico	
<input type="checkbox"/> DTS <input type="checkbox"/> ESE <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> IPS	Nivel de complejidad

Anexo 3 - PLANILLA ASISTENCIA

Fecha _____

Nombre	Profesión	Institución	Firma

Anexo 4 - PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

Instrucciones: Favor responder en la hoja anexa llenando la casilla correspondiente para cada pregunta.

1. Las siguientes afirmaciones sobre el aborto son ciertas, excepto:
 - a. El aborto inseguro constituye un problema serio de salud pública.
 - b. El aborto inseguro es una causa prevenible de mortalidad materna.
 - c. Eliminar el aborto inseguro es uno de los componentes clave de la estrategia de salud reproductiva del MS-PS.
 - d. La despenalización del aborto no garantiza el acceso a servicios de aborto seguro.
 - e. Los países que han legalizado el aborto inducido muestran un marcado aumento en el número de abortos realizados.

2. La posibilidad de interrumpir legalmente el embarazo contribuye a, excepto:
 - a. Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas.
 - b. Prevenir las complicaciones de los abortos practicados en forma insegura.
 - c. Fomentar la promiscuidad y el libre ejercicio de la sexualidad.
 - d. Asegurar el efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.
 - e. Disminuir los costos de atención de las complicaciones de los abortos inseguros.

3. La despenalización parcial del aborto, se fundamenta en los siguientes principios, excepto:
 - a. Derecho a la vida como bien constitucionalmente protegido.
 - b. Principios y valores constitucionales en cabeza de la mujer embarazada.
 - c. La vida en gestación como un bien de relevancia constitucional.
 - d. Valor absoluto de la vida en gestación sobre los derechos fundamentales de la mujer.

- e. Principio de ponderabilidad al aplicar el derecho a la vida.
- 4.** Las decisiones adoptadas en la Sentencia C-355/06 implican:
- a. La obligación de abortar cuando la mujer tiene un embarazo no deseado.
 - b. La opción de abortar bajo cualquier circunstancia.
 - c. La opción de continuar el embarazo a pesar de estar dentro de las causales indicadas en la misma sentencia.
 - d. La opción de abortar sin el consentimiento de la mujer.
 - e. La opción de abortar únicamente cuando esté en riesgo la vida de la mujer.
- 5.** La Corte Constitucional en la Sentencia C-355/06 despenaliza el aborto en las siguientes circunstancias, excepto:
- a. Cuando el embarazo es producto de una violación, incesto o acto sexual abusivo.
 - b. Cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida de la mujer.
 - c. Cuando la continuación del embarazo pone en peligro la salud de la mujer.
 - d. Cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la estabilidad económica de la mujer.
 - e. Cuando existen malformaciones fetales que hacen inviable la vida fuera del útero.
- 6.** ¿Qué requisitos se necesitan para interrumpir el embarazo bajo la causal salud?
- a. Autorización por parte de una junta médica.
 - b. Registro del prestador de salud para realizar esta clase de procedimientos.
 - c. Certificado médico en el que se establece el riesgo de la continuación del embarazo.
 - d. Haber agotado las posibilidades de tratamiento antes de proceder a la interrupción del embarazo.
 - e. Autorización del director de la EPS a la cual está afiliada la mujer.

- 7.** En la aplicación de la causal salud en mujeres menores de 14 años, la Interrupción Voluntaria del Embarazo depende de:
 - a.** El certificado médico expedido por médico especialista.
 - b.** La decisión y autorización de los padres o tutores.
 - c.** Las circunstancias en que se produjo el embarazo.
 - d.** La autorización de un juez de familia o de menores.
 - e.** La decisión de la menor, adoptada en ejercicio del derecho a su autonomía y libre desarrollo.

- 8.** Para la atención de una mujer que solicita la interrupción del embarazo por existencia de malformación fetal congénita, se requiere:
 - a.** Certificación de un médico especialista.
 - b.** Estudio y aprobación por una Junta Médica.
 - c.** Malformación grave del feto que haga inviable su vida.
 - d.** Estudios especializados que confirmen la malformación.
 - e.** Autorización de la EPS.

- 9.** Marlene es una joven de 18 años quien refiere haber sido violada y solicita la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en este caso se debe solicitar:
 - a.** Una orden judicial para realizar la IVE.
 - b.** El permiso de los padres o del compañero.
 - c.** Denuncia ante la autoridad competente.
 - d.** Autorización de la EPS para llevar a cabo la IVE.
 - e.** Certificación de medicina legal confirmando la violación y evidencia de penetración sexual.

- 10.** De acuerdo con la Sentencia C-355/06 y las sentencias de tutela, los siguientes son deberes de las Entidades Promotoras de Salud, excepto:
 - a.** Proveer servicios de IVE en todo el territorio nacional.
 - b.** Garantizar número necesario de proveedores.

- c.** Proveer servicios de IVE en todos los grados de complejidad.
 - d.** Remover los obstáculos que impidan el acceso a los servicios de IVE.
 - e.** Investigar y sancionar a quienes no presten los servicios de IVE.
- 11.** En relación con la objeción de conciencia las siguientes afirmaciones son ciertas, excepto:
- a.** Es un mecanismo por el cual una persona se exime de cumplir una norma jurídica por estar en contra de sus convicciones y su conciencia.
 - b.** Es un derecho fundamental que puede ejercerse en forma absoluta.
 - c.** Es individual y no colectiva, ni institucional, ni judicial, ni de funcionarios públicos.
 - d.** Puede ser invocada solamente por los profesionales de la salud directamente involucrados en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
 - e.** Puede ser invocada solamente siempre y cuando se garantice el derecho de la mujer a la IVE.
- 12.** El Ministerio de la Protección Social en el seguimiento de la aplicación de la Sentencia C-355/06 ha encontrado las siguientes prácticas prohibidas, excepto:
- a.** Negativa a prestar el servicio por objeción de conciencia individual e institucional.
 - b.** Exigencia de requisitos y trámites adicionales a los establecidos.
 - c.** Imposición de barreras administrativas que ocasionan retardos injustificados en la prestación de los servicios.
 - d.** Imposición de pagos adicionales por considerarse un procedimiento especial.
 - e.** Discriminación a las mujeres que solicitan la IVE o a los profesionales que están dispuestos a practicarla.

- 13.** Las siguientes afirmaciones sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo son ciertas, excepto:
- a.** Los servicios de IVE deben ser prestados por personal de salud debidamente capacitado y entrenado.
 - b.** La IVE debe desarrollarse en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva.
 - c.** Los prestadores de servicios de IVE deben cumplir los estándares de habilitación.
 - d.** La atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo incluye solamente el manejo de las complicaciones.
 - e.** Los servicios de IVE se deben prestar atendiendo el principio de oportunidad.
- 14.** El método de elección recomendado por la OMS para la interrupción del embarazo de hasta 12 a 14 semanas es:
- a.** Legrado uterino.
 - b.** Aspiración manual endouterina (AMEU).
 - c.** Dilatación y evacuación (DyE).
 - d.** Acido ascórbico.
 - e.** Instilación con solución salina hipertónica.
- 15.** La atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo incluye:
- a.** Orientación pre y postaborto.
 - b.** Consejería en planificación familiar y acceso a métodos efectivos de anticoncepción.
 - c.** Prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA.
 - d.** Derechos sexuales y reproductivos y promoción de autocuidados de salud.
 - e.** Todas las anteriores.
- 16.** La orientación e información durante el proceso de atención debe garantizar las siguientes condiciones, excepto:

- a. El ejercicio autónomo de los derechos fundamentales de la mujer.
 - b. El pago oportuno de los servicios médicos prestados a la mujer.
 - c. Respeto y comprensión ante la situación de cada mujer.
 - d. La no discriminación asociada a limitaciones físicas, mentales o sociales.
 - e. Atención oportuna, humanizada y de alta calidad.
- 17.** Consentimiento informado significa que la mujer que solicita la interrupción del embarazo:
- a. Le ha explicado al médico las razones por las cuales desea interrumpir su embarazo.
 - b. Ha sido informada sobre los costos del servicio de interrupción del embarazo.
 - c. Ha sido informada sobre los diferentes métodos de interrupción del embarazo.
 - d. Tiene el derecho de tomar una decisión autónoma basada en información completa, clara y veraz.
 - e. Ha sido informada sobre la aplicación y alcance de la Sentencia C-355/06.

Instrucciones: Favor responder **Verdadero** o **Falso** a cada una de las siguientes preguntas y anotar el resultado en la hoja anexa.

- 18.** Los servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en la Interrupción Voluntaria del Embarazo deben incluir asesoría anticonceptiva con el fin de evitar nuevos embarazos no deseados y reducir el número de abortos.
- 19.** Los prestadores de servicios de salud, EPS e IPS están obligados a garantizar el acceso al servicio de IVE cualquiera que sea el tipo de afiliación a la seguridad social que tenga la mujer y con independencia de su capacidad de pago.
- 20.** Para el pleno respeto, protección y satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, es necesario eliminar las barreras políticas, clínicas y administrativas que obstaculizan el acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, anticoncepción y postaborto.

- 21.** Las creencias personales y las convicciones no pueden ser el fundamento para impedir el acceso de las mujeres a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, desconociendo los derechos fundamentales, los criterios técnicos y el cumplimiento de las normas.
- 22.** La Aspiración Manual Endouterina y la Interrupción Voluntaria del Embarazo con medicamentos se pueden proporcionar en nivel de baja complejidad y no requieren de conocimientos o habilidades técnicas avanzadas, ni equipos e instalaciones costosas, ni de personal de salud especializado.
- 23.** La certificación, en casos concretos de riesgo para la vida o salud de la mujer, expedida por cualquier médico es vinculante para la entidad prestadora de servicios de salud a la que acuda la mujer solicitando la IVE, y constituye el único requisito exigible para la prestación del servicio.
- 24.** La mujer es quien define cuánto riesgo de afectación de la salud está dispuesta a asumir, porque goza de la autonomía para tomar decisiones sobre su propia vida y no puede ser obligada a soportar cargas desproporcionadas.

Anexo 5 - PRUEBA DE CONOCIMIENTO (RESPUESTAS)

Instrucciones: Favor responder en la hoja anexa llenando la casilla correspondiente para cada pregunta.

- 1.** Las siguientes afirmaciones sobre el aborto son ciertas, excepto:
 - a. El aborto inseguro constituye un problema serio de salud pública.
 - b. El aborto inseguro es una causa prevenible de mortalidad materna.
 - c. Eliminar el aborto inseguro es uno de los componentes clave de la estrategia de salud reproductiva del MS-PS.
 - d. La despenalización del aborto no garantiza el acceso a servicios de aborto seguro.
 - e. Los países que han legalizado el aborto inducido muestran un marcado aumento en el número de abortos realizados.**

- 6.** La posibilidad de interrumpir legalmente el embarazo contribuye a, excepto:
 - a. Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas.
 - b. Prevenir las complicaciones de los abortos practicados en forma insegura.
 - c. Fomentar la promiscuidad y el libre ejercicio de la sexualidad.**
 - d. Asegurar el efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.
 - e. Disminuir los costos de atención de las complicaciones de los abortos inseguros.

- 3.** La despenalización parcial del aborto, se fundamenta en los siguientes principios, excepto:
 - a. Derecho a la vida como bien constitucionalmente protegido.
 - b. Principios y valores constitucionales en cabeza de la mujer embarazada.
 - c. La vida en gestación como un bien de relevancia constitucional.

- d. Valor absoluto de la vida en gestación sobre los derechos fundamentales de la mujer.**
 - e. Principio de ponderabilidad al aplicar el derecho a la vida.
 - 4.** Las decisiones adoptadas en la Sentencia C-355/06 implican:
 - a. La obligación de abortar cuando la mujer tiene un embarazo no deseado.
 - b. La opción de abortar bajo cualquier circunstancia.
 - c. La opción de continuar el embarazo a pesar de estar dentro de las causales indicadas en la misma sentencia.**
 - d. La opción de abortar sin el consentimiento de la mujer.
 - e. La opción de abortar únicamente cuando esté en riesgo la vida de la mujer.
 - 5.** La Corte Constitucional en la Sentencia C-355/06 despenaliza el aborto en las siguientes circunstancias, excepto:
 - a. Cuando el embarazo es producto de una violación, incesto o acto sexual abusivo.
 - b. Cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida de la mujer.
 - c. Cuando la continuación del embarazo pone en peligro la salud de la mujer.
 - d. Cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la estabilidad económica de la mujer.**
 - e. Cuando existen malformaciones fetales que hacen inviable la vida fuera del útero.
 - 6.** ¿Qué requisitos se necesitan para interrumpir el embarazo bajo la causal salud?
 - a. Autorización por parte de una junta médica.
 - b. Registro del prestador de salud para realizar esta clase de procedimientos.
 - c. Certificado médico en el que se establece el riesgo de la continuación del embarazo.**
 - d. Haber agotado las posibilidades de tratamiento antes de proceder a la interrupción del embarazo.
 - e. Autorización del director de la EPS a la cual está afiliada la mujer.

- 7.** En la aplicación de la causal salud en mujeres menores de 14 años, la Interrupción Voluntaria del Embarazo depende de:
 - a.** El certificado médico expedido por médico especialista.
 - b.** La decisión y autorización de los padres o tutores.
 - c.** Las circunstancias en que se produjo el embarazo.
 - d.** La autorización de un juez de familia o de menores.
 - e.** **La decisión de la menor, adoptada en ejercicio del derecho a su autonomía y libre desarrollo.**

- 8.** Para la atención de una mujer que solicita la interrupción del embarazo por existencia de malformación fetal congénita, se requiere:
 - a.** Certificación de un médico especialista.
 - b.** Estudio y aprobación por una Junta Médica.
 - c.** **Malformación grave del feto que haga inviable su vida.**
 - d.** Estudios especializados que confirmen la malformación.
 - e.** Autorización de la EPS.

- 9.** Marlene es una joven de 18 años quien refiere haber sido violada y solicita la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en este caso se debe solicitar:
 - a.** Una orden judicial para realizar la IVE.
 - b.** El permiso de los padres o del compañero.
 - c.** **Denuncia ante la autoridad competente.**
 - d.** Autorización de la EPS para llevar a cabo la IVE.
 - e.** Certificación de medicina legal confirmando la violación y evidencia de penetración sexual.

- 10.** De acuerdo con la Sentencia C-355/06 y las sentencias de tutela, los siguientes son deberes de las Entidades Promotoras de Salud, excepto:
 - a.** Proveer servicios de IVE en todo el territorio nacional.
 - b.** Garantizar número necesario de proveedores.

- c. Proveer servicios de IVE en todos los grados de complejidad.
 - d. Remover los obstáculos que impidan el acceso a los servicios de IVE.
 - e. Investigar y sancionar a quienes no presten los servicios de IVE.**
- 11.** En relación con la objeción de conciencia las siguientes afirmaciones son ciertas, excepto:
- a. Es un mecanismo por el cual una persona se exime de cumplir una norma jurídica por estar en contra de sus convicciones y su conciencia.
 - b. Es un derecho fundamental que puede ejercerse en forma absoluta.**
 - c. Es individual y no colectiva, ni institucional, ni judicial, ni de funcionarios públicos.
 - d. Puede ser invocada solamente por los profesionales de la salud directamente involucrados en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
 - e. Puede ser invocada solamente siempre y cuando se garantice el derecho de la mujer a la IVE.
- 12.** El Ministerio de la Protección Social en el seguimiento de la aplicación de la Sentencia C-355/06 ha encontrado las siguientes prácticas prohibidas, excepto:
- a. Negativa a prestar el servicio por objeción de conciencia individual e institucional.
 - b. Exigencia de requisitos y trámites adicionales a los establecidos.
 - c. Imposición de barreras administrativas que ocasionan retardos injustificados en la prestación de los servicios.
 - d. Imposición de pagos adicionales por considerarse un procedimiento especial.**
 - e. Discriminación a las mujeres que solicitan la IVE o a los profesionales que están dispuestos a practicarla.
- 13.** Las siguientes afirmaciones sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo son ciertas, excepto:
- a. Los servicios de IVE deben ser prestados por personal de salud debidamente capacitado y entrenado.

- b.** La IVE debe desarrollarse en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva.
 - c.** Los prestadores de servicios de IVE deben cumplir los estándares de habilitación.
 - d.** **La atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo incluye solamente el manejo de las complicaciones.**
 - e.** Los servicios de IVE se deben prestar atendiendo el principio de oportunidad.
- 14.** El método de elección recomendado por la OMS para la interrupción del embarazo de hasta 12 a 14 semanas es:
- a.** Legrado uterino.
 - b.** **Aspiración manual endouterina (AMEU).**
 - c.** Dilatación y evacuación (DyE).
 - d.** Acido ascórbico.
 - e.** Instilación con solución salina hipertónica.
- 15.** La atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo incluye:
- a.** Orientación pre y postaborto.
 - b.** Consejería en planificación familiar y acceso a métodos efectivos de anti-concepción.
 - c.** Prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-SIDA.
 - d.** Derechos sexuales y reproductivos y promoción de autocuidados de salud.
 - e.** **Todas las anteriores.**
- 16.** La orientación e información durante el proceso de atención debe garantizar las siguientes condiciones, excepto:
- a.** El ejercicio autónomo de los derechos fundamentales de la mujer.
 - b.** **El pago oportuno de los servicios médicos prestados a la mujer.**
 - c.** Respeto y comprensión ante la situación de cada mujer.

- d. La no discriminación asociada a limitaciones físicas, mentales o sociales.
 - e. Atención oportuna, humanizada y de alta calidad.
- 17.** Consentimiento informado significa que la mujer que solicita la interrupción del embarazo:
- a. Le ha explicado al médico las razones por las cuales desea interrumpir su embarazo.
 - b. Ha sido informada sobre los costos del servicio de interrupción del embarazo.
 - c. Ha sido informada sobre los diferentes métodos de interrupción del embarazo.
 - d. Tiene el derecho de tomar una decisión autónoma basada en información completa, clara y veraz.**
 - e. Ha sido informada sobre la aplicación y alcance de la Sentencia C-355/06.

Instrucciones: Favor responder **Verdadero** o **Falso** a cada una de las siguientes preguntas y anotar el resultado en la hoja anexa.

- 18.** Los servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en la Interrupción Voluntaria del Embarazo deben incluir asesoría anticonceptiva con el fin de evitar nuevos embarazos no deseados y reducir el número de abortos. **Verdadero**
- 19.** Los prestadores de servicios de salud, EPS e IPS están obligados a garantizar el acceso al servicio de IVE cualquiera que sea el tipo de afiliación a la seguridad social que tenga la mujer y con independencia de su capacidad de pago. **Verdadero**
- 20.** Para el pleno respeto, protección y satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, es necesario eliminar las barreras políticas, clínicas y administrativas que obstaculizan el acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, anticoncepción y postaborto. **Verdadero**
- 21.** Las creencias personales y las convicciones no pueden ser el fundamento para impedir el acceso de las mujeres a la Interrupción Voluntaria del Emb-

razo, desconociendo los derechos fundamentales, los criterios técnicos y el cumplimiento de las normas. **Verdadero**

- 22.** La Aspiración Manual Endouterina y la Interrupción Voluntaria del Embarazo con medicamentos se pueden proporcionar en nivel de baja complejidad y no requieren de conocimientos o habilidades técnicas avanzadas, ni equipos e instalaciones costosas, ni de personal de salud especializado. **Verdadero**
- 23.** La certificación, en casos concretos de riesgo para la vida o salud de la mujer, expedida por cualquier médico es vinculante para la entidad prestadora de servicios de salud a la que acuda la mujer solicitando la IVE, y constituye el único requisito exigible para la prestación del servicio. **Verdadero**
- 24.** La mujer es quien define cuánto riesgo de afectación de la salud está dispuesta a asumir, porque goza de la autonomía para tomar decisiones sobre su propia vida y no puede ser obligada a soportar cargas desproporcionadas. **Verdadero**

Anexo 6 - SENSIBILIZACIÓN Y CLARIFICACIÓN DE VALORES

PARTE A

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque con una “X” las respuestas que se acerquen más a sus creencias personales. Sea sincero y no escriba su nombre en esta hoja.

TA = Totalmente de acuerdo **A** = De acuerdo
D = En desacuerdo **TD** = Totalmente en desacuerdo

	TA	A	D	TD
Los servicios de aborto deben estar a disposición de toda mujer en caso de solicitarlos.				
Toda mujer debe tener la posibilidad de practicarse un aborto, aunque el esposo o pareja desee que el embarazo continúe.				
La despenalización del aborto lleva a las mujeres a tener comportamientos sexuales irresponsables.				
La mujer que siente que un embarazo pone en riesgo su proyecto de vida, tiene derecho a interrumpirlo si así lo desea.				
Las adolescentes o mujeres solteras deben tener la opción de interrumpir el embarazo, si así lo desean.				
El personal de salud tiene la responsabilidad de prestar servicios de aborto en forma oportuna.				
A las menores de edad que deseen practicarse un aborto, se les debe exigir el consentimiento de sus padres.				
Las mujeres que se practican un aborto ponen fin a una vida.				
El personal de salud puede anteponer sus creencias a la decisión de la mujer que desea interrumpir el embarazo.				
La mayoría de las mujeres no piensan seriamente en las consecuencias antes de tener un aborto.				
Las mujeres deben tener la posibilidad de practicarse un aborto en el segundo trimestre, si lo llegan a necesitar.				
Las mujeres que se practican varios abortos son totalmente irresponsables.				

PARTE B

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque con una “X” las respuestas que se acerquen más a sus creencias personales. Sea sincero y no escriba su nombre en esta hoja. Si usted es hombre, conteste como si la mujer afectada es una persona muy cercana a usted (esposa, novia, hermana, familiar, amiga especial, etc.) y usted siente junto con ella.

TA = Totalmente de acuerdo

A = De acuerdo

D = En desacuerdo

TD = Totalmente en desacuerdo

	TA	A	D	TD
Los servicios de aborto deben estar a disposición de toda mujer en caso de solicitarlos.				
Yo debo tener la posibilidad de practicar un aborto, aunque mi esposo o pareja deseen la continuación del embarazo.				
La despenalización del aborto lleva a las mujeres a tener comportamientos sexuales irresponsables.				
Si yo siento que un embarazo pone en riesgo mi proyecto de vida, tengo derecho a interrumpirlo si así lo deseo.				
Si yo fuera adolescente o soltera debería tener la opción de interrumpir el embarazo, si así lo quisiera.				
Como profesional de la salud tengo la responsabilidad de prestar servicios de aborto en forma oportuna.				
Si yo fuera menor de edad y deseara practicar un aborto, se me debería exigir el consentimiento de mis padres.				
En caso de tener un aborto estaría poniendo fin a una vida.				
Como profesional de la salud puedo anteponer mis creencias personales a la decisión de una mujer que desea interrumpir un embarazo.				
Al practicar un aborto podría decirse que no pensé seriamente en las consecuencias antes de realizarlo.				
Yo debo tener la posibilidad de practicar un aborto en el segundo trimestre, si llegara a necesitarlo.				
Si yo me practico varios abortos se me debe considerar totalmente irresponsable.				

Anexo 7 - SENSIBILIZACIÓN Y CLARIFICACIÓN DE VALORES -
CARTELES

De acuerdo

**Totalmente
de acuerdo**

**En
desacuerdo**

**Totalmente
en desacuerdo**

Anexo 8 - APLICACIÓN CAUSALES – LA CORTE (CASOS)

Martha

27 años

Mi nombre es Martha. Tengo 27 años, tres hijas, y quedé embarazada a pesar de haberme ligado las trompas hace 2 años. Me sentía mal y consulté al médico quien me dijo que tenía cáncer de útero y un embarazo de 2 meses. El médico me indicó que tengo que ser tratada inmediatamente, y que el tratamiento es incompatible con la continuación del embarazo. Soy la única persona que tienen mis hijas; no cuentan con nadie que las ayude en caso de que yo muera. El padre de ellas murió en un accidente de tráfico hace año y medio.

La EPS no me autoriza la interrupción del embarazo a pesar de las indicaciones y solicitud del ginecólogo que me está tratando. La EPS dice que todos sus ginecólogos son objetores de conciencia y no puede hacer nada para remediarlo. Además han citado una junta médica para el próximo mes.

Verónica

39 años

Soy Verónica, estoy casada y tengo un hijo pequeño. Fui remitida a consulta especial a la EPS porque tengo un embarazo de 15 semanas y un feto con graves anomalías fetales, según una ecografía que me hicieron. Mi hijo de 12 años tiene muchas limitaciones físicas y de desarrollo y necesita atención constante. No me siento capaz de tener otro hijo igual y quiero interrumpir el embarazo.

La EPS me niega la atención porque en ninguna parte consta que las anomalías fetales sean incompatibles con la vida del feto. Exige que a la ecografía debo anexar la certificación de un médico especialista. Me dan cita con el especialista para dentro de 2 meses.

Lady

19 años

Me llamo Lady, tengo 19 años, soy soltera, y tengo un embarazo de 3 meses. No estoy preparada para este embarazo y siento que el mundo se me vino encima. El papá del bebé es una persona que apenas conozco y cuando le dije del embarazo me respondió que era mi problema. Siento que todo mi proyecto de vida se derrumbó y que todo se vuelve en mi contra. Soy parte de una familia desplazada y vivo en total privación y pobreza. Un hijo en esta situación, solo me traería una vida y un futuro angustiosos, que en poco tiempo hasta me volvería loca. No puedo soportar que el bebé tenga una vida igual o peor que la mía.

Fui al hospital, pero se negaron a practicarme la interrupción del embarazo porque dicen que puedo continuarlo sin mayores problemas y porque hacer una cosa de estas es un crimen y un pecado.

Marina

15 años

Mi nombre es Marina, tengo 15 años y estoy embarazada de 3 meses. Vivía en una pieza con mi mamá y mi padrastro. Cuando mi mamá salía a trabajar mi padrastro abusaba de mí. Cuando supe *del embarazo* le conté a mi mamá y ella me dijo que todo era mi culpa porque yo lo provocaba a él y me echó de la casa. Desde entonces he estado quedándome en la casa de una amiga. Sigo asistiendo a la escuela, pero todo el mundo se burla de mí y los muchachos solo quieren acostarse conmigo. Me siento muy mal por todo lo que me pasa, estoy desesperada y no sé qué hacer.

Quiero interrumpir el embarazo, pero no me quieren atender en el hospital. Dicen que por ser menor de edad tengo que ir con mi mamá y que tengo que ir a medicina legal para que comprueben si digo la verdad y si en realidad fui violada.

Anexo 9 - AMEU: EVALUACIÓN

Instrucciones: Favor responder marcando con una “X” la respuesta correcta.

- 1.** La técnica de NO TOCAR significa:
 - a. Se deben utilizar guantes estériles durante todo el procedimiento.
 - b. Se deben emplear campos operatorios para no tocar a la usuaria.
 - c. No tocar a la usuaria.
 - d. La punta del instrumental que va a estar en contacto con la cavidad uterina no debe tocar nada que no esté estéril.
 - e. No tocar las paredes de la vagina con el instrumental.

- 2.** La revisión de la historia clínica antes de iniciar el procedimiento es importante para:
 - a. Saber si el médico que realizó el examen inicial se equivocó.
 - b. Establecer si existen condiciones especiales que impliquen riesgo para la realización del procedimiento.
 - c. Confirmar si la usuaria vino acompañada por otra persona.
 - d. Revisar si el acompañante firmó el consentimiento .
 - e. Determinar el número de abortos que ha tenido la usuaria.

- 3.** La exploración pélvica bimanual debe realizarse en todos los casos para:
 - a. Determinar el tamaño del útero.
 - b. Verificar si hay dolor a la movilización.
 - c. Determinar la forma y posición del útero.
 - d. Calcular a qué edad gestacional corresponde según el tamaño.
 - e. Todas las anteriores.

- 4.** La mejor forma de prevenir una reacción adversa al realizar el bloqueo paracervical es:
 - a.** Aspirar con la aguja antes de aplicar la anestesia.
 - b.** Emplear solo lidocaína con adrenalina.
 - c.** Inyectar rápidamente la anestesia, antes de que se presente la reacción adversa.
 - d.** Aplicar la anestesia en 4 posiciones diferentes de los pliegues cervicovaginales.
 - e.** Diluir la lidocaína con bicarbonato de sodio.

- 5.** Al realizar el bloqueo paracervical se pueden presentar las siguientes reacciones, excepto:
 - a.** Parestesias periorales.
 - b.** Mareo.
 - c.** Arritmia cardíaca.
 - d.** Paro respiratorio.
 - e.** Convulsiones.

- 6.** Cuando se introducen dilatadores a través del cérvix se puede presentar:
 - a.** Perforación uterina.
 - b.** Falsa ruta.
 - c.** Infección.
 - d.** Desgarro de vasos sanguíneos
 - e.** Todas las anteriores

- 7.** La perforación uterina es una complicación que puede evitarse:
 - a.** Empleando cánulas flexibles en lugar de dilatadores.
 - b.** Lubricando los dilatadores para facilitar su paso a través del canal cervical.
 - c.** Aplicando el tenáculo en las posiciones 5 y 7 del reloj.

- d.** Empleando una técnica cuidadosa y delicada.
 - e.** Aplicando una dosis mayor de lidocaína.
- 8.** ¿Cuál de las siguientes es una posible razón de no observar paso de tejido a través de la cánula en el momento de la aspiración?
- a.** No embarazo.
 - b.** Embarazo ectópico.
 - c.** Perforación uterina.
 - d.** Pérdida de vacío.
 - e.** Todas las anteriores.
- 9.** Se considera que el procedimiento ha terminado cuando:
- a.** Se observa paso de burbujas rojas o rosadas a través de la cánula.
 - b.** Se percibe sensación de aspereza al deslizar la cánula a lo largo de las paredes del útero.
 - c.** El útero se contrae en torno de la cánula.
 - d.** Aumentan los cólicos uterinos.
 - e.** Todas las anteriores.
- 10.** El sangrado proveniente de los puntos de aplicación del tenáculo por lo general se controla:
- a.** Suturando con catgut 000.
 - b.** Aplicando el tenáculo de nuevo.
 - c.** Haciendo presión sostenida con una gasa.
 - d.** Esperando que pase espontáneamente.
 - e.** Ninguna de las anteriores.

Anexo 10 - AMEU: EVALUACIÓN (RESPUESTAS)

Instrucciones: Favor responder marcando con una “X” la respuesta correcta.

1. La técnica de NO TOCAR significa:
 - a. Se deben utilizar guantes estériles durante todo el procedimiento.
 - b. Se deben emplear campos operatorios para no tocar a la usuaria.
 - c. No tocar a la usuaria.
 - d. **La punta del instrumental que va a estar en contacto con la cavidad uterina no debe tocar nada que no esté estéril.**
 - e. No tocar las paredes de la vagina con el instrumental.

2. La revisión de la historia clínica antes de iniciar el procedimiento es importante para:
 - a. Saber si el médico que realizó el examen inicial se equivocó.
 - b. **Establecer si existen condiciones especiales que impliquen riesgo para la realización del procedimiento.**
 - c. Confirmar si la usuaria vino acompañada por otra persona.
 - d. Revisar si el acompañante firmó el consentimiento .
 - e. Determinar el número de abortos que ha tenido la usuaria.

3. La exploración pélvica bimanual debe realizarse en todos los casos para:
 - a. Determinar el tamaño del útero.
 - b. Verificar si hay dolor a la movilización.
 - c. Determinar la forma y posición del útero.
 - d. Calcular a qué edad gestacional corresponde según el tamaño.
 - e. **Todas las anteriores.**

4. La mejor forma de prevenir una reacción adversa al realizar el bloqueo paracervical es:
 - a. **Aspirar con la aguja antes de aplicar la anestesia.**
 - b. Emplear solo lidocaína con adrenalina.
 - c. Inyectar rápidamente la anestesia, antes de que se presente la reacción adversa.
 - d. Aplicar la anestesia en 4 posiciones diferentes de los pliegues cervicovaginales.
 - e. Diluir la lidocaína con bicarbonato de sodio.

5. Al realizar el bloqueo paracervical se pueden presentar las siguientes reacciones, excepto:
 - a. Parestesias periorales.
 - b. Mareo.
 - c. **Arritmia cardíaca.**
 - d. Paro respiratorio.
 - e. Convulsiones.

6. Cuando se introducen dilatadores a través del cérvix se puede presentar:
 - a. Perforación uterina.
 - b. Falsa ruta.
 - c. Infección.
 - d. Desgarro de vasos sanguíneos.
 - e. **Todas las anteriores.**

7. La perforación uterina es una complicación que puede evitarse:
 - a. Empleando cánulas flexibles en lugar de dilatadores.
 - b. Lubricando los dilatadores para facilitar su paso a través del canal cervical.

- c. Aplicando el tenáculo en las posiciones 5 y 7 del reloj.
 - d. Empleando una técnica cuidadosa y delicada.**
 - e. Aplicando una dosis mayor de lidocaína.
- 8.** ¿Cuál de las siguientes es una posible razón de no observar paso de tejido a través de la cánula en el momento de la aspiración?
- a. No embarazo.
 - b. Embarazo ectópico.
 - c. Perforación uterina.
 - d. Pérdida de vacío.
 - e. Todas las anteriores.**
- 9.** Se considera que el procedimiento ha terminado cuando:
- a. Se observa paso de burbujas rojas o rosadas a través de la cánula.
 - b. Se percibe sensación de aspereza al deslizar la cánula a lo largo de las paredes del útero.
 - c. El útero se contrae en torno de la cánula.
 - d. Aumentan los cólicos uterinos.
 - e. Todas las anteriores.**
- 10.** El sangrado proveniente de los puntos de aplicación del tenáculo por lo general se controla:
- a. Suturando con catgut 000.
 - b. Aplicando el tenáculo de nuevo.
 - c. Haciendo presión sostenida con una gasa.**
 - d. Esperando que pase espontáneamente.
 - e. Ninguna de las anteriores.

Anexo 11 - ORIENTACIÓN PARA LA IVE: CASOS

Margoth

Margoth es una estudiante adolescente que acaba de cumplir 16 años. Refiere con llanto que tuvo su primera relación sexual con su novio de 17 años utilizando preservativo, después de ese encuentro no han vuelto a tener relaciones. Nunca se imaginó que pudiera quedar embarazada con una sola relación y menos empleando el preservativo. Manifiesta que sus padres la sacarían del colegio si les cuenta de su embarazo porque en algún momento se lo habrían advertido; también tendría que afrontar un ambiente hostil en el colegio porque las directivas no están de acuerdo con este tipo de situaciones y posiblemente terminarían por suspenderla. Se siente muy desilusionada de sí misma e incapaz de poder afrontar a sus padres, a sus profesoras y a sus compañeras. Por ningún motivo desea interrumpir sus estudios porque considera que es el único camino para realizar su vida y todos sus sueños. Dentro de este contexto solicita la interrupción voluntaria del embarazo. La valoración médica confirma embarazo intrauterino de 6 semanas. Cabe señalar que Margoth es una estudiante sobresaliente y este año termina el bachillerato. Actualmente vive con sus padres y es la menor de cinco hermanas.

- ◆ ¿Qué elementos existen ya constituidos sobre el proyecto de vida y qué elementos se pueden construir a partir de esta consulta?
- ◆ ¿Qué lugar tiene la familia y el medio en relación con la decisión y el proyecto de vida de la joven?
- ◆ ¿Qué estrategias deben ser implementadas en el trabajo con una joven adolescente?

Constanza

Constanza tiene 19 años, es madre soltera de una niña de 2 años y tiene 15 semanas de embarazo. Actualmente se desempeña como vendedora en una pequeña ferretería al otro extremo de la ciudad. Manifiesta estar atravesando por una situación socioeconómica muy difícil. Su hija se encuentra en Villavicencio desde hace dos semanas, al cuidado de una amiga. A los tres años de edad Constanza fue abandonada por su madre quedando al cuidado de su padre, quien la internó hasta los 17

años. Cuando regresó del internado no le fue posible convivir con la esposa de su padre y decidió organizarse por su cuenta. Se empleó en una casa de familia y conoció al padre de su hija quien la abandonó al enterarse del embarazo. Con respecto al embarazo actual, es producto de una relación con un amigo con el que salía; pero cuando le contó sobre su estado, este le dijo que no quería saber nada de ella. En razón a lo anterior, Constanza no desea repetir la historia del pasado en relación al daño que le ha causado a su pequeña, y ahora repetir el mismo sufrimiento para un nuevo hijo. Se encuentra muy triste y desconsolada, no quiere seguir con el embarazo. Una amiga se entera de su situación y le sugiere buscar ayuda. La valoración médica confirma embarazo intrauterino de 15 semanas.

- ◆ ¿Cuál sería su actitud como proveedor(a) de servicios?
- ◆ ¿Qué recomendaciones haría para la atención integral de esta consultante? ¿Por qué?
- ◆ ¿Qué significado le atribuye esta mujer al embarazo y a la maternidad en su proyecto de vida?

Martha Helena

Martha Helena es una mujer casada de 39 años de edad. Es fisioterapeuta y trabaja en un consultorio particular. Presenta un retraso menstrual de 10 días y embarazo confirmado por cuantificación de la beta-HCG. Solicita la interrupción voluntaria del embarazo. Expresa temores y angustia frente a esta situación y manifiesta, con sentimiento de “rabia” y “dolor”, que su relación de pareja se encuentra en crisis, ya que hay agresión por parte de él, además de abandono y ningún aporte económico a la casa. Siente culpa porque se confió del coito interrumpido. No deseaba quedar nuevamente embarazada porque considera que su edad no es apropiada para asumir esta experiencia. También se siente muy afectada al pensar en las consecuencias de la violencia ejercida por su esposo y la despreocupación de él frente al hogar. Su único deseo es sostener a su pequeña hija de 6 años de edad. Expresa angustia por su proyecto de vida. No se visualiza en el futuro con su pareja. Es consciente de la gravedad del problema de agresividad del esposo. Ha intentado terapia para separarse y no lo ha logrado. .

- ◆ ¿Cómo cree usted que el embarazo afecte a la mujer desde el punto de vista emocional, económico, laboral y de pareja?
- ◆ ¿Qué significado le atribuye la mujer a su edad en relación con el embarazo y los riesgos posibles?
- ◆ ¿Qué aspectos considera relevantes de profundizar con esta mujer?

Sandra

Sandra es una mujer de 36 años, desempleada, cabeza de hogar con tres hijos de 18, 11 y 5 años. Realiza ocasionalmente oficios varios (lavado de ropa, lavado de envases) a personas referidas; de otro lado no sabe leer ni escribir. Emigró recientemente con su familia a la ciudad, tras ser desplazados en Cereté (Córdoba). Relata lo siguiente: “Hace un mes salí de mi casa y me dirigí a Paloquemao (Central de abastos) a lavar papas, porque un señor me había dicho que allá pagaban \$30.000. Iba a pie cruzando el puente peatonal, a la madrugada, le pregunté la dirección a un señor y de ahí no me acuerdo nada más... sentí como un mareo y no sentí nada más. Una señora me encontró tirada en un prado y me dijo que tal vez me echaron burundanga. Me subió en un taxi que me llevó a mi casa.” Solicita interrupción voluntaria del embarazo por haber sido víctima de violación, bajo efectos de un narcótico. Presenta altos niveles de angustia acompañados de llanto.

- ◆ ¿Qué tipo de asesoría realizaría usted en este caso?
- ◆ ¿Qué priorizaría?
- ◆ ¿Cuál sería su actitud como proveedor de servicios?

Anexo 12 - IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE IVE: CASOS

Hospital de la Solidaridad – ESE I

Ustedes son funcionarios del Hospital de la Solidaridad – ESE I. Han participado en la capacitación para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el marco de la Sentencia de la Corte Constitucional (C-355/06), los lineamientos del Ministerio de Salud y las directrices de la Superintendencia Nacional de Salud. Reconociendo que es un deber y una responsabilidad promover y garantizar el acceso a todas las mujeres de su área de influencia a servicios de IVE, regresan a su trabajo completamente motivados y preparados para hacer lo imposible con tal de implementar estos servicios lo más pronto posible.

- ◆ ¿Cuál es el planteamiento que harían al gerente, quien en principio no desea mover un dedo porque la implementación de un nuevo programa implica dinero y la ESE no tiene ni un peso?
- ◆ ¿Cómo socializarían entre sus colegas y demás funcionarios de la ESE lo aprendido en la capacitación? Tienen un problema adicional: la gran mayoría no desea que la ESE se convierta en “un centro de abortos”.
- ◆ Qué actividades concretas emprenderían ustedes para promover estos servicios hacia el exterior, para que todas las mujeres conozcan la legislación y los derechos que tienen al amparo de ella?
- ◆ Si el gerente en algún momento les pidiera un plan estratégico de acción para la implementación de los servicios ¿Qué le presentarían ustedes?

ESE Santiago Páramo

El gerente administrativo de la ESE Santiago Páramo les ha encargado a los funcionarios liderar la implementación de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo al interior de la ESE en cumplimiento de lo establecido en la Sentencia C-355/06, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia de Salud. La ESE Santiago Páramo es una ESE de primer nivel de complejidad en la que, de acuerdo con estudios iniciales, es posible establecer servicios de IVE tanto por aspiración manual como con medicamentos. Ustedes, funcionarios de la ESE, han recibido una capacitación básica en el conocimiento de la legislación y la normatividad, lo

mismo que en las técnicas modernas para la IVE. Debido al poco espacio disponible en las instalaciones y la limitación actual del presupuesto y personal se ha pensado implementar inicialmente servicios de IVE con medicamento y en muy corto tiempo ampliarlos a IVE mediante la técnica de la AMEU.

- ◆ ¿Qué deben hacer? Indicar los pasos a dar, estableciendo el tiempo necesario para cada uno de ellos. ¿Qué harían ustedes para implementar este programa en un tiempo prudencial? Indicar componentes del programa, estableciendo el tiempo necesario para cada uno de ellos. Algunos puntos para tener en cuenta: resistencia por parte del personal médico, paramédico y administrativo; promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer; socialización en el grupo familiar y el entorno social; selección del personal, capacitación, incorporación a la práctica clínica, motivación general y especial del personal directamente involucrado, área destinada para el programa, dineros destinados para el programa.

ESE Alejandrina Rovira

La dirección de la ESE Alejandrina Rovira de primer nivel de complejidad en la que trabajan ustedes, recibe notificación directa de la Superintendencia Nacional de Salud, en la que le exige dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia T-388 de 2009, “para lo cual deberá contar con las personas profesionales de la medicina así como con el personal idóneo y suficiente para atender el servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo bajo los supuestos previstos en la Sentencia C-355 de 2006.”

La dirección reconoce que a pesar de conocer la legislación y la normatividad, se ha escudado en la suspensión del Decreto No 4.444 para la no implementación de los servicios de IVE. Sin embargo, ante la notificación de la SNS y por temor a las sanciones previstas, les encarga a ustedes iniciar el proceso de implementación de los servicios de IVE en la ESE con la mayor prontitud posible.

- ◆ ¿Qué harían ustedes para implementar este programa en un tiempo prudencial? Indicar componentes del programa, estableciendo el tiempo necesario para cada uno de ellos. Algunos puntos para tener en cuenta: resistencia por parte de la dirección y del personal médico, paramédico y administrativo; promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer; socialización en el grupo familiar y el entorno social; selección del personal, capacitación, incorporación a la práctica clínica, motivación general y especial del personal directamente involucrado, área destinada para el programa, dineros destinados para el programa, entre otros aspectos.

Anexo 13 - PRUEBA DE CONOCIMIENTOS – HOJA DE RESPUESTAS

TEST DE CONOCIMIENTOS - RESPUESTAS

	A	B	C	D	E		A	B	C	D	E
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	v	<input type="checkbox"/>	f	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	v	<input type="checkbox"/>	f	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	v	<input type="checkbox"/>	f	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	v	<input type="checkbox"/>	f	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	v	<input type="checkbox"/>	f	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	v	<input type="checkbox"/>	f	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	v	<input type="checkbox"/>	f	<input type="checkbox"/>	

Anexo 14 - EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN

Favor responder las siguientes preguntas, empleando la siguiente escala:

- 4 = **Excelente**
- 3 = **Bueno**
- 2 = **Aceptable**
- 1 = **Malo**

Favor utilizar la sección de comentarios para explicar sus respuestas, especialmente si son bajas, o si tiene sugerencias o críticas que nos permitan mejorar.

Sus comentarios y apreciaciones nos son muy valiosos para futuras actividades.

ACTIVIDAD Y CONTENIDO				
La actividad estuvo bien organizada	4	3	2	1
La actividad cumplió con su finalidad y sus objetivos	4	3	2	1
El contenido fue apropiado para su trabajo	4	3	2	1
El contenido fue útil y práctico para usted	4	3	2	1
La actividad le dejó conocimientos y nuevas aptitudes	4	3	2	1
La actividad llenó sus expectativas	4	3	2	1
El cumplimiento de los horarios fue adecuado	4	3	2	1

MATERIALES E INSTALACIONES				
La calidad de los audiovisuales fue	4	3	2	1
Los materiales empleados para los distintos temas fueron	4	3	2	1
Las instalaciones físicas fueron cómodas y adecuadas	4	3	2	1
Las instalaciones físicas facilitaron el desarrollo de la actividad	4	3	2	1

PRESENTACIONES				
Las presentaciones fueron claras y organizadas	4	3	2	1
Las discusiones fueron útiles y productivas	4	3	2	1
Los presentadores facilitaron el diálogo y preguntas	4	3	2	1
Los facilitadores fueron claros en sus conceptos	4	3	2	1
Las posibilidades de interactuar a lo largo de la actividad fueron	4	3	2	1

COMENTARIOS

¿Qué fue lo más importante para usted a lo largo de la actividad?

.....
.....
.....
.....

¿Qué fue lo menos útil para usted?

.....
.....
.....
.....

¿Faltaron algunos temas que le hubiera gustado se trataran?

.....
.....
.....
.....

¿Tiene usted sugerencias o comentarios que ayuden a mejorar esta clase de actividades?

.....
.....
.....
.....

¿Tiene usted algún otro comentario que desee compartir con nosotros?

.....
.....
.....
.....

Muchas gracias por sus comentarios y su presencia en esta actividad.

Referencias

- 1 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 2 Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 459 de 2012.
- 3 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-946 de 2008.
- 4 República de Colombia. Ley 1542 de 2012.
- 5 República de Colombia. Ley 1257 de 2008.
- 6 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 de 2007.
- 7 Bergallo P, González AC. Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Bogotá, Colombia. 2012.
- 8 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008
- 9 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 10 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008.
- 11 *Ibidem*.
- 12 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 13 Procuraduría General de la Nación. 2008. Op. Cit.
- 14 ICBF. Circular No 068 de 2008.
- 15 *Ibidem*.
- 16 Procuraduría General de la Nación. 2008. Op. Cit.
- 17 *Ibidem*.
- 18 República de Colombia. Ley No 1.616 de 2013.
- 19 República de Colombia. Ley No 1.412 de 2010.
- 20 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 de 2007.
- 21 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355 de 2006.
- 22 Corte Constitucional de Colombia. Sentencias T-171/07, T-988/07, T-209/08, T-946/08, T-388/09.
- 23 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución No 1.441 de 2013, Resolución No 1.841 de 2013, Resolución No 5.521 de 2013.
- 24 Superintendencia Nacional de Salud. Circular No 003 de 2013.
- 25 Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 92:182–187.

- 26 OMS. Op. Cit.
- 27 *Ibidem*.
- 28 *Ibidem*.
- 29 Ministerio de Salud y Protección Social, Protocolo para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia, 2014.
- 30 Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complicacions of first-trimester abortion: a report of 170.000 cases. *Obstet Gynecol*. 1990;76(1):129-35.
- 31 OMS. Op. Cit.
- 32 Fuentes J, Billings DL, Cardona JA, Otero JB: Una comparación de tres modelos de atención postaborto en México. Population Council, México. 1998.
- 33 OMS, Op.Cit.
- 34 MS-PS. Resolución 1441 de 2013.
- 36 Schmid BC, Pils S, Heinze G, Hefler L, Reinhaller A, Speiser P. Forced coughing versus local anesthesia and pain associated with cervical biopsy: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Dec; 199(6):641.e1-3.
- 37 Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Feb;72(2):171-8.
- 38 Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 1996 May;87(5 Pt 2):884-90.
- 39 Hakim-Elahi E, Tovell H, Burnhill M. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990;76:129-135.
- 40 *Ibidem*.
- 41 Lichtenberg ES, Grimes D, Paul M. Abortion Complications: prevention and management. En *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Wiley Blackwell. Hoboken, NJ, 2009.
- 42 Nathanson BN. The postabortal pain syndrome: a new entity. *Obstet Gynecol* 1973; 41: 739-740.
- 43 Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol*. 1989 Aug; 161(2):406-8.
- 44 Lindell G, Flam F. Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995; 74: 373-375.
- 45 Lichtenberg ES et al. Op.Cit.
- 46 *Ibidem*.
- 47 Heisterberg L, Hebjørn S, Andersen LF, Petersen H. Sequelae of induced first-trimester abortion. A prospective study assessing the role of postabortal pelvic inflammatory disease and prophylactic antibiotics. *Am J Obstet Gynecol* 1986. Jul;155(1):76-80.
- 48 Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA et al. Abortions that fail. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 533-537.

- 49 Schulz KF, Grimes DA, Cates W Jr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983; 1: 1182–1185.
- 50 Ercan CM, Coksuer H, Karasahin KE, Alanbay I, Aydogan U, Parlak A, Baser I. Comparison of different preoperative sublingual misoprostol regimens for surgical termination of first trimester pregnancies: a prospective randomized trial. *J Reprod Med*. 2011 May-Jun;56(5-6):247-53.
- 51 Wiklund RA, Rosenbaum SH. Anesthesiology: second of two parts. *N Engl J Med* 1997; 337: 1215–1219.
- 52 Carpenter RL, Mackey DC. Local anesthetics. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, eds. *Clinical anesthesia*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1997: 413 – 440.
- 53 Schulz KF, Grimes DA, Christensen DD. Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Lancet* 1985; 2: 353–356.
- 54 American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. 2008. Washington, D.C.: <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>. Accedido marzo 13 de 2013.
- 55 Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological responses after abortion. *Science* 1990; 248:41-44.
- 56 Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, PopVJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(5):599-605.
- 57 Grupo Médico pro el derecho a decidir. Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. 2011. Bogotá, Colombia.
- 58 Spitz IM. Mifepristone: where do we come and where are we going? Clinical development over a quarter of a century. *Contraception* 2010; 82:442-452.
- 59 Scheepers HC, van Erp EJ, van den Bergh AS. Use of misoprostol in first and second trimester abortion: a review. *Obstet Gynecol Surv Sep* 1999;54(9):592–600.
- 60 Raghavan S, Bynum J. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto*. Gynuity Health Projects. New York, NY. 2009.
- 61 Von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT, Peregoudov A; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *Lancet*. 2007 Jun 9; 369 (9577):1938-4.
- 62 Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Dec; 99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.
- 63 Creinin MD and Aubény E. (1999) Medical abortion in early pregnancy. En Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Wiley Blackwell. Hoboken, NJ, 2009.
- 64 Albert KS, Gernaat Cm. Pharmacokinetics of ibuprofen. *Am J Med* 1984 Jul 13;77 (1A):40-6.
- 65 Patuszak et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius syndrome in infants. *New England Journal of Medicine* 1998; 338:1881-5.

- 66 Schuler L, Ashton PW, Sanserverino MT. Teratogenicity of misoprostol. *The Lancet*. 1992;339:437.
- 67 Parrado R. Medicamentos en el Embarazo. *El Manual Universitario*. Bogotá, Colombia. 2012.
- 68 Creinin MD. Medically induced abortion in a woman with a large myomatous uterus. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Nov; 175(5): 1379-80.
- 69 Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Gilles JM, Barnhart K, Westhoff C, Zhang J. Misoprostol for treatment of early pregnancy failure in women with previous uterine surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Jun; 198(6):626.e1-5.
- 70 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388/2009.
- 71 Procuraduría General de la Nación. Procurando la Equidad. Boletín No. 1. Noviembre de 2007.
- 72 *Ibidem*.
- 73 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209/08.
- 74 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06.
- 75 Procuraduría General de la Nación. Procurando la Equidad. Boletín No. 2. Mayo de 2008.
- 76 *Ibidem*.
- 77 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355/06.
- 78 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209/08.
- 79 Procuraduría General de la Nación. Procurando la Equidad. Boletín No. 2. Mayo de 2008.
- 80 *Ibidem*.
- 81 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06, Sentencia T-209/08, Sentencia T-946/08, Sentencia T-388/09.

