Informe de actividades Plan de Intervenciones Colectivas PIC	
Municipio	Fosca-Cundinamarca
Lugar	Polideportivo de Colegio Rural
Fecha	29 de agosto de 2025
Tema	Feria de servicios en salud al interior de las Instituciones Educativa dirigida a los estudiantes con previa canalización a los servicios de Salud ofertados.
Entorno	Educativo
Objetivo	Realizar articulación con las IPS públicas y privadas del municipio para el desarrollo de una feria de servicios en salud al interior de las Instituciones Educativas, con el fin de lograr que los estudiantes se beneficien de la canalización efectiva y eficiente en los diferentes servicios de salud (planificación familiar, consulta del joven, optometría, psicología, tamizaje visual, salud oral, vacunación, canalización a certificación de discapacidad, abordaje con enfoque psicosocial a PVCA, etc). Dichas ferias, deberán ser diferentes a las programadas de manera extramural.
RESPONSABLE ACTIVIDAD (Nombres y Apellidos):	JENNIFFER ANDREA ROZO BARBOSA
Número Documento de identidad del responsable de la actividad	1.007.184.905
Soporte listado de asistencia A LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS – formato Código: M-PDS-GSP-GPSP-FR-091.	

Desarrollo de la Actividad

1. **Descripción de la población asistente** Se realiza sesión educativa de feria de servicios de salud por parte de la **IPS ESE CENTRO DE SALUD DE FOSCA,** con un total de 15 estudiantes atendidos en los diferentes servicios de salud que se encuentran en ciclo de vida de infancia y adolescencia que se encuentran viviendo en rural disperso y cabecera municipal se encuentran afiliados a servicio de salud contributivo y subsidiado, ninguno se encuentra en condición de discapacidad o población con enfoque diferencial.

2. **Metodología de la actividad realizada**

   1. Identificar las IPS del municipio que estén dispuestas a colaborar en la iniciativa.

2. Establecer comunicación con las aseguradoras de los estudiantes para determinar qué servicios de salud están cubiertos y cómo se pueden coordinar las jornadas de salud.

3. Definir los objetivos y el alcance de las jornadas de salud, incluyendo qué servicios se ofrecerán y a qué grupo de estudiantes se dirigirán.

4. Coordinar con las autoridades educativas y los directivos de las instituciones educativas para determinar los mejores horarios y lugares para realizar las jornadas de salud. Se busca implementar jornadas de salud integral para estudiantes en el municipio de acuerdo a las Instituciones Educativas asignadas, en colaboración con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) locales.

2.2 Explicación del tema

La oferta de servicios en salud sexual y reproductiva es fundamental para garantizar el bienestar integral de las personas y el ejercicio pleno de sus derechos. En este marco, se disponen servicios clave que incluyen la anticoncepción, ofreciendo métodos modernos y eficaces para la planificación familiar; la atención preconcepcional, orientada a identificar y reducir riesgos antes del embarazo; y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), asegurando el acceso seguro y legal dentro del marco normativo vigente. Asimismo, se priorizan servicios de control prenatal, esenciales para el monitoreo de la salud materna y fetal; la atención integral de emergencias obstétricas, para responder de manera oportuna a complicaciones que pongan en riesgo la vida de la madre o el bebé; y la atención del parto, centrada en la seguridad, dignidad y respeto hacia las mujeres. Esta oferta no solo busca prevenir complicaciones y mejorar indicadores de salud, sino también promover el acceso equitativo a servicios de calidad que respeten los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR): Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos son reconocidos como parte integral de los derechos humanos, garantizando a todas las personas la capacidad de tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su sexualidad y reproducción, sin discriminación, coerción o violencia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Corte Constitucional de Colombia, estos derechos incluyen:

• Autonomía corporal: Capacidad para decidir sobre el propio cuerpo, incluida la libertad para elegir pareja, orientación sexual e identidad de género.
• Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva: Garantía de servicios de calidad, confidenciales y respetuosos.
• Educación sexual integral: Formación basada en evidencia científica, que promueva el respeto mutuo, la igualdad de género y la toma de decisiones informadas.
• Protección contra la violencia sexual y de género: Derecho a vivir libre de cualquier forma de violencia. Para tener en cuenta: Salud Sexual y Reproductiva: Acceso a información y servicios para

prevenir embarazos no deseados, ITS y garantizar embarazos saludables e Inclusión de métodos anticonceptivos modernos, asesoramiento en planificación familiar y servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) bajo el marco legal vigente.

Educación Sexual Integral (ESI): Orientada a empoderar a las personas con conocimientos sobre sus cuerpos, relaciones interpersonales y derechos sexuales anexo debe abordarse desde la infancia y la adolescencia, incluyendo temas de consentimiento, prevención de abusos y promoción de relaciones saludables. Marco Normativo y Legal en Colombia:

• **Sentencia T-627 de 2012:** Reconoce la salud sexual y reproductiva como un derecho fundamental.
• **Sentencia C-055 de 2022:** Despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación.
• **Ley 1257 de 2008:** Protección integral de las mujeres contra la violencia. Garantizar los DSDR es fundamental para lograr la equidad y mejorar la calidad de vida de la población. Su protección requiere un enfoque multisectorial, centrado en derechos humanos, equidad de género y el fortalecimiento de los sistemas de salud y educación. Los servicios de salud sexual y reproductiva desempeñan un papel esencial en la promoción del bienestar, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y la prevención de riesgos asociados a la salud materna y sexual. Algunas actualizaciones en el ámbito de los servicios de salud sexual y reproductiva como, por ejemplo: Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: donde el Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado políticas para promover el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, enfatizando la importancia de la educación sexual integral y la eliminación de barreras que afectan a poblaciones vulnerables. Minsalud.

Promoción del Autocuidado: La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha resaltado la importancia de las intervenciones de autocuidado en salud sexual y reproductiva para reducir inequidades y mejorar el acceso a servicios, especialmente en comunidades desatendidas. Inequidades en el Acceso: A pesar de los avances, la OPS ha instado a abordar las desigualdades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en la región, señalando que las barreras son más pronunciadas en poblaciones vulnerables, lo que resulta en peores resultados de salud para estos grupos.

Propuestas Legislativas sobre el Aborto: En Colombia, se han presentado iniciativas legislativas que buscan restringir el acceso al aborto, generando debates sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Acceso de Mujeres Venezolanas a Servicios en Colombia: Debido a las restricciones en su país de origen, mujeres venezolanas han viajado a Colombia para acceder a servicios de interrupción voluntaria del embarazo, aprovechando el marco legal colombiano que permite el aborto hasta la semana 24 de gestación. Es fundamental continuar fortaleciendo las políticas públicas, la educación y la sensibilización en salud sexual y reproductiva para garantizar el ejercicio pleno de los derechos y mejorar la calidad de vida de la población en Colombia. En cuanto a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH y las hepatitis B y C, es una

prioridad en salud pública que requiere estrategias basadas en evidencia para reducir la incidencia y proteger a la población.

El uso correcto y consistente del condón es una herramienta esencial para la doble protección, ya que previene tanto las ITS como los embarazos no deseados. Este método debe ser promovido con información clara sobre su uso adecuado, desde la verificación de la integridad del empaque hasta su colocación y descarte seguro.

Para el VIH, se dispone de intervenciones preventivas altamente efectivas, como la profilaxis preexposición (PrEP) para personas con alto riesgo de infección y la profilaxis postexposición (PEP), que debe iniciarse dentro de las 72 horas posteriores a una posible exposición. Además, las pruebas de detección temprana, gratuitas y confidenciales, son fundamentales para el diagnóstico oportuno y el inicio de la terapia antirretroviral (TAR), que no solo mejora la calidad de vida de las personas con VIH, sino que reduce su carga viral a niveles indetectables, eliminando el riesgo de transmisión.

OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

El modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes está dirigido a todos los actores del SGSSS encargados del proceso de gestión de la salud y bienestar de adolescentes y jóvenes. Desde esta estrategia se ofrecen pautas metodológicas para el diseño e implementación de los Servicios de Salud Amigables dirigidos a Adolescentes y Jóvenes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Son servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su necesidad, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, por la calidad de sus intervenciones, por la importancia y el compromiso de trabajar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas y de las estrategias de salud diseñadas para lograr en cada uno de los territorios que:

- Cada embarazo sea deseado.
- Que cada parto sea seguro.
- Que los jóvenes y adolescentes alcancen su pleno desarrollo y autonomía en el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Así mismo, los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes se constituyen como una forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud y de los servicios de salud para la población entre los 10 y 29 años. Estos servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva; promoviendo alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. Desde este modelo, se busca orientar a los prestadores, entidades aseguradoras y a quienes toman decisiones dentro del SGSSS sobre los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación; con el fin de facilitar que los profesionales puedan cumplir con su corresponsabilidad en la atención integral; a partir de sus competencias y obligaciones establecidas en los marcos legales y normativos para las

diferentes intervenciones. El Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

MODALIDADES DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES SSAAJ

Existen muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. Sin embargo, a partir de las diferentes experiencias en los territorios se han logrado identificar tres (3) modalidades básicas:

1. Consulta Diferenciada para adolescentes y jóvenes: Se realiza a partir del desarrollo de las características propias en las instituciones con una infraestructura básica. La condición que lo define como amigable es la existencia de un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, guardando el principio de confidencialidad y el respeto por las condiciones de los adolescentes y jóvenes. Esta actividad debe contar con el apoyo de una red de servicios en los diferentes niveles de complejidad a los cuales sean remitidos los adolescentes y jóvenes que reciben la atención en salud.
2. Unidades de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes: Se denomina a la existencia de ambientes exclusivos para adolescentes y jóvenes, que comparten la infraestructura con otros servicios de salud. Estos espacios cuentan con profesionales capacitados para la atención de adolescentes y jóvenes y realizan sus labores en horarios de atención diferenciados, adaptados a la disponibilidad de tiempo de la población objeto. Aunque los profesionales y las instalaciones pueden utilizarse para cumplir con otras funciones en la institución, las Unidades Amigables se encuentran adecuadamente señalizadas, de forma tal que orientan a los y las usuarios(as) hacia los servicios de atención diferenciada.
3. Centro de Salud Amigable para adolescentes y jóvenes: Es un espacio físico independiente de las demás instalaciones de las instituciones de salud, que por sí mismo puede conformar una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Cuentan con profesionales especialistas, asignados específicamente a estos centros, en horarios que de forma permanente y estable se adaptan a la disponibilidad de tiempo de los adolescentes y jóvenes, en espacios que se adecuan a sus condiciones, gustos y preferencias. Cualquiera de estas opciones o la combinación de sus características puede darse en los municipios y diferentes territorios del país. Las tres modalidades también pueden entenderse como una forma gradual de organizar la prestación de servicios de salud para adolescentes y jóvenes, en los que se incorporan gradualmente acciones y servicios, de acuerdo con las necesidades de la población adolescente y joven y los recursos disponibles en la institución y en el territorio.

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Las estrategias de prevención del embarazo en la infancia y la adolescencia se implementan a nivel intersectorial con el fin de afectar los determinantes sociales del embarazo temprano por medio de acciones de Educación Integral en Sexualidad EIS, transformación de imaginarios, creencias y prácticas relacionadas con el cuerpo, la sexualidad y el género; reconociendo a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos.

Así mismo, implican la promoción de expresiones culturales, de la actividad física y el uso del tiempo libre en las comunidades por medio del arte, el deporte, la cultura y la recreación; generando condiciones para el desarrollo integral y la proyección social de la niñez y la adolescencia, mediante el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de calidad. La gobernanza multinivel es clave para modificar los determinantes sociales de la salud relacionados con el embarazo en la infancia y en la adolescencia. Entre estos determinantes se encuentran el matrimonio infantil y las uniones tempranas, el embarazo antes de los 19 años, el acceso a métodos anticonceptivos, las relaciones sexuales bajo presión y coacción, los abortos inseguros y el acceso a la atención diferencial con calidad y calidez en los servicios de salud amigables.

Todo esto, implica una demanda por parte de las entidades territoriales de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud; así como la gestión, coordinación y articulación sectorial e intersectorial, en particular, con el sistema educativo y de protección. Dentro de las estrategias globales y nacionales para la prevención del embarazo temprano se encuentran:

● Limitar el matrimonio y las uniones antes de los 18 años: desarrollar estrategias encaminadas a prohibir el matrimonio infantil y las uniones tempranas, informar y empoderar a las niñas para el ejercicio pleno de sus derechos, garantizar el acceso y la permanencia en el sistema escolar especialmente a las niñas, brindar educación integral en sexualidad en el entorno educativo, incidir sobre las normas culturales que respaldan el matrimonio infantil y las uniones tempranas, desarrollar capacidades de las familias y cuidadores primarios orientadas a prevenir cualquier forma de violencia, el embarazo no deseado y las uniones tempranas.

● Crear condiciones de apoyo para reducir y prevenir embarazos antes de los 19 años: fomentar la educación integral en sexualidad desde la primera infancia, desarrollar programas de prevención del embarazo en niñas y adolescentes, fortalecer la educación integral y la consejería para el acceso a métodos anticonceptivos (especialmente métodos de larga duración como el DIU y los implantes subdérmicos), desarrollar capacidades en las comunidades para cuidar y proteger a niñas, niños y adolescentes del embarazo temprano, promover y apoyar la participación de adolescentes y jóvenes en grupos organizados de la comunidad.

● Aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos: asegurar el acceso efectivo a todos los métodos anticonceptivos incluidos en los planes de beneficios de salud mediante la asesoría y provisión de acuerdo con los criterios de elegibilidad, desarrollar estrategias lúdico-pedagógicas para que las y los adolescentes conozcan sus derechos sexuales y derechos reproductivos y tomen

decisiones sobre el uso de los métodos anticonceptivos con énfasis en los métodos de larga duración, implementar servicios de salud diferenciales para adolescentes y jóvenes en el marco de la oferta de Servicios de Salud Amigables, respetar en estricta confidencialidad las demandas que en derechos sexuales y derechos reproductivos realizan las y los adolescentes en los servicios de salud, fortalecer las redes de apoyo comunitario que faciliten el acceso efectivo a métodos anticonceptivos.

● Prevenir las diferentes formas de violencias basadas en género: transformar las normas sociales que naturalizan las relaciones sexuales no consensuadas, desarrollar capacidades en madres, padres, docentes y cuidadores primarios para identificar, prevenir y actuar frente a las diferentes formas de violencias por razones de sexo y género, que enfrentan las niñas y adolescentes; empoderar a niñas y adolescentes para prevenir relaciones sexuales bajo presión o impositivas, cuestionar a hombres y mujeres sobre las normas sociales a partir de las cuales se construyen relaciones de género, disminuir la impunidad frente a las violencias basadas en género, especialmente, frente a la violencia sexual.

● Reducir los abortos inseguros: educar y asegurar el acceso efectivo a métodos anticonceptivos modernos, con énfasis en los de larga duración, como la mejor opción para evitar abortos inseguros. Informar a adolescentes acerca de los riesgos de abortos inseguros, así como sensibilizar a la comunidad sobre los riesgos y peligros del aborto inseguro. Divulgar la normatividad vigente que regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de manera segura mediante las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022 con las cuales se habilitan servicios de salud seguros para la práctica de IVE, identificando y eliminando barreras en el acceso a estos y garantizando acciones de cuidado como la anticoncepción inmediata en el posaborto.

ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN

Objetivos

• Brindar a las mujeres, hombres y sus parejas asesoría, información, y educación para el logro de una elección informada del método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.

• Asegurar la provisión efectiva de los métodos anticonceptivos de elección de la mujer, el hombre o la pareja, dentro de la consulta o en el menor tiempo posible posterior a la misma, para garantizar el ejercicio pleno y autónomo de sus derechos sexuales y reproductivos.

• Contribuir a la reducción de la inequidad reproductiva, en situaciones especiales como el embarazo no planeado, especialmente en adolescentes, embarazos de alto riesgo, mujeres después de los 40 años, mujeres con discapacidad, personas con riesgo o portadoras de una infección de transmisión sexual y VIH.

• Promover el bienestar y desarrollo social de la población, promoviendo la paternidad y maternidad intencionada y responsable.

• Cumplir con los criterios de calidad y seguridad clínica en la provisión de los métodos anticonceptivos.
• Espaciar los periodos intergenésicos y disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil y reducción del aborto inseguro, mediante el acceso a provisión efectiva de anticoncepción en el post evento obstétrico antes de las 48 horas post parto o post aborto, o antes del alta hospitalaria.
• Incentivar la participación de los hombres en la prevención de los embarazos no deseados. Población sujeta Mujeres y hombres en edad fértil, quienes desean iniciar un método anticonceptivo, incluye aquellos que tienen intención de iniciar relaciones sexuales penetrativas. Se puede acceder a esta consulta por demanda espontanea o derivada(o) de otra atención. Atenciones incluidas Este procedimiento incluye las siguientes atenciones:

1. Atención en salud para la asesoría en anticoncepción.
2. Elección y suministro de métodos anticonceptivos.
3. Atención en salud para la asesoría en anticoncepción – Control. Para el caso de menores de 14 años que hayan iniciado relaciones sexuales penetrativas, se debe brindar la asesoría y consulta anticonceptiva, iniciar el método seleccionado, y activar ruta de atención de violencia sexual, cumplir con las responsabilidades que impone la Ley, de la protección de las personas víctimas de delitos sexuales e informar a las autoridades competentes; en ningún caso limita o modifica la atención en salud que debe entregarse a la usuaria.

Elección y suministro de métodos anticonceptivos De acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se debe entregar el método seleccionado y orientar e informar a la persona sobre:
✓ Signos de alarma por los que debe consultar.
✓ Importancia de los controles y su frecuencia: Las usuarias(os) deben ser informados sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.
✓ Prevención de ITS (uso de condón como método de protección adicional). A continuación, se relacionan los métodos de anticoncepción a los que se puede acceder:

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN
Son métodos o procedimientos que evitan o previenen los embarazos en mujeres o parejas sexualmente activas. Existen diferentes tipos de anticonceptivos en el mundo, los cuales se diferencian en el mecanismo de acción, principio activo, tiempo de duración, vía de administración, formas de uso, y eficacia. Los métodos anticonceptivos se dividen en hormonales y no hormonales; entre los no hormonales se encuentran los reversibles, irreversibles, de barrera, amenorrea de lactancia y abstinencia periódica. La eficacia de los métodos anticonceptivos (Cuadro 1.) se evalúa

durante el uso perfecto o ideal, en donde los embarazos ocurridos durante el uso correcto y consistente del método son atribuibles a falla intrínseca del método, y el uso habitual o típico, que incluye todos los embarazos que se producen durante su uso y que se pueden atribuir al uso incorrecto, uso no sistemático, y fallas técnicas del método. Esta eficacia en general se expresa en el número de embarazos que se producen en 100 mujeres durante un año de uso del método anticonceptivo.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	% DE EMBARAZOS EN EL PRIMER AÑO (ÍNDICE DE PEARL)		% DE MUJERES QUE CONTINÚAN USÁNDOLO UN AÑO DESPUÉS
	USO HABITUAL O TÍPICO	USO PERFECTO	
DIU COBRE	0.8	0,6	78
Sistema Intrauterino con Levonorgestrel	0.1	0.1	81
Implantes progestágenos	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100
Progestágenos inyectables	3	0.3	56
Inyectable combinado	3	0.05	56
Anticonceptivos orales combinados	8	0.3	68
Anillo vaginal	8	0,3	68
Parche transdérmico	8	0,3	68
Condón Masculino	15	2	53
Condón Femenino	21	5	49
Diafragma (con espermicida)	16	6	57
Abstinencia Periódica	24	1-9	51
Coito interrumpido	27	4	43
Sin método	85	85	NA

0-1 Muy efectivo 2-9 Efectivo 10-30 Algo Efectivo

Categoría 1	Una condición para la que no hay ninguna restricción en el uso del método anticonceptivo.
Categoría 2	Una condición donde las ventajas de usar el método pesan más que los riesgos teóricos o probados.
Categoría 3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados normalmente pesan más que las ventajas de usar el método.
Categoría 4	Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si el método anticonceptivo se usa.

Consulta inicial por medicina para valoración integral de la salud de la mujer 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 edad gestacional y confirmar que el embarazo sea intrauterino. Se incluye también la valoración de la salud integral de la mujer en sus dimensiones física, social, mental y del estado emocional. La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE o cuando accede a los controles prenatales y se identifica que la mujer cumple con alguna de las causales previstas por la Sentencia C – 355 de 2006, y decide acceder al procedimiento. Esta consulta puede ser llevada a cabo por medicina general o especializada. En cualquiera de los dos casos, se deben tener en cuenta las particularidades que se describen a continuación:

✓ Toda solicitud de IVE debe quedar debidamente consignada en la historia clínica, se debe establecer la causal bajo la cual la mujer solicita la interrupción de su embarazo. Se debe documentar y registrar en forma clara y concreta en la historia clínica. Además, se deben relacionar los requisitos establecidos legalmente para cada causal.

✓ Se debe garantizar la intimidad de la mujer que solicita la IVE, razón por la que debe evitarse realizar interrogatorios extensos que vayan más allá de obtener información relevante para la historia clínica o solicitar en contra de su voluntad, la presencia de personas como su pareja o del representante legal o tutor en caso de niñas o adolescentes. Anamnesis En la consulta inicial se debe confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación.

Además, se debe realizar una historia clínica completa. La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se interroga, por tanto, sobre el primer día de la última menstruación (primer día de sangrado), y si esta fue normal. Es necesario precisar la exactitud de este dato y correlacionarlo con el examen físico la ecografía; en razón a que, en caso de estar lactando, tener periodos irregulares, estar usando anticonceptivos o presentar sangrados en etapas iniciales del embarazo, podría producirse un error en la estimación de la edad gestacional. Los antecedentes médicos familiares y personales de la mujer deben interrogarse y documentarse de manera completa, con especial énfasis en todas aquellas condiciones previas que puedan

orientar a la necesidad de un nivel de atención de mayor complejidad. También se debe incluir la valoración de sus condiciones psicosociales y de la posible afectación que el embarazo esté causando en ellas en el momento de la consulta. Deben explorarse, en especial, la tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos; así como la existencia de redes de apoyo (soporte familiar y/o de pareja o de condiciones socioeconómicas o de subsistencia).

Examen físico El examen físico debe ser completo en su aspecto general. Específicamente, debe confirmar la existencia del embarazo y estimar su duración por medio de un examen pélvico bimanual o por medios paraclínicos si se dispone de ellos. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6ª y 8ª incluyen reblandecimiento cervical y/o del istmo, y reblandecimiento y elongación del útero. Si el tamaño uterino es menor al esperado, debe considerarse la posibilidad de un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, un embarazo ectópico o un aborto retenido. Un útero mayor al esperado puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, presencia de miomas o enfermedad trofoblástica gestacional. Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero para prevenir posibles complicaciones durante la IVE por aspiración endouterina en caso de anteversión o retroversión extrema. También se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección post aborto, si no son tratadas antes del procedimiento.

Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a una IVE requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer convive con el VIH, se debe dar orientación y asesoría sobre VIH durante el embarazo. Toma de paraclínicos Como norma general, no son requisito exámenes paraclínicos para la prestación de servicios de IVE. Sin embargo, es importante conocer la hemoclasificación de la mujer y administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas al momento del procedimiento de IVE. En los casos en que clínicamente se sospeche anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias ante una eventual hemorragia. Al igual que en cualquier control prenatal, a toda mujer se le debe dar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH (prueba rápida), dejando claro que es voluntaria, pero que se recomienda practicarla a toda mujer embarazada. Este proceso de asesoría y ofrecimiento debe ser documentado en la historia clínica. También se debe ofrecer el tamizaje para sífilis con prueba treponémica rápida. En ningún caso, estas pruebas se pueden constituir en barrera de acceso al procedimiento de IVE.

La exploración ecográfica no es necesaria para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre, salvo que, ante la presencia de otros signos o síntomas, se sospeche la presencia de un embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o cualquier otra alteración de la gestación. En lugares donde se cuenta con este recurso, la ecografía puede ser de utilidad para la detección de embarazos

ectópicos mayores de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento de IVE. En las instituciones en las que se disponga de servicios de ecografía, se recomienda habilitar áreas distintas para la evaluación de las mujeres que solicitan la IVE y para las mujeres que reciben cuidados prenatales. Se recomienda también realizar los estudios ecográficos sin exponer a la mujer a la imagen de la gestación a menos que ella así lo desee. Si se sospecha un embarazo ectópico, porque el tamaño uterino es menor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado, o mareos, desmayos, palidez o masa anexial en casos avanzados, es esencial confirmar la localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la IVE. La mujer debe ser remitida a un nivel de atención con disponibilidad de ecografía transvaginal y cuantificación de fracciones Beta de gonadotropina coriónica humana. En caso de enfermedad o evento de interés en salud pública se deben realizar los exámenes de laboratorio pertinentes según protocolo de vigilancia en salud publica expedido por el Instituto Nacional de Salud, incluidos los estudios de histopatología u otros posteriores al procedimiento. Certificación de las causales Una vez se ha obtenido la historia clínica completa; se debe identificar si la mujer está dentro de alguna de las causales definidas por la sentencia C-355 de 2006. Un profesional en medicina general está en la capacidad de identificar las causales, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas, y expedir el certificado correspondiente (en caso de que el embarazo represente algún riesgo para la vida o la salud física, mental o social de la mujer, o el feto presente alguna malformación incompatible con la vida extrauterina).

Un profesional en psicología también está en la capacidad de reconocer el riesgo de afectación a la salud mental o social que ha identificado la mujer y expedir el certificado correspondiente. Debe tenerse en cuenta que la mujer tiene derecho a un diagnóstico integral y oportuno sobre su estado de salud en relación con el embarazo, y ante la identificación de cualquier riesgo de afectación para su salud física, mental o social derivado de este; puede decidir si lo continua o no. Así, la única exigencia para quien expide dicho certificado es que actúe conforme a los estándares éticos de su profesión119. Por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad específica o que pertenezca a una institución determinada. Para los casos de violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas, la ausencia de la denuncia no puede constituirse en una barrera para acceder a la IVE, ya que el procedimiento hace parte de la prestación de servicios integrales en salud a los que tiene derecho una víctima de violencia sexual y para los cuales no es necesario contar con este requisito, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014.

Debe tenerse en cuenta también que, según lo establecido en la Ley 1257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el/la profesional de salud debe dar aviso de la violencia sexual a las autoridades competentes con el fin de que estas inicien la investigación de oficio, dado que el acto de violencia tiene un carácter no

conciliable, no desistible y no transable. También debe tenerse en cuenta que la atención en salud a víctimas de violencia sexual debe brindarse como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta y de la existencia o no de denuncia A las menores de catorce años no se les debe exigir denuncia en ningún caso como requisito para acceder a la IVE pues existe la presunción de que han sido víctimas de violencia sexual, además de la activación de las rutas de protección y justicia de las que trata la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social o la que la modifique o sustituya. En caso de que sea necesaria la valoración de la mujer por parte de un especialista, se debe iniciar la remisión de la mujer de manera inmediata, sin que esto se constituya en una barrera al acceso del servicio de IVE, y sin que la atención se extienda más allá del plazo razonable establecido. Idealmente, los servicios de IVE deben estar disponibles en el mismo nivel de atención en el que la mujer consulta; siempre y cuando se cuente con personal médico entrenado en aspiración endouterina e IVE con medicamentos. En caso contrario, se deben iniciar los trámites de remisión necesarios, teniendo en cuenta la obligación de garantizar la oportunidad del servicio. De ninguna manera pueden imponerse tiempos de espera prolongados o sujetar la remisión de la mujer a la disponibilidad de citas por consulta externa o a la realización de cualquier trámite que limite la prestación de un servicio oportuno.

El término razonable para responder las solicitudes de IVE y para realizar el procedimiento es de cinco (5) días calendario contados a partir de la consulta. La exigencia de requisitos adicionales a la mujer como órdenes judiciales o administrativas, conceptos de asesores o auditores, dictámenes de medicina legal, juntas médicas, autorizaciones de familiares o terceros están prohibidos y constituyen barreras inadmisibles para la garantía en la prestación de los procedimientos de IVE. Orientación y asesoría A toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debe ofrecer orientación y asesoría. Aunque la orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención, la orientación y asesoría oportunas y de calidad, son aspectos primordiales en el proceso de toma de decisión de la mujer, con el fin de mejorar los resultados del proceso, garantizar el derecho a la procreación en condiciones seguras, y fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva. Idealmente estos servicios deben ser prestados por profesionales de psicología o de trabajo social; sin embargo, en caso de no contar con estos perfiles puede estar a cargo de profesionales de la salud con capacitación suficiente en derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo con la guía de capacitación para atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo.

En general, la orientación debe consistir en un acompañamiento emocional que cree un ambiente propicio para que la mujer hable sobre cómo se siente, cómo llegó a la situación actual e identifique sus condiciones personales, familiares y sociales particulares. Durante la misma se deben revisar los

significados, ideas y temores involucrados en la vivencia y las herramientas disponibles para afrontar la situación, teniendo en cuenta el contexto en el que vive la mujer, lo mismo que sus valores, creencias y sentimientos. También se le debe informar ampliamente sobre sus derechos y respetar sus decisiones. Por lo tanto, en ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer.

No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar. La orientación y asesoría debe llevarse a cabo de manera estructurada, imparcial y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia, sin que se cuestione su decisión, se le revictimice o se le imponga la realización de trámites innecesarios (como la consulta a otros profesionales, la toma de tiempos de reflexión etc.). Así, a través del acompañamiento y la información (oportuna, completa, de fácil acceso y fidedigna), en un ambiente de respeto y promoción de la autonomía, la libertad y la voluntad de la mujer, la orientación y asesoría se convierten en una oportunidad para la afirmación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en un marco de derechos y responsabilidades. La orientación y asesoría deben ser proporcionadas en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de las mismas.

La participación del compañero, padre, madre o cualquier otra persona en la consulta solo es permitida si la mujer, niña o adolescente lo autoriza explícitamente, de lo contrario, el involucramiento de terceras personas constituye una ruptura seria de la confidencialidad. Por otra parte, debe evaluarse siempre la red de apoyo social y familiar de la mujer. La orientación y asesoría en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual se deberá dar en los términos que define la Resolución 459 del 2012 o la normatividad que la modifique y deberá extenderse en tiempo de acuerdo con el criterio del equipo de salud que la atienda de manera integral en la Ruta Integral de Atención de las violencias en su tramo de violencias de género. Identificar coerción Se debe identificar si la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, otro miembro de la familia u otra persona para continuar el embarazo o para la interrupción de este. Si el personal de salud sospecha coerción, deberá hablar con la mujer en privado y seguir los protocolos institucionales y las normas para garantizar la seguridad de la mujer y sus derechos a la autonomía y la libertad. Algunas mujeres se acercan a los servicios de salud después de haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo y no requieren orientación adicional para este fin.

Por lo tanto, se debe respetar su voluntad y la decisión que ha tomado el marco del ejercicio de su autonomía. Información y elección del procedimiento Durante la interacción inicial es determinante escuchar y aclarar los temores y dudas; responder las preguntas empleando un lenguaje claro, sencillo y pertinente y asegurarse de que la mujer ha comprendido la información. Adicionalmente, toda paciente debe conocer que existen alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas de

manera objetiva e imparcial. Dichas alternativas son la continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para entregar el nacido vivo en adopción. Una vez la mujer ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo, la información mínima que debe recibir sobre el procedimiento incluye:

✓ Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas.
✓ Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento y el tiempo que tomará cada uno.
✓ Lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva.
✓ El marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado. En los casos en que se identifica violencia sexual, la mujer debe ingresarse en los procedimientos propios de la RIAS para población sujeta a riesgo o víctimas de violencia.

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

Consentimiento informado El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE, para el cual debe haber recibido información clara, real, objetiva y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica. Las niñas menores de 14 años en estado de gravidez tienen el derecho a exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo y este debe primar cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicho procedimiento. Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de las niñas menores de 14 años resulta no solo inconstitucional sino también contraproducente120. Para el caso de mujeres o niñas con discapacidad, debe prevalecer también su manifestación libre e informada sobre la realización del procedimiento de IVE.

Para esto, deben emplearse los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que sean necesarias en los términos de la Resolución 1004 de 2017. Recuperación La mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la Institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 60 minutos en observación en una sala de recuperación. Por lo general, son necesarios períodos más largos de observación cuando

se ha administrado sedación consciente o anestesia general. Durante este periodo, el personal de salud brinda a la mujer comodidad y apoyo y monitorea su recuperación. Vigila en especial el nivel de dolor y administra analgésicos y antiespasmódicos a necesidad cuando el dolor se encuentra dentro de lo esperado o alerta en cuanto a la posibilidad de perforación uterina o hematómetra cuando sea mayor al usual. La mujer debe recibir información clara sobre los síntomas que puede tener durante su recuperación como dolor tipo cólico ocasional durante la primera semana, que no debe incrementarse y que debe ceder con analgésicos comunes; sangrado similar al menstrual en promedio por 10 días, aunque puede durar hasta 4 semanas.

También debe saber que la ovulación puede ocurrir tan temprano como 8 días después del procedimiento y por lo mismo es necesario que utilice un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día y que la menstruación reaparecerá entre 30 y 40 días después del procedimiento. Después de la IVE, la mayoría de las mujeres puede retomar sus actividades habituales en el transcurso de horas o 1-2 días. Se deben dar instrucciones claras de consultar en caso de fiebre, dolor abdominal severo o sangrado mayor a dos toallas higiénicas empapadas por hora durante más de dos horas consecutivas. Asesoría y provisión anticonceptiva

Es mandatorio realizar asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo antes del alta hospitalaria si la mujer así lo ha elegido. Realizar de acuerdo con la directriz de atención para la planificación familiar y la anticoncepción. En caso de que la mujer haya iniciado un método, se deberá hacer la gestión para la asignación de la cita para el control del método de anticoncepción como se establece en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Consulta de seguimiento Después de una IVE por aspiración no se requiere una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo buscar atención debido a complicaciones y si ha iniciado un método anticonceptivo o ha recibido la información necesaria para cubrir sus necesidades anticonceptivas. No obstante, si la mujer lo desea puede regresar a la institución 1 o 2 semanas más tarde para evaluar su salud en general, confirmar la ausencia de complicaciones y reforzar los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial. En el caso de la IVE farmacológica, el control también es opcional siempre y cuando se cumplan estas condiciones:

• Se hayan creado los mecanismos adecuados para que la mujer pueda valorar por si misma los resultados del proceso y pueda confirmar que el tratamiento ha sido exitoso, ya que, en general, las mujeres son capaces de determinar si han tenido un aborto completo con alta precisión. Para ello, debe recibir información completa sobre los signos y síntomas que se esperan en un aborto completo121.

• Se garantice al menos el seguimiento telefónico, chat u otro medio en el que pueda comprobarse la identificación o no de estos signos y síntomas y de otros relacionados con las posibles

complicaciones. En la consulta de seguimiento, si fuera realizada, un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, y el hallazgo al examen físico de un útero de tamaño normal, cérvix cerrado y sangrado ausente o mínimo, son altamente sugestivos de un tratamiento exitoso.

En estos casos no es necesaria la realización de ningún otro examen. Cuando no se ha presentado sangrado o este fue escaso o cuando persiste un sangrado importante hasta 1-2 semanas más tarde o los síntomas de embarazo aún están presentes, se debe sospechar una falla del tratamiento.

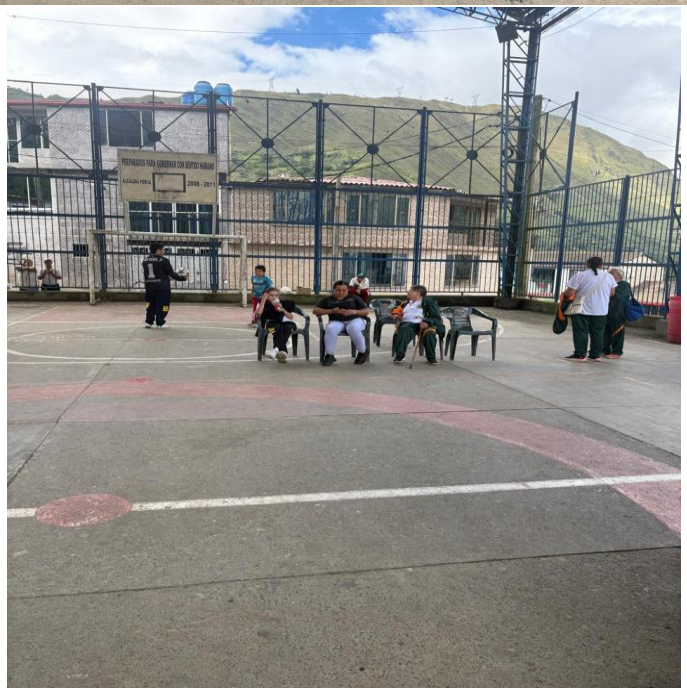
2.4 Descripción de las inquietudes manifestadas por los asistentes.

NINGUNA

3. Conclusiones y recomendaciones

Impacto en la Comunidad: La feria de servicios de salud ha sido una excelente oportunidad para ofrecer a la comunidad acceso a información vital sobre prevención, tratamiento y bienestar. Permitió a los participantes conocer más sobre servicios médicos disponibles y cómo pueden cuidar mejor su salud. Colaboración y Educación: Las diferentes instituciones de salud que participaron demostraron el poder de la colaboración, ofreciendo educación a los asistentes sobre temas de salud de forma accesible y directa. La interacción entre profesionales de salud y la población resultó muy valiosa, especialmente en áreas de salud preventiva. Accesibilidad a Servicios: A través de consultas gratuitas, pruebas de detección y charlas informativas, se logró acercar los servicios de salud a personas que quizás no tienen fácil acceso a ellos, contribuyendo a una mayor equidad en salud

4. Registro fotográfico

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-029
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.

Gobernación de Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-FR-029
		Versión: 02
	Información de Actividades PIC	Fecha de Aprobación: 17 de enero 2025.