



DESMEDICALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE IVE:

**Análisis desde las modalidades de atención por
telemedicina en Fundación Oriéntame.**

FÒS
FEMINISTA

Oriéntame
Para Decidir

OPTions
Options for Pregnancy Termination Innovation Initiative



Contenido

I. Introducción	3
II. Metodología	4
III. Contexto	6
IV. Resultados	8
V. Conclusiones	17
VI. Bibliografía	19

I. Introducción

El 21 de febrero de 2022 la Corte Constitucional de Colombia despenalizó totalmente el aborto hasta la semana 24 de gestación y, luego de este plazo, bajo las tres causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, sin límite de edad gestacional. De esta manera, la Corte protegió los derechos de las niñas, mujeres y personas con posibilidad de gestar a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, respetar sus decisiones reproductivas, evitar el impacto desproporcionado de la penalización del aborto, así como la discriminación en razón de sexo, género, procedencia, pertenencia étnica o edad (C-055-22 Corte Constitucional de Colombia, s. f.).

A pesar de este trascendental avance legal, las barreras para acceder a servicios de aborto libre, legal y seguro siguen existiendo en el país. Así lo manifiesta el informe sobre el primer año de implementación de la **sentencia C-055 de 2022** realizado por **La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Fundación Oriéntame**, según el cual el desconocimiento del marco legal, la interpretación restrictiva de las sentencias de la Corte y las fallas en la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) son algunas de las barreras que persisten. Estas barreras afectan principalmente y de manera diferencial a las personas en situación de vulnerabilidad y a aquellas que viven por fuera de la capital del país (Niño Contreras et al., 2023).

Las personas que experimentan barreras para la prestación de

servicios de IVE han encontrado en el aborto autogestionado una alternativa para eludirlas. Históricamente, el uso de los diferentes métodos de aborto autogestionado ha sido común en contextos restrictivos, en los que la criminalización, el estigma y el señalamiento cohiben a las personas de buscar atención en centros médicos. Estas, sin embargo, no son las únicas razones para recurrir al aborto autogestionado. Dificultades adicionales como las largas distancias hasta los centros médicos o los altos costos de los procedimientos -las cuales afectan particularmente a personas en situación de vulnerabilidad-, son otros factores que motivan la realización de abortos autogestionados, incluso en contextos permisivos. Por otro lado, otras personas escogen autogestionar su proceso de aborto porque lo consideran más conveniente, accesible y privado (Verma & Grossman, 2023).

El aborto autogestionado se define como la autoadministración de medicamentos abortivos y la autogestión del proceso de aborto por fuera de un contexto clínico (Yanow et al., 2021). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la autogestión del proceso de aborto en su totalidad o en alguna de sus tres partes¹ hasta antes de las 12 semanas de gestación usando un régimen de mifepristona y misoprostol o solo misoprostol (World Health Organization, 2022). En sus directrices, la OMS también recalca la importancia de que las personas que optan por la autogestión del aborto cuenten con información precisa y medicamentos de calidad, así como de apoyo de personal sanitario capacitado y acceso a establecimientos médicos y a servicios de remisión en caso de que los necesiten (World Health Organization, 2022).

¹ De acuerdo con la OMS las tres partes que componen el proceso de aborto médico son: i) la autoevaluación de la idoneidad, la cual incluye determinar la duración del embarazo y descartar las contraindicaciones; ii) la autoadministración de los medicamentos para el aborto fuera de un establecimiento sanitario y sin la supervisión directa de un trabajador de la salud capacitado, y gestión del proceso de aborto; y iii) la autoevaluación de la efectividad del procedimiento.



II. Metodología





Para la realización de este estudio se hizo un análisis cuantitativo de los datos sobre servicios prestados en la Fundación Oriéntame. Los datos se dividieron en dos grupos de la siguiente manera:

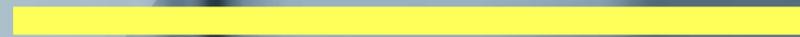
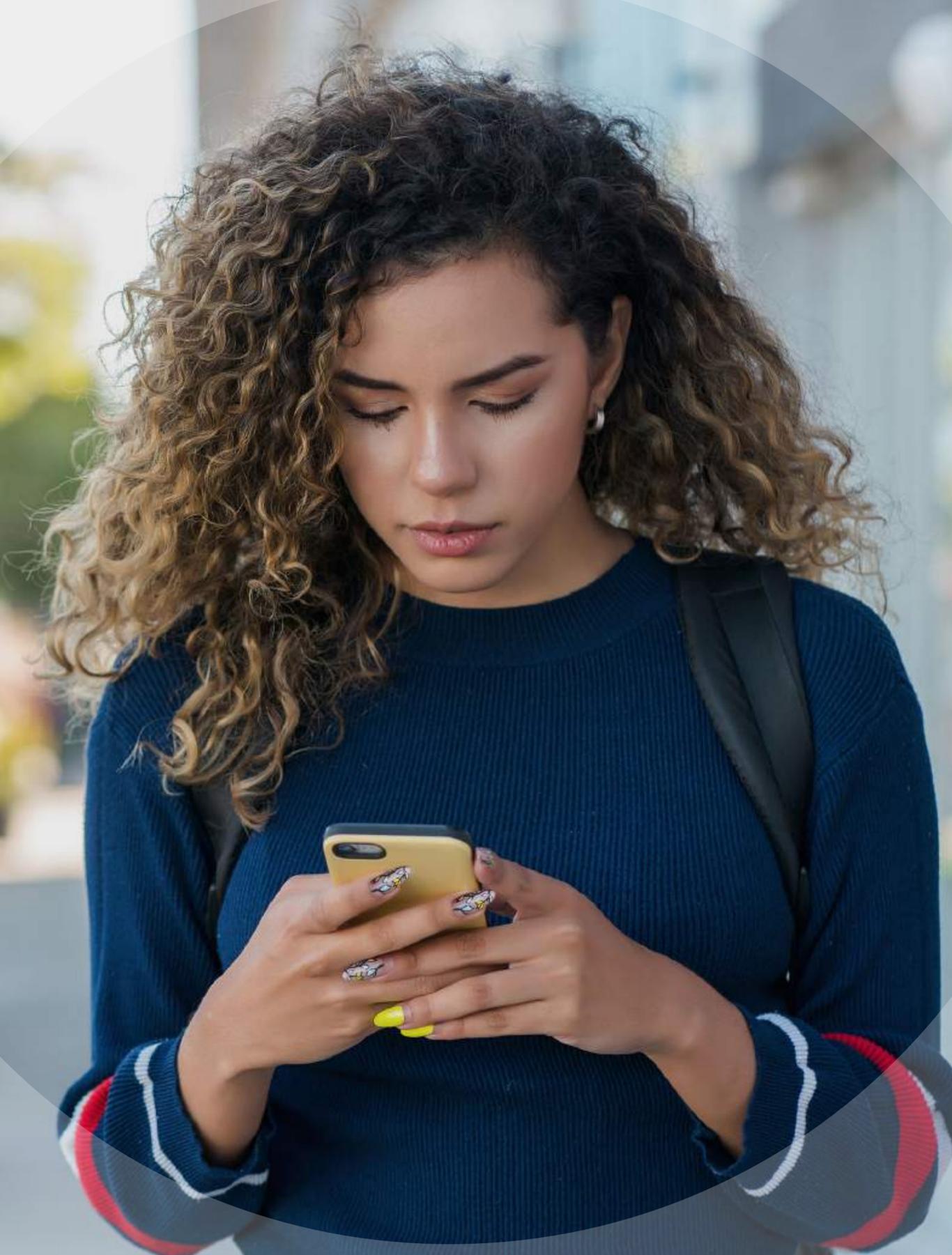
G1 Grupo comprendido entre el 22/02/2021 y el 01/02/2022.

G2 grupo comprendido entre el 22/02/2022 y el 01/02/2023.

La disposición de los datos de esta manera se debe a dos razones:

- i) Hacer un análisis comparativo del año anterior y posterior a la emisión de la Sentencia C-055 del 21 de febrero del 2022.
- ii) Continuar con el análisis realizado por la Fundación Oriéntame hasta febrero de 2021 en el informe *Legal abortion by telemedicine: an exploratory analysis of Access, effectivity and safety among Oriéntame's users*, el cual se realizó durante la coyuntura muy particular de la pandemia de COVID-19.

III. Contexto



La telemedicina se define como la evaluación y tratamiento a distancia de pacientes mediante herramientas de la tecnología de las comunicaciones (Endler et al., 2019).



La OMS recomienda la implementación de la telemedicina en sus Directrices sobre la atención para el aborto como una alternativa para las interacciones presenciales con el profesional de la salud, implementándola en la totalidad o en parte del proceso (World Health Organization, 2022). Estudios previos han demostrado que las consultantes pueden autoevaluar con precisión si su edad gestacional es apropiada para el aborto con medicamentos respondiendo una serie de preguntas sencillas (Ralph et al., 2022). En el mismo sentido, las consultantes también pueden autoevaluar la efectividad del aborto por medio de una lista de chequeo de los síntomas (Andersen et al., 2018) y una prueba sencilla de embarazo en orina (Whitehouse et al., 2022).



Si bien este modelo de atención es relativamente nuevo en el país, la práctica del aborto en casa con medicamentos no lo es. Desde la autorización del misoprostol por parte del INVIMA en el 2007, su uso se extendió ampliamente en todo el país. Según un estudio sobre la incidencia del aborto en el país realizado por el Instituto Guttmacher y la Fundación Oriéntame en el 2008, el 50% de los abortos realizados durante ese año se hicieron utilizando misoprostol. **Es importante señalar que, de los 400.400 abortos inducidos estimados para ese año, solo 322 fueron procedimientos legales practicados en instituciones de salud**, lo cual nos da una idea de la amplitud de la práctica del aborto autogestionado con misoprostol (Prada et al., 2011).

Resolución 2654



La telemedicina en Colombia sufrió un impulso importante en el 2019 debido a la virtualización de los servicios de salud como resultado de la pandemia de COVID-19. En ese año el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 2654 con la cual se establecieron las disposiciones para la telesalud y los parámetros para la práctica de la telemedicina, definiendo sus categorías, el uso de los medios tecnológicos, la calidad y seguridad de la atención, y el uso de la información y los datos. **De esta manera, el 24 de marzo de 2020, la Fundación Oriéntame realizó la primera atención por telemedicina** (Apolaya, 2021).



Este estudio también encontró que se reportó una amplia tasa de complicaciones (32%) relacionadas con el uso del misoprostol, a pesar de la alta eficacia y seguridad del medicamento cuando es usado correctamente. **Es posible que el alto número de complicaciones fuera resultado del inadecuado conocimiento sobre el uso y síntomas generados por el misoprostol por parte tanto de los proveedores como de las mujeres.** Un estudio posterior sobre la venta informal de misoprostol en el país, encontró que los vendedores proporcionaban poca información sobre cómo utilizar el medicamento correctamente o qué esperar al tomarlo (Moore et al., 2020).

IV. Resultados





La Fundación Oriéntame ofrece servicios de IVE en tres diferentes modalidades de atención*:

Telemedicina Tele-experticia Atención presencial

Edad gestacional máxima permitida para acceder a la modalidad

10
semanas

11
semanas

24
semanas

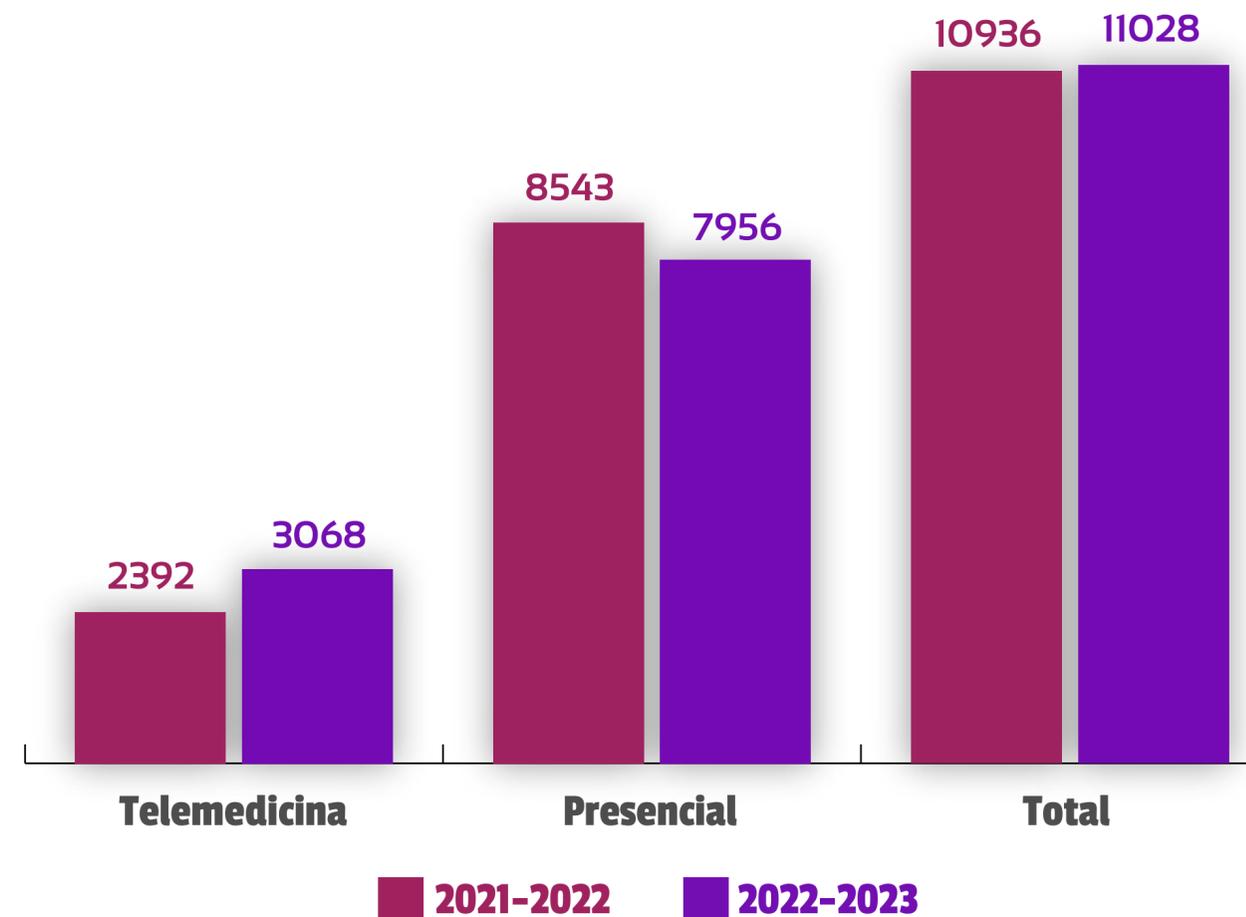
Para efectos de este análisis, las modalidades de telemedicina y tele-experticia se agruparán en la categoría de telemedicina.

11.028 prestó la Fundación Oriéntame a lo largo y ancho del país durante el primer año de implementación de la Sentencia C-055 de 2022.
servicios de IVE en total

Esto refleja un aumento de un poco menos del 1% en el número de personas atendidas (92), en comparación con el mismo periodo durante los años 2021 y 2022.

*Como parte de las jornadas en salud se encontraron un total de 5 registros, los cuales no fueron incluidos en el análisis de los datos. Uno de ellos para el periodo 2021-2022 y cuatro para el periodo 2022-2023.

GRÁFICO 1.
COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE ATENCIONES PERIODOS 2021-2022 Y 2022-2023





Del total de atenciones realizadas durante el primer año de la sentencia, el 27,82% corresponden a atenciones de telemedicina (3068).

Estos datos indican un aumento de casi 6% en esta modalidad de atención en comparación con el año anterior a la sentencia. Este aumento puede estar relacionado con una mayor preferencia por la atención en la modalidad de telemedicina como resultado de la familiaridad adquirida con esta modalidad de atención durante la pandemia de COVID-19, pero también puede indicar una preferencia debido a una mayor percepción de conveniencia y privacidad por parte de las consultantes. Las atenciones presenciales también disminuyeron un 6%, reflejando el desplazamiento de consultantes de la modalidad presencial a la de telemedicina.



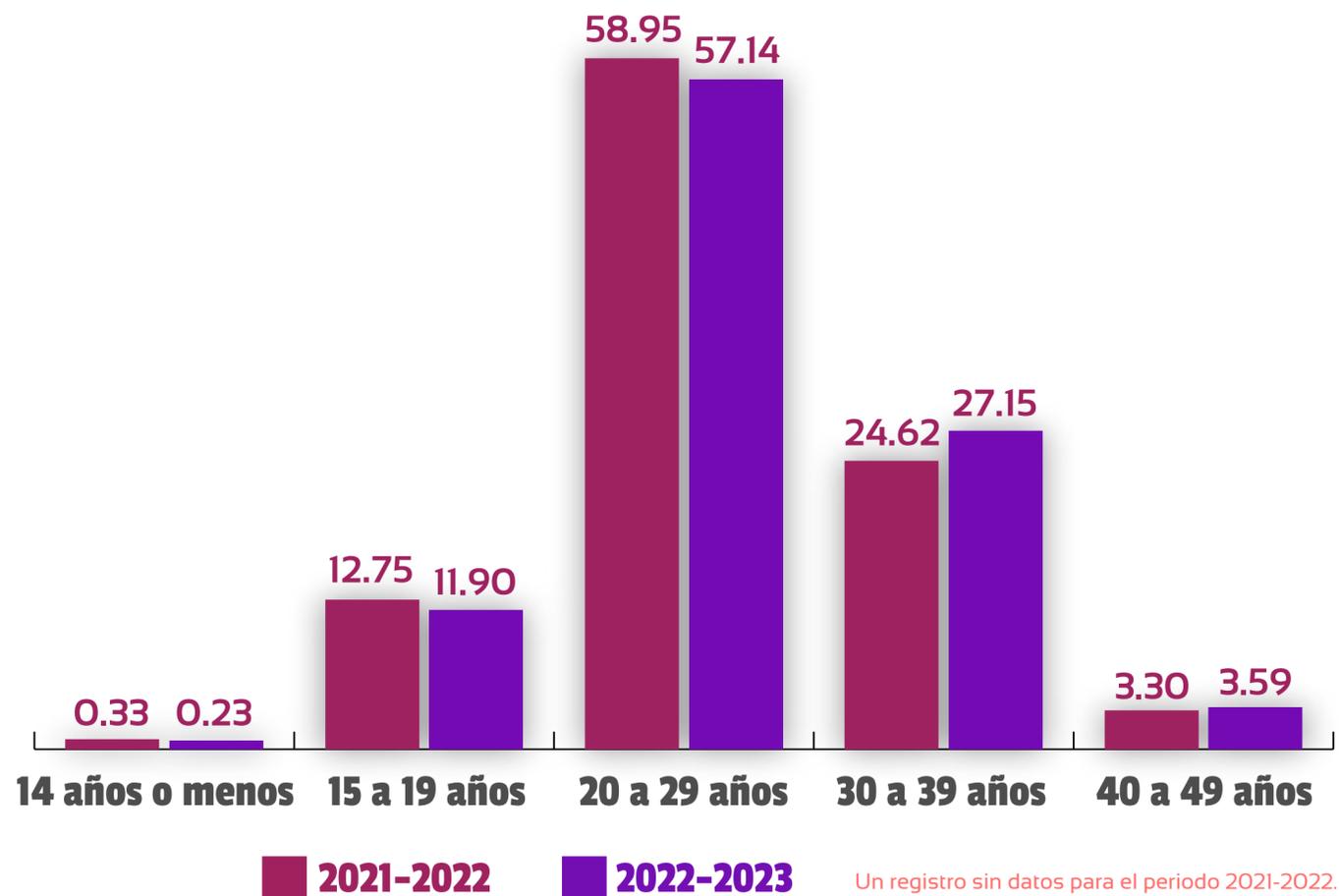
En relación a la edad de las consultantes, del total de servicios prestados en el primer año de la sentencia el 56% correspondió a consultantes entre los 20 a 29 años,

lo cual representa una disminución del 1.5% con respecto al año anterior. Respecto a las atenciones de telemedicina, un poco más del 57% de los casos correspondieron a consultantes entre los 20 y 29 años, lo cual representó una disminución de casi 2% con respecto al año anterior a la sentencia; a estas siguieron las consultantes de entre 30 a 39 años (27%), seguidas de aquellas entre los 15 y 19 años (12%), los 40 y 49 años (3.5%) y 7 casos (0.23%) que corresponden a menores de 14 años.

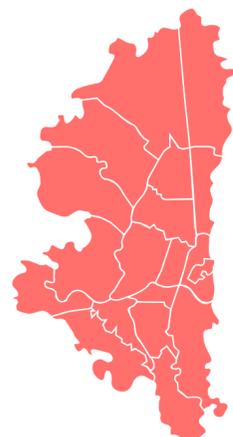


GRÁFICO 2.

COMPARACIÓN DE LA EDAD DE LAS CONSULTANTES
Periodos 2021-2022 y 2022-2023

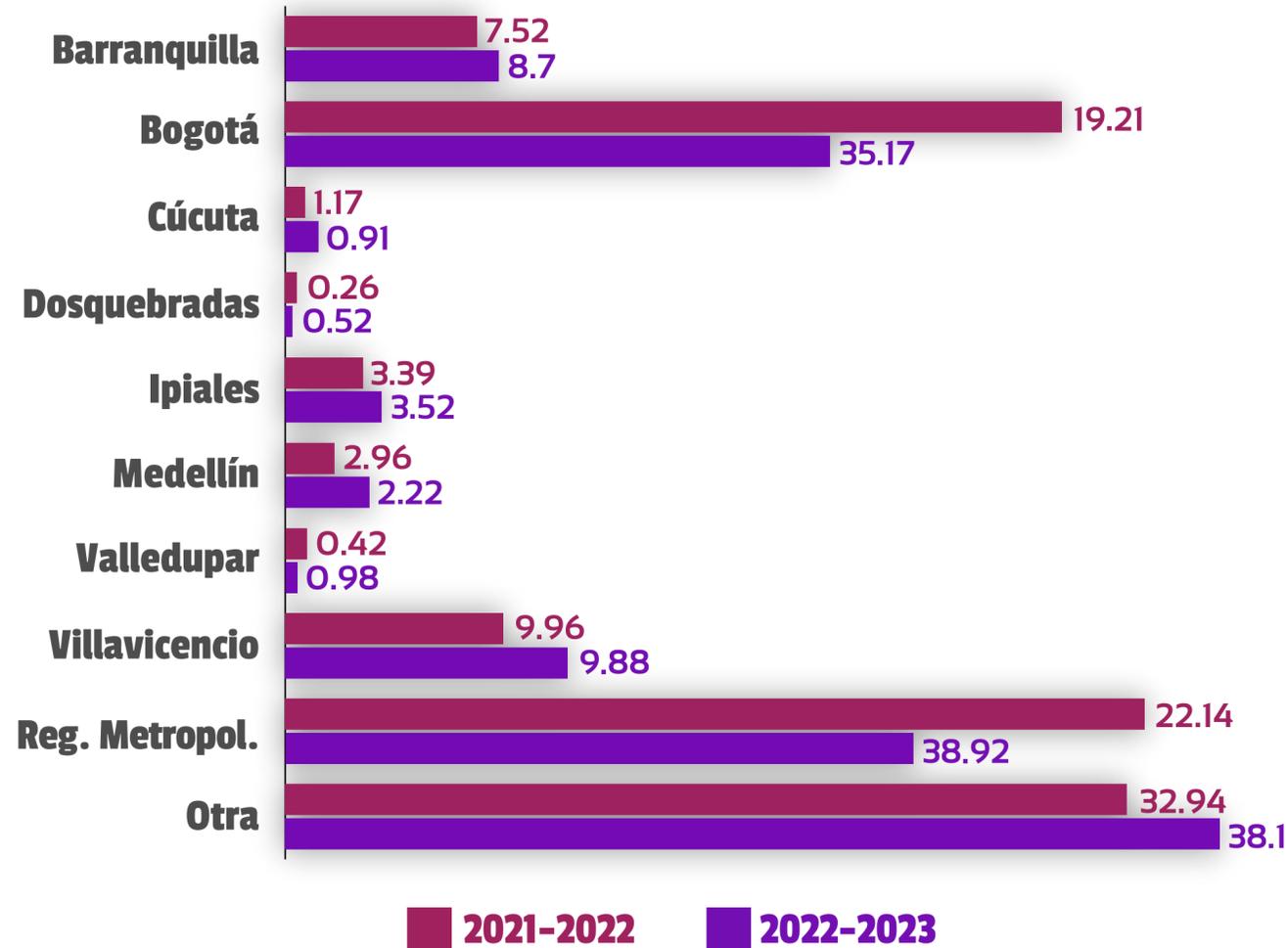


Al comparar estos datos con respecto a los del año anterior a la sentencia, **se evidencia una leve disminución en las consultantes comprendidas entre los rangos de 14 años o menos, 14 a 19 años y 20 a 29 años**, mientras que para los rangos de 30 a 39 años y 40 a 49 años se dieron aumentos leves, siendo el más grande de 2.5% para el rango de 30 a 39 años.



A propósito del lugar de residencia de las consultantes atendidas en la modalidad de telemedicina durante el primer año de la sentencia, **el 35% de ellas estaban ubicadas en la ciudad de Bogotá. Este dato muestra un incremento de casi 16% en comparación con el año anterior a la sentencia**, lo cual es un cambio significativo. Otro cambio importante es el que se evidencia en el rubro de las consultantes residentes en otras ciudades del país, el cual aumentó un poco más de 5%.

GRÁFICO 3.
COMPARACIÓN DEL LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS CONSULTANTES
Periodos 2021-2022 y 2022-2023



En el Gráfico 3 se agrupan las ciudades donde la Fundación Oriéntame tiene sedes², así como la Región metropolitana Bogotá-Cundinamarca, la cual está compuesta por la ciudad de Bogotá y 22 municipios aledaños³. **La región metropolitana de Bogotá-Cundinamarca registra un total de casi el 39% de las consultantes durante el primer año de la sentencia, lo que representa un incremento de casi 17%.** Este dato -junto con el alto porcentaje de consultantes residentes en la ciudad de Bogotá- es un indicador de la concentración de servicios en el centro del país (particularmente en la ciudad capital), lo que puede estar relacionado con barreras de acceso más fuertes por fuera de la capital del país, como es el caso, por ejemplo, de la brecha digital y la mala conexión a internet o la ausencia completa de esta, que afecta particularmente a las personas que viven en contextos rurales o lugares remotos.



Estos datos contrastan fuertemente con los hallazgos del informe realizado por la Fundación Oriéntame durante el periodo de la pandemia de COVID-19, **donde se encontró que cerca del 70% de las consultantes de la modalidad de telemedicina vivían fuera de la ciudad de Bogotá,** principalmente en los departamentos de la región Central⁴. Este cambio puede estar relacionado con el contexto particular generado por la pandemia, en el que los confinamientos decretados por el gobierno para contener la propagación de la enfermedad generaron restricciones a la libre movilización de los ciudadanos.

²La sede de Ibagué abrió en noviembre de 2023, por lo cual no fue incluida en el gráfico.

³La región metropolitana Bogotá-Cundinamarca está compuesta por la ciudad de Bogotá y los municipios de Bojacá, Cajicá, Chía, Cogua, Cota, El Rosal, Facatativá, Funza, Gachanchipá, La Calera, Madrid, Mompusquera, Nemocón, Soacha, Sibaté, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá, Zipacón y Zipaquirá.

⁴La región Central está compuesta por los departamentos de Cundinamarca, Tolima, Huila, Caquetá, Caldas, Quindío y Risaralda.



El 87.5% del total de consultantes atendidas durante el primer año de la sentencia contaban con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mientras que el 11% se encontraba sin afiliación y el 1% no registró datos. Estas cifras son similares a las registradas para la modalidad de telemedicina en el mismo periodo, en el que el 88% de las consultantes estaban afiliadas al SGSSS, el 10% no tenía afiliación y el 1% no registró datos.



Los registros de consultantes sin afiliación pueden estar relacionados con las migrantes venezolanas en situación irregular de migración, quienes no pueden afiliarse al sistema de salud por no contar con los documentos requeridos para dicho trámite. **Venezuela es el país extranjero con el mayor número de consultantes durante el primer año de la sentencia, tanto en la modalidad presencial (8%) como de telemedicina (6.5%).** Esta última cifra registró un leve aumento con respecto al año anterior, cuando el total de consultantes de ciudadanía venezolana alcanzó casi 6%.

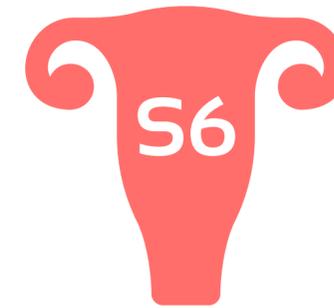
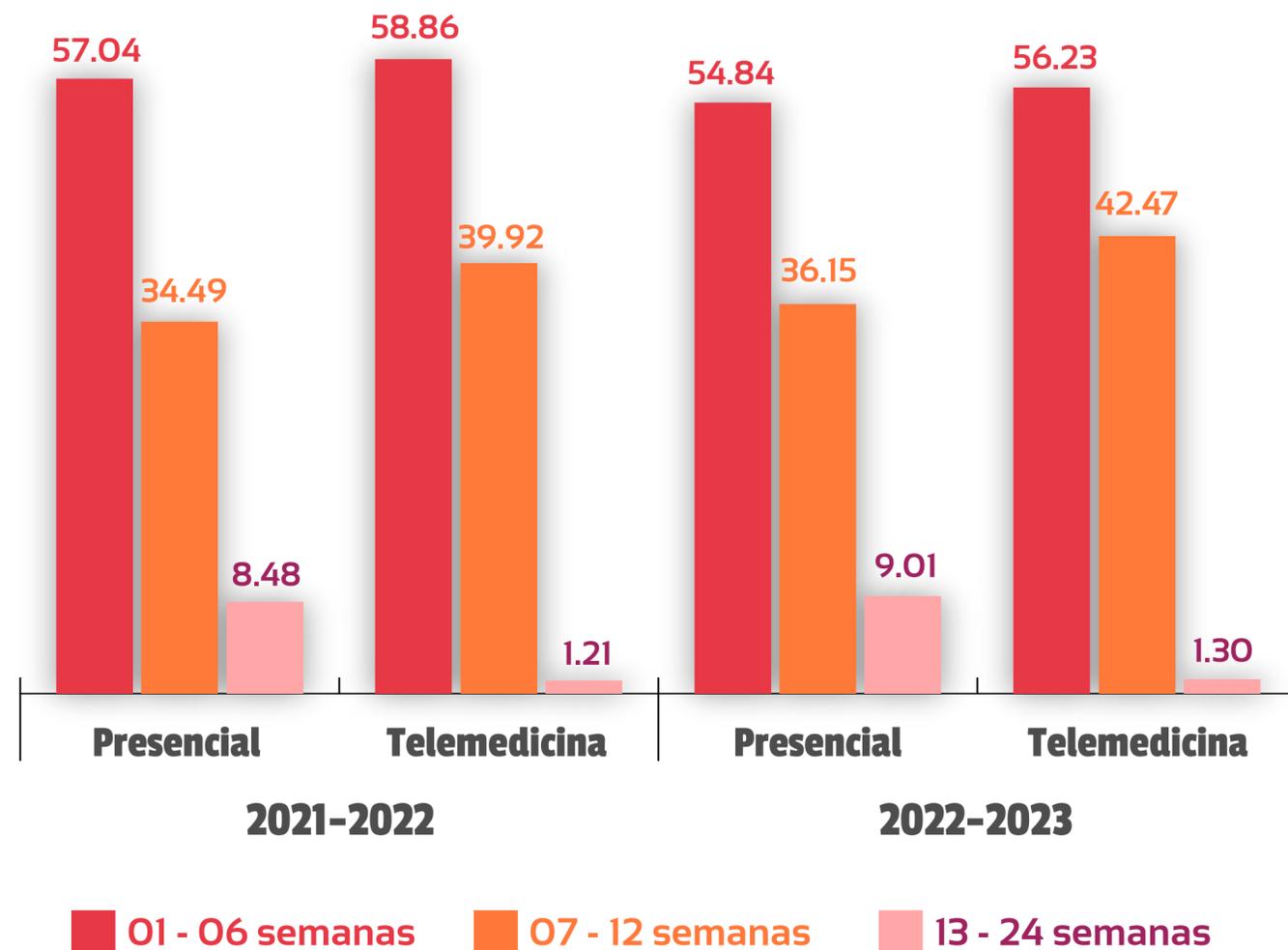


Respecto a la manera en la que las consultantes financiaron los procedimientos de IVE durante el primer año de la sentencia, se encuentra que **el 64% lo hicieron con sus propios recursos, es decir, de manera particular; el 30% por medio de su EPS y el 7% a través de subsidios gestionados por la Fundación.** Es de resaltar que hubo un aumento del 5% en el número de consultantes que financiaron su procedimiento a través de la EPS con respecto al año anterior a la sentencia, lo cual es una señal positiva en tanto los servicios de IVE hacen parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS).





GRÁFICO 4.
COMPARACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS CONSULTANTES
Periodos 2021-2022 y 2022-2023

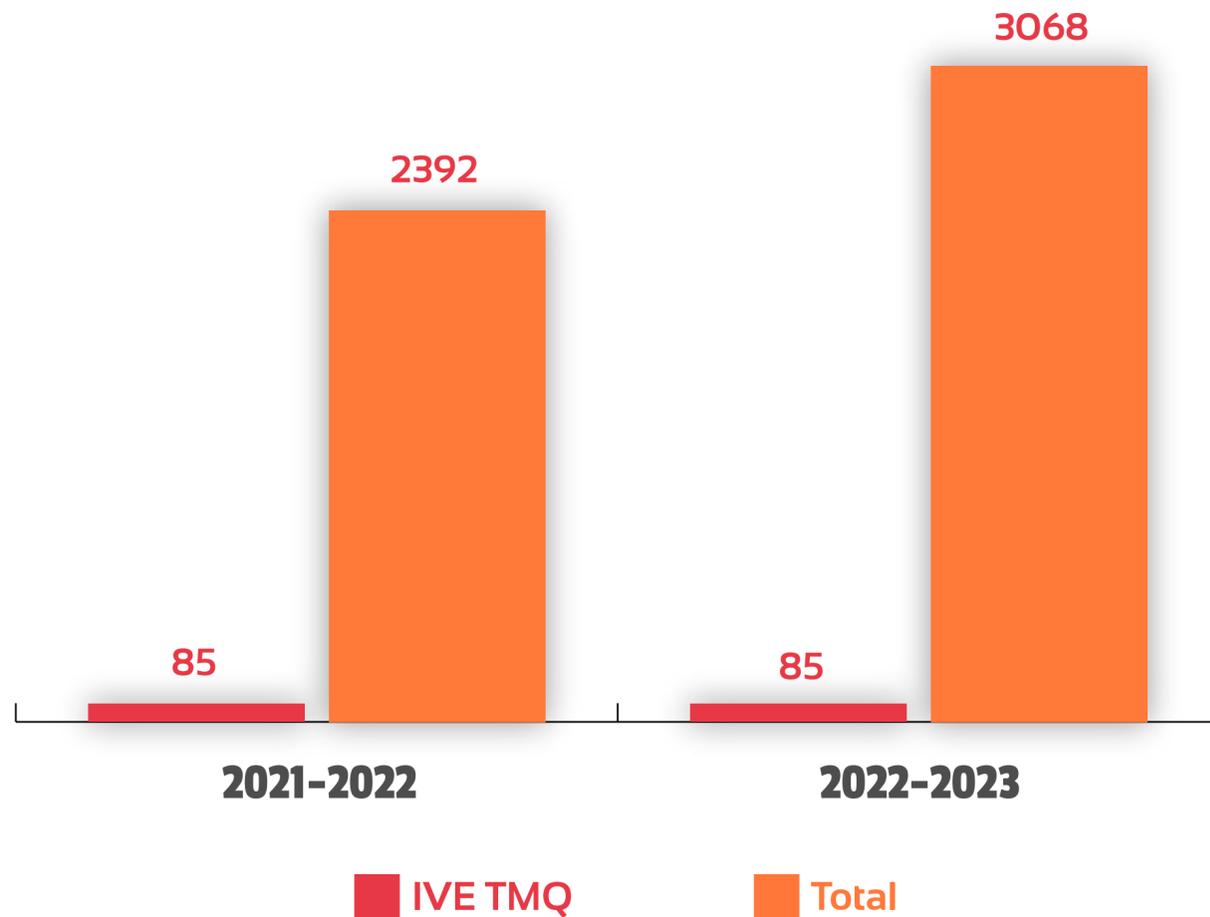


En cuanto a la edad gestacional en la que se encontraban las consultantes al momento de solicitar los servicios, del total de consultantes atendidas en el primer año de la sentencia el **55% se encontraba en las primeras 6 semanas de embarazo**, mientras que el **38% tenía entre 7 y 12 semanas** y un poco menos del **7% tenía entre 13 y 24 semanas de embarazo**. De esta manera, un poco más del **93%** del total de las consultantes accedieron a los servicios de IVE durante las primeras 12 semanas de gestación. Estos números reflejan muy leves variaciones respecto a los del año anterior a la sentencia.

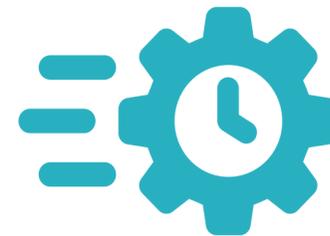


En lo que respecta a la modalidad de telemedicina durante el primer año de la sentencia, más del 50% de las consultantes accedieron al servicio durante las primeras 6 semanas de embarazo, mientras que para el año anterior a la sentencia esta cifra llegó casi al 60%, dándose una leve diferencia entre las consultantes que accedieron al servicio entre las 7 y 11 semanas (40% vs. 42%). **Los datos de la modalidad de telemedicina correspondientes a edades gestacionales de entre 12 a 24 semanas, se refieren a tratamientos iniciados en las sedes satélites** y que fueron derivados a las sedes clínicas debido a que no cumplían con los requisitos para ser realizados bajo la modalidad de telemedicina o tele-experticia.

GRÁFICO 5.
**COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO
POR TELMEDICINA**
Periodos 2021-2022 y 2022-2023



Múltiples estudios indican que el aborto por la modalidad de telemedicina es altamente efectivo. Particularmente, el régimen de mifepristona y misoprostol empleado en la Fundación Oriéntame ha demostrado tener una efectividad estimada de entre el 95% (Abubeker et al., 2020) y el 96.12%-97.43% (Lete et al., 2015). Esta información es corroborada por los datos, que muestran que para el año anterior a la sentencia solo el 3.5% del total de consultantes requirieron un tratamiento quirúrgico al no ser completamente efectivo el tratamiento con medicamentos, mientras que para el primer año de la sentencia esta proporción disminuyó al 2.7%. Este dato es más alto que el encontrado en el informe anterior realizado por la Fundación, en el que solo 2 (0.33%) personas de un total de 600 consultantes en la modalidad de telemedicina requirieron intervención quirúrgica. Los valores, sin embargo, se encuentran dentro de las tasas de efectividad.



El aborto con medicamentos en regímenes de solo misoprostol también ha demostrado ser efectivo en contextos en los que la mifepristona no está disponible. Algunos estudios han analizado la eficacia y seguridad de regímenes de solo misoprostol para la terminación de embarazos en el primer trimestre, demostrando que su uso es efectivo y seguro (Raymond et al., 2023), así como una opción razonable para las mujeres y personas gestantes que buscan terminar su embarazo en el primer trimestre (Raymond et al., 2019).

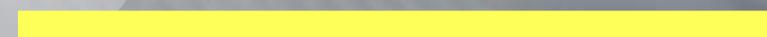


La efectividad del tratamiento de aborto con medicamentos no disminuye al ser realizado de manera autogestionada, siempre que se cuente con la información adecuada para realizar el procedimiento de forma correcta.

Un estudio realizado con 637 participantes de Nigeria, el sudeste asiático y Argentina que usaron misoprostol durante el primer trimestre de embarazo de manera autogestionada con la ayuda de líneas de atención y grupos de acompañamiento, encontró que el 98.1% de las participantes tuvieron un aborto completo. Solo 6 participantes mencionaron posibles efectos adversos, mientras que la mayoría expulsó el embarazo en las 24 horas siguientes al inicio del procedimiento (Jayaweera et al., 2023). Un estudio similar realizado con 1008 participantes de Nigeria y Argentina que realizaron un aborto autogestionado con acompañamiento, encontró que el 99% de las personas que usaron solo misoprostol y el 94% de las que usaron la combinación de mifepristona y misoprostol tuvieron abortos completos sin necesidad de ninguna intervención quirúrgica. Para el caso de embarazos menores a las 9 semanas de gestación, la efectividad de ambos regímenes fue la misma que la obtenida en entornos clínicos (Moseson et al., 2022).



V. Conclusiones





- La Sentencia C-055 de 2022 amplió el acceso a servicios de aborto seguros, legales y gratuitos en el país. A pesar de esto, barreras como el estigma social y el señalamiento siguen disuadiendo a las niñas, mujeres y personas gestantes de buscar servicios de aborto dentro del sistema de salud, especialmente servicios de atención presencial. En este contexto, la telemedicina y el aborto autogestionado son alternativas que han ganado popularidad al ser consideradas más convenientes y privadas.
- El acceso a estas alternativas, sin embargo, se ve reducido debido a barreras como la brecha digital y falta de conexión a internet, las cuales afectan de manera más intensa a las personas en situación de vulnerabilidad y a aquellas que viven en contextos rurales y lugares apartados. Estos factores hacen que los servicios de telemedicina estén concentrados en las principales ciudades del país, particularmente en la ciudad de Bogotá. Es necesario desarrollar estrategias que permitan superar las barreras mencionadas y dar a conocer la oferta de servicios entre las poblaciones donde hay menor número de consultantes.
- Es necesario hacer una mayor y mejor difusión sobre la descriminalización del aborto en el país y los demás cambios amparados por la Sentencia C-055, de tal manera que más personas sepan que el aborto libre, legal, seguro y gratuito es un derecho, y que está incluido en el Plan Básico de Salud. De igual forma, es necesario realizar campañas de educación y posicionar el discurso sobre el derecho al aborto en la sociedad para lograr la eliminación del estigma social y el señalamiento.
- El aborto autogestionado es una práctica que se ha difundido como una alternativa a las ofertas tradicionales del sistema formal de salud. Algunas instituciones privadas de salud –entre ellas la Fundación Oriéntame- ofrecen servicios de aborto por telemedicina, lo que permite a las consultantes realizar el tratamiento de manera autogestionada en el lugar de su preferencia, contando siempre con información adecuada y el respaldo de personal médico certificado. Estudios recientes han demostrado que la efectividad del tratamiento es alta durante el primer trimestre de embarazo y que no disminuye al ser realizado por fuera de entornos clínicos.
- En el país también hay grupos y líneas de acompañamiento –especialmente de colectivos feministas- que proveen información suficiente y veraz para la realización del procedimiento de manera segura y para tratar las complicaciones, en caso de ser necesario. Hay algunos vendedores del mercado informal, sin embargo, que no proveen información suficiente o correcta, lo que hace que el procedimiento sea más complicado y doloroso para las personas que recurren a ellos para realizar un aborto autogestionado, o que incluso pueda llegar a poner sus vidas en riesgo. Es necesario mejorar las prácticas de la venta informal de misoprostol para mejorar la experiencia de las personas que buscan abortos autogestionados por medio de este tipo de proveedores.
- Los datos de la Fundación Oriéntame analizados en este informe, así como los estudios académicos citados como referencia, respaldan la aplicación de modelos de aborto autogestionado, así como modelos de atención virtual como la telemedicina y la tele-experticia para la realización de abortos con medicamentos en el primer trimestre de embarazo. La implementación y difusión de estos modelos de atención permitirán ampliar el rango de cobertura, facilitando el acceso a servicios de aborto libre, legal y seguro a las mujeres colombianas que viven por fuera de las ciudades principales y en zonas apartadas.



VI. Bibliografía

Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M. I., & Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol or misoprostol alone: A systematic review. *BMC Women's Health*, 20(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01003-8>

Andersen, K. L., Fjerstad, M., Basnett, I., Neupane, S., Acre, V., Sharma, S., & Jackson, E. (2018). Determination of medical abortion success by women and community health volunteers in Nepal using a symptom checklist. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1804-3>

Apolaya, J. (2021, enero 8). De cara a los límites impuestos por la pandemia por COVID-19 a los servicios de aborto. Clacai: Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro. <https://clacai.org/iniciativa/iniciativas-2020/de-cara-a-los-limites-impuestos-por-la-pandemia-por-covid-19-2/>

C-055-22 Corte Constitucional de Colombia. (s. f.). Recuperado 26 de enero de 2024, de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm>

Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomperts, R., & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Telemedicine for medical abortion: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126(9), 1094-1102. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15684>.

Jayaweera, R., Egwuatu, I., Nmezi, S., Kristianingrum, I. A., Zurbriegen, R., Grosso, B., Bercu, C., Gerds, C., & Moseson, H. (2023). Medication Abortion Safety and Effectiveness With Misoprostol Alone. *JAMA Network Open*, 6(10), e2340042. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.40042>

Lete, I., Coll, C., Serrano, I., Doval, J. L., & Carbonell, J. L. (2015). Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(9), 426-434. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2015.03.010>

Moore, A. M., Blades, N., Ortiz, J., Whitehead, H., & Villarreal, C. (2020). What does informal access to misoprostol in Colombia look like? A mystery client methodology in Bogotá and the Coffee Axis. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(4), 294-300. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2019-200572>

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S., Zurbriegen, R., Motana, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerds, C. (2022). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *The Lancet Global Health*, 10(1), e105-e113. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00461-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00461-7)

Niño Contreras, M. I., Martínez Londoño, J., & Zuleta Arboleda, E. (2023). Primer año del fallo histórico: ¿cómo va la implementación de la sentencia Causa Justa (C-055 de 2022)? (pp. 1-30). *Causa Justa*, Fundación Oriéntame, and La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2023/03/Primer-ano-Fallo-Historico-min.pdf>

Prada, E., Biddlecom, A., & Singh, S. (2011). Induced abortion in Colombia: New estimates and change between 1989 and 2008. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 114-124. <https://doi.org/10.1363/3711411>

Ralph, L. J., Ehrenreich, K., Barar, R., Biggs, M. A., Morris, N., Blanchard, K., Kapp, N., Moayed, G., Perritt, J., Raymond, E. G., White, K., & Grossman, D. (2022). Accuracy of self-assessment of gestational duration among people seeking abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(5), 710.e1-710.e21. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.1373>

Raymond, E. G., Harrison, M. S., & Weaver, M. A. (2019). Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstetrics and gynecology*, 133(1), 137-147. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003017>

Raymond, E. G., Weaver, M. A., & Shochet, T. (2023). Effectiveness and safety of misoprostol-only for first-trimester medication abortion: An updated systematic review and meta-analysis. *Contraception*, 127, 110132. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110132>

Verma, N., & Grossman, D. (2023). Self-Managed Abortion in the United States. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 12(2), 70-75. <https://doi.org/10.1007/s13669-023-00354-x>
Whitehouse, K. C., Shochet, T., & Lohr, P. A. (2022). Efficacy of a low-sensitivity urine pregnancy test for identifying ongoing pregnancy after medication abortion at 64 to 70 days of gestation. *Contraception*, 110, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.02.005>

World Health Organization. (2022). Abortion care guideline. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1>

Yanow, S., Pizzarossa, L. B., & Jelinska, K. (2021). Self-managed abortion: Exploring synergies between institutional medical systems and autonomous health movements. *Contraception*, 104(3), 219-221. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.06.006>



DESMEDICALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE IVE: **Análisis desde las modalidades de atención por telemedicina en Fundación Orientame.**

FOS
FEMINISTA

Orientame
Para Decidir

OPTions
Options for Pregnancy Termination Innovation Initiative