



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

RESUMEN EJECUTIVO



Informe Defensorial

SITUACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO
COMO DERECHO HUMANO DE LAS MUJERES

AL ENCUENTRO CON EL PUEBLO



www.defensoria.gob.bo



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

SITUACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DE EMBARAZO COMO DERECHO HUMANO DE LAS MUJERES

**Cumplimiento de la Sentencia Constitucional
Plurinacional 206/2014 y la aplicación del
procedimiento técnico para la interrupción legal
del embarazo en los servicios de salud a nivel
nacional**

Informe Defensorial:

SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL 206/2014 Y LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TÉCNICO PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL

Elaborado por:

Adjuntoría para la Vigencia y Ejercicio de Derechos Humanos de Niña, Niño, Adolescencia, Mujeres y Poblaciones en Situación de Vulnerabilidad

Edición, corrección de estilo y diseño:

Adjuntoría de Promoción y Difusión de los Derechos Humanos

Impresión:

Producción:

Defensoría del Pueblo

Oficina Central: Calle Colombia N° 440 - Zona San Pedro Central (2) 2113600 - 2112600

Casilla 791

Con el apoyo técnico y financiero de: Ipas Bolivia
2021



**1ra
PARTE**

**ASPECTOS
GENERALES**

PRIMERA PARTE:

ASPECTOS GENERALES

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el Estudio Nacional de Mortalidad Materna, realizado por el Ministerio de Salud en 2011, el aborto en Bolivia es la tercera causa de muerte en mujeres getantes, y entre las causas directas de muerte materna el 59% es por hemorragia, 19% por hipertensión, 13% por aborto, 7% por infecciones y el 2% por parto prolongado.

Desde que se emitieron tanto la SCP 206/2014 y el Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud, en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 aprobado a través de la RM 027/2015 (en adelante PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015 o Procedimiento Técnico), el Sistema del Servicio al Pueblo de la Defensoría del Pueblo registró 32 casos respecto a interrupciones legales del embarazo. De los cuales 26 fueron registrados en la gestión 2019. Del análisis de los casos, se pudo comprobar acciones vulneradoras a los derechos de las usuarias por parte de los prestadores de salud, fundamentalmente incumplimiento de normas y procedimientos para la interrupción legal del embarazo. Con lo que se ha evidenciado el desconocimiento de la SCP 206/2014 y la inadecuada aplicación del PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015.

A través de la presente investigación se pretende visibilizar de manera más clara y objetiva, el estado de cumplimiento de las normas vigentes mencionadas; identificar los obstáculos que se presentan para realizar el procedimiento ILE, e incidir en los establecimientos de salud para que se brinde un servicio de calidad, con calidez y celeridad, en todos los niveles estatales previstos para este efecto.

Entre las atribuciones, de la Defensoría del Pueblo, establecidas en la Constitución Política del Estado, figuran: formular recomendaciones, recordatorios de deberes legales, y sugerencias para la inmediata adopción de correctivos y medidas a todos los órganos e instituciones del Estado y emitir censura pública por actos o comportamientos contrarios a dichas formulaciones. Asimismo, la Ley N° 870 señala que la Defensoría

del Pueblo tiene la facultad de realizar investigaciones de oficio y, una vez concluidas y comprobada la vulneración de derechos, puede emitir resoluciones fundamentadas que contendrán, según sea el caso, recomendaciones, recordatorios, sugerencias o correctivos y censura pública. Dicha resolución será puesta a conocimiento de la autoridad, servidora o servidor público, quien en un plazo de 30 días hábiles emitirá su pronunciamiento.

La presente investigación sobre el cumplimiento de la SC 206/2017 y el PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015 en los servicios de salud de segundo y tercer nivel públicos a nivel nacional, da cuenta acerca de las dificultades por las que atraviesan para la implementación de la referida normativa, la falta de conocimiento y aplicación de la legislación especial, la necesidad de capacitar al personal de salud sobre las disposiciones que regulan la ILE, la deficiente aplicación de instrumentos legales referidos a la ILE, y la insuficiencia de espacios, en algunos casos, medicación y personal calificado para realizar las interrupciones legales del embarazo.

OBJETIVO GENERAL

Evidenciar el cumplimiento de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y la aplicación de la Resolución Ministerial 027/2015, que aprueba el Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014, en establecimientos de salud de 2do y 3er nivel en los nueve Departamentos del país.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La investigación defensorial adopta los siguientes objetivos específicos;

- a. Determinar el grado de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la aplicación y cumplimiento de la SC N° 206/2014 y el Procedimiento Técnico por parte de autoridades y el personal de salud en los establecimientos de 2do. y 3er. nivel, a través de la aplicación de instrumentos.
- b. Identificar avances y obstáculos en el cumplimiento y aplicación de la SCP 206/2014 y la Resolución Ministerial 0027/2015 en los establecimientos de 2do. y 3er. nivel.
- c. Verificar el uso de formularios e instrumentos legales en la realización de la ILE a nivel nacional.

- d. Evidenciar la existencia del equipamiento e insumos necesarios para la realización de la ILE.
- e. Recolectar información estadística sobre casos relacionados a la ILE y/o casos de violencia sexual.
- f. Verificar el grado de cumplimiento de las obligaciones exhortadas por SC N° 206/2014 al Órgano Ejecutivo y Legislativo del Estado.

ALCANCE

El alcance temporal de la investigación abarca el periodo entre julio y noviembre del 2019. La información estadística responde a datos obtenidos entre 2015 y 2019, e incluye algunos del primer semestre de la gestión 2019. Las verificaciones defensoriales y la aplicación de instrumentos se dieron entre los meses de agosto y septiembre del presente año¹.

El alcance geográfico de la investigación es a nivel nacional, en establecimientos de salud públicos de 2do. y 3er. nivel, de acuerdo con el siguiente detalle²:

1 La investigación contempla los enfoques de investigación: cuantitativo y cualitativo:

Enfoque cuantitativo: Se utiliza la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, de variables identificadas, para establecer patrones de conocimiento, actitudes y prácticas que permitan desarrollar el diagnóstico de referencia a los componentes a investigar en la población meta.

Enfoque cualitativo: Utiliza recolección de datos sin medición numérica para profundizar las preguntas de investigación y el análisis del fenómeno a través de procesos de interpretación, con la aplicación de matrices multivariadas que permitan correlacionar relaciones simbólicas y directas de variables conducentes a los componentes a investigar en la población meta.

2 El diseño de la muestra es probabilístico, por conglomerados y bietápico, el mismo es representativo de la población objeto de estudio.

Probabilístico: Las unidades de muestreo seleccionadas tienen probabilidad conocida de ser elegidas.

Por conglomerados: Se ha definido como unidad primaria de muestreo a los Establecimientos de Salud de 2do y 3er nivel públicos, debido a que el personal de salud se encuentra agrupados dentro de cada ES.

Bietápico: La selección de las unidades muestrales se realizan en dos etapas:

Primera etapa: Selección aleatoria de Establecimientos de Salud, con inclusión forzosa en el 3er nivel, debido al número reducido de establecimientos de salud que hay por Departamento.

Segunda etapa: Selección aleatoria de personal de salud a ser entrevistado (directo e indirecto).

CUADRO 1.
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA INVESTIGACIÓN

N°	Departamento	Establecimiento	Nivel
1	Beni	Hospital Materno Infantil Guayaramerín	2do Nivel
2		Hospital Materno Infantil	3er Nivel
3	Chuquisaca	Hospital San Juan de Dios Camargo	2do Nivel
4		Hospital Materno Infantil Poconas	2do Nivel
5		Hospital Ricardo Bacherer	2do Nivel
6		Hospital Gineco Obstétrico Jaime Sánchez Porcel	3er Nivel
7	Cochabamba	Hospital Capinota	2do Nivel
8		Hospital Materno Infantil Cochabamba	2do Nivel
9		Hospital del Sud	2do Nivel
10		Hospital Sacaba México	2do Nivel
11		Hospital Tiquipaya	2do Nivel
12		Hospital Dr. Benigno Sánchez Quillacollo	2do Nivel
13		Hospital Vinto	2do Nivel
14		Hospital Maternológico Germán Urquidi	3er Nivel
15	La Paz	Hospital Patacamaya	2do Nivel
16		Hospital Municipal Viacha	2do Nivel
17		Hospital La Paz	2do Nivel
18		Hospital Municipal Los Andes	2do Nivel
19		Hospital Los Pinos	2do Nivel
20		Hospital Municipal Boliviano Coreano	2do Nivel
21		Hospital Coroico	2do Nivel
22		Hospital Achacachi	2do Nivel
23		Hospital de La Mujer	3er Nivel
24		Hospital de la Merced	2do Nivel
25		Hospital del Norte	3er Nivel

26		Hospital San Andrés de Caracollo	2do Nivel
27	Oruro	Hospital Barrios Mineros	2do Nivel
28		Hospital General S.J.D.D.	3er Nivel
29		Pando	Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán
30	Potosí	Hospital San Roque	2do Nivel
31		Hospital Eduardo Eguía	2do Nivel
32		Hospital Madre Teresa de Calcuta	2do Nivel
33		Hospital D. Bracamonte	3er Nivel
34	Santa Cruz	Hospital Municipal Virgen de Cotoca	2do Nivel
35		Hospital Municipal Plan 3000	2do Nivel
36		Hospital Municipal Villa 1ro. De Mayo	2do Nivel
37		Hospital Municipal Francés	2do Nivel
38		Hospital Yapacaní	2do Nivel
39		Hospital Camiri	2do Nivel
40		Hospital El Torno	2do Nivel
41		Hospital Alfonso Gumucio	2do Nivel
42		Hospital de la Mujer Dr. Percy Boland Rodríguez	3er Nivel
43		Tarija	Hospital Doctor Rubén Zelaya
44	Hospital Regional San Juan de Dios		3er Nivel

Fuente propia: Defensoría del Pueblo

MECANISMOS DE INTERVENCIÓN

A continuación, se detallan los mecanismos de intervención (instrumentos) utilizados en la presente investigación, que permitieron contar con la información necesaria para el logro de los objetivos:

a. Requerimiento de información escrita

Información institucional relevada a través de Requerimientos de Informe Escrito, dirigidos a autoridades nacionales, departamentales, municipales y directores de los establecimientos de salud intervenidos, a objeto de obtener información oficial y fundamentada sobre el cumplimiento de la SCP 206/2014 y RM 027/2015:

- Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Salud

Servicios Departamentales de Salud de los 9 departamentos

- Gobiernos Autónomos Municipales de Guayaramerín, Trinidad, Camargo, Sucre, Tarabuco, Capinota, Cochabamba, Tiquipaya, Quillacollo, Vinto, Sacaba, Patacamaya, Viacha, La Paz, Coroico, Achacachi, El Alto, Caracollo, Oruro, Cobija, Villazón, Tupiza, Potosí, Cotoca, Santa Cruz de la Sierra, Camiri, El Torno, Montero, Yapacaní, Yacuiba y Tarija.
- 44 Establecimientos de Salud de 2do. y 3er. Nivel (Ver cuadro 1)

b. Verificaciones Defensoriales

Las verificaciones fueron realizadas en los 44 establecimientos de salud públicos mencionados. Se constató si los hospitales cuentan con el equipamiento e insumos necesarios para la realización de la interrupción legal del embarazo.

c. Encuestas y entrevistas semiestructuradas

Las encuestas y entrevistas semiestructuradas fueron aplicadas al personal directo e indirecto de salud de los 44 hospitales verificados. Se realizaron 277 entrevistas, bajo los criterios establecidos en un protocolo, con la finalidad de constatar si los profesionales de salud conocen y cumplen la Resolución 027/2015.

d. Casos registrados en el Sistema de Servicio al Pueblo

Se sistematizó y analizó los casos atendidos por la Defensoría del Pueblo y registrados en el Sistema de Servicio al Pueblo, durante las gestiones 2015 hasta septiembre de 2019.

e. Revisión periódica

Se realizó un relevamiento de información periódica digital (gestiones 2015 a septiembre de 2019) sobre casos en los que los establecimientos de salud habrían incumplido la SCP 206/2014 y PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015.



2^{da} PARTE ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y DETERMINACIONES DEFENSORIALES

SEGUNDA PARTE:

ANÁLISIS, CONCLUSIONES DETERMINACIONES DEFENSORIALES

ANÁLISIS SOBRE LOS PUNTOS RESOLUTIVOS DE LA SCP 206/2014 CON RELACIÓN A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

El objetivo general de la presente investigación es evidenciar el cumplimiento de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y la aplicación de la Resolución Ministerial 027/2015 que aprueba el Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 en establecimientos de salud de 2do. y 3er. nivel en los nueve departamentos del país.

El Tribunal Constitucional Plurinacional al haber expulsado del ordenamiento jurídico el art. 56 del CP: el primer párrafo del art. 245 del CP y de la frase “por causa de honor” del epígrafe de dicho artículo; de la frase “...para encubrir su fragilidad o deshonra y reputación...” del art. 258 del CP y de las frases “...siempre que la acción penal hubiere sido iniciada” del primer párrafo y “...y autorización judicial en su caso”, del párrafo tercero del art. 266 del CP, ha posibilitado que ante una violación, la víctima pueda llevar adelante la interrupción legal del embarazo a sola presentación de la denuncia ante autoridad competente y sin que por ello sea responsable penalmente (Resaltado incorporado).

El punto resolutive 1° de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 declara la inconstitucionalidad del término “autorización judicial” lo que significa que ahora el Estado garantiza a las mujeres víctimas de una violación el acceso a servicios de aborto seguros, eliminando cualquier impedimento innecesario como parte del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Pese a este significativo avance jurisprudencial, en los hechos, la Defensoría del Pueblo ha evidenciado que el 28% del total del personal en salud sujeto a esta investigación aún considera que la autorización judicial es un requisito habilitante para la realización de la ILE (Resaltado incorporado).

Lo señalado demuestra no sólo el incumplimiento al punto resolutive 1° de la SCP

206/2014, sino la vulneración al derecho de las mujeres a un aborto en condiciones de seguridad; el derecho al acceso de las mujeres a servicios de salud, bienes, educación e información integrales en materia de salud sexual y reproductiva; la vulneración del derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva, sin forzar a continuar con un embarazo no deseado lo que constituiría formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, se constituyen en tortura o trato cruel, inhumano o degradante.

En el punto resolutivo 5°, el TCP exhorta a la Asamblea Legislativa Plurinacional a desarrollar normas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Según la información oficial remitida por la Asamblea Legislativa Plurinacional, a la fecha no se ha promulgado normativa que garantice el tratamiento de derechos sexuales y derechos reproductivos, conforme lo establecido en el artículo 66 de la Constitución Política del Estado. Tampoco se encuentran en tratamiento y discusión alguna que refiera a lo exhortado por el Tribunal Constitucional Plurinacional. Ello significa, que la Asamblea Legislativa ha incumplido con el punto resolutivo 5°, pese a que el Comité de la CEDAW desde el 2008 exhorta a nuestro Estado a tomar las medidas necesarias para resolver la situación de impasse en que se encuentra la Ley 1810 y promulgarla lo antes posible.

Finalmente, a través del punto resolutivo 6° de la SCP 206/2015, se evidencia que el Órgano Ejecutivo (Ministerio de Salud), si bien ha implementado el Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (PPEAJ 2015 - 2020) que busca generar las condiciones necesarias para reducir el índice de embarazos en adolescentes y jóvenes, mejorando el acceso a la información, estableciendo programas y proyectos que involucren a la familia como parte de un escenario estratégico de prevención, así como los sistemas públicos de salud, educación y justicia, no ha priorizado ni ejecutado políticas públicas educativas y de salud destinadas a la difusión, protección, atención, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, que puedan contrarrestar y/o disminuir las tasas de mortalidad de las mujeres por causa de los abortos clandestinos, desarrollando principalmente acciones que protejan a la infancia y la educación en reproducción sexual. Sin embargo, este punto debe ser cumplido, principalmente por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud.

ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DEL PTPSS APROBADO A TRAVÉS DE LA RM 027/2015 DE 29 DE ENERO DE 2015

Como se describió con anterioridad, la ILE debe ser realizada en los tres niveles de prestación de servicios de salud, conforme determina el PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015 de 29 de enero de 2015, en concordancia con el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, aprobado a través de la Resolución 1508/2015 de 24 de noviembre de 2015:

a. Primer Nivel:

Interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas en centros que cuenten con médica/o capacitada/o, a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual, hecha por la víctima a la Policía (FELCV), a la Fiscalía o Autoridad Originaria Competente, así como registrar los hallazgos en la historia clínica y en un certificado único (para su homologación por el médico forense). Registrar los hallazgos en la historia clínica y en un certificado único (para su homologación por el médico forense).

- Se aplica la referencia de las víctimas a otros servicios de salud de mayor complejidad, de acuerdo con la necesidad y en caso de que haya ausencia de médica/o.

b. Segundo Nivel:

Interrupción legal del embarazo en centros que cuenten con médica/o capacitada/o a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual realizada por la víctima a la Policía (FELCV), a la Fiscalía o Autoridad Originaria Competente.

c. Tercer Nivel:

Interrupción legal del embarazo en centros que cuenten con médica/o capacitada/o a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual.

Es decir, los tres niveles deben brindar atención a las usuarias que requieran los servicios de ILE. Sin embargo, con la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, posterior a la normativa específica para la prestación de la ILE, se establece que sólo el segundo nivel de atención tiene entre los productos de atención de salud los referidos a la interrupción legal del embarazo. Esta situación podría considerarse limitante para el cumplimiento

del procedimiento técnico y contrario a los estándares internacionales de accesibilidad de servicio a prestaciones de salud sexual y salud reproductiva.

Los servicios para la realización de la ILE deben ser accesibles y disponibles para todas las usuarias que requieran el procedimiento. Conforme lo establecen los estándares internacionales de protección de los derechos humanos, éste no se trata de cualquier servicio de salud, sobre la base de no discriminación y de igualdad, se constituye en prestaciones que protegen a la mujer de sufrir violencia y de ser víctimas de torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes al ser obligadas a continuar con un embarazo que no desean o que sus cuerpos no lo pueden sobrellevar.

Al respecto, el Consejo de Derechos Humanos en la Resolución 33/18 insta a los Estados a:

(...) renovar su compromiso político de eliminar mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad en los ámbitos local, nacional, regional e internacional, y a redoblar sus esfuerzos para luchar contra las formas de desigualdad múltiples e interrelacionadas y para eliminar todas las barreras de acceso a las instalaciones, los servicios, los productos y la información en materia de salud sexual y reproductiva, así como a la educación, a fin de asegurar el cumplimiento pleno y efectivo de sus obligaciones en materia de derechos humanos y de los compromisos a ese respecto contenidos en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y los documentos finales de sus procesos de examen, incluidos los compromisos relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, así como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, teniendo en cuenta los objetivos relativos al mejoramiento de la salud materna y la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, y otros objetivos conexos, asegurando el acceso universal a servicios de atención de la salud de calidad en relación con la maternidad y la salud sexual y reproductiva, entre otras cosas mediante asistencia y cooperación internacionales, asignando los recursos internos necesarios a los sistemas de salud y proporcionando la información y los servicios de salud necesarios en relación con el ejercicio del derecho al disfrute del

más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas¹.

Por tanto, el Estado debe seguir las acciones para conseguir eliminar todas las barreras de acceso a las instalaciones, los servicios, los productos y la información en materia de salud sexual y reproductiva. Prestar los servicios de ILE en los tres niveles permite que las usuarias, principalmente del área rural, puedan acceder al procedimiento de manera inmediata, en igualdad de condiciones y sin discriminación, salvaguardando el derecho a una atención sanitaria adecuada.

Así lo establece el Comité CEDAW en la Recomendación General N° 34, sobre los derechos de las mujeres rurales. Los Estados Parte deben garantizar:

a) La existencia de instalaciones y servicios sanitarios de alta calidad físicamente accesibles y asequibles para las mujeres rurales, incluidas las mujeres de edad, las mujeres cabezas de familia y las mujeres con discapacidad (prestados de forma gratuita cuando sea necesario), culturalmente aceptables para ellas y dotados de personal médico formado. Los servicios deberían ofrecer: atención primaria de la salud, que incluya la planificación familiar; acceso a los anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, y al aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto de alta calidad, independientemente de que sea legal; servicios prenatales, perinatales, posnatales y obstétricos; servicios de prevención y tratamiento del VIH, que incluyan intervenciones de emergencia tras una violación; servicios de salud mental; asesoramiento sobre nutrición y alimentación de lactantes y niños pequeños; mamografías y otros servicios de examen ginecológico; servicios de prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles como el cáncer; acceso a medicamentos esenciales, incluidos analgésicos; y atención paliativa²

Respecto a la accesibilidad de los servicios en el Estado, la prestación de la ILE en los tres niveles de salud, se destaca al establecer el Procedimiento Técnico y el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, lo cual demuestra la existencia de normativa sectorial y procedimientos que contribuyen a contar con una mayor cobertura y el cumplimiento de estándares internacionales.

¹ Informe del Consejo de Derechos Humanos, Resoluciones 33/18. Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos en situaciones humanitarias, A/71/53/Add.1, 29 de septiembre de 2016, punto 1.

² Recomendación General No. 34, sobre los derechos de las mujeres rurales, CEDAW/C/GC/34, 7 de marzo de 2016, párr. 39.

Consiguientemente, es necesario que el Estado, conforme su propia normativa, preste el servicio de la ILE en los tres niveles de atención para no omitir sus obligaciones convencionales de protección de los derechos humanos en salud sexual y salud reproductiva, referidos específicamente a la interrupción legal del embarazo y en consecuencia evitar una posible vulneración de derechos de las usuarias que así lo requieran

EXISTENCIA DE BRECHAS EN EL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO TÉCNICO

FALTA DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA ILE

Conforme al artículo 7 del Procedimiento Técnico, es responsabilidad del Gobierno Departamental, municipal y autoridades competentes, director, subdirector o Jefe de Servicio de Ginecología:

- b) Garantizar una infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos suficientes y adecuados para la atención integral de la interrupción legal y segura del embarazo.

A partir de marzo de 2019, se pone en vigencia la Ley modificatoria a la Ley N° 475, Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, reglamentada por la Ley N° 1152 (Sistema Único de Salud), por la cual el Tesoro General de la Nación debe financiar los recursos humanos en salud del subsector público y el funcionamiento de los Programas Nacionales de Salud, además del financiamiento de los productos en salud correspondientes al tercer y cuarto nivel de atención, que serán cubiertos con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación, conforme las políticas implementadas por el Gobierno del Estado Plurinacional (artículo 9).

En los establecimientos de salud de segundo nivel, serán los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos que financiarán la atención a su población con los recursos provenientes de los 15,5% de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente del IDH. Deben priorizar la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención a las beneficiarias y los beneficiarios. El presupuesto para establecimientos de salud de segundo nivel de atención deberá realizarse con base en la programación de servicios curativos enmarcados en los productos en salud definidos por el Ministerio de Salud (artículo 10).

Esto quiere decir que los establecimientos de salud deberán actuar coordinadamente con el Gobierno Central y los gobiernos municipales en sus solicitudes para la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y equipamiento para la realización de la ILE.

Con base al Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, aprobado a través de la RM 0175 de 18 de marzo de 2009, se elaboró el formulario de verificación defensorial que nos sirvió para evidenciar la existencia de infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos esenciales para la realización de la ILE en los 44 ES.

Infraestructura

Como habíamos manifestado en el tercer capítulo, el Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, aprobado a través de la RM 0175 de 18 de marzo de 2009, establece que todos los establecimientos de salud tanto de segundo como de tercer nivel deben contar con Sala de Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) y para practicar un Legrado Uterino Instrumental (LUI) necesariamente contar con una sala de quirófano. La decisión entre una y otra técnica resultará de una evaluación realizada a la paciente, de un examen físico general de diagnóstico clínico: aborto completo o incompleto, en curso o diferido (retenido), inminente, séptico, embarazo molar, anembrionado y retención de restos placentarios, descartar embarazo ectópico e identificar complicaciones: infección o sepsis, perforación uterina, laceración cervical, lesión intraabdominal, alteraciones hemodinámicas (shock) y alteraciones hematológicas.

En ese entendido, de acuerdo con el diagnóstico realizado podemos afirmar que de los 44 establecimientos de salud, 32 no cuentan con salas independientes de Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU): Hospital Materno Infantil Guayaramerín, Hospital San Juan de Dios - Camargo, Hospital Materno Infantil Poconas, Hospital Dr. Ricardo Bacherer, Hospital Capinota, Hospital del Sud, Hospital Tiquipaya, Hospital Vinto, Hospital Patacamaya, Hospital Municipal Viacha, Hospital La Paz, Hospital Municipal Los Andes, Hospital Municipal Boliviano Coreano, Hospital General de los Yungas - Coroico, Hospital Municipal Achacachi - Capitán Juan Uriona, Hospital Municipal la Merced, Hospital del Norte, Hospital San Andrés de Caracollo, Hospital Barrios Mineros, Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán, Hospital San Roque, Hospital Eduardo Eguía, Hospital Madre Teresa de Calcuta, Hospital Daniel Bracamonte, Hospital Municipal Plan 3000, Hospital Municipal Villa 1ro. De Mayo, Hospital Municipal Francés,

Hospital Yapacaní, Hospital Camiri Hospital Municipal El Torno, Hospital Municipal Alfonso Gumucio Reyes, Hospital Doctor Rubén Zelaya. De los 44 establecimientos de salud tres no cuentan con quirófano; Hospital Capinota, Hospital del Sud y Hospital Vinto. Sin embargo, los 44 establecimientos comparten la sala de partos y la de AMEU. Lo precedentemente señalado significa que los establecimientos de salud, que no cuentan con las salas de AMEU, están incumpliendo la norma, protocolos y procedimientos generados para responder a las necesidades de las mujeres que demandan el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, como la interrupción legal y segura del embarazo.

Se sabe que muchas de las infraestructuras que hoy funcionan como hospitales han tenido que ser adaptadas para cumplir con dicha función o que la construcción de algunos no responde a la necesidad de la población; no obstante lo mencionado, esto no puede ser pretexto para incumplir con la normativa, que conlleva además la responsabilidad de garantizar a la usuaria un servicio de salud de calidad.

Es en ese entendido, las autoridades, tanto departamentales como municipales y autoridades competentes como el director, subdirectores o Jefe de Servicio de Ginecología de los establecimientos de salud, son responsables de garantizar una infraestructura acorde a los lineamientos establecidos tanto en el Art, 7.b del PTPSS como en el Modelo de Atención Integral, esto quiere decir espacios específicos para llevar adelante el procedimiento de ILE, garantizando la privacidad de las mujeres durante la entrevista o los exámenes médicos, sin necesidad de identificar los mismos a fin de evitar la estigmatización de éstas y de no lesionar su derecho a la privacidad e interrumpir su embarazo legal y seguro en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos.

Para dar cumplimiento a lo señalado, es necesario que las autoridades responsables incluyan en los Planes Operativos Anuales, las necesidades de su establecimiento de salud, como en el presente caso una infraestructura o espacio para llevar adelante el procedimiento de ILE.

Equipamiento

De acuerdo con el diagnóstico desarrollado previamente, habíamos señalado que para llevar adelante, tanto los procedimientos de AMEU como LUI, se deben contar con un determinado equipamiento para llevar adelante estas técnicas, ante ello se cuenta con los siguientes hallazgos:

PROCEDIMIENTO AMEU:

De los 44 establecimientos de salud consultados, 32 cuentan con todo el equipamiento requerido para realizar el procedimiento de AMEU: El Hospital Materno Infantil Guayaramerín, Hospital Materno Infantil de Trinidad de Beni; Hospital San Juan de Dios Camargo, Hospital Materno Infantil Poconas, Gineco Obstétrico Jaime Sánchez Porcel y Hospital Ricardo Bacherer de Chuquisaca, Hospital Capinota, Hospital Materno Infantil Cochabamba, Hospital del Sud, Hospital Maternológico Germán Urquidi, Hospital Dr. Benigno Sánchez Quillacollo y Hospital Vinto de Cochabamba; Hospital Los Pinos, Hospital de La Mujer, Hospital de la Merced, Hospital Achacachi, Hospital Municipal Boliviano Coreano y Hospital del Norte de La Paz; Hospital San Andrés de Caracollo y Hospital General

S.J.D.D. de Oruro; Hospital San Roque, Hospital Madre Teresa de Calcuta y Hospital D. Bracamonte de Potosí; Hospital Municipal Virgen de Cotoca, Hospital Municipal Plan 3000, Hospital Municipal Francés, Hospital de la Mujer Dr. Percy Boland Rodríguez, Hospital Camiri, Hospital El Torno y Hospital Yapacaní de Santa Cruz; Hospital Doctor Rubén Zelaya y Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija. Doce establecimientos de salud carecen de uno o varios de los equipamientos necesarios para llevar adelante el procedimiento de AMEU: El Hospital Tiquipaya, Hospital Sacaba México de Cochabamba; Hospital Patacamaya, Hospital Municipal Viacha, Hospital La Paz, Hospital Coroico y Hospital Municipal Los Andes de La Paz; Hospital Barrios Mineros de Oruro; Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán de Pando; Hospital Eduardo Eguía de Potosí; Hospital Municipal Villa 1ro de Mayo y Hospital Alfonso Gumucio de Santa Cruz.

PROCEDIMIENTO LUI:

Asimismo, se evidenció que de los 44 establecimientos de salud, 27 cuentan con todo el equipamiento para realizar el procedimiento de LUI: Hospital Materno Infantil Guayaramerín y Hospital Materno Infantil de Trinidad de Beni; Hospital San Juan de Dios Camargo, Materno Infantil Poconas, Gineco Obstétrico Jaime Sánchez Porcel y Hospital Ricardo Bacherer de Chuquisaca; Hospital Capinota, Hospital Materno Infantil Cochabamba, Hospital Dr. Benigno Sánchez Quillacollo y Hospital Sacaba México de Cochabamba; Hospital Municipal Viacha, Hospital La Paz, Hospital Los Pinos, Hospital de La Mujer, Hospital de la Merced y Hospital del Norte de La Paz; Hospital San Andrés de Caracollo de Oruro; Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán de Pando; Hospital San Roque, Hospital Eduardo Eguía, Hospital Madre Teresa de Calcuta y Hospital D. Bracamonte de Potosí; Hospital Municipal Plan 3000, Hospital Municipal Villa 1ro. de Mayo, Hospital Alfonso Gumucio y Hospital Yapacaní de Santa Cruz; Hospital Doctor Rubén Zelaya de Tarija; 17 hospitales no cuentan con el equipamiento requerido:

Hospital del Sud, Hospital Maternológico Germán Urquidi, Hospital Tiquipaya y Hospital Vinto de Cochabamba; Hospital Patacamaya, Hospital Coroico, Hospital Achacachi, Hospital Municipal Boliviano Coreano, Hospital Municipal Los Andes de La Paz; Hospital Barrios Mineros y Hospital General S.J.D.D. de Oruro; Hospital Municipal Virgen de Cotoca, Hospital Municipal Francés, Hospital de la Mujer Dr. Percy Boland Rodríguez, Hospital Camiri y Hospital El Torno de Santa Cruz; y el Hospital Regional San Juan de Dios de Tarija.

De acuerdo con el diagnóstico precitado, de los 44 establecimientos de salud verificados, solo 32 cuentan con todo el equipamiento requerido para realizar el procedimiento de AMEU, 12 carecen de uno o varios de los equipamientos necesarios para llevar adelante el citado procedimiento. Asimismo, 27 cuentan con todo el equipamiento para realizar el procedimiento de LUI; 17 hospitales no cuentan con el equipamiento requerido para este procedimiento.

La falta de equipamiento para uno u otro procedimiento dificulta el acceso de las mujeres a un procedimiento de ILE seguro y en las mejores condiciones, el hecho de que no se cuente, por ejemplo, con una mesa ginecológica con pierneras o con un tubo de oxígeno, manómetro, máscara de oxígeno, pone en riesgo la salud y la vida de la paciente, restringe el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y consecuentemente la interrupción no resulta accesible, y el Estado deja de cumplir su rol de garantista de derechos, en este caso, los gobiernos autónomos departamentales a través de los SEDES y los gobiernos autónomos municipales.

Instrumental

Habíamos ya mencionado que existen dos métodos quirúrgicos a través de los cuales se puede realizar la interrupción legal del embarazo producto de una violación o cuando la vida o salud de la mujer estén en peligro. Estos métodos son la Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU) y el Legrado Uterino Instrumental (LUI).

Sin embargo, para llevar adelante uno u otro procedimiento será necesario contar con el instrumental apropiado, el cual se halla debidamente descrito en el Manual de Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo.

Así, dentro de la investigación llevada adelante por la Defensoría del Pueblo y los resultados obtenidos en las verificaciones in situ se pudo evidenciar que, de los 44

establecimientos de salud, 20 cuentan con todo el instrumental requerido para realizar el procedimiento de AMEU: Hospital de Guararamerín, Hospital Materno Infantil Trinidad, Hospital San Juan de Dios, Hospital Sánchez Porcel, Hospital de Capinota, Hospital Infantil de Cochabamba, Hospital Germán Urquiza, Hospital de Vinto, Hospital Los Pinos, Hospital de la Mujer, Hospital La Merced, Hospital San Antonio de Caracollo, Hospital San Roque, Hospital Madre Teresa de Calcuta, Hospital Bracamonte, Hospital Percy Boland, Hospital El Torno, Hospital Yapacaní, Hospital Rubén Zelaya, Hospital San Juan de Dios.

De los 44 ES, 24 carecen de uno o varios de los instrumentos necesarios para llevar adelante el procedimiento de AMEU: Hospital Poconas, Hospital de Tiquipaya, Hospital Bacherer, Hospital Sánchez de Quillacollo, Hospital del Sud, Hospital Sacaba México, Hospital Patacamaya, Hospital Viacha, Hospital La Paz, Hospital Coroico, Hospital Achacachi, Hospital Boliviano Coreano, Hospital Los Andes, Hospital Norte, Hospital Barrios Mineros, Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roberto Galindo Terán, Hospital Eduardo Eguía, Hospital Virgen de Cotoca, Hospital Plan 3000, Hospital 1ro. de Mayo, Hospital Francés, Hospital Camiri y Hospital Alfonso Gumucio.

Asimismo, se evidenció que de los 44 establecimientos de salud, 16 cuentan con todo el instrumental para realizar el procedimiento de LUI: Hospital Dr. Rubén Zelaya, Hospital Yapacaní, Hospital Alfonso Gumucio, Hospital Villa 1ro. de Mayo, Hospital Plan 3000, Hospital Bracamonte, Hospital Madre Teresa de Calcuta, Hospital Eduardo Eguía, Hospital San Andrés de Caracollo, Hospital del Norte, Hospital La Merced, Hospital La Paz, Hospital Capinota, Hospital Jaime Sánchez Porcel, Hospital Guayaramerín y Hospital Materno Infantil Trinidad; sin embargo, 28 ES no cuentan con el instrumental requerido: Hospital San Juan de Dios, Hospital El Torno, Hospital Camiri, Hospital Percy Boland, Hospital Municipal Francés, Hospital Virgen de Cotoca, Hospital San Roque, Hospital Boliviano Japonés, Hospital General San Juan de Dios, Hospital Barrios Mineros, Hospital Los Andes, Hospital Municipal Boliviano Coreano, Hospital Achacachi, Hospital Coroico, Hospital de la Mujer, Hospital Los Pinos, Hospital Municipal Viacha, Hospital Patacamaya, Hospital Sacaba México, Hospital Benigno Sánchez Quillacollo, Hospital Tiquipaya, Hospital Maternológico Germán Urquidi, Hospital Materno Infantil Cochabamba, Hospital Ricardo Bacherer, Hospital Infantil Poconas, Hospital San Juan de Dios Camargo.

Los datos descritos demuestran que 24 establecimientos de salud carecen de uno o varios de los instrumentos necesarios para llevar adelante el procedimiento de AMEU y

28 establecimientos de salud no cuentan con el instrumental requerido para realizar el procedimiento de LUI³.

La información recogida demuestra que al no contar con parte del instrumental que es esencial para realizar el AMEU y/o el LIU, más de la mitad de los establecimientos de salud no estarían en condiciones de atender debidamente estos procedimientos, lo cual implica una vez más, no sólo el incumplimiento de normas, protocolos y procedimientos, sino poner en riesgo la vida y la salud de la víctima, debiendo derivar a la paciente a otro establecimiento de salud que cuente con el instrumental suficiente.

Sin embargo, el hecho de no brindar el servicio solicitado por falta de instrumental no libera de responsabilidad alguna a quienes tienen la obligación de dotar del material para la realización de los procedimientos señalados y de garantizar que se lleve adelante el procedimiento solicitado.

Recordar que la Corte IDH ha señalado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad personal, por ello tanto los gobiernos autónomos departamentales, a través de los SEDES, como los gobiernos autónomos municipales, son responsables de incorporar los recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del MAVV.

Asimismo, los directores y subdirectores o Jefes del Servicio de Ginecología tienen la obligación de garantizar el instrumental suficiente y apropiado para la atención de la ILE, incorporando en el POA aquellas necesidades de sus ES.

Medicamentos

Respecto a la verificación de los medicamentos específicos, conforme el diagnóstico descrito con anterioridad, se obtuvieron los siguientes resultados:

Uso y abastecimiento del Misoprostol (200 mcg.), el 95% cuenta con el medicamento y el 5% no cuenta con el mismo. Respecto a la Mifepristona (200 mg.), el 77% cuenta con el medicamento, mientras que el 23% no cuenta con el mismo.

De acuerdo con los hallazgos descritos anteriormente, el Hospital Materno Infantil Poconas del departamento de Chuquisaca y el Hospital Tiquipaya del departamento de Cochabamba, a momento de las verificaciones defensoriales, no se encontraban abastecidos con el Misoprostol 200 mcg, esencial para la realización de la ILE. En este punto corresponde señalar que el Misoprostol se lo utiliza para interrumpir el embarazo hasta las 20 semanas de gestación, el que puede ser utilizado por vía vaginal o sublingual.

Así, podemos señalar que el Misoprostol es un análogo de Prostaglandina E1 (PgE1). Los diferentes estudios por la comunidad científica demostraron la efectividad en inducir cambios cérvico-uterino con alta eficacia para la realización de abortos en condiciones seguras. Su utilización ha sido trascendental en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna asociadas al aborto inseguro. Entre las muchas bondades que se atribuyen al Misoprostol, se encuentran que es un medicamento barato y altamente estable a la temperatura ambiente, fácil de almacenar. Su mecanismo de acción permite producir cambios a nivel de la maduración del cuello uterino, así como del útero que permiten realizar el aborto inducido con altos niveles de eficacia.

El Misoprostol asociado con la Mifepristona (esteroideo antiprogestacional) se constituye en el protocolo de atención al aborto inducido con mayor eficacia. La utilización del uso sólo del Misoprostol o la combinación de Misoprostol y Mifepristona se denominan Aborto con Medicamentos, que al tratarse de un técnica no invasiva, elimina ciertos riesgos relacionados con otros procedimientos quirúrgicos.

De la investigación realizada, se evidenció que de los 44 establecimientos de salud intervenidos, 34 no cuentan con la Mifepristona 200 mg: Hospital Guayaramerín Materno Infantil de Beni; Hospital San Juan de Dios Camargo, Hospital Materno Infantil Poconas y Hospital Ricardo Bacherer de Chuquisaca; Hospital Capinota, Hospital Materno Infantil Cochabamba, Hospital del Sud, Hospital Maternológico Germán Urquidi, Hospital Tiquipaya, Hospital Dr. Benigno Sánchez Quillacollo, Hospital Vinto y Hospital Sacaba México de Cochabamba; Hospital Patacamaya, Hospital La Paz, Hospital Los Pinos, Hospital de la Merced, Hospital Coroico, Hospital Achacachi, Hospital Municipal Los Andes, Hospital del Norte de La Paz; Hospital San Andrés de Caracollo, Hospital Barrios Mineros, Hospital General San Juan de Dios de Oruro; Hospital Boliviano Japonés Roberto Galindo Terán de Pando; Hospital San Roque, Hospital Eduardo Eguía, Hospital Madre Teresa de Calcuta de Potosí; Hospital Virgen de Cotoca, Hospital Plan 3000, Hospital 1ro. de Mayo, Hospital Camiri, Hospital El Torno y Hospital Alfonso Gumucio de Santa Cruz, y Hospital Dr. Rubén Zelaya de Tarija.

Cabe destacar que conforme se realizó la verificación, se pudo constatar que de acuerdo con la información proporcionada el abastecimiento de la Mifepristona 200 mg es realizado por organizaciones no gubernamentales con la autorización del Ministerio de Salud.

Así, se evidenció que, de 44 establecimientos de salud, 31 no cuentan con la Mifepristona: El Hospital Materno Infantil Guayaramerín, Hospital Los Pinos, Hospital La Paz, Hospital Municipal Los Andes; Hospital Achacachi, Hospital Coroico, Hospital Patacamaya, Hospital Capinota, Hospital del Sud, Hospital Sacaba México, Hospital Tiquipaya, Hospital Dr. Benigno Sánchez, Hospital Vinto, Hospital Maternológico Germán Urquidí, Hospital San Andrés de Caracollo, Hospital Barrios Mineros, Hospital General S.J.D.D, Hospital San Roque, Hospital Eduardo Eguía, Hospital Madre Teresa de Calcuta, Hospital Dr. Rubén Zelaya, Hospital Municipal Virgen de Cotoca, Hospital Municipal Plan 3000, Hospital Municipal Villa 1ro. de Mayo, Hospital Camiri, Hospital El Torno, Hospital Alfonso Gumucio, Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán de Pando, Hospital Materno Infantil Poconas, Hospital San Juan de Dios Camargo, y 14 ES sí cuentan con la Mifepristona: Hospital Gineco Obstétrico Jaime Sánchez Porcel, Hospital Ricardo Bacherer, Hospital de La Mujer, Hospital Municipal Boliviano Coreano, Hospital del Norte, Hospital Municipal Viacha Hospital de la Merced, Hospital Materno Infantil Cochabamba, Hospital D. Bracamonte de Potosí, Hospital Regional San Juan de Dios, Hospital Municipal Francés, Hospital Yapacaní, Dr. Percy Boland Rodríguez, Hospital de la Mujer.

Al no contar los establecimientos de salud con los medicamentos como el Misoprostol y la Mifepristona y esperar que éstos sean donados por ONGs, se pone en riesgo la salud de las usuarias y por consiguiente el derecho a la salud sexual y reproductiva, como parte integrante del derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Se debe tomar en consideración que esta técnica no es invasiva, elimina riesgos relacionados con otros procedimientos quirúrgicos como el AMEU y LUI, por ello, el Estado a través de los servicios departamentales de salud y los gobiernos autónomos municipales, en el marco de sus competencias, debe eliminar todo obstáculo de acceso de las mujeres a tener a su alcance este procedimiento, garantizando la dotación de medicamentos e insumos suficientes y adecuados para la atención integral de la interrupción legal y segura del embarazo.

SERVICIO DE ANTICONCEPCIÓN POSABORTO

El inciso e) del artículo 11 de la RM N° 027/2015 establece que las usuarias del servicio de salud tienen derecho a “Recibir información y decidir voluntariamente el uso de la anticoncepción posaborto”.

Los encargados de brindar la información referida a la anticoncepción posaborto y brindar el método anticonceptivo son los proveedores de salud, de acuerdo con el inciso h del artículo 8 de la RM 027/2014 que dispone:

h. Informar de manera clara, veraz, imparcial y oportuna sobre la atención integral de la interrupción del embarazo incluyendo la anticoncepción posaborto.

Además de anotar las atenciones de ILE realizadas y los métodos anticonceptivos otorgados (inciso h del artículo 8, RM 027/2014). Conforme se verificó en la documentación remitida por los establecimientos de salud que realizaron ILE, se comprueba que los mismos hacen el registro respectivo de los métodos anticonceptivos posaborto brindados y que en la mayoría de las ILE realizadas la paciente es dada de alta con un método anticonceptivo.

La RM N° 1508 entiende a la anticoncepción posaborto como “(...) un método anticonceptivo utilizado después de realizar un procedimiento de interrupción del embarazo y aborto incompleto, luego de realizada la orientación y la elección libre e informada de la usuaria”.

Determina a su vez criterios generales que debe tener la atención del servicio:

- Informar sobre los métodos anticonceptivos y sus características en el posaborto, remarcando la importancia de la elección informada.
- Orientar sobre las necesidades anticonceptivas identificando las metas reproductivas de las usuarias.
- Entregar el método seleccionado antes del alta médica.
- Informar dónde y cómo acceder a métodos anticonceptivos.
- Informar sobre el retorno de la fertilidad.
- Ofertar el uso del condón, como medida de triple protección (Anticoncepción, ITS/VIH/SIDA y HPV) (RM 1508, Atención en servicios de salud)

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2015) celebró las medidas adoptadas por el Estado boliviano parte para reforzar la prestación de servicios de salud a las mujeres; sin embargo, expresó su preocupación respecto a:

(...)

b) La falta de una educación amplia sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, así como sobre los servicios de planificación familiar, y el limitado acceso a anticonceptivos modernos, incluidos los anticonceptivos de emergencia;⁴

(...)

Por lo que recomendó al Estado boliviano:

b) Imparta educación escolar apropiada a cada edad sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos y vele por el acceso asequible a los servicios y la información sobre los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y los niños adolescentes, realice campañas de sensibilización sobre los métodos anticonceptivos modernos en idiomas indígenas, y aumente el acceso a anticonceptivos seguros y asequibles en todo el Estado parte⁵

Conforme la RM 027/2014, es el gobierno departamental, municipal y director, subdirector o Jefe de Servicio de Ginecología debe:

Brindar anticoncepción posaborto de acuerdo con la elección informada por parte del personal de salud. (Artículo 7)

Al respecto, conforme el artículo 10 de la Ley N° 115263, modificatoria a la Ley N° 475, de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia:

III. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos deberán priorizar la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención a las beneficiarias y los beneficiarios.

Es así que, la provisión de medicamentos para anticoncepción posaborto, corresponde a los Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales e

4 CEDAW/BOL/CO/5-6, de julio de 2015, párr. 28.

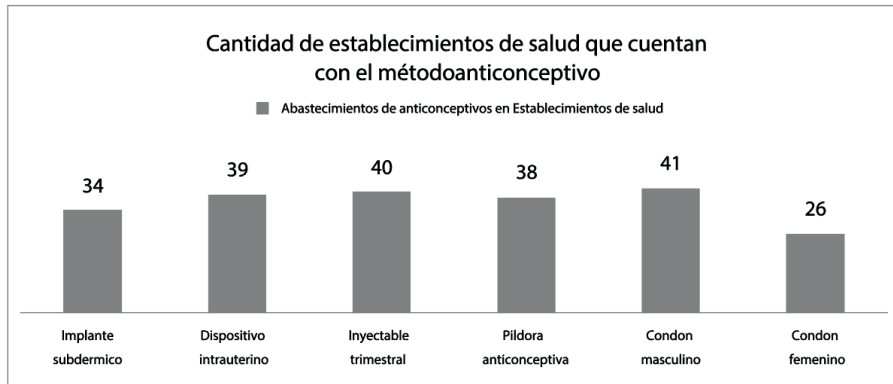
5 CEDAW/BOL/CO/5-6, de julio de 2015, párr. 29.

Indígena Originario Campesinos, en el marco de la RM 027/2014 y de la Ley 1152, respectivamente.

De acuerdo con las verificaciones realizadas en los establecimientos de salud, se pudo constatar que cada uno de ellos se encuentra actualmente dotados de:

GRÁFICO 9.

CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE CUENTAN CON EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO



De la verificación realizada a los 44 establecimientos de salud, sobre métodos anticonceptivos existentes en los establecimientos de salud, se evidenció que 10 hospitales no cuentan con implante subdérmicos: Hospital Capinota, Hospital Los Pinos, Hospital Municipal Achacachi- Capitán Juan Uriona, Hospital Municipal La Merced, Hospital Del Norte, Hospital General San Juan de Dios, Hospital Municipal Eduardo Eguía, Hospital Municipal Virgen de Cotoca, Hospital Municipal Francés y el Hospital Municipal Alfonso Gumucio Reyes. Así también se verificó que cinco establecimientos de salud no cuentan con el DIU (dispositivo intrauterino): Hospital Ricardo Bacherer, Hospital Benigno Sánchez Quillacollo, Hospital Achacachi, Hospital Madre Teresa de Calcuta, Hospital Municipal Francés. También se verificó que en cuatro establecimientos de salud no se cuenta con el inyectable trimestral: Hospital Los Pinos, Hospital Municipal de Achacachi, Hospital Municipal Alfonso Gumucio Reyes y el Hospital Regional San Juan de Dios. Respecto a la píldora anticonceptiva son seis los establecimientos de salud que no cuentan con este método anticonceptivo: Hospital Benigno Sánchez Quillacollo, Hospital Los Pinos, Hospital Municipal Achacachi, Hospital Bolivianos Japonés Roberto Galindo Terán, Hospital Madre Teresa de Calcuta, Hospital Municipal Alfonso Gumucio Reyes.

Respecto al método anticonceptivo condón masculino, tres son los establecimientos de salud que no cuentan con éste: el Hospital Municipal Viacha, Hospital Los Pinos y el Hospital Municipal Plan 3000. Finalmente, también se pudo evidenciar que el condón femenino, como método anticonceptivo, no se encuentra en 18 establecimientos de salud: Hospital Materno Infantil Guayaramerín, Hospital San Juan de Dios Camargo, Hospital Ricardo Bacherer, Hospital Tiquipaya, Hospital Maternológico Germán Urquidí, Hospital Municipal Viacha, Hospital La Paz, Hospital Los Pinos, Hospital Achacachi, Hospital General San Juan de Dios, Hospital Boliviano Japonés, Hospital San Roque, Hospital Eduardo Eguía, Hospital Madre Teresa de Calcuta, Hospital Daniel Bracamonte, Hospital Yapacaní, Hospital de la Mujer y Hospital Percy Boland.

Los responsables de proporcionar la información coinciden en informar que, si bien hay períodos en los que no se cuenta con algunos de los métodos anticonceptivos, los mismos son dotados continuamente.

Tal como se estableció previamente la provisión de medicamentos para anticoncepción posaborto es responsabilidad de los municipios y gobernaciones, es necesario hacer notar que mediante informe técnico MS/VMSyP/DGSS/ URSSyC/ACONT/IT/75/2019, el Ministerio de Salud informó que:

“(…) constantemente hace gestiones con agencias de cooperación internacional como IPAS y UNFPA para obtener donaciones de medicamentos de anticoncepción, para realizar ILE y poder proporcionar a los departamentos del Estado Plurinacional de Bolivia, en caso de que por alguna razón no se haya podido cubrir demandas que pudiesen surgir.”

Por lo expuesto en líneas anteriores, se evidencia que los establecimientos de salud en general se encuentran dotados de métodos anticonceptivos variados, lo que garantiza que luego de realizar el procedimiento de ILE, las usuarias tienen la posibilidad de acceder a un método que le permita evitar en el futuro embarazos no deseados.

Sin embargo, también se ha evidenciado que no en todos los establecimientos de salud, sujetos a la investigación defensorial, cuentan con la mayoría de los métodos anticonceptivos descritos en los gráficos que anteceden a este capítulo, lo que dificultaría a la usuaria la posibilidad de elegir un método anticonceptivo de acuerdo con sus necesidades. En otras palabras, la imposibilidad de acceder a un método anticonceptivo limitaría el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, que engloban por ejemplo la libre elección del método anticonceptivo, decidir sobre el número de hijas o

hijos que desea tener y el espaciamiento entre embarazos, disfrutar de su sexualidad, disfrutar una vida sexual y reproductiva sana, segura y placentera, el derecho de tener relaciones sexuales consensuadas y el derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad, con buen trato, eficiencia, confidencialidad, accesibilidad geográfica y económica, entre otros.

Equipos multidisciplinarios

El inciso f) del artículo 11 del PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015, determina que la usuaria tiene el derecho a acceder a un servicio de salud integral y multidisciplinario con calidad.

vAsí, conforme la Resolución N° 1508 de 24 de noviembre de 2015 que aprueba el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, los siguientes profesionales deberían conformar el equipo multidisciplinario para la atención de víctimas de violencia sexual:

Nivel	Prestadores de servicios de salud
SEGUNDO	<ul style="list-style-type: none">- médicas/os especialistas- médicas/os generales y/o familiares- licenciadas/os- auxiliares de enfermería- trabajadoras/ es sociales y psicólogas/os
TERCER	<ul style="list-style-type: none">- médicas/os especialistas- médicos/as generales y/o familiares- licenciadas/os- auxiliares de enfermería- trabajadoras/es sociales- psicólogas/os (en caso de existir)- asesoras/es jurídicas/os

Conforme la información proporcionada por los establecimientos de salud a través de las respuestas al requerimiento de informe escrito y de las visitas realizadas a cada uno de éstos, se tienen los siguientes datos respecto del personal requerido:

De los establecimientos de segundo nivel sólo 14 de ellos cuentan con un equipo multidisciplinario capaz de atender a las usuarias que soliciten los servicios. En casos

de violencia sexual, la mayor preocupación expresada por los operadores de salud y sus directores, es la posibilidad de contar con apoyo psicológico, ya que ante la falta de éste sus funciones son asumidas por el personal de enfermería y trabajo social.

En establecimientos de tercer nivel, se constata que los establecimientos de salud cuentan con todo el personal requerido para la atención de la ILE. Razón por la cual muchas veces los casos son derivados a éstos. Sin embargo, conforme lo determina el Código Penal (artículo 266) los médicos son (en este caso podría ser el ginecólogo o médico o general) quienes tienen la obligación de realizar la ILE. Por ello, el personal requerido e imprescindible para este procedimiento son los médicos. Consiguientemente, los establecimientos de salud respecto a la ILE deben contar con el personal médico operativo, no objetor de conciencia y capacitado para realizar el procedimiento. No obstante, de lo señalado precedentemente, no es menos importante contar con el personal multidisciplinario, enunciado en el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual. A tal efecto, es necesario que se complete el equipo multidisciplinario en los siguientes establecimientos de salud:

Personal de Psicología	Personal de Trabajo Social
Hospital San Juan de Dios – Camargo Hospital Materno Infantil Poconas II Nivel Hospital Doctor Ricardo Bacherer Hospital Capinota Hospital del Sud Hospital Tiquipaya Hospital Patacamaya Hospital Municipal Viacha Hospital Municipal Los Andes Hospital General de los Yungas - Coroico Hospital Municipal Achacachi – Capitán Juan <u>Urriona</u> Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán Hospital San Roque Hospital Eduardo Eguía Hospital Madre Teresa de Calcuta Hospital Municipal Virgen de Cotoca Hospital Yapacaní Hospital Camiri Hospital Municipal El Torno Hospital Municipal Alfonso Gumucio Reyes.	Hospital Materno Infantil Poconas II Nivel Hospital Doctor Ricardo Bacherer Hospital del Sud Hospital Tiquipaya Hospital San Andrés de Caracollo Hospital Yapacaní

Como mencionamos en líneas precedentes, la presencia de una o un profesional en psicología en establecimiento de salud de segundo y tercer nivel es importante, por cuanto éste tendrá la función de llevar adelante la contención emocional de la víctima de violencia sexual, de identificar emociones, disminuir la ansiedad, angustia, miedo e inseguridad, erradicar la culpa y hasta manejar conductas suicidas que pudiera presentar la víctima. La o el profesional deberá proporcionar apoyo a la víctima, que se traduce en la comprensión empática de la situación existencial de ésta y de su estado emocional, transmitir una respuesta comprensiva. Supone la aceptación incondicional de su relato sin emitir juicios de valor, respetándola por encima de su comportamiento, aunque no se consideren válidos o correctos. Asimismo, llevará adelante la escucha activa, que consistirá en escuchar y poner atención plena a todo lo que la víctima trata de expresar y decir, sin interrumpir, respetando sus ideas y sus silencios. Observar con atención su aspecto físico y sus gestos, su tono de voz y sus signos de nerviosismo, sus manifestaciones de dolor o preocupación, asumiendo una actitud confiable, comprensiva e interesada.⁶

Asimismo, es también necesario contar con una o un profesional en Trabajo Social en establecimientos de segundo y tercer nivel, conforme señala la Resolución Ministerial N° 1508, por cuanto las funciones que desarrollará estarán dirigidas a atender problemas socio-económicos de la víctima; realizar la ubicación del domicilio de ésta en caso de contactar con algún familiar; llevar adelante las entrevistas que sean necesarias para coadyuvar y orientar sobre aspectos administrativos del hospital; investigación de problemas colaterales que afectan a la víctima y a su entorno familiar, así como la coordinación con las diferentes instancias dentro del establecimiento de salud, entre otras.

Corresponde señalar en este punto que el aporte profesional tanto del psicólogo como de la trabajadora social contribuirá a que la víctima de violencia sexual asuma la decisión de llevar adelante el procedimiento de ILE con mayor seguridad y basada en la elección libre e informada. Es por ello, que es importante la participación de los Servicios Departamentales de Salud, como de los municipios, por cuanto éstas son las instancias responsables de incorporar tanto los recursos financieros como técnicos para garantizar la implementación del Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual e ILE.

Obligaciones de los gobiernos autónomos departamentales y municipales

De acuerdo con la estructura estatal de salud, existen niveles y funciones en la gestión compartida de la salud (Modelo de Atención Integral a Víctimas de violencia sexual e ILE), en ese entendido existen tres niveles en dicha estructura; Ministerio de Salud, servicios

⁶ Resolución Ministerial N° 1508 de 24 de noviembre de 2015 establece una serie de pasos que deberá cumplir el profesional en psicología dentro de las 72 horas del hecho.

departamentales de salud y municipal.

NIVEL NACIONAL

Ministerio de Salud

Como órgano rector normativo de la gestión de la salud a nivel nacional, es la instancia responsable de formular la estrategia, política, planes y programas nacionales; así como de formular protocolos y reglamentos en la interrupción legal del embarazo en lo particular, como parte de las normas que rigen el Sistema de Salud.

NIVEL DEPARTAMENTAL

Servicios departamentales de salud

Como nivel máximo de gestión técnica en salud en cada departamento, los SEDES articulan las políticas nacionales y la gestión municipal, coordinan y supervisan la gestión de los servicios de las redes de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado. El SEDES es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política y las normas de orden público con relación al MAIVVS, así como de incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del modelo.

De los requerimientos de informe escrito respondidos por los nueve SEDES, se recibieron las siguientes respuestas respecto a la gestión y provisión de medicamentos e insumos a los establecimientos de salud para la atención a víctimas de violencia sexual. Los SEDES de La Paz y Santa Cruz manifestaron que lo hacen los gobiernos autónomos municipales en cumplimiento a sus competencias; Potosí informó que se lo hace a través del SEA; Oruro señaló que no proporcionan; Tarija, Chuquisaca y Beni, que se realiza a través de donaciones (Ipas); Pando señaló que sí lo hace y Cochabamba no respondió sobre el particular.

En relación a la dotación de equipos e instrumental médico, los SEDES de Tarija, Chuquisaca, Santa Cruz y Beni informaron que se realiza a través de donaciones; SEDES La Paz señaló que lo hacen los gobiernos autónomos municipales; Oruro manifestó que no se proporciona; Pando que sí realiza la dotación de equipos e instrumental; SEDES Potosí no conoce sobre el particular y Cochabamba no respondió.

Conforme al Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, los SEDES están obligados a prestar asesoramiento técnico y supervisión de la gestión de los servicios de salud en el departamento; brindar asistencia técnica e implementación de los procesos de Promoción, Información y Educación en Salud (derechos sexuales y derechos reproductivos); hacer cumplir la normativa de los diferentes niveles de gestión de la estructura estatal de salud e incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del modelo, lo que en los hechos no está sucediendo de acuerdo con

las respuestas brindadas, denotando un incumplimiento en las funciones específicas que tienen los SEDES.

Nivel municipal

Como máxima autoridad de salud en el ámbito municipal, es la instancia y entidad de dirección que hace efectivo el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de competencia, cumple con la función de incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del modelo, siendo su autoridad y competencias intransferibles.

Así, de las respuestas remitidas a los requerimientos de informe escrito, los gobiernos autónomos municipales de Sucre, Tarabuco, Capinota, Cochabamba, Tiquipaya cuentan con infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos suficientes y adecuados para la atención integral de la interrupción legal y segura del embarazo en hospitales de segundo nivel; Tupiza señaló que la infraestructura es deficiente; Santa Cruz, Montero y Quillacollo no respondieron a la consulta; Vinto informó que se está ampliando la infraestructura del hospital y Sacaba señaló que el Hospital Salomón Klein cuenta con Sala de AMEU.

El MAIVVS establece que los gobiernos autónomos municipales tienen competencia para desarrollar programas y proyectos para la prevención, atención, protección y denuncia de la violencia y, entre algunas de sus funciones, garantizar la infraestructura, equipamiento e insumos para la implementación del MAVV; evaluar el rendimiento de todo el equipo de salud del municipio e incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del modelo; sin embargo, en los hechos se muestra que aún los esfuerzos económicos de los municipios que respondieron a la consulta son insuficientes para lograr que los ES cuenten con infraestructura, equipamiento, medicamentos adecuados para la atención de ILE.

Los tres niveles, a los que nos hemos hecho referencia precedentemente, tienen obligaciones intransferibles e ineludibles con respecto a sus funciones y competencias, son los responsables de cumplir y hacer cumplir el PTPSS, las normas y protocolos clínicos para la interrupción legal y segura del embarazo; por ello, también son responsables de garantizar que exista infraestructura, se dote de equipamiento, medicamentos e insumos suficientes y adecuados para la atención integral de la interrupción legal y segura del embarazo.

El Estado está en la obligación de contar con un número suficiente de establecimientos, infraestructura adecuada, bienes y servicios públicos de salud y condiciones sanitarias en la temática de derechos sexuales y derechos reproductivos, es decir personal médico y profesional capacitado, así como el equipamiento, instrumental, medicamentos e insumos

esenciales para atender a cabalidad con las normas, protocolos y procedimientos clínicos requeridos para la interrupción legal y segura del embarazo.

DESCONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA QUE REGULA LA ILE

El servicio o función pública implica una prestación o contribución que se realiza en pos de favorecer al interés colectivo de la sociedad. Este servicio se encuentra constitucionalmente regulado en el artículo 235 de la CPE, que establece las obligaciones a las que están sujetas las personas que ocupan un cargo de servicio público, sin importar cuál sea el cargo o la forma de acceder a él.

Entre estas obligaciones está el Cumplir la Constitución y las Leyes (inc. 1 del artículo 235, CPE). De acuerdo con el Artículo 410, parágrafo II, el orden jurídico boliviano está compuesto por: la CPE; los tratados internacionales en materia de DDHH; las leyes nacionales, los estatutos autonómicos, las cartas orgánicas y el resto de la legislación departamental, municipal e indígena; y los decretos, reglamentos y demás resoluciones emanadas de los órganos

ejecutivos correspondientes. En este entendido, al establecer el cumplimiento de la Constitución y las leyes se afirma que se hace referencia a la totalidad del ordenamiento jurídico boliviano.

Si bien el cumplimiento de la Constitución y de los demás elementos legales del Estado se constituye en un deber de todas las bolivianas y los bolivianos (Artículo 108, numeral 1), éste es un deber específico para las servidoras y los servidores públicos, dado que la naturaleza de su condición se da en virtud a la Constitución y a la normativa legal; por tanto, la vulneración de las misma supondría un atentado en contra del orden que otorga la condición de servidor público.

En este orden de ideas, en establecimientos de salud públicos, los llamados a conocer la normativa que regula la ILE son las y los servidores públicos que prestan servicios de salud y aquellos que realizan funciones administrativas relacionadas.

Específicamente respecto a la ILE, la normativa de cumplimiento obligatorio para el personal de salud de los establecimientos públicos y privados, seguros a corto plazo y Organizaciones No Gubernamentales, dentro del Estado Plurinacional de Bolivia son:

- La SCP 0206/2014 que modificó las condiciones del aborto legal.
- La Resolución Ministerial N° 27 de 29 de enero de 2015, que aprueba el Procedimiento Técnico para la prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014.
- Resolución Ministerial N° 1508 de 24 de noviembre de 2015, que aprueba el Modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual.

A través de la encuesta de conocimiento se consultó a 277 prestadores de servicios de salud, si ¿Conoce o escucho sobre la SC 0206/2014? O ¿Conoce o escuchó sobre la Resolución Ministerial N° 0027/2015 (Interrupción Legal del Embarazo) que aprueba el Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014?

Aproximadamente a cinco años de existir la normativa específica que regula la ILE, de acuerdo con la muestra obtenida en la investigación alrededor de 14% del personal de salud en promedio la desconoce y peor aún el 15% del personal directo en promedio que interviene en el procedimiento manifiesta su desconocimiento.

De los 44 establecimientos de salud a nivel nacional se constató que el 15% del personal directo en promedio que alega desconocer la normativa realiza sus funciones en los siguientes 18 establecimientos de salud: Hospital Ricardo Bacherer, Hospital San Juan de Dios Camargo, Hospital La Paz, Hospital Los Pinos, Hospital Municipal Boliviano Coreano, Hospital Achacachi, Hospital General de los Yungas, Hospital del Sud, Hospital Maternológico Germán Urquidi, Hospital Tiquipaya, Hospital Vinto, Hospital Sacaba México, Hospital Barrios Mineros, Hospital General S.J.D.D., Hospital San Roque, Hospital Doctor Rubén Zelaya, Hospital El Torno y el Hospital Yapacaní.

Respecto de los casos en los que procede la ILE, el Procedimiento Técnico en concordancia con el Código Penal establece que la ILE es viable cuando:

- a. Está en riesgo la vida de la mujer
- b. Está en riesgo la salud de la mujer
- c. La mujer fue víctima de violencia sexual

Además, determina que puede practicarse el servicio ante la existencia de malformaciones congénitas letales incompatibles con la vida⁷, mismas que pueden ser consideradas como parte de la causal salud. Define que el aborto es impune y corresponde la interrupción legal del embarazo, cuando:

- a. El embarazo producto de un delito de violación sexual, estupro o incesto
- b. El embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer
- c. Existen malformaciones congénitas letales⁸

Consiguientemente, es posible afirmar que conforme la Resolución Ministerial 027/2015, la SCP 206/2014 y el Código Penal que el aborto es impune y procede la interrupción legal en los casos señalados.

De los resultados emergentes, se puede establecer que sólo el 10% respondió correctamente todos los casos en los que procede la ILE (violación, incesto, estupro, cuando como resultado del embarazo, la vida o la salud de la mujer corre peligro, existen malformaciones congénitas letales).

El desconocimiento de la normativa específica de parte del personal de salud, respecto a un caso contemplado en la normativa para realizar una ILE, tiene como consecuencia directa el incumplimiento de dicho procedimiento, lo cual en muchos casos afecta en los derechos a la vida, integridad física, psicológica y la salud de la paciente, por cuanto es necesaria la toma de decisiones de manera rápida y efectiva, con miras a limitar al máximo los posibles riesgos para la salud de la mujer y ello únicamente se consigue cuando hay pleno conocimiento de la norma que ampara el procedimiento y los tiempos para practicar la ILE.

Así también, toda paciente que requiera de este servicio necesita contar con la información adecuada completa, fidedigna, comprensible y accesible para que ésta pueda adoptar una decisión libre de presiones y conforme a su voluntad, caso contrario también se estaría vulnerando su derecho al consentimiento previo libre e informado.

⁷ La Resolución 027/2015 define a las malformaciones congénitas letales como un error en el desarrollo estructural o funcional de un órgano o sistema, y que conduce a la muerte intrauterina, neonatal o infantil. Comprende a "una condición que conduce invariablemente a la muerte fetal, en útero o en el período neonatal, independientemente del tratamiento".

⁸ Definiciones de aborto impune e interrupción legal del embarazo en el PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015.

De las opciones mencionadas al encuestado se tiene los siguientes datos, según las categorías establecidas: en caso de violación 265, en caso de incesto 69, en caso de estupro 72, cuando como resultado del embarazo, la vida o la salud de la mujer corre peligro 147, cuando existen malformaciones congénitas letales 148 y, por último, no sabe o no responde tres.

Respecto a otras causales que permitirían la interrupción legal del embarazo, encontramos entre las respuestas: A simple solicitud de la paciente nueve, por discapacidad 13, cuando es menor de edad 11, cuando la mujer tiene VIH dos, por pobreza dos y cuando la mujer tiene muchos hijos dos.

Si bien los datos arrojan una cantidad pequeña de otros criterios que habilitarían proceder con la interrupción legal del embarazo, éstos dan cuenta del desconocimiento de la normativa y por ende su incorrecta aplicabilidad, provocando no sólo el incumplimiento de la norma sino la vulneración de los derechos de la mujer y la autonomía sobre su cuerpo.

Como se verá en los siguientes apartados, el desconocimiento de la normativa referente a la ILE es un indicador de posibles vulneraciones a los derechos de las usuarias. Si bien es responsabilidad de las y los servidores públicos conocer la normativa aplicable, el Procedimiento Técnico determina entre las obligaciones, de autoridades nacionales, ejecutar procesos de educación continua y capacitación por competencias, a los equipos multidisciplinarios de las redes de servicios de salud para la atención segura de ILE; de autoridades departamentales y municipales, así como de directores o jefes del servicio, la de capacitar al personal bajo los siguientes términos:

Artículo 7. El Gobierno Departamental, Municipal y Autoridades Competentes: Director, Sub Director o Jefe de Servicio de Ginecología deben:

(...)

c) Capacitar y actualizar permanente al recurso humano en la tecnología basada en la evidencia científica para la interrupción legal del embarazo.

(...)

h. Ejecutar procesos de educación continua y capacitación por competencias, a los equipos multidisciplinarios de las redes de servicios de salud, para la atención segura de la interrupción legal del embarazo. (Artículo 6)

Si bien la Ley N° 031, Ley Marco de Autonomías determina que es responsabilidad de gobiernos autónomos departamentales (a través del SEDES) y el Ministerio de Salud la capacitación del personal a su cargo, esto no exime las responsabilidades emergentes del Procedimiento Técnico, que específicamente señala qué autoridades tienen la obligación de capacitar al personal respecto de la ILE, así como los criterios contemplados en la normativa específica para la atención segura de la paciente.

Es así que, el Ministerio de Salud reportó sobre lo señalado:

Se realizaron capacitaciones por el Ministerio de Salud al personal desde 2015, en promedio de 600 recursos humanos en salud por año. Desde el 2019 se realiza un plan de capacitación en violencia física y sexual, interrupción legal del embarazo, recolección de evidencia médico legal en casos de violencia sexual.

Sin embargo, como resultado de las encuestas y entrevistas realizadas por nuestra institución, el personal de los establecimientos de salud considera relevante y urgente llevar adelante mayor número de capacitaciones respecto a la normativa, difusión del trabajo de la ILE, capacitación acerca de la objeción de conciencia, infraestructura y equipamiento, concienciación a las mujeres y a la población y trabajar en promoción y prevención respecto a la temática. Lo que demuestra que es necesario mejorar la calidad y cantidad de capacitaciones y hacer que éstas se institucionalicen, labor pendiente del Ministerio de Salud, como ente rector.

INCUMPLIMIENTO EN EL PLAZO DE LA ATENCIÓN

El Comité CEDAW en la Recomendación General N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, establece que:

18. Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante⁹

Estas consideraciones limitan posibles acciones arbitrarias en la no realización de la ILE o requisitos innecesarios que forzarían un embarazo no deseado. Situaciones que a la luz de la protección de los derechos humanos se consideran como violencia por razón de género llegando a constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante a la usuaria que requiere el procedimiento.

Es en este sentido que los lineamientos de acción deben estar encaminados en brindar las prestaciones requeridas sin obstáculos de acceso por parte de las mujeres que requieran los servicios.

Al abordar los derechos de la mujer y la igualdad de género, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), determina que:

28. La realización de los derechos de la mujer y la igualdad de género, tanto en la legislación como en la práctica, requiere la derogación o la modificación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Es necesario eliminar todos los obstáculos al acceso de las mujeres a servicios, bienes, educación e información integrales en materia de salud sexual y reproductiva. A fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas, se necesita atención obstétrica de urgencia y asistencia cualificada en los partos, particularmente en las zonas rurales y alejadas, y medidas de prevención de los abortos en condiciones de riesgo. La prevención de los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo requiere que los Estados adopten medidas legales y de políticas para garantizar a todas las personas el acceso a anticonceptivos asequibles, seguros y eficaces y una educación integral sobre la sexualidad, en particular para los adolescentes; liberalicen las leyes restrictivas del aborto; **garanticen el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y asistencia de calidad posterior a casos de aborto, especialmente capacitando a los proveedores de servicios de salud; y respeten el derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva**¹⁰.

Restricciones a la realización de la ILE son consideradas discriminatorias y vulneradoras a la realización de los derechos de la mujer y la igualdad de género, que tienen consecuencias en su salud y su vida.

El Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica en el “Análisis temático sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer en el área de la salud y la seguridad, con un enfoque en la instrumentalización de los cuerpos de las mujeres”¹¹, cita como ejemplos recurrentes para las restricciones en la atención de servicios:

82. Por otro lado, las restricciones al acceso a la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo y los servicios correspondientes pueden disuadir a las mujeres de buscar atención médica profesional, lo que tiene consecuencias negativas para su salud y su seguridad. Cabe citar como ejemplos de esas restricciones: **la penalización de los profesionales médicos que prestan esos servicios; la prohibición del acceso a información sobre la interrupción legal del embarazo; el requisito de autorización de uno o más profesionales médicos, un comité hospitalario, un progenitor, un tutor o el cónyuge; la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios sin proporcionar alternativas; la imposición de períodos de espera obligatorios, y la exclusión de los servicios de interrupción del embarazo de la cobertura de los seguros de salud. Ninguno de esos requisitos se justifica por motivos de salud.**

Requisitos que como lo establece el Consejo de Derechos Humanos no son justificables por motivos de salud. Los mismos que en su mayoría se ven plasmados en los hallazgos de la presente investigación como resultado del incumplimiento a la SC 206/2014 y el Procedimiento Técnico.

El Procedimiento Técnico es claro al determinar que es obligación de los servicios de salud (artículo 7) y de los proveedores de dichos servicios (artículo 8) garantizar la interrupción legal y segura del embarazo, dentro de las primeras 24 horas de haberse solicitado el servicio. Aun, si el proveedor de salud objeta conciencia, el Jefe de Servicio y/o Director del Servicio de Salud debe garantizar la interrupción legal del embarazo dentro de estas 24 horas (artículo 9, inc. c y d)¹².

11 A/HRC/32/44, 8 de abril de 2016, párr. 82

12 De los hallazgos emergentes de la investigación, destaca la inquietud de médicos ginecólogos principalmente sobre si el procedimiento de la ILE debe iniciarse en las 24 horas siguientes o éste se refiere a que en dicho plazo se debe concluir la interrupción. Al respecto la norma determina garantizar la interrupción legal del embarazo, situación que está condicionada por factores externos como la edad gestacional, la edad de la paciente, entre otros. Por lo que sólo es posible garantizar el comienzo de la intervención dentro las 24 horas de haberse solicitado el servicio más no así la interrupción misma.

A través de la encuesta de conocimiento general, se consultó a los 277 prestadores de salud: ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar la interrupción legal tras haberse solicitado el servicio? 72 de ellos respondieron que la interrupción legal del embarazo debe realizarse dentro de las 24 horas de solicitado el servicio. Es decir, aproximadamente el 75% de la población encuestada refiere a plazos distintos a los establecidos, como consecuencia del desconocimiento de la norma.

Es así que, en Chuquisaca nueve prestadores de salud conocen el plazo para realizar la ILE, 10 desconocen este plazo; en La Paz 15 conocen el plazo y 51 afirman no conocerlo; en Cochabamba 16 afirman conocer el plazo de 24 horas para llevar adelante la ILE y 38 desconocen el plazo; en Oruro tres conocen el plazo y 17 lo desconocen; en Potosí ocho prestadores de salud dicen conocer el plazo para proceder con la ILE y 14 desconocen el plazo; en Tarija dos conocen el plazo y 13 no lo conocen; en Santa Cruz 17 prestadores de salud conocen el plazo para la ILE y 40 no conocen; en Beni dos conocen el plazo del procedimiento y 11 no conocen; en Pando de 8 servidores entrevistados éstos afirmaron su desconocimiento con el plazo de 24 horas para llevar adelante la ILE.

De acuerdo con las entrevistas realizadas, la extensión arbitraria de plazo en la atención por parte de los profesionales de salud responde a: requisitos adicionales que no se contemplan en la norma; interposición institucional de la objeción de conciencia; falta de delimitación de la edad gestacional para la realización de la ILE; y, falta de insumos, medicamentos e infraestructura para realizar el procedimiento. Cada de una de éstas son responsables de producir un embarazo forzado y la inminente vulneración de los derechos de la usuaria.

EXIGENCIA ARBITRARIA DE REQUISITOS ADICIONALES PARA LA REALIZACIÓN DE LA ILE

La Observación General N° 36 (2018) sobre el artículo 6 de la Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, sobre el derecho a la vida, determina:

8. Aunque los Estados Parte pueden adoptar medidas diseñadas para regular las interrupciones voluntarias del embarazo, tales medidas no deben dar lugar a la violación del derecho a la vida de una mujer o niña embarazada, o de sus otros derechos en virtud del Pacto. Por lo tanto, las restricciones sobre la capacidad de las mujeres o las niñas para buscar un aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro sus vidas, someterlas a dolores o sufrimientos físicos

o mentales, que violen el artículo 7, discriminarlas o interferir arbitrariamente con su privacidad. Los Estados Parte deben proporcionar acceso seguro, legal y efectivo al aborto cuando la vida y la salud de la mujer o la niña embarazada estén en riesgo, o donde llevar a término un embarazo causaría un dolor o sufrimiento considerable a la mujer o la mujer embarazada, especialmente cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto, o no es viable. Además, los Estados Parte no pueden regular el embarazo o el aborto en todos los demás casos de manera contraria a su deber de garantizar que las mujeres y las niñas no tengan que realizar abortos inseguros, y deben revisar sus leyes de aborto en consecuencia. Por ejemplo, no deben tomar medidas como criminalizar embarazos de mujeres solteras o aplicar sanciones penales contra mujeres y niñas que abortan o contra proveedores de servicios médicos que las ayuden a hacerlo, ya que tomar tales medidas obliga a mujeres y niñas a recurrir a un aborto inseguro. Los Estados Parte no deben introducir nuevas barreras y deben eliminar las barreras existentes que niegan el acceso efectivo de mujeres y niñas al aborto seguro y legal, incluidas las barreras causadas como resultado del ejercicio de la objeción de conciencia por parte de proveedores médicos individuales. Los Estados Parte también deben proteger eficazmente las vidas de mujeres y niñas contra los riesgos para la salud física y mental asociados con los abortos inseguros. En particular, deben garantizar el acceso de mujeres y hombres, y especialmente de niñas y niños, a información y educación de calidad y basada en evidencia sobre salud sexual y reproductiva y a una amplia gama de métodos anticonceptivos asequibles, y prevenir la estigmatización de las mujeres y niñas que buscan el aborto. Los Estados Parte deben garantizar la disponibilidad y el acceso efectivo a la atención de salud prenatal y post aborto de calidad para mujeres y niñas, en cualquier circunstancia y de forma confidencial¹³.

Consiguientemente, es deber del Estado el eliminar las barreras de acceso para las usuarias que requieran la ILE. Por lo tanto, a mayor exigencia de requisitos que no sean justificados por motivos de salud se vulnera los derechos de la usuaria y se incurre en el incumplimiento de sus obligaciones convencionales.

El artículo 12 del Procedimiento Técnico aprobado a través de la RM 027/2015 determina como requisitos que deben ser presentados por la usuaria que solicite la interrupción legal del embarazo, los siguientes:

Consiguiendo, es deber del Estado el eliminar las barreras de acceso para las usuarias que requieran la ILE. Por lo tanto, a mayor exigencia de requisitos que no sean justificados por motivos de salud se vulnera los derechos de la usuaria y se incurre en el incumplimiento de sus obligaciones convencionales.

El artículo 12 del Procedimiento Técnico aprobado a través de la RM 027/2015 determina como requisitos que deben ser presentados por la usuaria que solicite la interrupción legal del embarazo, los siguientes:

- a. *En caso de violencia sexual, presentar la copia de la denuncia de violación que haya realizado ante la Policía o Fiscalía o autoridades originarias competentes.*
- b. *En caso de que la vida o salud de la mujer corra peligro o existan malformaciones congénitas letales bastará el informe médico, y/o informes respectivos del personal correspondiente que sustente la interrupción legal del embarazo.*
- c. *Firma del consentimiento informado.*

Cualquier otro requisito o trámite adicional incurre en la vulneración de los derechos de la usuaria y provoca que la misma sostenga un embarazo forzado a costa de su vida y salud.

Dichas vulneraciones no sólo podrían derivar en una afectación directa a la vida y salud de la usuaria, sino también a sus derechos sexuales y reproductivos, y puede generar en consecuencia, entre otros, una continuación o embarazo forzado, un posterior intervención que provoque su esterilización forzada, depresión, intento de suicidio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es la potestad que tiene la paciente de aceptar la realización, en su propia persona, de procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento clínico, de laboratorio, por imágenes, instrumental o quirúrgico, y elegir libremente si se interrumpe o se continua con el embarazo al recibir la información y entender el alcance del procedimiento.

De manera general el consentimiento informado es regulado por la Resolución Ministerial N° 0090 de 26 de febrero de 2008, que aprueba el documento técnico normativo

“Obtención del Consentimiento Informado”, que contiene normas básicas, protocolos y formularios específicos. Por su parte, la Ley N° 3131 de 8 de agosto de 2005 “Ejercicio Profesional Médico” establece que el Consentimiento Informado constituye un documento médico oficial, y su Decreto Supremo Reglamentario N° 28562 de 22 de diciembre de 2005, refiere a la voluntad o decisión del paciente de aceptar o rechazar el tratamiento u hospitalización indicados por el médico tratante, registrado en la historia clínica y debidamente respaldado por la firma del paciente o de su familiar o responsable legal. La mencionada ley dispone que el llenado de este documento es responsabilidad del médico y que su incumplimiento puede traer aparejados perjuicios profesionales y patrimoniales en casos de litigio. De igual manera, lo prevé la Resolución Ministerial N° 047/04 de julio de 2004, el Código de Ética y Deontología Médica de Bolivia.

Específicamente para la ILE, el Procedimiento Técnico determina que es obligación de los proveedores del servicio de salud informar de manera clara, veraz, imparcial y oportuna sobre la atención integral de la interrupción del embarazo incluyendo la anticoncepción post aborto (inciso h, artículo 8). Además de orientar y solicitar en el llenado del Consentimiento Informado por la paciente, garantizando que la misma se realice de plena voluntad propia y sin ningún tipo de presión (inciso d, artículo 8).

Respecto al requisito mandatorio de solicitar el consentimiento informado, aproximadamente el 50% del personal de salud consultado a través de la encuesta de conocimiento desconoce que éste es necesario para poder proceder con la interrupción legal del embarazo. Este desconocimiento conlleva a no solicitar el consentimiento informado con las formalidades que se requiere e implica el incumplimiento de la normativa nacional e internacional de protección de derechos humanos.

En el Sistema Universal, el Informe del Relator Especial, sobre el derecho de toda persona al disfrute más alto nivel posible de salud física y mental (2009), establece que toda exigencia de autorización previa de un tercero infringe la autonomía de la mujer, mencionando además que, “las mujeres tienen derecho a dar libremente su consentimiento o a rechazar servicios los cuales deben ser no coercitivos y respetuosos de su autonomía, privacidad y confidencialidad, y a recibir información de personal debidamente capacitado”¹⁴.

En el Sistema Regional, recordemos que el Estado Plurinacional de Bolivia es declarado responsable internacionalmente por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *I.V. vs Bolivia*¹⁵, entre otros puntos, por el incumplimiento de parte del personal de salud del Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz, al no solicitar el consentimiento informado de la usuaria antes de practicarle la salpingoclasia bilateral (ligadura de las trompas de Falopio).

En el mencionado caso, la Corte IDH ha establecido que el consentimiento informado es:

(...)

*una condición sine qua non para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo con su plan de existencia. En otras palabras, el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona*¹⁶.

*(..) la obligación de obtener el consentimiento informado significará el establecimiento de límites a la actuación médica y la garantía de que estos límites sean adecuados y efectivos en la práctica, para que ni el Estado, ni terceros, especialmente la comunidad médica, actúe mediante injerencias arbitrarias en la esfera de la integridad personal o privada de los individuos, especialmente en relación con el acceso a servicios de salud, y para el caso de las mujeres, servicios de planificación familiar u otros relacionados con la salud sexual y reproductiva. De igual manera, la regla del consentimiento informado se relaciona con el derecho de acceso a la información en materia de salud, debido a que el paciente sólo puede consentir de manera informada si ha recibido y comprendido información suficiente, que le permita tomar una decisión plena. Por ello, en la esfera de la salud, la Corte reitera el carácter instrumental del derecho de acceso a la información ya que es un medio esencial para la obtención de un consentimiento informado y, por ende, para la realización efectiva del derecho a la autonomía y libertad en materia de salud reproductiva*¹⁷.

15 Corte IDH. Caso *I.V. Vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329, disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf

16 Ídem, párr. 159.

17 Ídem, párr. 163.

Los estándares jurídicos para el consentimiento informado determinados en la mencionada sentencia son que éste sea: previo, libre, pleno e informado.

CARÁCTER PREVIO DEL CONSENTIMIENTO

Implica que el consentimiento siempre debe ser otorgado antes de cualquier acto médico y que este acto no puede ser convalidado después del procedimiento. Salvo que éste no pueda ser brindado por la persona y que sea necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente¹⁸.

CARÁCTER LIBRE DEL CONSENTIMIENTO

Hace hincapié en el aspecto de la libertad de la manifestación del consentimiento. Éste debe ser brindado de manera libre, voluntaria, autónoma, sin presiones de ningún tipo, sin utilizarlo como condición para el sometimiento a otros procedimientos o beneficios, sin coerciones, amenazas, o desinformación. Éste es personal y debe ser otorgado por la persona que accederá al procedimiento¹⁹.

Por su parte el Sistema Universal a través de la Observación General No. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), determina que:

La obligación de respetar requiere también que los Estados deroguen, y se abstengan de promulgar, leyes y políticas que obstaculicen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto incluye los requisitos de autorización de terceros, como: los padres, el cónyuge y los tribunales para acceder a los servicios y la información en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para el aborto y la anticoncepción; (...)²⁰.

El Procedimiento Técnico, en concordancia con las disposiciones emitidas por la Corte IDH y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es claro al determinar que para acceder a la interrupción legal del embarazo la mujer (niña, adolescente, joven, adulta) puede elegir estar o no acompañada en la atención y la realización de la interrupción legal del embarazo.

18 Ídem, párrs. 176 y 177.

19 Ídem, párrs. 181 y 182.

20 E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 41.

El artículo 8 del Procedimiento Técnico determina que:

j. En caso de que la usuaria sea menor de edad será atendida presentando la copia de la denuncia de violación, la firma del consentimiento informado pudiendo o no ser acompañada por una persona mayor, tutor, padres.

Situación similar ocurre si la usuaria presenta una discapacidad intelectual:

k. En caso de que la usuaria se encuentre con discapacidad mental será atendida presentando la copia de la denuncia de violación, pudiendo o no ser acompañada por una persona mayor, tutor, padres.

En consonancia a lo mencionado, respecto a las menores de edad:

La Corte IDH, en el Caso V.R.P., V.P.C. y otros Vs. Nicaragua, determinó el respeto a la opinión de la niña en todo procedimiento que la afecte, de modo tal que se garantice su participación, en lo que resulte pertinente para identificar las medidas especiales que son requeridas para dotar de efectividad a los derechos de niñas, niños y adolescentes cuando son víctimas de delitos de violencia sexual²¹.

Las recomendaciones emitidas por el Sistema Universal al respecto determinan, a través de la Observación General N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud del Comité de los Derechos del Niño, que:

Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad²².

De igual manera, lo determina en su Observación General N° 12, respecto del derecho del niño a ser escuchado:

101. Es necesario que los Estados Parte introduzcan leyes o reglamentos para garantizar el acceso de los niños al asesoramiento y consejo médico confidencial sin el consentimiento de los padres, independientemente de la edad del niño, en los casos que sea necesario para la protección de la seguridad o el bienestar del niño. Es necesario que los niños tengan ese tipo

21 Corte IDH. Caso V.R.P., V.P.C. y otros Vs. Nicaragua. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 350, párr. 155.

22 CRC/C/GC/15. De 17 de abril de 2013. Párr. 31.

de acceso, por ejemplo, en los casos en que estén experimentando violencia o maltrato en el hogar o necesiten educación o servicios de salud reproductiva, o en caso de que haya conflictos entre los padres y el niño con respecto al acceso a los servicios de salud. El derecho al asesoramiento y consejo es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no se debe someter a ninguna limitación de edad²².

Es así que, para el cumplimiento de las obligaciones emergentes de la Convención del Niño²³ referidas a “(...) asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios»²⁴, se debe garantizar que la menor tenga acceso a tratamientos e intervenciones médicas sin permiso de un progenitor o representante.

El requerir la compañía de una persona mayor de edad, tutor o representante causa en la usuaria un sufrimiento moral, que puede ser considerado en el ámbito del DIDH como tortura, trato cruel inhumano y degradante. Conforme a la Observación General N° 20 del Comité de Derechos Humanos, prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles ha determinado que:

*5. La prohibición enunciada en el artículo 7²⁵ se refiere no solamente a los actos que causan a la víctima dolor físico, **sino también a los que causan sufrimiento moral**. Es más, a juicio del Comité, la prohibición debe hacerse extensiva a los castigos corporales, incluidos los castigos excesivos impuestos por la comisión de un delito o como medida educativa o disciplinaria. A este respecto, conviene subrayar que el artículo 7 **protege, en particular, a los niños, a los alumnos y a los pacientes** de los establecimientos de enseñanza y **las instituciones médicas**²⁶.*

A nivel local, la Resolución Ministerial N° 72 de 8 de mayo de 2017 del Ministerio de Justicia, que aprueba el Protocolo de prevención, atención y sanción a toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes, señala:

22 CRC/C/GC/12, 20 de julio de 2009, párr. 101.

23 Ratificada por Bolivia el 26 de junio de 1990.

24 Convención de los Derechos del Niño. Artículo 24. 1) Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

25 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Artículo 7. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.

26 Observación General N° 20, prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles, 1992, párr. 5. Cabe destacar que de la revisión periodística digital como de los casos registrados en el SSP, en muchos el violador es el padre o familiar cercano de la paciente, por lo que solicitar la presencia de los padres o tutores para que la acompañen puede implicar en muchos casos el sufrimiento moral de la usuaria.

*(...) Las niñas o adolescentes que como resultado de la violación, incesto o estupro hubiesen quedado embarazadas, únicamente deberán presentar una copia de la denuncia efectuada para que el servicio de salud (público o privado) proceda a realizar la interrupción legal del embarazo. El Código Niño, Niña y Adolescente establece normas precisas para la interpretación de las disposiciones legales, como el principio de interés superior del niño, niña y adolescente, así como el de prioridad absoluta, además de señalar que en todos los casos de atención médica de emergencia, no se podrá negar el servicio por ausencia de los padres o representantes; última norma que es fundamental para comprender que, ante situaciones de violencia sexual contra niñas o adolescentes, en mérito a los principios antes señalados, **no es necesaria la autorización de los padres para la adopción de medidas vinculadas a la anticoncepción de emergencia y/o la interrupción legal del embarazo.***

Consiguientemente, en los casos de violación a una menor edad, no es necesario el acompañamiento de una persona mayor, tutor o padres, para acceder a la ILE porque constituye una atención médica de emergencia.

El Código Niño, Niña y Adolescente boliviano, además, determina que no se puede negar la atención en casos de emergencia alegando la ausencia de los padres o representantes:

Artículo 21.

I. *Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia. Los centros y servicios de salud pública están obligados al cumplimiento de esta norma de forma inmediata en casos de emergencia.*

III. *En los casos previstos en los párrafos anteriores, queda prohibido negar la atención de la niña, niño y adolescente, alegando razones de ausencia de los padres o representantes, carencia de documentos de identidad o de recursos económicos.*

De todo lo expuesto es posible concluir que no es necesaria la presencia o acompañamiento de los padres o representantes para la atención y realización de la interrupción legal del embarazo de una usuaria menor de edad que solicite la ILE.

Respecto a la mujer (niña, adolescente, joven, adulta) con discapacidad intelectual:

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad dispone, en su artículo 12, el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley. A su vez, en su artículo 15, establece el derecho de que “nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento”. Por su parte, el inciso d) del artículo 25 prevé que los Estados partes:

*“exigirán a los profesionales de la salud **que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado**, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado”.*

Respecto al consentimiento informado, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en la Observación General sobre el artículo 12 respecto al Igual Reconocimiento como Persona ante la Ley (2013) ha expresado que:

“los Estados partes tienen la obligación de exigir a todos los profesionales de la salud y la medicina (incluidos los profesionales de la psiquiatría) que obtengan el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad antes de cualquier tratamiento. En conjunción con el derecho a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas, los Estados tienen la obligación de no permitir que otorguen el consentimiento en nombre de las personas con discapacidad sustitutos en la adopción de decisiones. Todo el personal de la salud y la medicina debe garantizar una consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad. Ese personal debe garantizar también, en la medida de sus posibilidades, que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni tengan una influencia indebida sobre ellas²⁷”

En este entendido, los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo sólo podrán otorgar su consentimiento cuando la usuaria que requiera la ILE se encuentre totalmente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica.

Consiguientemente, desde la concordancia normativa interna y el Derecho Internacional de Protección de los Derechos Humanos, el solicitar obligatoriamente la presencia de los padres, tutores o autoridad competente, está en contra los estándares respecto del derecho a la salud y la protección de la usuaria que requiera la ILE.

CARÁCTER PLENO E INFORMADO DEL CONSENTIMIENTO

Implica que se ha recibido la información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, y luego de haberla entendido cabalmente. La Corte IDH considera que los prestadores de salud, al menos, deben informar sobre:

- i) la evaluación de diagnóstico
- ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto
- iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto
- iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto
- v) las consecuencias de los tratamientos, y
- vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento²⁸

La omisión de este requisito constituye una vulneración al derecho que tiene toda paciente a recibir información antes de cualquier atención médica o tratamiento, la cual no puede

28 Idem párr. 189. Estándares enmarcados en el Código de Ética Médica de Núremberg, 1947; Declaración de Helsinki, principios 25 a 27; Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente, principios 3, 7 y 10; ONU, Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, A/ RES/46/119, 17 de diciembre de 1991, principio 11.2; OMS, Esterilización femenina: guía para la prestación de servicios, 1993 (expediente de prueba, tomo XIII, anexo 3 a los alegatos finales del Estado, folios 5496 a 5499; 5510 a 5520 y 5530 a 5531); FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO de noviembre 2003, octubre 2012 y octubre 2015, las que recogen las Directrices relativas a un consentimiento bien informado adoptadas en 1995 y reafirmadas y complementadas en 2007, págs. 166 a 167 (2003), págs. 316 a 318 (2012) y págs. 399 a 401 (2015), así como las Consideraciones éticas sobre la esterilización de 1989, 1990, 2000 y 2011, págs. 55 a 57 y 213 a 218 (2003), págs. 436 a 440 (2012) y págs. 537 a 541 (2015); ONU, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 24, La mujer y la salud, 1999, párrs. 20 a 22 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 39 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folio 2711); Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 6; ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, A/64/272, 10 de agosto de 2009, párrs. 15 y 16; AMM, Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Esterilización Forzada, adoptada por la 63

Asamblea General, Bangkok, Tailandia, octubre de 2012 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 31 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folios 2613 a 2614), y Declaración Interinstitucional de las Naciones Unidas para eliminar la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria, adoptada por la OACNUDH, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF y OMS, 2014 (expediente de prueba, tomo VIII, anexo 25 al escrito de solicitudes, argumentos y pruebas, folios 2452 a 2454 y 2457).

ser convalidada después de realizado. Por ello, es obligación del Estado a través de los proveedores de salud recabar el consentimiento informado, lo que establecerá límites a la actuación médica para que no se actúe lesionando la esfera de la integridad personal protegida por el art. 5.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

En ese mismo contexto, la Corte IDH señaló en el caso *I.V vs. Bolivia* que la regla del consentimiento informado se relaciona con el derecho de acceso a la información en materia de salud, debido a que el paciente sólo puede consentir de manera informada si ha recibido y comprendido información suficiente, que le permita tomar una decisión plena.

Así, de los resultados de la investigación defensorial se evidencia que, de los 44 establecimientos de salud sometidos a la investigación, únicamente 12 de ellos tienen institucionalizado un formulario de consentimiento informado específico para la ILE. Sin embargo, ninguno de éstos utiliza la ficha de consentimiento informado que contempla el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, lo que significa que 32 establecimientos de salud incumplen con el llenado del Consentimiento Informado por la paciente, vulnerando así el derecho de ésta a recibir información antes de cualquier atención médica o tratamiento, el cual no puede ser convalidado después de realizado, poniendo en riesgo al Estado boliviano de que pueda ser responsable internacionalmente.

CAUSAL VIOLENCIA SEXUAL

El Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2013) determina respecto al acceso de servicios por parte de víctimas de violencia sexual, que:

49. Para muchas víctimas de violación, el acceso a un procedimiento de aborto sin riesgo es prácticamente imposible debido a un laberinto de trabas administrativas y a la negligencia y la obstrucción oficiales. *En la decisión histórica de K.N. L. H. c. el Perú, el Comité de Derechos Humanos consideró la denegación del aborto terapéutico una violación del derecho de la persona a no ser víctima de malos tratos. En la demanda P. and S. v. Poland, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró que “el estigma asociado al aborto y a la violencia sexual (...) caus[aba] mucha angustia y sufrimiento, tanto física como mentalmente”.*

50. *El Comité contra la Tortura ha expresado reiteradamente su preocupación por el hecho de que las restricciones en el acceso al aborto y las prohibiciones absolutas con respecto al mismo conculcan la prohibición de la tortura y los malos tratos. En numerosas ocasiones, los órganos de las Naciones Unidas han expresado su preocupación al denegarse o restringirse el acceso a los cuidados posteriores al aborto, a menudo con fines inaceptables como imponer un castigo u obtener una confesión. El Comité de Derechos Humanos señaló explícitamente que las violaciones del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos incluían el aborto forzoso, así como la denegación del acceso a un aborto en condiciones seguras a las mujeres que han quedado embarazadas a raíz de una violación y manifestó su inquietud acerca de los obstáculos impuestos al aborto cuando era legal²⁹.*

A nivel local, el aborto es legal o no punible cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer, malformaciones congénitas letales o cuando es producto de un delito de violación sexual, estupro o incesto³⁰.

En este entendido, la ILE procede cuando el embarazo es producto de un delito de carácter sexual³¹. La paciente (niña, adolescente o adulta) tiene el derecho a interrumpir o no su embarazo de manera legal, voluntaria, segura y sin presión alguna (artículo 11 inciso a, Procedimiento Técnico).

Los requisitos que debe presentar en el establecimiento de salud son:

- Copia simple de la denuncia del delito de violación
- Firmar el consentimiento informado.

De acuerdo con el artículo 42 de la Ley Nº 348, todo hecho de violencia contra las mujeres puede ser denunciado por la víctima o por cualquier otra persona que conozca de un delito ante la Policía Boliviana o el Ministerio Público.

29 Juan E. Méndez, México, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párrs. 49 y 50.

30 Definición establecida en el Procedimiento Técnico.

31 El Procedimiento Técnico define a la violencia sexual como “toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el acto sexual como en toda forma de contacto o acceso carnal, genital o no genital, que amenace, vulnere o restrinja el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad sexual de la mujer”.

A fin de promover la denuncia, se podrá acudir también a las siguientes instancias³²:

- Servicios Legales Integrales Municipales
- Defensorías de la Niñez y Adolescencia, cuando la persona agredida se menor de 18 años
- Servicios Integrales de Justicia Plurinacional
- Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima
- Autoridades indígena originario campesinas, cuando corresponda

Por tanto y en concordancia con la SCP 206/2014, sólo con la copia simple de la denuncia la usuaria puede dirigirse al establecimiento de salud para solicitar la interrupción de su embarazo.

A través de la investigación defensorial, se preguntó a los 277 prestadores de servicios de salud los requisitos que son necesarios presentar a momento de solicitar el procedimiento de ILE por parte de la usuaria en caso de violencia sexual³³. Sólo 68 de 277 prestadores de salud respondió correctamente. Es decir, el 25% conoce que en caso de presentarse la solicitud de ILE por violencia sexual, la usuaria debe exteriorizar la firma del consentimiento informado y la copia de la denuncia, sin otro requisito adicional.

Este 25% de prestadores de salud, de acuerdo con el diagnóstico anteriormente señalado corresponde a: Hospital Ricardo Bacherer, Hospital San Juan de Dios Camargo, Hospital La Paz, Hospital Los Pinos, Hospital de La Mujer, Hospital Municipal Los Andes, Hospital del Norte, Hospital Achacachi, Hospital Municipal Viacha, Hospital Coroico, Hospital Patacamaya, Hospital Materno Infantil Cochabamba, Hospital del Sud, Hospital Maternológico Germán Urquidi, Hospital Tiquipaya, Hospital Vinto, Hospital Sacaba México, Hospital Barrios Mineros, Hospital General San Juan de Dios, Hospital San Andrés de Caracollo, Hospital Madre Teresa de Calcuta, Hospital D. Bracamonte, Hospital Eduardo Eguía, Hospital San Roque, Hospital Regional San Juan de Dios, Hospital Municipal Plan 3000, Hospital Municipal Villa 1ro. de Mayo, Hospital Municipal Francés, Hospital de la Mujer Dr. Percy Boland Rodríguez, Hospital Municipal Virgen de Cotoca, Hospital El Torno, Hospital Yapacaní, Hospital Camiri, Hospital Alfonso Gumucio, Hospital Materno Infantil de Trinidad, Hospital Materno Infantil Guayaramerín, Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán.

32 Parágrafo II y III del artículo 42 de la Ley N° 348. Una vez conocida la denuncia, deberá ser remitida de inmediato al Ministerio Público.

33 Sólo se realizó la pregunta correspondiente y no se proporcionaron las diversas opciones de respuesta. Se marcaron las opciones que él (la) encuestado (a) hacía mención y se completó en la casilla "Otro" si hubiesen mencionado algún requisito adicional.

Este desconocimiento sobre los requisitos necesarios para la ILE en la causal de violación, pudo ser verificada en la gestión 2019, en el Hospital General San Juan de Dios – Bloque Oruro Corea del Departamento de Oruro³⁴. El nosocomio niega la atención de una adolescente de 13 años de edad, embarazada producto de violación, manifestando la necesidad de la orden judicial correspondiente para la realización de la ILE. Casos como éste, visibilizan el incumplimiento de la aplicación de la SCP 206/2014 y la falta de institucionalidad en la aplicación de la normativa vigente, que además es incorrectamente reportada ante Órganos de Tratado como recomendaciones cumplidas por el Estado boliviano.

CAUSAL SALUD

El Procedimiento Técnico establece como derecho de las usuarias el interrumpir su embarazo de manera legal, voluntaria, segura y sin presión alguna cuando su vida o su salud corran peligro o cuando existan malformaciones congénitas (artículo 11 inciso a). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el estado de bienestar bio-psico-social. Por lo tanto, aquellos embarazos que afecten la salud biológica (física), la salud mental y/o social de la mujer, constituyen causales para la interrupción del embarazo³⁵. No se refiere sólo a la configuración del daño concreto, sino a la probabilidad de riesgo en cualquiera de estas tres dimensiones.

El Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual desarrolla en la Norma 9 causales en las que se considera propicio interrumpir la gestación para preservar la vida y salud de la mujer. Se encuentran divididas en dos dimensiones (física y mental). Las mismas no tienen un carácter limitativo y dependerá de la evaluación médica en el caso concreto.

Dimensión física de la salud:

- Enfermedades del tracto urinario: glomerulonefritis, insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica avanzada.
- Mujeres en diálisis.
- Lupus eritematoso con daño renal severo.
- Diagnóstico intraútero de agenesia renal bilateral.

34 Caso SSP No _DP_SSP_ORU_365_2019.

35 El PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015 define a la salud como: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares y hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación triádica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen)."

- Hipertensión arterial crónica y evidencia de daño de órgano blando y/o como morbilidades asociadas.
- Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional iii–iv, por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) hipertensión arterial y cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia hepática crónica causada por hepatitis B, hepatitis C, trombosis del sistema portoesplénico con várices esofágicas.
- Neoplasia maligna del aparato gastrointestinal que requiera tratamiento quirúrgico, radio o quimioterapia.
- Antecedente demostrado de psicosis puerperal, por el riesgo de homicidio o suicidio.
- Insuficiencia respiratoria demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno menor de 50 mm de mercurio y saturación de oxígeno en sangre menor de 85%.
- Hiperémesis gravídica refractaria al tratamiento,
- Embarazo ectópico, no roto.
- Corioamnionitis.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica refractario al tratamiento,
- Cáncer de cuello uterino invasivo.
- Otros cánceres ginecológicos.
- Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
- Diabetes mellitus avanzada.
- Neoplasias malignas a nivel del sistema nervioso central.
- Epilepsia rebelde al tratamiento.
- Casos de cáncer de cuello uterino con indicación de histerectomía y embarazo tubario intacto.

Dimensión mental de la salud:

Señala que: “las enfermedades mentales ocurren en diversos grados y no implican necesariamente la existencia de una incapacidad absoluta o una enfermedad mental severa”.

Destaca sobre los problemas mentales y de comportamiento:

- Riesgo de resultados adversos para la salud mental en el futuro, son aquellos casos que una mujer no padece un trastorno previo, pero existe evidencia razonable para creer que la continuación del embarazo afectará su salud mental, debido a la presencia de factores de vulnerabilidad, de precipitación o de consolidación.

- Enfermedades que durante el embarazo pueden sufrir un incremento de los síntomas, generando autoagresión y agresividad hacia otros.

De esta manera, en lo referente a la dimensión física y mental de la causal salud, es pertinente realizar la ILE cuando se presentan las enfermedades enunciadas en la mujer embarazada, sin ser éstas las únicas conducentes, pues dependerá, en cada caso, de la evaluación médica.

Respecto de las malformaciones congénitas es obligación de los proveedores de los servicios de salud (artículo 8, Procedimiento Técnico):

- e) Interrumpir el embarazo cuando la vida o la salud de la mujer está en peligro o existan malformaciones congénitas letales de acuerdo al informe médico, siempre y cuando firme el Consentimiento Informado de manera libre, voluntaria y sin ningún otro requisito.

Consiguientemente, los requisitos que debe presentar la usuaria a los establecimientos de salud y éstos realizar la ILE frente a la casual salud, son:

- Informe médico y/o informes respectivos del personal correspondiente que sustente la ILE
- Firma del consentimiento informado

En la gestión 2018, la Defensoría del Pueblo conoció un caso que se presentó en el Hospital Obrero N° 6 “Dr. Jaime Mendoza” de la ciudad de Sucre³⁶, en el cual se negó realizar la ILE aun cuando el embarazo presentaba malformaciones congénitas letales. El médico ginecólogo decidió hacer una junta médica, que determinó la necesidad de contar con una autorización judicial, pese a que el diagnóstico era contundente al determinar la imposibilidad de supervivencia del feto. A la usuaria se le dio las siguientes opciones: i) cumplir con la resolución de la junta médica, ii) pedir su alta médica, iii) esperar que el feto muera naturalmente e inducir a que la peticionaria expulse el feto.

Verificada la situación y la flagrante vulneración de los derechos de la usuaria, la Defensoría del Pueblo emitió la Resolución Defensorial N° RD/CHU/1/2019 de 7 de marzo. A través de la misma, se recordó al personal de salud del nosocomio y al

Administrador Regional de la Caja Nacional de Salud de Chuquisaca la obligación de dar estricto cumplimiento a la SCP 206/2014 y el Procedimiento Técnico; además, solicitó se establezca la responsabilidad civil, penal y/o administrativa que corresponda a las autoridades y jefes del servicio del establecimiento de salud.

De los 277 prestadores de salud encuestados, 241 señalaron que para proceder con la ILE es necesario el informe médico que sustente las malformaciones congénitas, letales o peligre la vida o salud de la madre; ocho expresaron la presentación de la orden judicial; 213 la presentación de la firma de consentimiento informado; 16 resolución de la junta médica y 12 no sabe. El 68% de los consultados respondió correctamente sobre los requisitos legales que se necesita en el caso de existir malformaciones congénitas letales o peligre la salud de la madre para proceder con la ILE. No obstante, el alto porcentaje de respuestas acertadas, aun preocupa que el 32% de los prestadores de salud desconozca los requisitos en este caso, funciones que son inherentes a los servicios que prestan. Este desconocimiento pone en riesgo no sólo la salud sino la vida misma de la usuaria, llegando a afectar, además, psicológicamente a la paciente, contraviniendo estándares internacionales de derechos humanos (Caso Amanda Jane Mellet Vs. Irlanda³⁷; L.C. c/ Perú³⁸; K.L. c/ Perú³⁹).

Por lo señalado precedentemente, de 44 ES en 25 el personal desconoce los requisitos para la realización de la ILE en la causal salud de malformaciones congénitas letales. Éstos son: Hospital Ricardo Bacherer, Hospital San Juan de Dios Camargo, Hospital La Paz, Hospital Los Pinos, Hospital de La Mujer, Hospital del Norte, Hospital Achacachi, Hospital Coroico, Hospital Materno Infantil Cochabamba, Hospital del Sud, Hospital Maternológico Germán Urquidi, Hospital Capinota, Hospital Dr. Benigno Sánchez Quillacollo, Hospital Tiquipaya, Hospital Vinto, Hospital Sacaba México, Hospital San Roque, Hospital Regional San Juan de Dios, Hospital Municipal Francés, Hospital de la Mujer Dr. Percy Boland Rodríguez, Hospital Municipal Virgen de Cotoca, Hospital Yapacaní, Hospital Camiri, Hospital Alfonso Gumucio, Hospital Materno Infantil Guayaramerín.

Al desconocer los requisitos para realizar la ILE ante un embarazo que presenta malformaciones congénitas letales, el personal de salud es responsable de actuar sin observancia a la normativa vigente y las disposiciones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

37 Caso Amanda Jane Mellet Vs. Irlanda, Comunicación N° CCPR/C/116/D/2324/2013, párr. 8 y 9.

38 Caso L.C. vs. Perú, CEDAW. Comunicación N° 22/2009.

39 Caso Karen Llantoy (K.L.) v. Perú. Comunicación N° CCPR/C/85/D/1153/2003, párr. 6.3 – 6.5.

FALTA DE DELIMITACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL PARA LA REALIZACIÓN DE LA ILE, BAJO CAUSAL DE VIOLENCIA SEXUAL

Si bien la edad gestacional no está referida en la SCP 206/2014 y el PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015, lo cual claramente responde a que las dos situaciones en las que se presenta la ILE (violencia sexual, o que la vida o la salud de la mujer corre peligro, existen malformaciones congénitas letales) no son iguales al momento de considerar la edad gestacional de la usuaria.

En el caso de que la vida o la salud de la mujer corra peligro o existan malformaciones congénitas letales, la edad gestacional en principio es indiferente para la interrupción del embarazo, pues la protección ponderará de mayor medida a favor de preservar la vida de la mujer.

Por otro lado, en el caso de violencia sexual, nos encontramos en la disyuntiva de establecer la edad gestacional máxima para permitir la interrupción legal del embarazo. En este sentido, es necesario analizar lo que señala la normativa nacional e internacional referente a la vida y la interrupción del embarazo.

La Constitución Política del Estado de 2009 garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. Determina que todo ser humano goza de los derechos reconocidos constitucionalmente; sin embargo, no establece desde qué momento reconoce su protección.

Asimismo, reconoce el derecho a la integridad física, psicológica y sexual, y la prohibición expresa de la tortura, tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. Destaca que particularmente las mujeres tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad (artículo 15, CPE).

En este orden de ideas, constitucionalmente se reconoce: a) a todo ser humano (no necesariamente concebido) derechos fundamentales; b) en particular las mujeres tienen el derecho a vivir una vida libre de violencia; c) la prohibición de tortura, tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes; d) derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

El Código Penal boliviano, por su parte, refiere en siete artículos criterios específicos al aborto (artículo 263 a 269). Por una parte, aquellos que protegen al no nacido y

por otra a la mujer. Aquellos que declaran al aborto como punible tienen penas de privación de libertad desde los tres meses a nueve años. Estos artículos sancionan a la mujer como al personal que puede llegar a intervenir en el procedimiento. Respecto al aborto impune, refiere a los siguientes casos: el embarazo es consecuencia de un delito de violación, estupro o incesto, tampoco será punible si el aborto hubiese sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre. Tal como se explicó previamente, tampoco será punible la interrupción del embarazo producto de malformaciones congénitas letales del producto (RM 027/2015).

Ahora bien, esta lectura debe ser complementada con los criterios emanados por parte del Sistema Interamericano de Derechos Humanos que es utilizado por la misma SCP 206/2014, y considerarlos al momento de emitir pronunciamientos respecto al comienzo de la vida y el máximo en la edad gestacional para realizar las interrupciones legales del embarazo.

La SCP 206/2014 toma en cuenta lo establecido en el Sistema Interamericano y reconoce que hay primacía del derecho de la mujer en los casos de salud. Señala que: “La protección a la vida es gradual y se va incrementando (...) vale decir que un feto goza de la protección que emana de la Constitución Política del Estado y las leyes, aunque en menor proporción que la que se le otorga a una persona nacida”.

El inciso 1 del artículo 4 de la Convención Americana, determina que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.” (Resaltado propio)

El titular de este derecho es toda persona, que en concordancia con el artículo 1.2 de la Convención deberá ser entendido como todo ser humano.

La Comisión Interamericana, el año 1981, a través del caso *Baby Boy vs Estados Unidos*⁴⁰ (referencia utilizada por la SCP 206/2014), concluyó que el Estado no había violado el derecho a la vida del *Baby Boy*, porque la Declaración Americana no había incorporado la noción de que el derecho a la vida rige desde el momento de la concepción. Determinando que:

40 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Baby Boy Vs. Estados Unidos*, Caso 2141, Informe No. 23/81, OEA/Ser.L/V/III.54, doc. 9 rev. 1 (1981)

[...] 20. En consecuencia, el (sic) Estados Unidos tiene razón en recusar la suposición de los peticionarios de que el artículo I de la Declaración ha incorporado la noción de que el derecho a la vida existe desde el momento de la concepción. En realidad, la conferencia enfrentó esta cuestión y decidió no adoptar una redacción que hubiera claramente establecido ese principio⁴¹.

[...] 25. Para conciliar los puntos de vista que insistían sobre el concepto de “desde el momento de la concepción”, con las objeciones suscitadas, desde la Conferencia de Bogotá sobre la base de la legislación de los Estados A[a]mericanos que permitían el aborto, inter-alia, para salvar la vida de la madre y en caso de estupro, la CIDH, volvió a redactar el artículo 2 (derecho a la vida) y decidió por mayoría de votos introducir, antes de ese concepto, las palabras “en general”. Ese arreglo fue el origen del nuevo texto del artículo 2 “1. Toda persona tiene el derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, en general, desde el momento de la concepción”⁴².

Consiguientemente, en cuanto a la interpretación de la CADH, señaló que la protección del derecho a la vida no es absoluta. Consideró que la voluntad en la redacción de la Declaración Americana decidió optar por no determinar que el derecho a la vida estará protegido desde el momento de la concepción, sino “generalmente” desde la concepción. (Resaltado incorporado)

El año 2012, la Corte IDH, en el Caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica (Fertilización in vitro)⁴³ analizó por primera vez los artículos 4.1 y 1.2 de la CADH. Señaló que el embrión no puede ser entendido como persona para efectos del artículo 4.1. Sustentada en bases científicas, concluye que la protección que garantiza el artículo tiene lugar desde que el embrión se implanta en el útero.

La Corte IDH determinó, además, que es posible concluir de las palabras “en general” de la CADH permiten entender que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según su desarrollo, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general.

41 Ídem., párr. 20

42 Ídem., párr. 25

43 Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257.

Finalmente, sobre el momento que inicia la vida, la Corte IDH determina en la misma sentencia que:

185. Por otra parte, respecto a la controversia de cuándo empieza la vida humana, la Corte considera que se trata de una cuestión valorada de diversas formas desde una perspectiva biológica, médica, ética, moral, filosófica y religiosa, y coincide con tribunales internacionales y nacionales, en el sentido que no existe una definición consensuada sobre el inicio de la vida. Sin embargo, para la Corte es claro que hay concepciones que ven en los óvulos fecundados una vida humana plena. Algunos de estos planteamientos pueden ser asociados a concepciones que le confieren ciertos atributos metafísicos a los embriones. Estas concepciones no pueden justificar que se otorgue prevalencia a cierto tipo de literatura científica al momento de interpretar el alcance del derecho a la vida consagrado en la Convención Americana, pues ello implicaría imponer un tipo de creencias específicas a otras personas que no las comparten.

Por otra parte, la Corte IDH se pronunció respecto a la realización de una interrupción del embarazo ante malformaciones congénitas letales. En las Medidas Provisionales respecto de El Salvador Asunto B⁴⁴, la Corte IDH, resolvió:

“1. Requerir al Estado de El Salvador que adopte y garantice, de manera urgente, todas las medidas que sean necesarias y efectivas para que el grupo médico tratante de la señora “B” pueda adoptar, sin interferencia alguna, las medidas médicas que se consideren oportunas y convenientes para asegurar la debida protección de los derechos consagrados en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana y, de este modo, evitar daños que pudiesen llegar a ser irreparables a los derechos a la vida y la integridad personal y a la salud de la señora “B”, conforme a lo expresado en los párrafos considerativos 11 a 17 de la presente Resolución.

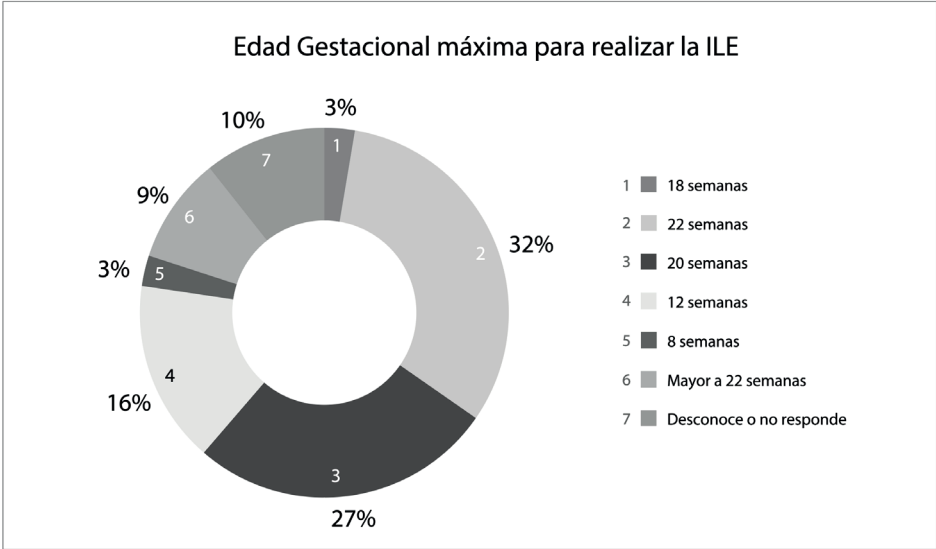
Es decir, la Corte IDH, sin indicarlo expresamente, determina que se interrumpa el embarazo, haciendo prevalecer los derechos (vida e integridad personal) de la mujer, sobre los derechos del feto, representando un cambio significativo desde el caso del Baby Boy.

En el caso boliviano, la situación es igual controversial, más aún si no se tiene claridad de la edad gestacional máxima para la ILE. Así, en la gestión 2019, se registraron en

el SSP tres casos y uno en 2017⁴⁵, en los cuales los prestadores de salud negaron realizar la ILE porque la edad gestacional de la paciente superaba las 22 semanas⁴⁶. En 2 de ellos se procede con la ILE y el producto nace con vida. La normativa vigente no prevé en ninguna de estas situaciones cómo proceder ante dicha tensión.

Se consultó a los 75 ginecólogos intervinientes en la investigación hasta qué semana médicamente se puede realizar la interrupción del embarazo o hasta qué semana han realizado la ILE. Se obtuvo los siguientes resultados:

GRAFICO 7



Fuente propia: Defensoría del Pueblo, obtenidos de la entrevista a ginecólogos.

Como se pudo advertir, las respuestas no son uniformes oscilan entre ocho semanas y más de 22 encontrándose como promedio entre las 20 y 22 semanas, aspecto que podría afectar al derecho a las usuarias de llevar a cabo una ILE.

El PTPSS establece, en su Art. 4, que la OMS ha definido al aborto como la pérdida del producto de la gestación desde el momento de la implantación hasta alcanzar los 500 gramos o las 22 semanas de gestación, calculadas por la fecha de la última menstruación

⁴⁵ Caso No_DP_SSP_CBA_550_2019, Caso No_DP_SSP_SCZ_341_2019, Caso No_DP_SSP_ORU_365_2019, Caso No_DP_SSP_RIB_196_2017

⁴⁶ Según la OMS, el aborto es la pérdida del producto de la gestación desde el momento de la implantación hasta alcanzar los 500 gramos o las 22 semanas de gestación, calculadas por la fecha de la última menstruación o por ecografía temprana

o por ecografía temprana; esta definición que hace mención a las 22 semanas ha ocasionado que se haga una errónea interpretación respecto a la edad gestacional para proceder a realizar la ILE. Ante la falta de claridad sobre este particular, se hace necesario que la Asamblea Legislativa Plurinacional delimite esa edad gestacional para llevar adelante la ILE, a través de una Ley de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Asimismo, en el ámbito del derecho internacional se afirma que no hay un derecho absoluto desde la concepción y la protección del sujeto se va consolidando conforme sea la persona nacida. Criterios que deberán ser considerados por la Asamblea Legislativa Plurinacional, en respuesta a la exhortación del Tribunal Constitucional Plurinacional respecto a lo establecido en el artículo 66 de la CPE.

INOBSERVANCIA A LAS REGLAS MÍNIMAS PARA LA INTERPOSICIÓN DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Conforme el artículo 8 de la PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015, los proveedores del servicio de salud tienen derecho a:

- a. *No ser perseguidos, discriminados, estigmatizados, enjuiciados o procesados por realizar procedimientos de interrupción legal del embarazo ya que la denuncia del delito de violación, se constituye en la constancia expresa que justifica la realización de la interrupción legal y segura del embarazo.*
- b. *No ser perseguidos, discriminados, estigmatizados, enjuiciados o procesados por realizar procedimientos de interrupción legal del embarazo cuando la vida o salud de la mujer corra peligro o se presenten malformaciones congénitas letales.*
- c. *El resguardo de su identidad y a trabajar en un ambiente libre de presiones y estigmas de cualquier tipo.*
- d. *Cumplir con normas, protocolos y procedimientos para la interrupción del embarazo, emitidos por el Ministerio de Salud.*
- e. *Ser informados sobre los resultados de la supervisión y el monitoreo con fines de retroalimentación, investigativos y científicos.*
- f. *Contar con una copia de la denuncia como respaldo suficiente para la práctica de la interrupción del embarazo, la cual debe ir en la historia clínica.*

De lo mencionado, es claro determinar que nos encontramos frente a derechos y obligaciones de los proveedores de salud. El presente acápite se avocará en el análisis de éstos. En lo principal, los proveedores de salud tienen el derecho de no ser perseguidos, discriminados, estigmatizados, enjuiciados, procesados cuando realicen la interrupción legal del embarazo.

En razón a no ser perseguidos, estigmatizados o discriminados, se consultó a los ginecólogos intervinientes, por ser los llamados a realizar la ILE, si consideran que el practicar la ILE los sitúa en tal condición. El 59% del total entrevistado refiere a que no existe ningún tipo de discriminación o estigmatización. El 41% restante alega, en su mayoría, que la estigmatización no viene sólo del personal de salud con el que se trabaja sino también de la misma sociedad que los califica de forma negativa.

Respecto a no ser perseguidos, conforme se ha estipulado previamente en caso de violencia sexual, la usuaria deberá presentar la copia de la denuncia de violación que haya realizado ante la Policía o Fiscalía o autoridades originarias competentes. La copia de la denuncia es la constancia necesaria que justifica la ILE, por parte de los prestadores de salud.

Si llegase el caso de que se presente una denuncia falsa, señalar que ésta es considerada como un delito, por lo que será sancionada conforme lo determina el Código Penal (artículo 166), eximiendo de esta manera al profesional de salud que realizó la ILE.

En este entendido, con la simple copia de la denuncia, las y los prestadores de salud quedan exentos de ser perseguidos, procesados y enjuiciados por la realización de la ILE, además de la constancia del consentimiento informado.

En caso de que la vida o salud de la mujer corra peligro o existan malformaciones congénitas letales, basta con la presentación del informe médico, y/o informes respectivos del personal correspondiente que sustente la ILE, además de la constancia del consentimiento informado otorgado por la usuaria. En este entendido, ambos informes acompañados del consentimiento informado de la paciente habilitan al personal de salud a practicar legalmente la interrupción del embarazo, eximiéndolos de ser perseguidos, procesados y enjuiciados.

Como respaldo de la legalidad de sus acciones, al haber realizado la ILE, el inciso f) del artículo 10 del Procedimiento Técnico, establece que la copia de la denuncia debe ir en la historia clínica, que servirá como respaldo para el profesional que la realizó.

Del total de los ginecólogos entrevistados, 25 de ellos respondieron que en algún momento realizaron la ILE e informaron que la misma se encuentra en la historia clínica de la paciente. Adicionalmente, ocho de ellos mencionan que les otorgaron una copia de la denuncia.

En este sentido, es necesario recordar a los establecimientos de salud que, la copia de la denuncia debe constar en la historia clínica y debe estar al alcance del médico que realizó la ILE como respaldo de su intervención.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Conforme el Derecho Internacional, la objeción de conciencia del profesional de la salud no es reconocida como tal. La objeción de conciencia es relacionada con un derecho de libertad (libertad de conciencia y religión), protegido tanto en el Sistema Interamericano como en el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos. Si bien las libertades no pueden ser limitadas, en el presente caso se encuentra una excepción pues el no otorgar una prestación de salud limita los derechos fundamentales de la paciente. Es por eso, que se genera desde la normativa internacional diversos límites en la protección del derecho de objeción de conciencia.

El Informe “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos”⁴⁷ de la CIDH establece que un profesional de salud puede negarse a prestar un servicio por sus convicciones, pero este servicio debe ser transferido a otro profesional que satisfaga lo requerido por el paciente. Este Informe destaca la sentencia colombiana T-209/08, que enmarca los siguientes criterios:

- *La objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas o el Estado, sólo es posible reconocerlo a personas naturales*
- *En caso de que un médico alegue la objeción de conciencia, está en la obligación de proceder a remitir a la mujer a otro médico que sí puede realizar el servicio médico solicitado, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica*
- *La objeción de conciencia es una decisión individual y no institucional o colectiva*

47 Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, párr. 95, OEA/Ser.L/V/II. doc. 61 (Nov. 22, 2011).

- *La objeción de conciencia aplica sólo a prestadores directos y no a personal administrativo*
- *La objeción de conciencia procede cuando se trate realmente de una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada y debe presentarse por escrito, siguiendo el médico que la invoca la obligación de remitir inmediatamente a la mujer a un médico que pueda proporcionar el servicio en salud reproductiva requerido, ello con la finalidad de impedir que la negación constituya una barrera en el acceso a la prestación de servicios de salud reproductiva*

La Corte Interamericana, en el caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, establece el precedente de la obligación estatal de precautelar la salud de las mujeres, cuando su vida y su integridad estén amenazadas, incluso en casos en los que los prestadores de salud objetaron conciencia para no realizar algún procedimiento⁴⁸.

Por su parte, en el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos, el Comité CEDAW a través de la Recomendación General N° 24 (1999) manifiesta que de existir objeciones de conciencia en los servicios de salud, la paciente debe ser referida a otras instituciones que presten dichos servicios⁴⁹.

La Observación General N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)⁵⁰, dispone que los Estados, deben:

13. Velar porque haya personal médico y profesional capacitado y proveedores calificados que estén formados para prestar todos los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva es un componente de vital importancia para asegurar la disponibilidad. Se debe disponer también de medicamentos esenciales, incluida una amplia gama de métodos anticonceptivos, como los preservativos y los anticonceptivos de emergencia, medicamentos para la asistencia en casos de aborto y después del aborto, y medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos, para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

48 Caso *Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 257, párrs. 147 y 148 (Nov. 28, 2012)

49 Recomendación General No. 24, *La mujer y la salud*, 20° período de sesiones, 1999.

50 E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016.

14. *La no disponibilidad de bienes y servicios debido a políticas o prácticas basadas en la ideología, como la objeción a prestar servicios por motivos de conciencia, no debe ser un obstáculo para el acceso a los servicios. Se debe disponer en todo momento de un número suficiente de proveedores de servicios de atención de la salud dispuestos a prestar esos servicios y capaces de hacerlo en establecimientos públicos y privados a una distancia geográfica razonable.*

En el marco de los criterios establecidos, la objeción de conciencia como derecho de los prestadores de salud, conmina a los establecimientos de salud a realizar el procedimiento solicitado ya sea por éste o terceros capacitados. Si bien, constitucionalmente no se encuentra la objeción de conciencia reconocida⁵¹, en el marco legal no es la primera vez que se establece este derecho para los prestadores de salud⁵².

El artículo 9 del PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015, determina condiciones que deben ser cumplidas en el caso de que se interponga la objeción de conciencia, dispone:

- a. *El derecho a la objeción de conciencia en la prestación de servicios de salud implica que, los profesionales de salud tienen la legítima posibilidad de negarse a proporcionar ciertos servicios de salud por considerarlos contrarios a sus convicciones personales.*
- b. *La objeción de conciencia es una decisión personal, no es una decisión institucional.*
- c. *Los proveedores que manifiesten su impedimento para realizar procedimientos de interrupción legal del embarazo, deben comunicar de manera escrita e inmediatamente al Jefe de Servicio y/o Director del Servicio de Salud, para que se garantice la interrupción del embarazo dentro de las primeras 24 horas, de haber solicitado el servicio, cumpliendo con el carácter obligatorio de la Sentencia.*
- d. *El Director y/o Jefe de Servicio, en calidad de autoridades deben garantizar la interrupción legal del embarazo dentro de las 24 horas.*

51 El artículo 106 de la CPE reconoce la cláusula de conciencia exclusivamente a los trabajadores de la información.
52 Inciso e) del artículo 11 de la Ley N° 3131 y los artículos 28 y 123 de la Resolución Ministerial N° 622/2008.

e. *El incumplimiento en la prestación del servicio de la interrupción legal del embarazo acarrea responsabilidad civil, penal o administrativa en su caso, a las autoridades del servicio de salud. (Resaltado propio)*

Además, de las disposiciones en el Procedimiento Técnico, la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico y la Resolución Ministerial N° 0622 Código de Ética y Deontología Médica determinan criterios que deben ser también satisfechos para poder objetar conciencia en el marco de la ley. A continuación, se sintetiza los criterios reguladores vigentes respecto de la objeción de conciencia:

	Criterio legal	Norma (s) nacional (es) en la que se encuentra
1	Los profesionales de salud tienen la legítima posibilidad de negarse a proporcionar ciertos servicios de salud por considerarlos contrarios a sus convicciones personales.	PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015 Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico y la Resolución Ministerial N° 0622 (específico para médicos)
2	La objeción de conciencia recae sobre la realización del procedimiento, como el consejo de seguir o no con el embarazo.	Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico y la Resolución Ministerial N° 0622 (específico para médicos)
3	La objeción de conciencia es una decisión personal, no es una decisión institucional.	PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015
4	La decisión de objetar conciencia debe estar sustentada sobre bases éticas, científicas y protocolos vigentes.	Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico
5	La objeción de conciencia debe ser manifestada de manera escrita	PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015
6	La objeción de conciencia debe ser comunicada inmediatamente al Jefe de Servicio y/o Director del Servicio de Salud	PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015
7	Ante una objeción de conciencia, se debe garantizar la continuidad de la atención mediante otro médico calificado.	Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico y la Resolución Ministerial N° 0622
8	Ante una objeción de conciencia, las autoridades deben garantizar la interrupción legal del embarazo dentro de las 24 horas de haberse solicitado el servicio.	PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015
9	El incumplimiento en la prestación del servicio de la interrupción legal del embarazo acarrea responsabilidad civil, penal o administrativa en su caso a las autoridades del servicio de salud.	PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015

En este entendido, se realiza un análisis respecto de los criterios enunciados:

A. Respecto a la legitimidad de interponer la objeción de conciencia en la prestación de servicios de salud

Conforme la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico y la Resolución Ministerial N° 0622, sólo pueden interponer objeción de conciencia los médicos, en este caso aquellos que realizan la ILE.

Este derecho era exclusivo de los médicos hasta la aprobación del Procedimiento Técnico. Recordemos que el PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015, es de cumplimiento obligatorio y aplicable a los profesionales de salud. Y en concordancia con el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, aprobado a través de la Resolución 1508/2015, según los niveles de prestación de servicios, los profesionales encargados de la atención son:

- a. Primer Nivel: médicas/os generales, licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería y trabajadores/ as sociales.
- b. Segundo Nivel: médicas/os especialistas, médicas/os generales y/o familiares, licenciadas/os, auxiliares de enfermería, trabajadoras/ es sociales y psicólogas/os.
- c. Tercer Nivel: médicas/os especialistas, médicos/as generales y/o familiares, licenciadas/os, auxiliares de enfermería, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os (en caso de existir) y asesoras/es jurídicas/os.

En este entendido, todos los profesionales de salud enunciados gozarían del derecho de objeción de conciencia. Sin embargo, según la legislación boliviana sólo los médicos son quienes realizan la ILE (artículo 266, CP); por lo tanto, prima que el establecimiento de salud cuente con profesionales (médicos) que realicen la ILE solicitada, en las 24 horas que determina la norma.

La Corte Europea de Derechos Humanos, en el caso R.R. v Poland. App. 27617/04, de 26 de mayo de 2011, manifestó que los Estados están en la obligación de organizar sus sistemas de salud de forma tal que se asegure un ejercicio efectivo de la libertad de conciencia de las y los profesionales de la salud en el contexto profesional, sin que ello evite a las y los pacientes obtener un acceso a los servicios a los que tienen derecho bajo la legislación aplicable.

Según los resultados emergentes de la investigación, se objeta conciencia en tres especialidades, dos refieren a personal directo (doctores y enfermeros en ginecología y obstetricia) y una a indirecto (psicología)⁵³.

Con el Protocolo Técnico, tal como se explicó, pueden objetar conciencia todo el personal de salud, sin embargo, para la realización de la ILE sólo es necesaria la intervención de

53 De los 44 establecimientos de salud intervenidos, sólo 14 contaban con el servicio y dos de los 15 psicólogos entrevistados son objetores de conciencia.

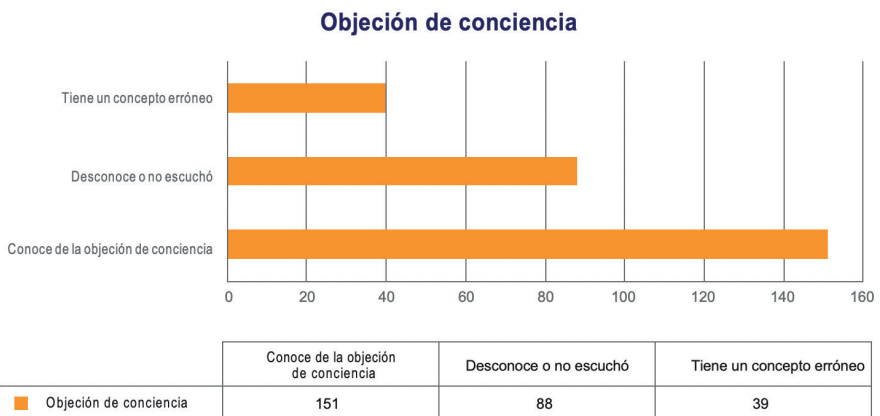
los médicos que realizan la interrupción, por lo que los establecimientos de salud deben contar con dicho personal no objetor para el cumplimiento de la normativa y la protección de los derechos de la usuaria.

B. Respecto al conocimiento y alcance de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de salud

De los resultados de la realización de las encuestas de conocimiento general se evidencia que existe un significativo desconocimiento de la objeción de conciencia y su alcance. En este sentido, se tienen los siguientes resultados:

GRÁFICO 7

RESULTADOS OBTENIDOS RESPECTO AL CONOCIMIENTO DE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA POR PARTE DE LOS PRESTADORES DE SALUD



Fuente propia: Defensoría del Pueblo, obtenidos de los diversos instrumentos aplicados.

De las y los 277 profesionales de salud, 126 desconocen o tienen un concepto erróneo de la objeción de conciencia.

Bajo la premisa de que el personal directo (ginecología y enfermería) debiera ser el más informado respecto a este derecho, pues son quienes intervienen directamente en el procedimiento de la interrupción legal del embarazo, se tiene que de 164 profesionales de salud directos encuestados, sólo 82 de ellos conocen que el derecho de objeción de conciencia es “un derecho de los operadores de salud de negarse a proporcionar ciertos servicios de salud por considerarlos contrarios a sus convicciones personales”.

Es decir, el 54% del personal directo encuestado desconoce la objeción de conciencia y su alcance.

C. Respecto del procedimiento a seguir para objetar conciencia

Si bien la normativa no establece un procedimiento per se, determina ciertos criterios a cumplir para interponer una objeción de conciencia: i) debe estar sustentada sobre bases éticas, científicas y protocolos vigentes, ii) debe ser manifestada de manera escrita, iii) debe ser comunicada inmediatamente al Jefe de Servicio y/o Director del Servicio de Salud.

Conforme se detalló líneas arriba, aproximadamente el 46% del personal de salud consultado (126 profesionales de salud) desconocen de la objeción de conciencia, por ende no sabe cómo presentarla y ante qué autoridad.

De las y los 75 profesionales ginecólogos, según detallan en su entrevista, 20 de ellos, es decir sólo el 26% sabría cómo objetar en el marco de la normativa. Del porcentaje restante, llama la atención que los profesionales de salud contemplan formalismos adicionales como, asesoría legal⁵⁴, cartas notariadas⁵⁵ o memoriales⁵⁶ para presentar su objeción de conciencia.

D. La objeción de conciencia es una decisión personal, no es una decisión institucional.

Conforme se ha determinado previamente, la normativa nacional e internacional establece que debe darse continuidad al procedimiento solicitado y garantizar la interrupción legal del embarazo con el personal requerido. Asumir una decisión institucional de objeción de conciencia, además de incumplir con la normativa vigente, vulnera los derechos de la usuaria, lo que hace responsable no sólo a los operadores de salud sino también al establecimiento que niega el servicio.

De acuerdo con el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, aprobado a través de la Resolución Ministerial N°1508/2015, los establecimientos de salud deben realizar las interrupciones legales del embarazo bajo los siguientes criterios:

54 Caso Hospital Regional San Juan de Dios (Tarija).

55 Caso Hospital Doctor Rubén Zelaya (Tarija).

56 Caso Hospital San Roque (Potosí).

- *En servicios de salud de primer nivel: Interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas en centros que cuenten con médica/o capacitada/o, a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual, hecha por la víctima a la Policía (FELCV), a la Fiscalía o Autoridad Originaria Competente.*
- *En establecimientos de segundo nivel: Interrupción legal del embarazo en centros que cuenten con médica/o capacitada/o a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual, realizada por la víctima a la Policía (FELCV), a la Fiscalía o Autoridad Originaria Competente.*
- *En establecimientos de tercer nivel: Interrupción legal del embarazo en centros que cuenten con médica/o capacitada/o a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual.*

Es decir, los tres niveles de establecimientos de salud deben realizar la ILE sin referir el caso a otro establecimiento de salud, salvando el caso de un primer nivel.

De la información recabada, a través de la investigación defensorial, llama la atención que personal de dos establecimientos de salud de segundo nivel, Hospital Tiquipaya de Cochabamba y Hospital Barrios Mineros de Oruro, respondieron que el hospital del cual forman parte refiere las solicitudes de ILE a un tercer nivel, porque el personal objetó conciencia frente a la realización de las interrupciones legales del embarazo.

E. El incumplimiento en la prestación del servicio de la interrupción legal del embarazo acarrea responsabilidad civil, penal o administrativa en su caso, a las autoridades del servicio de salud.

Conforme determina el inciso e) del artículo 9 del PTPSS, aprobado a través de la Resolución N°027/2015, el incumplimiento de la prestación del servicio de la interrupción legal del embarazo hace responsables a las autoridades del servicio de salud, más no refiere a otro tipo de personal que hubiese negado la atención.

Se consultó en este caso a las autoridades del servicio de salud si se incurriría en alguna responsabilidad de no realizar la interrupción legal del embarazo, cuando se solicita el servicio con la documentación necesaria. El 14% desconoce si existe algún tipo de responsabilidad, el 6% considera que no existe responsabilidad alguna y sólo el 3% de las autoridades consultadas respondió correctamente, que la no realización de la ILE acarrea responsabilidad civil, penal o administrativa en su caso.

Del porcentaje restante, el 45% determina que existe sólo responsabilidad penal, el 25% considera que se incurre en responsabilidad penal y administrativa, el 5% sólo administrativa y el 3% responsabilidad civil y penal.

Es necesario determinar que, además de la posible responsabilidad emergente al incumplimiento de la interrupción del embarazo prevista en el Procedimiento Técnico, el código penal (artículo 179 bis) prevé que el incumplimiento de las resoluciones emitidas en acciones de defensa o de inconstitucionalidad, en este caso lo dispuesto en la Sentencia Constitucional 206/2014, serán sancionados con la reclusión de dos a seis años y con multa de 100 a 300 días. Consiguientemente, es posible afirmar que todo servidor público de salud que incumpla lo dispuesto en la sentencia mencionada es responsable penalmente por incumplimiento de la norma.

En este entendido, se consultó al total de profesionales de salud sobre la responsabilidad que acarrea el no realizar la ILE tras haberse solicitado el servicio, aproximadamente el 63% considera que se incurre principalmente en responsabilidad penal y un 10% que no existe ningún tipo de responsabilidad.

De lo expuesto se afirma que, el personal de salud ignora que el incumplir con el procedimiento de ILE y en el plazo establecido acarrea responsabilidad civil, penal o administrativa, según sea el caso.

FALTA DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD EN LA ATENCIÓN Y LA REALIZACIÓN DE LA ILE

El Comité CEDAW, a través de la Recomendación General N° 24, determina que:

12. Los Estados Parte deberían informar sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios de la mujer y en qué forma la atención médica tiene en cuenta características y factores privativos de la mujer en relación con el hombre, como los siguientes:

(...)

d) La falta de respeto del carácter confidencial de la información sobre los pacientes afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos

dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física.⁵⁷

El inciso c) del artículo 11 del Protocolo Técnico establece que la usuaria tiene el derecho a la privacidad y a la confidencialidad de su identidad, derechos que están resguardados también por la Ley N° 3131 (artículo 13, inciso 3).

La Norma N° 3, generales de atención en la red de servicios integrales, contemplada en el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, establece sobre las instalaciones físicas para la atención a víctimas de violencia sexual y para la interrupción legal del embarazo, que:

(...) se deben contar de preferencia, con espacios específicos para estos fines, garantizando la privacidad de las mujeres durante la entrevista o los exámenes médicos. Sin embargo, aunque sean ambientes exclusivos de atención, se debe evitar la identificación de los mismos con carteles o señalización que puedan crear situaciones de estigmatización de la víctima (atención diferenciada).

Tal como detalla el cuadro cuatro, sólo 12 de 44 los establecimientos de salud intervenidos (27%) cuentan con una sala específica para la realización de la interrupción legal del embarazo.

De los 75 ginecólogos consultados, 20 determinaron que es posible resguardar la privacidad de la paciente, contrario a seis de ellos que informaron su imposibilidad por la cantidad de pacientes que se atiende y el flujo de personal interno.

Por otra parte, 49 indicaron que, en el marco de sus posibilidades, se trata de garantizar la privacidad y confidencialidad de la paciente con otras acciones: 14 procuran separar a la paciente en un ambiente privado o aislado en la consulta externa y las revisiones. Nueve tratan de mantener la información en un equipo reducido y 26 de ellos refieren a que se intenta garantizar este derecho a través de la ética profesional en la relación médico – paciente y el resguardo de la historia clínica⁵⁸; misma que debe encontrarse bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud y ser de uso exclusivo del médico tratante (artículo 10, inc. a y b).

⁵⁷ Recomendación General N° 24, La mujer y la salud, 20° período de sesiones, 1999, párr. 12.

⁵⁸ La historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Es un documento muy útil en caso de que la víctima decida iniciar acciones penales, registra la descripción minuciosa de las lesiones, tamaño de las mismas, ubicación, tipo de coloración, presencia de lesión patrón, data de la lesión, etc. (Resolución Ministerial N°1508).

Según los entrevistados, si bien se cumple con los protocolos referentes a la custodia y resguardo de la historia clínica, se presenta una gran dificultad para mantener la confidencialidad de la identidad de la paciente, porque al ser hospitales públicos cuentan con una gran cantidad de médicos residentes y personal operativo que tiene conocimiento del caso. Si bien no es posible aseverar que la confidencialidad de la identidad de la paciente sea filtrada por este medio, aumenta las probabilidades de que ésta no sea resguardada.

Para resguardar los derechos de privacidad y confidencialidad de la paciente, conforme lo recomienda la normativa, los procedimientos de interrupción legal del embarazo idealmente deberían ser realizados de preferencia en salas independientes de las de partos. Por lo que es necesario recomendar habilitar espacios específicos para este fin a los siguientes 33 establecimientos de salud: Hospital Materno Infantil Guayaramerín, Hospital San Juan de Dios – Camargo, Hospital Materno Infantil Poconas II Nivel, Hospital Doctor Ricardo Bacherer, Hospital Capinota, Hospital del Sud, Hospital Tiquipaya, Hospital Vinto, Hospital Patacamaya, Hospital Municipal Viacha, Hospital La Paz, Hospital Municipal Los Andes, Hospital General de los Yungas - Coroico, Hospital Municipal Achacachi - Capitán Juan Uriona, Hospital Municipal la Merced, Hospital del Norte, Hospital San Andrés de Caracollo, Hospital Barrios Mineros, Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán, Hospital San Roque, Hospital Eduardo Eguía, Hospital Madre Teresa de Calcuta, Hospital Daniel Bracamonte, Hospital Municipal Virgen de Cotoca, Hospital Municipal Plan 3000, Hospital Municipal Villa 1ro. de Mayo, Hospital Municipal Francés, Hospital Yapacaní, Hospital Camiri, Hospital Municipal El Torno, Hospital Municipal Alfonso Gumucio Reyes, Hospital Doctor Rubén Zelaya.

INCORRECTA RECOLECCIÓN DE MUESTRAS DE RESTOS CORIÓNICOS O FETALES POR LOS PROVEEDORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El artículo 8 del PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2018, determina que:

- l. El personal de salud, que realiza la ILE según procedimientos normados, posterior al procedimiento, debe tener el cuidado en recolectar la muestra de restos coriónicos o fetales, con la finalidad de que a través de un requerimiento fiscal sean entregados al IDIF, para la prueba de ADN.*

- m. Es importante que el personal de salud realice las acciones necesarias para preservar los restos extraídos de la ILE como parte de la evidencia en el juicio seguido al violador. (Resaltado propio)*

Por lo tanto, los proveedores de salud deben recolectar los restos extraídos de la paciente víctima de violencia sexual para que éstos sirvan de evidencia y no se deje en la impunidad los delitos de violación.

Esta acción es trascendental para la defensa y protección de los derechos de la mujer. La falta de diligencia en el recojo de estas muestras hace que el Estado sea responsable de la impunidad de estos delitos, pues las investigaciones carecerán, en muchos casos, de pruebas que indiquen al autor del delito; por lo tanto, que sus investigaciones no sean efectivas y que los autores no sean enjuiciados y debidamente castigados.

Al respecto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación (2015):

*(...)El Comité lamenta que, pese a las informaciones sobre numerosos actos de violencia de género, incluidos casos de feminicidio, el Estado parte no haya facilitado los datos estadísticos solicitados sobre el número de denuncias, condenas y sanciones impuestas durante el periodo en examen (...)*⁵⁹

Por lo que, el Comité insta al Estado boliviano a:

a) Investigar, enjuiciar y castigar a los autores de tales actos; b) Adoptar medidas eficaces para facilitar la asistencia de las víctimas en la formulación y presentación de denuncias;

(...)

*e) Proporcionar información detallada sobre los casos de violencia contra la mujer ocurridos durante el periodo en examen, incluyendo datos desagregados sobre el número de denuncias, investigaciones, enjuiciamientos, sentencias dictadas y medidas de reparación otorgadas a las víctimas*⁶⁰.

(...)

En el mismo informe, respecto a los casos de abuso sexual infantil, urge al Estado a:

*a) Instar a todas las autoridades competentes a investigar estos abusos y a enjuiciar en su caso a los presuntos autores*⁶¹.

59 CEDAW/C/BOL/CO/5-6, de 28 de julio de 2015. Párr. 5.

60 Idem.

61 CEDAW/C/BOL/CO/5-6, de 28 de julio de 2015. Párr. 16.

- a) *La prevalencia de distintas formas de violencia contra la mujer, incluida la violencia física, sexual, psicológica y económica, en el Estado parte y la falta de una estrategia para prevenir ese tipo de violencia*
- b) *La falta de información desglosada y actualizada sobre el número de denuncias de actos de violencia contra la mujer, las investigaciones, los enjuiciamientos, las condenas y las penas impuestas a los autores de esos actos*
- c) *El número extremadamente escaso de enjuiciamientos y condenas en los casos de violencia contra la mujer, incluidos los casos de feminicidio*
- d) *La remisión de casos de violencia contra la mujer a los procedimientos de conciliación, pese a que esta práctica está prohibida*
- e) *La demora en el establecimiento de las fuerzas especiales de policía encargadas de luchar contra la violencia contra la mujer (“Genoveva Ríos”), tal como establece la Ley 348, en particular en las zonas rurales y alejadas*
- f) *La falta de personal médico forense suficiente para examinar a las víctimas de la violencia contra la mujer, y*
- g) *El insuficiente apoyo a las víctimas de la violencia, incluidos la asistencia jurídica, el tratamiento médico, los servicios de orientación psicológica y los refugios⁶² (Resaltado propio)*

Consiguientemente, para la lucha efectiva contra la violencia contra la mujer es menester procesar y sancionar los delitos que atenten contra la integridad de ella (artículo 15, CPE). Por eso la importancia de la recolección de la evidencia de los restos extraídos de la paciente para que los mismos sirvan en la investigación y como elemento de prueba contra el autor del delito.

La RM N° 1508, Componente VII (Muestras como fuente de ADN), establece respecto a las muestras recolectadas de las ILE, que:

El servicio de salud debe recibir orden de la Fiscalía para determinar la paternidad o el ADN del producto frente al ADN del posible agresor (violador).

El personal de salud que realiza la ILE, posterior al procedimiento, debe tener el cuidado de recolectar la muestra de restos coriónicos o fetales, con la finalidad de responder al requerimiento fiscal y sean entregados al IDIF para la prueba de ADN.

Consiguientemente, el personal de salud que realice la ILE deberá recolectar la muestra de restos coriónicos o fetales y preservarlos con la finalidad de que a través de un requerimiento fiscal sean entregados al Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) para la prueba de ADN, conforme lo determina la RM 027/2015⁶³.

Al respecto, la Ley N° 348 en el numeral 2 del artículo 61 determina que el Ministerio Público tiene la obligación de la:

Recolección de las pruebas necesarias, como responsable de la investigación de delitos de violencia en razón de género, sin someter a la mujer a pruebas médicas, interrogatorios, reconstrucciones o peritajes que no sean los imprescindibles, debiendo recurrir a métodos de investigación alternativa, científica y con apoyo de la tecnología, a fin de averiguar la verdad. (Resultado propio)

Como se puede constatar de 164 prestadores de salud (personal directo que está en la obligación de recolectar los restos extraídos de la paciente), sólo 19 (12%) conocen que los residuos extraídos de la paciente merecen un tratamiento especial y que debe ser entregado al Ministerio Público y 145 (88%) desconoce el procedimiento a seguir, éstos son: el Hospital Materno Infantil Guayaramerín y Hospital Materno Infantil Boliviano Japonés de Beni; Hospital San Juan de Dios - Camargo, Hospital Materno Infantil Poconas II Nivel y Hospital Doctor Ricardo Bacherer de Chuquisaca; Hospital Capinota, Hospital Cochabamba, Hospital Sacaba México, Hospital Tiquipaya, Hospital Dr. Benigno Sánchez Quillacollo y Hospital Vinto de Cochabamba; Hospital Patacamaya, Hospital Municipal Viacha, Hospital La Paz, Hospital Municipal Los Andes, Hospital Los Pinos, Hospital Municipal Boliviano Coreano, Hospital General de los Yungas - Coroico, Hospital Municipal Achacachi - Capitán Juan Uriona, Hospital de la Mujer y Hospital Municipal la Merced de La Paz; Hospital San Andrés de Caracollo, Hospital Barrios

63 Mediante Nota OF. CITE:FGE/JLP N° 635/2019, el Ministerio Público informa que no tiene datos procesados sobre la cantidad de requerimientos fiscales para la recolección de muestras de restos coriónicos o fetales a establecimientos de salud.

Mineros y Hospital General San Juan de Dios de Oruro; Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán de Pando; Hospital Madre Teresa de Calcuta de Potosí; Hospital Municipal Virgen de Cotoca, Hospital Municipal Villa 1ro. De Mayo, Hospital Municipal Francés y Hospital Yapacaní de Santa Cruz, y Hospital Doctor Rubén Zelaya de Tarija. Así, se puede evidenciar que, el personal directo que está en la obligación de recolectar los restos extraídos de la paciente, desconoce el procedimiento a seguir con éstos. Destaca con hallazgos los siguientes:

- *Los restos extraídos por la paciente son tratados en su mayoría como restos comunes.*
- *Algunos de los hospitales mandan los restos a estudio histopatológicos, en otros casos se los entregan a los familiares.*
- *De los hospitales que conocen los procedimientos a seguir con las muestras de restos coriónicos o fetales, han expresado su preocupación respecto a la recolección de pruebas por parte del IDIF, pues éstos demorarían mucho en recogerlas y en los establecimientos de salud no se tendría mucho espacio para almacenarlas.*

De todo lo expuesto, se concluye que 164 prestadores de salud, es decir personal directo que tiene la obligación de recolectar los restos extraídos de la paciente, sólo 19 (12%) conocen que los residuos extraídos de la paciente merecen un tratamiento especial y que debe ser entregado al Ministerio Público y 145 (88%) desconoce el procedimiento a seguir. La realidad nos muestra que las y los proveedores de salud no recolectan las muestras extraídas de la paciente víctima de violencia sexual para ser entregadas al IDIF, incumpliendo la normativa vigente y perjudicando en la investigación resultante del delito de violación.

CUADERNO DE REGISTRO DE HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO (HPME), AMEU, ILE Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSABORTO

El numeral n) del artículo 8 de la PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015, determina que los proveedores de salud están en la obligación de registrar las atenciones de ILE. A tal fin, éstas deben ser anotadas en el cuaderno de registro de hemorragias de la primera mitad del embarazo, AMEU, ILE y métodos anticonceptivos posaborto. A tal efecto, documento técnico normativo (Publicación 389) emitido por el Ministerio de

CUADRO 71.

INTERRUPCIONES LEGALES DEL EMBARAZO REGISTRADAS ENTRE LOS AÑOS
2015 Y 2019 EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD INTERVENIDOS

CANTIDAD DE ILE REALIZADAS POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD							
Departamento	Establecimiento	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Beni	Hospital Materno Infantil Guayaramerín	1	1	2	1	0	5
	Hospital Materno Infantil Boliviano Japonés*	8	0	1	3	1	13
Chuquisaca	Hospital San Juan de Dios - Camargo	0	0	0	0	0	0
	Hospital Materno Infantil Poconas II Nivel	0	0	0	0	0	0
	Hospital Doctor Ricardo Bacherer	0	0	0	0	0	0
	Hospital Gineco Obstétrico Doctor Jaime Sánchez Porcel	3	6	11	15	4	39
Cochabamba	Hospital Capinota**	0	0	0	0	0	0
	Hospital Cochabamba	-	-	-	-	-	1
	Hospital Sacaba México	0	0	0	0	2	2
	Hospital Tiquipaya***	0	0	0	0	0	0
	Hospital Dr. Benigno Sánchez Quillacollo	0	0	0	0	0	0
	Hospital Vinto	0	0	0	0	0	0
	Hospital Maternológico Germán Urquidi	0	0	0	1	7	8
La Paz	Hospital Municipal Viacha	0	0	0	0	1	1
	Hospital Municipal Los Andes	0	0	0	0	0	0
	Hospital Municipal Boliviano Coreano**	0	0	0	0	0	0
	Hospital General de los Yungas - Coroico	0	0	0	0	0	0
	Hospital Municipal Achacachi - Capitán Juan Uriona	0	0	0	0	0	0
	Hospital de la Mujer	8	2	3	10	12	35
	Hospital Municipal la Merced	-	-	-	0	0	0
	Hospital del Norte	0	0	0	1	10	11
	Hospital La Paz	SD	SD	SD	SD	SD	SD
	Hospital Patacamaya	SD	SD	SD	SD	SD	SD
	Hospital Los Pinos	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Oruro	Hospital San Andrés de Caracollo	0	0	0	0	0	0
	Hospital Barrios Mineros	0	0	0	0	0	0
Pando	Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán	-	1	2	2	3	8
Potosí	Hospital San Roque*	0	0	1	0	0	1
	Hospital Eduardo Eguía	0	2	0	1	3	6
	Hospital Madre Teresa de Calcuta	0	0	0	0	0	0
	Hospital Daniel Bracamonte	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	Hospital Municipal Plan 3000	-	-	-	-	-	16
	Hospital Municipal Villa 1ro. De Mayo	0	0	0	0	1	1
	Hospital Municipal Francés	-	-	-	-	-	2
	Hospital Yapacani**	-	-	-	-	-	2
	Hospital Municipal El Torno	0	1	11	0	11	23
	Hospital Municipal Alfonso Gumucio Reyes	0	3	3	5	3	14
	Hospital de la Mujer Dr. Percy/Boland Rodríguez	15	15	20	18	21	89

Tarifa	Hospital Doctor Rubén Zelaya	0	0	0	0	3	3	
	Hospital Regional San Juan de Dios	3	4	11	5	10	33	
TOTAL								350

Fuente propia: Defensoría del Pueblo.

*Datos obtenidos a través del Servicio Departamental de Salud

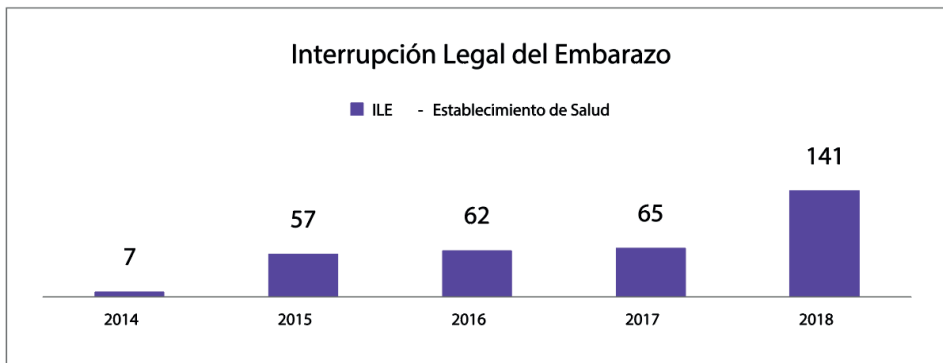
**Datos obtenidos a través del Gobierno Autónomo Municipal

*** Según información proporcionada por el Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba, se presentaron dos casos de ILE, pero los mismos fueron referidos al Hospital Viedma.

Según datos estadísticos remitidos por el Ministerio de Salud, obtenidos en el Sistema Informático Perinatal - Aborto (SIP-A)⁶⁴, sobre procedimientos de interrupción legal del embarazo en establecimientos de salud desde el periodo comprendido de 2014 a 2018⁶⁵, se tiene:

GRÁFICO 11.

INTERRUPCIONES LEGALES DEL EMBARAZO REGISTRADAS ENTRE LOS AÑOS 2014 Y 2018



Fuente: Ministerio de Salud, Sistema Informático Perinatal – Aborto (SIP-A), 2019

Estas cifras claramente no reflejan la realidad del aborto en Bolivia y evidencian la deficiencia de la norma, pues son muy pocas las usuarias que han hecho uso de este derecho, considerando las altas cifras de violencia sexual de nuestro país.

64 El Ministerio de Salud a través de Informe Técnico MS/VMSyP/DGSS/URSSyC/ACONT/IT/75/2019 informó que el Sistema Informático Perinatal - Aborto (SIP-A) discrimina la información de los abortos legales de los espontáneos en todos los departamentos del país. Sin embargo, el mismo se encuentra en fase de prueba.

65 El Ministerio de Salud, a través de Informe Técnico MS/VMSyP/DGSS/URSSyC/ACONT/IT/75/2019, informó que a la fecha no se encuentran datos sobre las ILE en el (Sistema Nacional de Información de Salud - Vigilancia Epidemiológica) SNIS - VE, pero que se encuentran trabajando en la incorporación de variables que ayuden a la recolección de dichos datos estadísticos.

CONCLUSIONES

Realizada la investigación nacional en 44 hospitales públicos de segundo y tercer nivel, a través de la aplicación de los instrumentos de verificación defensorial a personal directo e indirecto, así como la obtención de información de la Asamblea Legislativa Plurinacional, el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Deportes y Culturas, servicios departamentales de salud y gobiernos municipales, se concluye en los siguientes aspectos.

FALTA DE GARANTÍAS PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES

A través de la presente investigación, la Defensoría del Pueblo evidencia que no existen las garantías necesarias para que las mujeres ejerzan de forma plena, libre y satisfactoria sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, entendidos ambos como un conjunto de derechos orientados por una parte, a resguardar la toma de decisiones y el control de las personas respecto a su sexualidad y reproducción y por otra parte, a la adopción de medidas estatales sean de desarrollo normativo o de políticas públicas que brinden un marco de seguridad sobre tales aspectos. Esta falta de garantías, ha sido identificada a partir de la existencia de brechas en el cumplimiento de la SC 206/2014 de 5 de febrero y el PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015 de 29 de enero.

El TCP reguló la interrupción legal del embarazo a través de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014, lo cual denota un gran avance en los derechos de las mujeres, pues declara como inconstitucional la autorización judicial como requisito para realizar la interrupción legal del embarazo. En caso de violencia sexual, sólo es necesaria la presentación de la copia de la denuncia y la firma del consentimiento informado. En caso de que peligre la salud o la vida de la madre o existan malformaciones congénitas letales, sólo es necesaria la presentación de informes médicos que respalden tal situación y la firma del consentimiento informado de la paciente.

Pese a la emisión de la citada sentencia constitucional plurinacional y del PTPSS, la Defensoría del Pueblo evidencia obstáculos e impedimentos para el acceso al servicio de la Interrupción Legal del Embarazo por parte de las instancias estatales competentes de cumplir dicha obligación, así como por los proveedores de salud, ya que las usuarias que acuden a un ES con un embarazo producto de una violación sexual, son sometidas una y otra vez a cuestionamientos del personal médico acerca de su decisión de que

le sea practicado un procedimiento de ILE, ya sea por prejuicios, desconocimiento de la norma o decisiones arbitrarias. En la mayoría de los casos, este personal trata de influir en las mujeres para lograr cambiar la decisión asumida y así continúen con un embarazo no deseado o negándoles el derecho de interrumpir el embarazo, situaciones que provocan angustia, dolor, sufrimiento y re victimización en las mujeres.

El suprimir el requisito de la orden judicial respondería al cumplimiento de las recomendaciones de los mecanismos internacionales de protección de los derechos humanos y al cumplimiento del punto resolutivo 1 de la SCP 206/2014, asimismo la aprobación del Procedimiento Técnico establece obligaciones específicas, requisitos y pasos a seguir para que se desarrollen los procedimientos de ILE.

Es por ello que, en el punto resolutivo 5°, el TCP exhorta a la Asamblea Legislativa Plurinacional desarrollar normas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Según la información oficial remitida por la Asamblea Legislativa Plurinacional, a la fecha no se ha promulgado normativa que garantice el tratamiento de derechos sexuales y derechos reproductivos, conforme lo establecido en el artículo 66 de la Constitución Política del Estado. Tampoco se encuentran en tratamiento y discusión alguna, que refiera a lo exhortado por el Tribunal Constitucional Plurinacional.

La ausencia de normativa específica con rango de ley, se constituye en una brecha que dificulta el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres debido que no sólo incluye el reconocimiento efectivo de los mismos, sino que devela la carencia de obligaciones de promoción, garantía e implementación de los servicios de salud, acciones educativas, entre otros aspectos para permitir que las mujeres expresen y vivan su sexualidad, libre y placentera, sin ninguna forma de violencia, ni discriminación, así como para garantizar la integridad personal, física y psicológica relacionada con el sistema reproductivo, que incluye la capacidad de poder decidir sobre su propio cuerpo.

Como bien ha señalado la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) vs. Costa Rica, “(...) la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva”. Ello significa que, existe una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica, siendo el Estado el responsable de garantizar esa integralidad de los derechos humanos de mujeres, adolescentes y niñas.

La Defensoría del Pueblo también ha evidenciado a través de la investigación, que el Órgano Ejecutivo, no ha priorizado ni ejecutado políticas públicas educativas y de salud destinadas a la difusión, protección, atención, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer que puedan contrarrestar y/o disminuir las tasas de mortalidad de las mujeres por causa de los abortos clandestinos, desarrollando principalmente acciones que protejan a la infancia y la educación en reproducción sexual.

Asimismo, en la investigación se identificaron brechas en el cumplimiento del PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015 en los aspectos de infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos para la realización de la interrupción legal del embarazo, incumplimiento de las obligaciones de los establecimientos de salud, gobiernos autónomos municipales y departamentales en relación a la capacitación y registro, aspectos que repercuten en la imposibilidad de las mujeres, niñas y adolescentes a ejercer sus derechos reproductivos, poniendo en riesgo en la mayoría de los casos, su salud y su vida, colocándolas a su vez en situaciones de riesgo extremo, traducidas en algunos casos en tortura o trato cruel, inhumano o degradante ante la omisión de atención médica, forzándolas a llevar adelante un embarazo no deseado.

El ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos depende por un lado de la formación y capacitación de los proveedores de salud, así como de la adecuada infraestructura de los centros hospitalarios y de la información que mujeres, adolescentes y niñas obtengan a lo largo de su vida. La sexualidad y la reproducción deben ser comprendidas en el marco de una formación amplia e integral desde temprana edad, lo que coadyuvará al desarrollo de la autonomía personal, la libertad reproductiva y el resguardo a la integridad personal. En ese entendido, la vulneración a los derechos sexuales y derechos reproductivos por la falta de garantía evidenciada en el incumplimiento de la Sentencia Constitucional y PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015, en el marco de la integralidad e interdependencia de los derechos humanos, afecta además a los derechos a la vida, integridad personal y la prohibición a la tortura o trato cruel, inhumano o degradante, derecho a la salud, derecho a libre desarrollo de la personalidad y proyecto de vida de niñas, adolescentes y mujeres.

Finalmente, la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, puesta en vigencia posterior a la normativa específica para la prestación de la ILE (PTPSS), establece que sólo el segundo nivel de atención tiene entre los productos de atención de salud los referidos a la interrupción legal del embarazo. Esta situación podría considerarse limitante para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y

para el cumplimiento del Procedimiento Técnico, lo cual es contrario a los estándares internacionales de accesibilidad de servicio a prestaciones de salud sexual y salud reproductiva.

INCUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO TÉCNICO PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO QUE VULNERA EL DERECHO A VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujeres, establecen la obligación de los Estados de eliminar la discriminación hacia la mujer, incluyendo toda forma de violencia, asimismo, la Constitución Política del Estado y la Ley N° 348 han incorporado el derecho de todas las mujeres a vivir una vida libre de violencia, constituyendo como prioridad estatal la erradicación de la violencia hacia las mujeres por ser una de las formas más extremas de discriminación en razón de género.

En ese marco, el Comité de Derechos Humanos establece que los Estados tienen la obligación positiva de garantizar a las mujeres víctimas de violación, incesto o prácticas análogas y en particular a las niñas y adolescentes, que enfrenten embarazos no deseados, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en virtud a los derechos a la vida, la salud, la integridad personal, social y sexual, la autonomía reproductiva, el libre desarrollo de la personalidad de la mujer, así como el principio de dignidad humana. En ese marco, el Estado parte debe garantizar que las mujeres víctimas de una violación que decidan interrumpir voluntariamente su embarazo tengan acceso a servicios de aborto seguros y eliminar cualquier impedimento innecesario a los mismos.

La Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 garantiza la interrupción legal del embarazo en los casos de violación, incesto, estupro; y cuando la vida o la salud de la madre corre peligro, causales admitidas en el Código Penal, para lo cual los establecimientos de salud deben otorgar a las mujeres el acceso sin impedimentos a servicios adecuados.

En ese sentido, se evidenció que no todos los establecimientos de salud cuentan con la infraestructura, el equipamiento, medicamentos e insumos para la realización de la interrupción legal del embarazo, lo cual resulta en el incumplimiento del procedimiento técnico aprobado a través de la RM 027/2015 de 29 de enero de 2015 y del Modelo de

Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, poniendo de esta manera en riesgo la salud y vida de la mujer.

En cuanto a la infraestructura, se evidenció que 32 ES (73%) no cuentan con salas independientes de Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU), tres no cuentan con quirófano y los 44 ES comparten la sala de partos y la de AMEU.

Respecto al equipamiento, de los 44 ES, 32 ES (73%) cuentan con todo el equipamiento requerido; sin embargo, 12 establecimientos de salud (27%) carecen de uno o varios de los equipamientos necesarios para llevar adelante el procedimiento de AMEU.

También se evidenció que 27 ES (61%) cuentan con todo el equipamiento para realizar el procedimiento de LUI; sin embargo, 17 hospitales (39%) no cuentan con el equipamiento suficiente. En lo que se refiere al instrumental, se evidenció que 22 ES (50%) cuentan con todo el instrumental para realizar el procedimiento de LUI; sin embargo, 22 hospitales (50%) no cuentan con el requerido.

Respecto del personal interdisciplinario existente en los establecimientos salud de segundo nivel, se evidencia que sólo 14 de ellos cuentan con un equipo multidisciplinario completo, capaz de atender a las usuarias que soliciten los servicios. En casos de violencia sexual, la preocupación expresada por los operadores de salud y sus directores, es la imposibilidad de contar con apoyo psicológico, ya que ante la falta de éste profesional sus funciones son asumidas por el personal de enfermería y trabajo social. Así, en 20 ES (40%) no se cuenta con profesionales en psicología y 6 ES (12%) no tienen entre su personal a una trabajadora social.

Con relación a las obligaciones que deben cumplir los servicios departamentales de salud, conforme al Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, en específico de hacer cumplir la normativa de los diferentes niveles de gestión de la estructura estatal de salud e incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del modelo, por las respuestas recibidas en los hechos están mostrando que ello no ocurre, denotando un incumplimiento en la incorporación de recursos financieros.

Respecto a las obligaciones que deben cumplir los gobiernos autónomos municipales, de garantizar la infraestructura, equipamiento e insumos para la implementación del MAVV; e incorporar recursos financieros y técnicos para garantizar la implementación del modelo; ello no está sucediendo en algunos municipios, en los hechos se muestra

que aún los esfuerzos económicos de los municipios que respondieron a la consulta son insuficientes para lograr que los ES cuenten con infraestructura, equipamiento, medicamentos adecuados para la atención de ILE.

AUSENCIA DE CAPACIDADES DE LOS GOBIERNOS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES PARA LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DE EMBARAZO Y DE REGISTRO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

De acuerdo con la presente investigación ni los gobiernos departamentales, municipales ni establecimientos de salud han mantenido una capacitación continua a todo el personal, específicamente sobre la ILE en el marco de la SC 206/2014 y el Procedimiento Técnico. Consiguientemente, no es extraño que el 33% de los encuestados señale que no recibió ninguna capacitación respecto a la interrupción legal del embarazo. Se evidencia que la temática no es abordada de manera específica, sino como parte de un módulo de la Ley N° 348.

Se evidencia también el desconocimiento respecto a la recolección de muestras de restos coriónicos o fetales, por cuanto de 164 prestadores de salud, sólo 19 (12%) conocen que los residuos extraídos de la paciente merecen un tratamiento especial y que debe ser entregado al Ministerio Público y 145 (88%) desconocen el procedimiento a seguir. Por ello, podemos afirmar que el personal encargado de su manejo desconoce el tratamiento de los mismos y que se les debe dar custodia hasta que sean solicitados por el Instituto de Investigaciones Forenses.

Finalmente, si bien en todos los establecimientos de salud se registra la atención de la ILE en los Cuadernos de Registro de Hemorragias de la Primera Semana del Embarazo (HPME), AMEU y métodos anticonceptivos posaborto, no se tiene estandarizado el registro y constancia de consentimiento informado.

INCUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LAS USUARIAS POR PARTE DE LOS PRESTADORES DE SALUD DEBIDO AL DESCONOCIMIENTO DE LA SENTENCIA CONSTITUCIONAL 206/2014 Y DEL PROCEDIMIENTO TÉCNICO

A través de la investigación, se ha evidenciado el desconocimiento de la SC 206/2014 de 5 de febrero y el PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015 de 29 de enero, por parte de los prestadores de salud. Sólo el 8% consultado conoce en qué casos procede la interrupción legal del embarazo. Esto es alarmante, toda vez que este desconocimiento deriva en vulneraciones de los derechos de las usuarias, como se detalla a continuación. El Procedimiento Técnico es claro al establecer como únicos requisitos que debe presentar la usuaria para proceder con la ILE: a) En caso de violencia sexual, presentar la copia

de la denuncia de violación que haya realizado ante la Policía o Fiscalía o autoridades originarias competentes y la firma del consentimiento informado; b) En caso de que la vida o salud de la mujer corra peligro o existan malformaciones congénitas letales, bastará el informe médico y/o informes respectivos del personal correspondiente, que sustente la interrupción legal del embarazo y la firma del consentimiento informado. Cualquier otro requisito adicional se constituye en un exceso y vulnera los derechos de la usuaria. La demora en la atención significa la continuación forzada del embarazo, constituyéndose en abuso y maltrato de las mujeres y las niñas que buscan atención en los servicios de salud, que, según las circunstancias, se puede constituir en violencia en razón de género, tortura o trato cruel, inhumano o degradante ⁶⁶.

Se constató que el 28% del total entrevistado considera que la autorización judicial es aún un requisito habilitante para la realización de la ILE, ello no sólo desconoce la exhortación realizada por el TCP en el punto resolutivo 1 de la SCP 206/2014, sino que se traduce en un acto arbitrario de parte de los proveedores de salud quienes ponen en riesgo la vida de las usuarias que solicitan el servicio, pues en un plazo de 24 horas de requerido el procedimiento este debería ser aplicado, previa información sobre la atención integral de la ILE, de manera clara, veraz, imparcial y oportuna incluyendo la anticoncepción post aborto y el llenado del Consentimiento Informado por la usuaria.

Conforme los datos emergentes de la investigación, se afirma que los prestadores de salud en su mayoría desconocen de los requisitos que debe presentar la usuaria que solicite la ILE: El 25% conoce que de presentarse un caso de violencia sexual, la usuaria debe exteriorizar la firma del consentimiento informado y la copia de la denuncia, sin otro requisito adicional. El 32% de los prestadores de salud desconoce los requisitos en las malformaciones congénitas letales o peligrare la salud de la madre para proceder con la ILE, funciones que son inherentes a los servicios que prestan.

Otra forma de demorar la atención de la usuaria es a través de la interposición de la objeción de conciencia. Los establecimientos de salud deben regular este derecho de manera tal que ante una ILE tengan siempre el personal calificado y no objetor para la realización del procedimiento. Llama la atención que el 54% del personal directo encuestado desconoce este derecho y su alcance. Sólo el 45% del personal directo sabría cómo objetar en el marco de la normativa. En el mismo contexto, el personal de salud ignora que el incumplir con el procedimiento de ILE y en el plazo establecido acarrea responsabilidad civil, penal o administrativa, según sea el caso.

Del personal de salud encuestado, se obtuvo la información que en dos hospitales, Tiquipaya de Cochabamba y Barrios Mineros en Oruro, presuntamente habrían objetado conciencia institucional y referido a las pacientes a otros hospitales.

La omisión del consentimiento informado constituye una vulneración al derecho que tiene toda paciente a recibir información antes de cualquier atención médica o tratamiento, el cual no puede ser convalidado después de realizado.

Así, de la investigación defensorial realizada, se evidenció que de los 44 establecimientos de salud sólo 12 de ellos tienen institucionalizado un formulario de consentimiento informado específico para la ILE, es decir que 32 establecimientos de salud incumplen con el llenado del Consentimiento Informado por la paciente.

El 87% de los encuestados señala que las niñas y adolescentes deben ser acompañadas al hospital por un familiar, de no ser así personal del establecimiento de salud se comunica con la autoridad competente para que realice el acompañamiento. De igual manera, se refieren respecto a personas con discapacidad intelectual. Conforme el análisis de la normativa nacional e internacional, es posible afirmar que solicitar la presencia de los padres, tutores o autoridad competente está en contra los estándares internacionales respecto del derecho a la salud.

A través de estas vulneraciones, el plazo de atención no es cumplido por los establecimientos de salud. El 75% del total de la población encuestada desconoce que la interrupción legal del embarazo debe realizarse dentro de las 24 horas de solicitado el servicio.

Finalmente, respecto a la edad gestacional para un procedimiento de ILE, aún no es clara. El PTPSS en su Art. 4 toma la definición de la OMS para establecer el aborto como la pérdida del producto de la gestación desde el momento de la implantación hasta alcanzar los 500 gramos o las 22 semanas de gestación, calculadas por la fecha de la última menstruación o por ecografía temprana, pero ello ha ocasionado de parte de los proveedores de salud, que se haga una errónea interpretación respecto a la edad gestacional para proceder a realizar la ILE cuando ha sobrepasado las 22 semanas.

DETERMINACIONES DEFENSORIALES

La Defensoría del Pueblo, en uso de las atribuciones conferidas en los incisos 3 y 5 del Artículo 222 de la Constitución Política del Estado, así como en el numeral 3 del Artículo 5 y Artículos 24, 25, 26 y 27 la Ley N° 870 de 13 de diciembre de 2016, Ley de la Defensoría del Pueblo, resuelve:

RECOMENDAR

A LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL

En cumplimiento a lo estipulado por el Artículo 158, parágrafo I, inciso 3) y 66 de la Constitución Política del Estado; Artículo 8 de la Ley del Tribunal Constitucional Plurinacional, Recomendaciones 6.154 y 6.156 al Estado Plurinacional de Bolivia del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas con motivo al Examen Periódico Universal de 2019, y punto Resolutivo 5° de la SCP 206/2014:

- Dictar una ley que garantice el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a servicios de salud de calidad, calidez y de forma oportuna para las mujeres, conforme a lo establecido en el Art. 66 de la CPE, de conformidad a lo establecido en la SCP 206/2014 y las recomendaciones internacionales de protección de los derechos humanos.
- Modificar la Ley N° 1152, incorporando la interrupción legal del embarazo, como producto de servicio de salud en los tres niveles de atención.

MINISTERIO DE SALUD

En cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 66 de la Constitución Política del Estado, Artículo 90, inciso a) del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, Organización del Órgano Ejecutivo modificado por Decreto Supremo N° 4257 de 4 de junio de 2020; Artículo 2 y Artículo 5, inciso a) del artículo 6 del Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud, en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y aprobado a través de la Resolución Ministerial 27/2015:

- Elaborar e implementar el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva con recursos técnicos y económicos suficientes, que puedan contrarrestar y/o disminuir las tasas de mortalidad de las mujeres por causa de abortos clandestinos para la protección de la vida entendida y desde la visión intercultural en el Estado Plurinacional.

- Generar información estadística periódica respecto a interrupciones legales al embarazo realizadas, objeciones de conciencia interpuestas, las causales alegadas, la forma de solución que se dio y el tiempo que se demoró en dar la atención a la paciente.
- Reglamentar la objeción de conciencia en los establecimientos de salud a fin de uniformar los criterios en la normativa vigente.
- Estandarizar los formularios de Consentimiento Informado al referido en la Resolución Ministerial 1508/2015.

En cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 16 del Código de Procedimiento Penal boliviano, Artículo 9, incisos d) y e) del Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud, en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y aprobado a través de la Resolución Ministerial 27/2015:

- Promover la acción penal en contra de los directores de los hospitales Tiquipaya de Cochabamba y Barrios Mineros de Oruro, por cuanto los proveedores de salud de ambos ES se negaron a llevar adelante el procedimiento de ILE solicitado, habiendo referido a las pacientes a otros

MINISTERIO PÚBLICO

En cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 66 y 225 de la Constitución Política del Estado; Artículo 12.1 de la Ley Orgánica del Ministerio Público; Artículo 16 del Código de Procedimiento Penal boliviano; Artículo 9, incisos d) y

e) del Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud, en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y aprobado a través de la Resolución Ministerial 27/2015:

- Dar inicio a la acción penal en contra de los directores de los hospitales Tiquipaya de Cochabamba y Barrios Mineros de Oruro, por el incumplimiento de la obligación de llevar adelante el procedimiento de ILE solicitado.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DEPORTES Y CULTURAS

En cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 15.II y III y 66 de la Constitución Política del Estado; Artículo 3 y 5 de la Ley Avelino Siñani - Elizardo Pérez; Artículo 2, artículo 5, inciso c) del Artículo 7 del Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud, en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y aprobado a través de la Resolución Ministerial 27/2015:

- Elaborar políticas de prevención en violencia sexual en el que se incluya lo referente a la SCP 206/2014, su alcance y sus efectos.
- Priorizar y ejecutar políticas públicas de educación para la salud destinadas a la difusión, protección, atención, de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la mujer conforme a los principios del Estado laico.

GOBIERNOS DEPARTAMENTALES DE CHUQUISACA, ORURO, PANDO, POTOSÍ, SANTA CRUZ Y TARIJA

En cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 277 de la Constitución Política del Estado; Artículo 2, Artículo 5, inciso a) del Artículo 6, inciso c) del Artículo 7 del Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud, en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y aprobado a través de la Resolución Ministerial 27/2015:

Capacitar y actualizar permanentemente al recurso humano en la tecnología basada en la evidencia científica para la interrupción legal del embarazo, así como en las normas, protocolos y procedimientos específicos a la interrupción legal del embarazo.

GOBIERNOS MUNICIPALES DE CAMARGO, SUCRE, TARABUCO, CAPINOTA, COCHABAMBA, SACABA, TIQUIPAYA, QUILLACOLLO, VINTO, PATACAMAYA, VIACHA, LA PAZ, EL ALTO, COROICO, ACHACACHI, CARACOLLO, ORURO, COBIJA, VILLAZÓN, TUPIZA, POTOSÍ, COTOCA, SANTA CRUZ, YAPACANÍ, CAMIRI, EL TORNO, MONTERO, YACUIBA, TARIJA:

En cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 2, Artículo 5, inciso a) del Artículo 6, inciso a), inciso b), c) del Artículo 7 del Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en, el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y aprobado a través de la Resolución Ministerial 27/2015:

a) Incluir en los Planes Operativos Anuales, de acuerdo con las necesidades y requerimientos de los servicios de salud públicos, para el pleno cumplimiento del Procedimiento Técnico.

- Garantizar una infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos suficientes y adecuados para la atención integral de la interrupción legal y segura del embarazo, y la anticoncepción posaborto.

- Capacitar y actualizar permanentemente al recurso humano en la tecnología basada en la evidencia científica para la interrupción legal del embarazo, así como en las normas, protocolos y procedimientos específicos a la Interrupción Legal del Embarazo.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL MATERNO INFANTIL GUAYARAMERÍN, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CAMARGO, HOSPITAL MATERNO INFANTIL POCONAS II NIVEL, HOSPITAL DOCTOR RICARDO BACHERER, HOSPITAL CAPINOTA, HOSPITAL COCHABAMBA, HOSPITAL DEL SUD, HOSPITAL SACABA MÉXICO, HOSPITAL TIQUIPAYA, HOSPITAL DR. BENIGNO SÁNCHEZ QUILLACOLLO, HOSPITAL VINTO, HOSPITAL PATACAMAYA, HOSPITAL MUNICIPAL VIACHA, HOSPITAL LA PAZ, HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES, HOSPITAL LOS PINOS, HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO COREANO, HOSPITAL GENERAL DE LOS YUNGAS - COROICO, HOSPITAL MUNICIPAL ACHACACHI - CAPITÁN JUAN URIONA, HOSPITAL MUNICIPAL LA MERCED, HOSPITAL SAN ANDRÉS DE CARACOLLO, HOSPITAL BARRIOS MINEROS, HOSPITAL BOLIVIANO JAPONÉS DR. ROBERTO GALINDO TERÁN, HOSPITAL SAN ROQUE, HOSPITAL EDUARDO EGUÍA, HOSPITAL MADRE TERESA DE CALCUTA, HOSPITAL MUNICIPAL VIRGEN DE COTOCA, HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000, HOSPITAL MUNICIPAL VILLA 1RO. DE MAYO, HOSPITAL MUNICIPAL FRANCÉS, HOSPITAL YAPACANÍ, HOSPITAL CAMIRI, HOSPITAL MUNICIPAL EL TORNO, HOSPITAL MUNICIPAL ALFONSO GUMUCIO REYES, HOSPITAL DOCTOR RUBÉN ZELAYA.

En cumplimiento a lo estipulado en el artículo 2, inciso b) e), j), k), n) del artículo 8, artículo 9, inciso a) del artículo 11, inciso a) del artículo 12 del Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud, en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y aprobado a través de la Resolución Ministerial 27/2015; al numeral 1 del artículo 235 de la Constitución Política del Estado:

- Atender a la solicitud de ILE, en caso de violencia sexual, únicamente con la presentación de la denuncia, tomando en cuenta que la autorización judicial no es un requisito habilitante para la realización del procedimiento.
- Solicitar a la usuaria que requiera la ILE la firma del consentimiento libre e informado.
- Implementar el llenado del formulario de consentimiento informado en cumplimiento del Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, aprobado a través de la Resolución Ministerial N° 1508.

- Interrumpir el embarazo cuando la vida o la salud de la mujer esté en peligro o existan malformaciones congénitas letales de acuerdo con el informe médico, siempre y cuando firme el Consentimiento Informado de manera libre, voluntaria y sin ningún otro requisito.
- Capacitar y actualizar permanentemente al recurso humano en la tecnología basada en la evidencia científica para la interrupción legal del embarazo, así como en las normas, protocolos y procedimientos específicos a la interrupción legal del embarazo.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL: HOSPITAL MATERNO INFANTIL BOLIVIANO JAPONÉS, HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO DOCTOR JAIME SÁNCHEZ PORCEL, HOSPITAL MATERNOLÓGICO GERMÁN URQUIDI, HOSPITAL DE LA MUJER, HOSPITAL DEL NORTE, HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS, HOSPITAL DANIEL BRACAMONTE, HOSPITAL DE LA MUJER DR. PERCY BOLAND RODRÍGUEZ, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS:

En cumplimiento a lo estipulado en el artículo 2, inciso b) e), j), k), n) del artículo 8, artículo 9, inciso a) del artículo 11, inciso a) del artículo 12 del Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud, en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y aprobado a través de la Resolución Ministerial 27/2015; al numeral 1 del artículo 235 de la Constitución Política del Estado:

- Atender a la solicitud de ILE, en caso de violencia sexual, únicamente con la presentación de la denuncia. No solicitar la autorización judicial como un requisito habilitante para la realización del procedimiento.
- Solicitar a la usuaria que requiera la ILE la firma del consentimiento libre e informado.
- Implementar el llenado del Formulario de Consentimiento Informado, en cumplimiento del Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, aprobado a través de la Resolución Ministerial N° 1508.
- Interrumpir el embarazo cuando la vida o la salud de la mujer esté en peligro o existan malformaciones congénitas letales de acuerdo con el informe médico, siempre y cuando firme el Consentimiento Informado de manera libre, voluntaria y sin ningún otro requisito.

- Contar con personal necesario no objetor de conciencia, para la realización de la interrupción legal del embarazo en las 24 horas de haberse solicitado el servicio.
- Capacitar y actualizar permanentemente al recurso humano en la tecnología basada en la evidencia científica para la interrupción legal del embarazo, así como en las normas, protocolos y procedimientos específicos a la interrupción legal del embarazo.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL MATERNO INFANTIL GUAYARAMERÍN, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CAMARGO, HOSPITAL MATERNO INFANTIL POCONAS II NIVEL, HOSPITAL DOCTOR RICARDO BACHERER, HOSPITAL CAPINOTA, HOSPITAL COCHABAMBA, HOSPITAL DEL SUD, HOSPITAL SACABA MÉXICO, HOSPITAL TIQUIPAYA, HOSPITAL DR. BENIGNO SÁNCHEZ QUILLACOLLO, HOSPITAL VINTO, HOSPITAL PATACAMAYA, HOSPITAL MUNICIPAL VIACHA, HOSPITAL LA PAZ, HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES, HOSPITAL LOS PINOS, HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO COREANO, HOSPITAL GENERAL DE LOS YUNGAS - COROICO, HOSPITAL MUNICIPAL ACHACACHI - CAPITÁN JUAN URIONA, HOSPITAL MUNICIPAL LA MERCED, HOSPITAL SAN ANDRÉS DE CARACOLLO, HOSPITAL BARRIOS MINEROS, HOSPITAL BOLIVIANO JAPONÉS DR. ROBERTO GALINDO TERÁN, HOSPITAL SAN ROQUE, HOSPITAL EDUARDO EGUÍA, HOSPITAL MADRE TERESA DE CALCUTA, HOSPITAL MUNICIPAL VIRGEN DE COTOCA, HOSPITAL MUNICIPAL PLAN 3000, HOSPITAL MUNICIPAL VILLA 1RO. DE MAYO, HOSPITAL MUNICIPAL FRANCÉS, HOSPITAL YAPACANÍ, HOSPITAL CAMIRI, HOSPITAL MUNICIPAL EL TORNO, HOSPITAL MUNICIPAL ALFONSO GUMUCIO REYES, HOSPITAL DOCTOR RUBÉN ZELAYA:

En cumplimiento a lo estipulado en el inciso b) del artículo 7, inciso e) del artículo 9:

- Garantizar en el régimen disciplinario el cumplimiento de la SCP 206/2014 y el PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015.
- Garantizar una sala especializada para la realización de la interrupción legal del embarazo, conforme lo recomienda el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, aprobado a través de la Resolución Ministerial N° 1508.
- Registrar las atenciones de las ILE en los cuadernos de registro de hemorragias de la primera semana del embarazo (HPME), AMEU, ILE y métodos anticonceptivos posaborto.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL: HOSPITAL MATERNO INFANTIL BOLIVIANO JAPONÉS, HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO DOCTOR JAIME SÁNCHEZ PORCEL, HOSPITAL MATERNOLÓGICO GERMÁN URQUIDI, HOSPITAL DE LA MUJER, HOSPITAL DEL NORTE, HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS, HOSPITAL DANIEL BRACAMONTE, HOSPITAL DE LA MUJER DR. PERCY BOLAND RODRÍGUEZ, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS:

En cumplimiento a lo estipulado en el inciso b) del artículo 7, inciso e) del artículo 9:

- Garantizar en el régimen disciplinario el cumplimiento de la SCP 206/2014 y el PTPSS, aprobado a través de la RM 027/2015.
- Garantizar una sala especializada para la realización de la interrupción legal del embarazo conforme lo recomienda el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, aprobado a través de la Resolución Ministerial N° 1508.
- Registrar las atenciones de las ILE en los cuadernos de registro de hemorragias de la primera semana del embarazo (HPME), AMEU, ILE y métodos anticonceptivos posaborto.

DELEGACIONES DEFENSORIALES DEPARTAMENTALES Y COORDINACIONES REGIONALES

LA PAZ

Calle Capitán Ravelo N° 2329 Edificio Excelsior Piso 5
Telf.: (2) 2113588

ORURO

Calle Soria Galvarro N° 5212 entre Tupiza y León
Telf.: (2) 5112471 - 5112927

COCHABAMBA

Calle 16 de Julio N° 680 (Plazuela Constitución)
Telf./Fax: (4) 4140745 - 4140751

SANTA CRUZ

Calle Andrés Ibañez N° 241
Telf./Fax: (3) 3338808 - 3111695

BENI

Calle Félix Pinto N° 68 entre Suárez y 18 de Noviembre
Telf.: (3) 4652200 - 4652401

PANDO

Calle Cochabamba N° 86, detrás del templo
de Nuestra Señora del Pilar
Telf./Fax: (3) 842 3888 - 71112900

TARIJA

Calle Ingavi N° 789 Esq. Ramón Rojas, El Molino
Telf./Fax: (4) 6112441 - 6116444

YACUIBA

Calle Juan XXIII S/N entre Martín Barroso y Cornelio Ríos
Telf.: (4) 682 7166 * Fax: (4) 6822142

DESAGUADERO

Av. La Paz Esq. Calle Ballivián
S/N (Ex local Suipacha)

EL ALTO

Av. Juan Pablo II N° 75 (Altura Cruz Papal)
Telf.: (2) 2112572 - 211 2573 * Fax: (2) 2119808

CARANAVI

Calle Tocopilla S/N Edif. COSAPAC Piso 1
Telf./Fax: (2) 8243934

LLALLAGUA

Calle Oruro N° 33 entre Bolívar y Cochabamba
Telf./Fax: (2) 5821538

CHAPARE

Calle Hans Grether N° 10
Telf./Fax: (4) 4136334

PUERTO SUÁREZ

Av. 6 de Agosto N° 29 entre La Paz y Santa Cruz
Telf. 67290016

RIBERALTA

Av. Plácido Méndez, Plácido Molina, Gabriel René Moreno
y Cosme Gutierrez Manzano 59, Zona A, Distrito 1
Telf./Fax: 73993148

SUCRE

Calle J.J. Pérez N° 602 Esq. Trinidad
Telf./Fax: (4) 6916115 - 6918054

POTOSÍ

Av. Serrudo N° 143 Esq. Arce, Edificio Renovación (interior)
Telf./Fax: (2) 6120805 - 6124744

MONTEAGUDO

Barrio Paraiso, Avenida Costanera S/N.
Telf. (4) 6473352

LA PAZ

Oficina Central: Calle Colombia
N° 440 - Zona San Pedro Central
(2) 2113600 - 2112600 * Casilla 791