Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por causal violencia sexual

Estudio de un Caso en la Ciudad de Bogotá, Colombia

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por Causal Violencia Sexual: estudio de un caso en la ciudad de Bogotá, Colombia

El Caso Julia

Grupo Médico por el Derecho a Decidir - Colombia
Red Global Doctors for Choice

Diciembre de 2013

Grupo Médico
POR EL DERECHO A DECIDIR
GDC COLOMBIA

Grupo
Médico
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA

El **Grupo Médico por el Derecho a Decidir** es una red de médicos y médicas de distintas especiliadades, que lucha por el acceso oportuno e integral de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en el respeto a la autonomía de sus decisiones. Es parte de la Red Global Doctors for Choice.

Zulma Consuelo Urrego Mendoza. Médica Psiquiatra – Epidemióloga; MgSc en Psicología Clínica y de la Familia; PhD en Salud Pública. Profesora Asociada Departamento de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Con el apoyo de Laura Gil y Ana Cristina González Vélez.

Diseño y diagramación: www.gliphosxp.com

Cualquier parte de esta publicación puede ser copiada, reproducida, distribuida o adaptada sin permiso previo de las autoras o editoras, siempre y cuando quien se beneficie de este material no lo copie, reproduzca, distribuya o adapte con propósitos de ganancia comercial y que las autoras reciban crédito como la fuente de tal información en todas las copias, reproducciones, distribuciones y adaptaciones de material. El *Grupo Médico por el Derecho a Decidir* agradecería recibir una copia de cualquier material en el que esta publicación sea utilizada.

Indice

Introducción 5

I. El caso de Julia 6

II. Las barreras de acceso a la IVE 11

- Barreras Generales 13
- Barreras Específicas, relacionadas con la causal violación 14

III. Los derechos vulnerados 15

- El derecho a la vida 15
- El derecho a estar libre de tratos crueles o degradantes, derivado del principio de dignidad 16
- El derecho a la salud 16
- El derecho a la información 17
- El derecho a la libertad, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad 18
- El derecho a la igualdad y la no discriminación 18
- El derecho a la privacidad y la intimidad 19
- El derecho al debido proceso 20

IV. Recomendaciones del Grupo Médico por el Derecho a Decidir ante casos similares 22

Epílogo 27

Anexo: El Caso Julia 30

Introducción

Desde que la interrupción voluntaria del embarazo fue despenalizada en Colombia mediante la sentencia C – 355 de 2006 en tres circunstancias: riesgo para la vida o la salud de la mujer, malformación fetal incompatible con la vida y violencia sexual, se han desarrollado múltiples iniciativas desde el Estado y la sociedad civil para que los contenidos de la sentencia sean difundidos y conocidos por los prestadores de servicios de salud, las potenciales usuarias, y la población en general. Sin embargo, persisten múltiples barreras de acceso que impiden el adecuado ejercicio de los derechos para las mujeres que se encuentran cobijadas por las causales despenalizadas.

Este documento analiza el caso de una mujer que consultó en la ciudad de Bogotá a una institución hospitalaria pública de segundo nivel en busca una IVE por causal violencia sexual. Tiene como objetivo develar el conjunto de barreras que debió enfrentar, la posición del Grupo Médico por el Derecho a Decidir y las recomendaciones que propone para casos similares a fin de respetar a las mujeres y sus decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.

Se inicia con una descripción del caso, para posteriormente abordar las diferentes barreras de acceso y hacer un análisis de los derechos que fueron vulnerados. Finalmente, propone un conjunto de estándares de atención aplicables en casos similares, así como recomendaciones, y algunas consideraciones finales.

I. El caso de Julia

Julia[1] es una mujer colombiana de 29 años, de origen rural, quien llegó a la ciudad de Bogotá 10 años atrás, «*buscando un mejor futuro*» para ella y su único hijo, ahora de 15 años de edad. No asistió nunca a la escuela, y desde los 13 años inició una relación de convivencia con un hombre mayor, vecino de su familia, con quien se vio obligada a vivir «*por necesidad…*».

En el marco de esa relación abusiva, Julia sufrió violencias de tipo físico, psicológico y sexual, y quedó embarazada de su primer hijo cuando aún no cumplía los 14 años. La violencia se recrudeció contra ella durante el embarazo, y continuó así luego del nacimiento; adicionalmente, Julia vivía en una zona en donde el conflicto armado interno colombiano se encontraba especialmente activo, por lo cual ella relata que «*…entre todas esas cosas, yo empecé a sentir tanto miedo, que no pude quedarme más*». Entonces, decidió irse «*bien lejos, donde pudiera vivir tranquila*» y huyó a la ciudad con su hijo, a donde una pariente que vivía sola. Nunca quiso volver a saber del padre de

1 El nombre y algunas circunstancias han sido modificadas para proteger la privacidad de la afectada.

su hijo. Años después había iniciado un noviazgo con un hombre de su edad, quien la violentaba física y psicológicamente de manera habitual.

Su principal plan en la vida era «*trabajar duro, para poderle dar estudio a mi hijo que me salió juicioso, para que pueda ser un profesional, como yo no pude ser*». Tenía claro que no quería tener más hijos, ni volver a establecer una relación de convivencia en pareja con ninguna persona.

En ese marco, Julia decidió a regresar a su región de origen a visitar a la familia durante unas vacaciones, pues no había vuelto a tener contacto directo con ellos desde su huida a Bogotá. Mientras se encontraba allí fue abordada por un individuo peligroso conocido en la zona, quien solía andar fuertemente armado y acompañado por otros hombres similares que amedrentaban la región. Este hombre la golpeó, la intimidó con armas, la violó, y la amenazó con matar a sus familiares en la finca, a su hijo, y a ella misma, si llegaba a contar a alguien lo sucedido.

No comentó con nadie lo que le sucedió y empezó a estar cada vez más triste y pensativa, con pesadillas frecuentes sobre lo ocurrido, con temor a salir a las calles, sin apetito, con mal genio, y sin ganas de vivir. El novio notó el cambio, y en respuesta, empezó a golpearla y a insultarla con más frecuencia e intensidad que antes, preguntándole la razón de su conducta actual, ante lo cual ella guardaba silencio, como le había ordenado su agresor. La situación emocional de Julia empeoró en las seis semanas siguientes, hasta hacerla incluso perder su trabajo. También empezó a tener muchas molestias físicas, que le hicieron pensar en un embarazo, por lo cual acudió al centro de salud más cercano, en donde confirmaron las sospechas.

El médico que le atendió no hizo ninguna pregunta sobre su estado emocional, ni sobre las circunstancias de su embarazo, ni sobre su relación de pareja violenta o sobre las redes sociales con que contaba; se limitó a solicitar los exámenes de rutina para mujeres embarazadas, y a remitirla al programa de control prenatal en un hospital de segundo nivel, en donde podría ser atendida por ginecobstetras, ya que él encontraba un «*alto riesgo obstétrico por periodo intergenésico largo*».

Entonces Julia realmente quiso morirse: ella no tenía planeado tener ningún otro hijo, y menos uno concebido en las circunstancias violentas que había vivido. Pensaba cons-

tantemente en terminar con el embarazo, y por ello no hizo ningún esfuerzo en conseguir la cita de control prenatal que le habían recomendado; sin embargo, siendo una mujer católica, se sentía muy culpable respecto a su deseo de no continuar embarazada pues «*a una le dicen siempre que eso del aborto es pecado, pero yo no quería seguir embarazada…*»

Finalmente se decidió a pedir la cita con el ginecólogo del segundo nivel de atención a donde la habían enviado a empezar un control prenatal «*pero para pedirle que me hicieran el aborto, aunque me daba mucha pena hablarle de eso en todo caso*». A su llegada, se repitió la misma escena de la consulta anterior en el primer nivel de atención: no hubo preguntas sobre sus circunstancias psicosociales, ni sobre su estado de ánimo; el ginecólogo se limitó a examinarla físicamente, a hacerle preguntas de rutina sobre antecedentes médicos, y le dio nuevas prescripciones, solicitudes para exámenes de laboratorio y cita de control por obstetricia, en las cuales quedó constancia de sus actuales 11 semanas de gestación y de la condición de alto riesgo del embarazo, sin especificarse la causa.

> *«Me fui sin poderle decir nada de que yo necesitaba uno de esos abortos que se podían hacer para mujeres que no querían ni podían seguir con el embarazo, y más desesperada y triste de lo que entré».*

Después de varias semanas, decidió por fin hablar con su novio sobre la situación, buscando su comprensión y ayuda. Lo que consiguió fue una severa golpiza, dirigida especialmente hacia su abdomen, acompañada por acusaciones de infidelidad y nuevas amenazas de muerte. Aterrorizada y aún más convencida de la necesidad de terminar con el embarazo en curso, se encaminó hacia otro hospital público de segundo nivel del mismo sector en que habitaba, dispuesta a solicitar una interrupción voluntaria del embarazo.

A partir de este momento, Julia, quien contaba para ese momento con 19 semanas de embarazo, fue sometida, durante 11 días, a un conjunto de obstáculos, barreras y maltratos entre los que se destacan:

- Atención por múltiples profesionales que la evaluaron antes de resolver el caso (medicina general, especialistas en ginecología y obstetricia, y profesionales en

trabajo social), quienes en ningún momento registraron en la historia clínica su solicitud de una interrupción voluntaria del embarazo, efectuada ante todos ellos según relató luego la paciente.

- Hospitalización en sala de partos junto a otras mujeres en trabajo de parto.

- No documentar el origen del embarazo por violación ni su situación de violencia física y psicológica y por el contrario, calificar su situación como un caso de «*maltrato fetal*». Para los profesionales que la habían recibido, ella debería poner una denuncia ante la comisaría de familia por esta razón, firmar compromisos de asistencia a control prenatal y aceptar seguimiento domiciliario permanente por los servicios sociales.

- Sólo hasta el 4º día de hospitalización se registró por parte de psicología, la existencia de un embarazo por violación y el modo en que éste alteraba el proyecto vital de Julia, a la vez que la existencia de un conjunto de síntomas ansioso – depresivos, y «ambivalencia» sobre continuar o no con el embarazo, en el marco de lo cual se solicitó una interconsulta a psiquiatría.

- El servicio de psiquiatría ratificó la afectación de la salud mental de Julia confirmando la existencia de un embarazo por violación con afectación de su proyecto vital, victimización con trastorno por estrés postraumático y trastorno depresivo mayor, con ideación de muerte. En este momento se insiste en que la paciente desea una IVE que se encontraba justificada por dos causales: violencia sexual y riesgo para su salud. A pesar de estos diagnósticos de psiquiatría, se observó un desconocimiento reiterado por parte de los profesionales de ginecobstetricia de la existencia de un embarazo por violación y de la afectación de su salud mental.

- Sometimiento en múltiples ocasiones a tratos desobligantes por parte de sus ginecobstetras tratantes y otros profesionales de la salud, como por ejemplo negarle la posibilidad de retirarse voluntariamente del hospital, argumentando una supuesta incapacidad mental que tendría para decidir, dado que «*estaba siendo vista por el servicio de psiquiatría*».

- Negación de servicios por razones de conciencia[2]: Los ginecobstetras tratantes negaban ser objetores de conciencia y adujeron que la razón por la que no practicaban la IVE, era porque Julia no estaba realmente encuadrada en una causal despenalizada, a menos que interpusiera una denuncia que claramente ponía en riesgo su vida. Sin embargo, y a pesar de cumplir con el requisito para al menos una de las causales (riesgo para su salud certificado por un médico, en este caso, la psiquiatra), se negaban a remitirla a otra institución o a dejarla salir voluntariamente por no estar de acuerdo con sus decisiones.

- Imposición de barreras administrativas y ejercicio de prácticas prohibidas[3]: como el requerimiento de valoración por un auditor médico y finalmente al décimo día de hospitalización, la realización de un Comité de Ética, para resolver el caso, durante el cual, se presentó en el lugar un funcionario de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), quien clarificó que se encontraban ante el caso de una mujer que cumplía con todo los requisitos de ley para acceder a una IVE y finalmente fue remitida a otra institución para su realización.

> *«Una doctora me dijo en público el fin de semana que era que no me podían dejar salir porque yo quería era irme a matar la criatura... Otra vino y me dijo duro: ¡Aquí solo nos encargamos de ese problemita suyo cuando denuncie. Esas cosas de salud, sus remordimientos y todo lo demás, no nos importan...! Yo ya no quiero que me toquen aquí, quiero ir a otro hospital donde no me pongan trabas ni me traten mal... muchas personas me han tratado mal...»*

2 González, A (2012) Negación de servicios por razones de conciencia. Grupo Médico por el Derecho a Decidir Colombia, Bogotá.

3 Circular externa número 003 del 26 de abril de 2013, Superintendencia de Salud de Colombia.

II. Las barreras de acceso a la IVE

El acceso a servicios de interrupción voluntaria del embarazo involucra un proceso integral, que abarca desde el empoderamiento para hacer la demanda y la captación de las potenciales usuarias por parte de los sistemas de salud, hasta su atención adecuada en el marco de los mejores niveles de calidad, sin discriminaciones por edad, capacidad de pago, raza/etnia, estado civil, nivel educativo o zona de procedencia, entre otros[4].

En un ámbito general, las barreras suelen clasificarse como:

- Las provenientes de la organización de los servicios y de aspectos administrativos.

4 Carino, G.; González, A.; Durán, J. (2008)Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas. Un análisis en América Latina y algunos países de Europa y África. Federación Internacional de Planificación Familiar - Región del Hemisferio Occidental , Montevideo. 204 p.

- Las relacionadas con la calidad de los servicios.
- Las relativas a la formación y capacitación del personal de salud.
- Las ligadas a sistemas de información, vigilancia, y control.
- Las derivadas de los costos de la atención[5].

Además de esas barreras generales de acceso a IVE, se ha descrito un conjunto de barreras específicas relacionadas con el modo como está regulada la causal violencia sexual; en países como Colombia, en donde tal causal está expresamente consagrada en las normas para despenalización de la IVE, las barreras específicas surgen generalmente por divergencias en la interpretación de la causal y sus normas procedimentales.

Las barreras de interpretación de la causal violencia sexual se ponen de presente por denegación u obstrucción de la IVE ante:

- Incertidumbre, cuestionamiento, y/o desinformación sobre la existencia de dicha causal.
- Cuestionamiento a la constitucionalidad de la causal o a su aplicación cuando se trata de mujeres que no presentan discapacidad mental.
- Malinterpretación de la causal como una excusa absolutoria y negación del servicio de IVE por entender que se encuentra prohibido y puede ser penalizado.
- Incremento de los requisitos solicitados, más allá de la denuncia.
- Interpretación restrictiva de la causal, desconociendo la violencia psicológica, en presencia o no de coacción durante el acceso carnal.

5 González, A.; Gil, L. (2012) Lineamientos básicos para la elaboración de peritajes: hacia la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Grupo Médico por el Derecho a Decidir Colombia, Bogotá. 35 p.

- Denegación de aplicación de la causal por cuestionamiento de dicha aplicación a una mujer que ha sido violada por su cónyuge, pareja estable, o que se encuentre en situación de prostitución y trabajo sexual[6].

En el caso específico de Julia se presentaron barreras de varios tipos para el acceso a servicios de IVE, así:

Barreras Generales

Provenientes de la organización de los servicios y de aspectos administrativos: Ausencia de una ruta clara de atención apegada a la normatividad actual, para casos de solicitud de IVE, que prevenga la interposición de las interpretaciones personales y la voluntad de los profesionales entre las mujeres y la garantía de su salud.

Relacionadas con la calidad de los servicios: Baja calidad en los servicios de atención en salud sexual y reproductiva brindados a las mujeres, incluyendo el de control prenatal, por incumplimiento del deber de brindar información en torno a tópicos relevantes para las pacientes, tales como la atención integral en salud para víctimas de violencia sexual y el derecho a la IVE, entre otros.

Incumplimiento del deber de efectuar valoraciones integrales en una paciente que, además de un embarazo, presentaba el antecedente de múltiples victimizaciones, pobres redes sociales, y afectación en su salud mental.

Relativas a la formación y capacitación del personal de salud: Falta de conocimiento y apropiación de los profesionales que atendieron el caso, en materia de la sentencia C-355/06, así como sobre las prácticas prohibidas en materia de IVE establecidas por la misma Corte Constitucional.

6 Bergallo, P.; González, A. (2012) Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Bogotá. 206 p.

Barreras Específicas, relacionadas con la causal violación

- Reticencia a registrar en la historia clínica la solicitud de una IVE por violación como motivo de consulta.

- Cuestionamiento de la violación como causa del embarazo, fundamentado en la ausencia previa de una denuncia formal.

- Interpretación restrictiva de la causal salud, desconociendo a la salud mental como parte constitutiva de ésta o cuestionando la existencia de su afectación cuando se cursa con un embarazo resultado de una violación que no se desea denunciar.

- Desconocimiento de la validez de los conceptos de profesionales en psicología y de los conceptos de otros médicos especialistas, diferentes a los ginecobstetras, para aplicar la causal salud; en este caso, de la especialista en psiquiatría.

- Solicitud de requisitos adicionales a los normados, tales como: juntas médicas, comités de ética, evaluación por auditores médicos, reevaluación por múltiples especialistas, entre otros.

- Malinterpretación de la obligatoriedad de proteger el derecho a la información, asumiendo que brindar información sobre la IVE a las mujeres configura una inducción a la misma y una acción susceptible de ser penalizada.

III. Los derechos vulnerados

El derecho a la vida

El derecho a la vida ha sido consagrado por la Corte Constitucional colombiana en un sentido más amplio que la simple existencia biológica, contemplando a la dignidad como una de las condiciones mínimas fundamentales para que transcurra la vida. Igualmente, considera esa Corte que una vida humana existe en condiciones de dignidad cuando confluyen factores de bienestar material, físico, biológico, espiritual, mental, y psíquico, en la garantía de integridad del individuo[7].

La posibilidad de Julia para continuar con una vida digna estaba amenazada por el embarazo producto de violación, tanto por la ruptura de su proyecto de vida previo, como por la perpetuación de la violencia sufrida encarnada en ese embarazo; todos los intentos

7 Bergallo, P.; González, A. (2012) Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Bogotá. 206 p.

del personal sanitario del hospital para obligarla a continuar con esa gestación atentaron entonces contra su derecho al disfrute pleno de la vida con dignidad.

Adicionalmente, en el caso de Julia la imposición de ese embarazo le había generado síntomas depresivos e ideas de muerte, todo lo cual tenía el potencial de incrementarse por la continuación del embarazo, incluso hasta ponerla en riesgo de autolesión y muerte. Este riesgo se vio ratificado durante la estancia hospitalaria, pues los síntomas de ansiedad y depresión, junto con las ideas de muerte, se incrementaron progresivamente.

El derecho a estar libre de tratos crueles o degradantes, derivado del principio de dignidad

La dignidad de Julia también se vio amenazada durante su estancia hospitalaria por otros tratos crueles y degradantes, tales como: ingresarla a hospitalización en una sala de partos, cuando ella pretendía obtener acceso a una IVE; someterla diariamente a exámenes de fetocardia luego de los cuales se le comentaba sobre el bienestar fetal existente; darle un trato rudo en público, llamando despectivamente «*el problemita*» a su embarazo por violación, o diciéndole que su sufrimiento emocional «*no nos importa*» y reteniéndola en el hospital en contra de su voluntad acusándola de querer «*salir a matar la criatura*», empleando para ello inclusive medidas extremas como el llamado de guardias de seguridad.

Además, este conjunto de acciones se convirtió en otra forma de violencia contra las mujeres perpetrada contra Julia, desde la institución sanitaria estatal a la cual acudió en pedido de ayuda.

El derecho a la salud

La salud es un concepto integral, que implica el completo bienestar físico, mental y social de una persona. La afectación de la salud mental de Julia por su embarazo debido

a violación fue desestimada sistemáticamente al impedirle acceder a una IVE amparada en la causal salud. Lo anterior inclusive ante la evidencia creciente de que los síntomas ansioso–depresivos aumentaban, a la par con sus ideas de muerte.

Además, el tiempo de espera adicional que tuvo que asumir antes de poder acceder al procedimiento solicitado, aunado con que la gestación se encontraba alrededor de las veinte semanas, la expusieron a afrontar potenciales riesgos mayores en su salud física ante una IVE realizada más tardíamente, pues se requieren técnicas más complejas que si se realizara en estadios más tempranos de la gestación.

El derecho a la información

Aunque Julia, a través de sus amigas, ya había oído sobre la existencia del aborto legal en Colombia, su conocimiento no pasaba de la generalidad de saber que ante «*situaciones desesperadas*» solicitar un aborto no era un delito.

Ella se sentía en una situación desesperada, y sobre esa base acudió a los servicios de salud; una vez allí, debió haber recibido información oportuna en torno al derecho que la asistía para solicitar una IVE, tomando en cuenta que desde el contacto inicial se le hizo un diagnóstico de embarazo de alto riesgo, ratificado por médicos generales y especialistas en varias oportunidades.

Sin embargo, no solamente no recibió esa información, sino que se puso en tela de juicio la ética e idoneidad profesional de la psiquiatra que finalmente apoyó su solicitud y le brindó información adicional respecto a la sentencia C–355 de 2006, junto con información sobre mecanismos para el reclamo de derechos en salud. En contravía con las disposiciones nacionales en el tema, en el marco de ese hospital particular, informar a las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos ligados a la IVE era considerado como una conducta indebida de «*inducción al aborto*», y acarreó la realización de un comité de ética ampliado, con pretensiones de instaurar acciones no solamente éticas y disciplinarias, sino también legales, en contra de la psiquiatra.

El derecho a la libertad, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad

El derecho a la autonomía en casos de embarazo por violencia sexual hace referencia muy específicamente a la libertad que tienen las mujeres para definir sus proyectos de vida, incluyendo su vida reproductiva; y a la expresión de ese derecho en la voluntad de no continuar con un embarazo que les fue impuesto mediante coacción.

Cuando profesionales o instituciones de salud, como en el caso de Julia, coaccionan a la mujer para continuar con un embarazo fruto de violación, imponiendo barreras de acceso que la obligan de hecho a continuar con él, están violentando su capacidad de decidir en torno a un asunto que afecta directamente el proyecto de vida, y están impidiendo el libre desarrollo de la personalidad de la afectada, reduciéndola a cumplir forzosamente con el papel estereotipado de «*receptáculos de vida*».

Este caso ilustra adicionalmente otra forma muy específica de violación del derecho a la libertad, representada en la retención indebida dentro de las instalaciones hospitalarias, una vez Julia solicitó una salida voluntaria, cuando le fue obstaculizado de diversos modos el egreso, obligándola a permanecer confinada en una cama de hospital por varios días en contra de su voluntad y sin una indicación médica.

El derecho a la igualdad y la no discriminación

El hecho de imponer barreras de acceso ante un procedimiento médico que solamente puede ser utilizado por mujeres se convierte también en una discriminación en virtud de la pertenencia de Julia a ese grupo poblacional.

Así mismo, no se tuvieron en cuenta para facilitar el acceso a una IVE las singularidades que rodearon al embarazo por violación de ésta paciente, tales como: el contexto de violencia por conflicto armado interno en el cual ocurrió, las amenazas de muerte efectuadas por el perpetrador que se concretarían si Julia contaba los hechos, su precaria situación socioeconómica, su salud mental afectada por el embarazo, entre otras par-

ticularidades que exigían una interpretación diferencial del caso [8]; no tomar en cuenta esas circunstancias específicas alteró el sentido de garantía del derecho a la igualdad y no discriminación, que se hubiera expresado como acceso efectivo a los servicios requeridos con las mismas facilidades que lo hubieran tenido otras mujeres que no enfrentaran las particularidades de Julia, por ejemplo, quienes no temieran represalias por denunciar una violación sexual.

Pero no fueron esas las únicas discriminaciones sufridas; cuando Julia comprobó que pese a haber logrado firmar un formato de egreso voluntario no se le permitía salir del servicio de ginecología y obstetricia, llamó telefónicamente a la policía poniéndola en conocimiento de la situación pues consideró estar siendo víctima de un secuestro intrahospitalario.

Sin embargo, no fue debidamente auxiliada por esa autoridad pues su solicitud fue desestimada por los policías que acudieron al sitio, cuando el personal de salud presente descalificó la competencia mental de Julia llamándola «*paciente psiquiátrica*»; el estigma y la discriminación que habitualmente sufren las personas con padecimientos psiquiátricos en nuestra sociedad fue esgrimido contra Julia, diluyendo su intento por ser auxiliada para salir del hospital; lo anterior persistió inclusive por encima del concepto del servicio de psiquiatría en cuanto a la presencia de un juicio de realidad intacto en ella.

El derecho a la privacidad y la intimidad

La decisión sobre continuar o terminar con un embarazo es un asunto que solo compete a la esfera más intima y privada de una mujer; ni el Estado ni terceros deben interponerse en la libre elección de cada una al respecto. En contravía con ello fueron muchas, y ya descritas, las intervenciones desde profesionales vinculados al hospital en cuestión tendientes a imponer a Julia la continuación de su embarazo, impidiéndole acceder a una IVE que solicitaba y a la cual tenía derecho.

8 Bergallo, P.; González, A. (2012) Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Bogotá. 206 p.

También es importante reflexionar en torno al modo como fue violado el derecho de Julia a su privacidad e intimidad, al someterla a revistas médicas a repetición en las que se exponía su caso con detalles, en el marco de una sala de hospitalización compartida en la cual las demás pacientes podían escucharlo todo.

Del mismo modo, se le hicieron recriminaciones en público en torno a su decisión de abortar, y se involucró en el conocimiento de su caso a personas que no tendrían que haberlo sabido, como el abogado del hospital, o los auditores médicos.

La negativa a dar acceso a la IVE, junto con los requerimientos sucesivos de tipo médico, jurídico, y administrativo que fueron realizados a la paciente como pre-requisitos para considerar su caso como apto para acceder a un aborto despenalizado, la expusieron a que sus circunstancias fueran conocidas finalmente por un número de personas mucho mayor que el que se hubiera requerido si el caso se hubiese manejado de otro modo.

El derecho al debido proceso

En casos de solicitud de una IVE despenalizada por violencia sexual, el derecho al debido proceso hace referencia entre otros componentes, a la obligación de apegarse a los procedimientos previstos por la normativa del país para realizar el procedimiento, así como de evitar la imposición de requisitos adicionales, requerimientos irrazonables, o que impliquen cargas excesivas sobre las mujeres [9].

Existiendo la posibilidad de actuar en el caso de Julia bajo la causal salud, resultando ello más favorable para la paciente; y ajustándose adicionalmente el caso a una posible excepción al deber de realizar una denuncia formal para la violación sexual sufrida, acorde también con lo normado para el país, los profesionales que exigieron a Julia una denuncia tanto de la violación que terminó en el embarazo, como de la posterior violencia física sufrida poco antes de ingresar al servicio de urgencias, como prerrequisito para acceder a la IVE, incurrieron en una vulneración al debido proceso.

9 Bergallo, P; González, A (2012) Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Bogotá. 206 p.

En lo anterior también ha de tomarse en cuenta que las dilaciones injustificadas impuestas a Julia por cuenta de las deficiencias en información, de la negativa a aceptar y registrar sus motivos de consulta, de los requisitos adicionales exigidos, de la retención sufrida dentro del hospital, y por la demora en realizar una remisión a otra institución en donde efectivamente se le diera acceso a una IVE, violaron el principio de celeridad también constitutivo del derecho al debido proceso. Desde su ingreso, hasta que pudo acceder a una IVE en otra institución a la cual se remitió, transcurrieron más de los cinco días estipulados como plazo máximo para dar acceso en los términos de la norma colombiana[10].

10 Circular externa número 003 del 26 de abril de 2013, Superintendencia de Salud de Colombia.

IV. Recomendaciones del Grupo Médico por el Derecho a Decidir ante casos similares

Desde la perspectiva de los derechos humanos (DDHH) se han definido una serie de estándares para el acceso a los servicios de IVE, considerando los retos y barreras que pueden surgir para aplicar la causal violencia sexual en el marco de los servicios de salud; en conjunto con los derechos que se protegen al autorizar una IVE por causal violencia sexual, los estándares ayudan a guiar la interpretación de normas y protocolos en casos específicos en que se presenten dudas, vacíos o contradicciones. A continuación se explicitan aquellos estándares, derivados del marco de los DDHH, que son aplicables al caso de Julia, y que hubieran facilitado la protección de sus derechos y el acceso sin obstáculos a una IVE[11]:

11 Bergallo, P.; González, A. (2012) Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Bogotá. 206 p.

Brindar información

Se debe proporcionar información a **todas** las mujeres sobre la situación legal del aborto en el país, los requisitos necesarios para acceder a la IVE y a otros servicios de salud que pudieran ser requeridos acorde con las normas legales vigentes, las diversas técnicas utilizadas para una IVE, y la asesoría antes y después de la IVE para garantizar un real ejercicio de la autonomía.

Atender sin dilación

La atención de las mujeres que solicitan una IVE debe realizarse lo antes posible, y para el caso colombiano, siempre dentro de los cinco primeros días luego de que la mujer exprese su deseo de interrumpir el embarazo, en presencia de los requisitos establecidos por la norma.

Aplicar la coexistencia de causales

En presencia de más de una causal para IVE dentro de un mismo caso, debe procederse a emplear aquella cuyos requisitos resulten menos gravosos y sean más permisivos para la mujer como en este caso, la causal salud, en contraste con la causal violación cuando, por ejemplo, interponer una denuncia represente un peligro para la mujer.

Aplicar el principio pro - persona

Se deben dirimir los conflictos e interpretar las normas relativas a IVE, a favor de aquellas normas o interpretaciones que mejor protejan en un momento dado los derechos de la mujer en cuestión.

Respetar las decisiones de la mujer

Se debe reconocer la facultad de las mujeres para interrumpir un embarazo por violación y también para decidir interponer o no una denuncia formal al respecto, así como proveerle de los medios necesarios para tomar y llevar a cabo sus decisiones.

Guardar la confidencialidad

Se debe guardar secreto sobre toda la información recibida en torno a la consulta y proceso de atención de una mujer que solicita una IVE por causal violencia sexual, inclusive en torno al evento de victimización.

Brindar atención integral

A toda mujer que ha sufrido una violencia sexual le debe ser reconocido su derecho a una serie de servicios desde el sector salud, que en Colombia incluyen: atención del evento de violencia sexual siempre como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre la victimización y la consulta; anticoncepción de emergencia; profilaxis post exposición para VIH SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; información sobre IVE; acceso oportuno al procedimiento de IVE; asesoría pre y post aborto; atención en salud mental; coordinación de acciones con los sectores justicia y protección según necesidades detectadas en cada caso; entre otras descritas por el correspondiente protocolo vigente en el tema[12].

Asegurar la calidad de la atención

Se debe brindar una atención con calidad que incluya: información adecuada y oportuna, asesoría para la toma de decisiones, prestación de servicios integrales de atención en salud acorde con los protocolos, competencia técnica en los profesionales encargados de atender a la mujer, relaciones interpersonales cálidas y apoyo psicológico, garantía de seguimiento de la paciente en los servicios de salud y adecuada coordinación interinstitucional para garantizar los servicios que cada caso requiere.

Resolver conflictos para favorecer el acceso oportuno a servicios

Todos los conflictos que se presenten entre la mujer, el prestador de servicios de salud, y la autoridad judicial, deben ser resueltos teniendo en cuenta el derecho de las mujeres

12 Ministerio de Salud y Protección Social - República de Colombia. Resolución 459 de 2012.

a tomar sus propias decisiones y procurar su bienestar y privilegiando aquellas decisiones que mejor protejan sus derechos. En todo caso, el personal de salud debe evitar la judicialización indebida de casos de IVE por causal violencia sexual, la exigencia de requisitos superiores a los normados o la imposición de condiciones para su cumplimiento que los hagan más gravosos para la mujer.

Respetar las decisiones de las autoridades públicas

Una vez cumplido el requisito de la denuncia, los profesionales de la salud deben ejecutar la decisión de la mujer o canalizarla **inmediatamente** para su atención, sin entrar a juzgar o no la procedencia de aplicar la causal violencia sexual para IVE, y sin juzgar si existió o no un delito, en especial en casos en los que frecuentemente se imponen barreras como cuando:

- La mujer no interpuso la denuncia tan pronto como fue victimizada
- Hay disparidad entre la edad gestacional y la fecha de la violación
- La edad gestacional es avanzada
- Se trata de una menor de 14 años en el marco de una relación que ella considera consentida
- El acto sexual violento fue perpetrado por un conocido o sin mediar la violencia física, como el caso del acoso sexual o las relaciones coaccionadas dentro del matrimonio
- La mujer no desea brindar detalles completos de los hechos o el relato no es juzgado como verosímil por los profesionales de la salud

Ejercer la objeción de conciencia dentro de los límites constitucionales

Se debe hacer un uso de la objeción de conciencia respetuoso y apegado a la norma. Aunque los profesionales involucrados en el caso de Julia que obstruyeron su acceso a

la IVE negaron ser objetores de conciencia, vale la pena recordar que aún si éste hubiera sido el caso, habrían estado en el deber de remitir oportunamente hacia otros prestadores no objetores; inclusive tendrían que haber brindado información oportuna a la paciente sobre el tema, y realizado el procedimiento si no existieran otros prestadores alternos. La objeción de conciencia nunca puede hacer alusión al grado de acuerdo o no que tenga el prestador de salud con respecto a la decisión y a las circunstancias particulares que rodean un caso particular, sino al impedimento moral o religioso que tenga un profesional frente a la práctica del aborto en cualquier circunstancia.

Epílogo

- Julia se recuperó progresivamente de su cuadro de ansiedad y depresión luego de la interrupción voluntaria del embarazo realizada. Decidió migrar a otra ciudad, junto con su hijo, para nuevamente «*volver a empezar, y buscar una mejor vida*».

- Aunque las autoridades sanitarias y la administración del hospital conocieron sobre los hechos relatados, no hubo sanciones de ninguna índole hacia los profesionales obstructores del acceso a la IVE de Julia.

- La psiquiatra involucrada en el caso finalmente decidió renunciar pocos meses después de atenderlo, en el marco de conductas repetitivas de hostilidad y acoso laboral sufridas desde otros profesionales del hospital, a propósito de su actuación en la atención de esa paciente.

- El hospital de segundo nivel en el cual transcurrieron los acontecimientos de éste caso es cabeza de red materno – perinatal, y está ubicado en una locali-

dad de estrato socioeconómico bajo de la ciudad de Bogotá, con 651.586 habitantes, la cual es receptora habitual de personas víctimas de desplazamiento forzado por conflicto armado desde otros lugares del país[13].

- Durante el primer semestre del año en que ocurrieron los hechos, la institución recibió 3.071 consultas externas por el servicio de ginecología y obstetricia, correspondientes al 10% del total atendido; el motivo de consulta más frecuente fue el embarazo de alto riesgo (40% de esa consulta especializada; 5% del total de las consultas del hospital); el sexto motivo de consulta por esa especialidad fue la atención de la primigesta muy joven (878 casos durante el semestre; 4.6% de la consulta de la especialidad).

- Entre los 10 motivos de consulta o egreso hospitalario más frecuentes por ginecología y obstetricia, no se registró ninguno relacionado con la interrupción voluntaria del embarazo enmarcada en las causales despenalizadas para Colombia. En cambio, el séptimo diagnóstico de egreso hospitalario general de la institución, y el tercero de la especialidad en cuestión, está relacionado con la necesidad de atención por aborto.

- En cuanto a las IVE efectuadas en el marco de la Sentencia C – 355 de 2006 en el hospital donde se presentó el caso, un informe del año 2010 indicó que solamente se habían realizado allí dos de las 2197 IVE efectuadas en el Distrito Capital de Bogotá para ese período.

- El análisis de situación de salud de la localidad reporta persistentemente que los embarazos en menores de 14 años son uno de los problemas prioritarios en salud pública existente allí, todos ellos corresponden a casos de embarazo por violencia sexual acorde con la legislación colombiana. En concordancia con lo anterior, casi novecientas primigestantes muy jóvenes fueron atendidas en el control prenatal de ese hospital en el primer semestre del año en que se

13 Los datos que son citados respecto al hospital público en que fue atendido el caso corresponden en su totalidad a estadísticas oficiales, reportadas tanto en el Plan de Desarrollo Institucional 2013 2016 del correspondiente hospital, como en informes elaborados desde instancias igualmente oficiales para el seguimiento de la Sentencia C - 355 de 2006 en Colombia; se omite el nombre de la institución y las referencias completas para garantizar la confidencialidad debida a Julia.

presentó el caso estudiado; en contraste, durante todo el año solamente se registraron 118 denuncias por violencia sexual para ese mismo territorio.

- Todos los datos anteriores, a la luz de los acontecimientos narrados, dejan sobre la mesa múltiples dudas en torno a las barreras de acceso que pudieron haber enfrentado en los servicios de ginecología y obstetricia de ese hospital aquellas mujeres consultantes por embarazos cubiertos por las causales para IVE despenalizada en Colombia, incluyendo la causal violencia sexual, que se hubieran acercado en busca de un procedimiento de ésta índole, recibiendo probablemente tratos similares al que fue dado a Julia.

- Queda también la pregunta sobre cuántas de ellas se vieron abocadas a recurrir a abortos ilegales, poniendo en riesgo su vida y su salud, una vez rechazadas o simplemente desconocidas en su motivo de consulta dentro de esa institución.

El Grupo Médico por el Derecho a Decidir, preocupado por la injusticia que se genera en casos como el de Julia, hace un llamado a aplicar los estándares de atención derivados del marco internacional de DDDH y de nuestra Constitución, para evitar que más mujeres colombianas tengan que sufrir e incluso morir por situaciones similares.

Anexo: El Caso Julia

Día 1

En el servicio de urgencias fue recibida por el médico general del turno nocturno. Julia le relató cómo fue golpeada por su novio debido al embarazo «fruto del abuso» perpetrado por otro hombre, y su deseo de interrumpirlo:

> *«Por eso fue que llegué a urgencias… él me golpeó cuando le conté del abuso que sufrí en las vacaciones, y del embarazo que tengo de eso… y que no lo quiero seguir».*

El médico la examinó, e hizo una impresión diagnóstica de «Trauma obstétrico y violencia intrafamiliar». Solicitó una valoración en observación de urgencias por los servicios de ginecología y obstetricia, trabajo social y psicología.

El servicio de ginecología y obstetricia acudió a valorarla, solicitó una ecografía obstétrica para establecer su edad gestacional, y anotó en la historia clínica que sufría un «Traumatismo obstétrico y de los ligamentos y articulaciones de la pelvis», ordenando: «*hospitalizar para manejo intrahospitalario en sala de partos, vigilancia, pendiente resultado de eco obstétrica y valoraciones por psicología y trabajo social*».

No existió ningún registro sobre el estado psicológico de la paciente, ni descripción de las circunstancias del embarazo, ni anotaciones sobre el deseo de interrumpir el embarazo planteado por Julia.

Día 2

Julia quedó hospitalizada junto a otras mujeres que se encontraban en trabajo de parto, se le practicó una ecografía obstétrica, con un resultado de: «embarazo de 19.4 semanas; feto vivo; alto riesgo obstétrico; violencia intrafamiliar?; trauma obstétrico; G2P1V1».

Se dejó una constancia en la historia clínica sobre la existencia de equimosis de gran tamaño en la región abdominal de la paciente, pero sin ninguna mención en el registro clínico de las victimizaciones sufridas, ni sobre los síntomas emocionales que Julia venía presentando en aumento desde hace varios meses, ni sobre las manifestaciones de Julia de no querer continuar con el embarazo.

En cambio, en varias ocasiones se procedió a auscultar y registrar fetocardia, así como a confirmar la existencia de un feto vivo y con bienestar, mientras se esperaban las valoraciones de trabajo social y psicología.

Día 3

En su tercer día de hospitalización, Julia recibió la visita de la trabajadora social; la intervención se centró en instruirla sobre su deber de denunciar la golpiza recibida por parte de su novio ante la comisaría de familia más cercana, debido al riesgo en que se había puesto el embarazo con la agresión sufrida, aún más considerando que podía preverse que la conducta se repetiría, dado el estado de embarazo en progreso.

Trabajo social dejó en la historia clínica la constancia de que «se firman compromisos» con la paciente en ese sentido; Julia relató después que también se le habló del compromiso de asistir cumplidamente al control prenatal y permitir seguimientos domiciliarios por el área social, dadas las características de alto riesgo de su embarazo, para evitar la ocurrencia de de algo que se le nominó como «maltrato fetal»

El servicio de ginecología y obstetricia cerró el día realizando una valoración en la cual indicó que Julia debía continuar bajo observación clínica hasta que se realizara la mencionada «denuncia ante comisaría de familia» y la valoración pendiente por psicología, pudiéndose dar salida para manejo ambulatorio posteriormente.

Día 4

La psicóloga de pisos valoró a Julia, y dejó por primera vez durante su estancia una nota en la que hablaba sobre la victimización sexual ocurrida 5 meses atrás, anotando que no fue denunciada por temor a represalias; se registró la existencia de «síntomas ansioso – depresivos secundarios», incluyendo ideas de muerte provocadas por el embarazo en curso; también se escribió que existía «*ambivalencia de la paciente sobre continuar o no el embarazo… se brinda asesoramiento en toma de decisiones*». Se solicitó una interconsulta con el servicio de psiquiatría, con base en el diagnóstico clínico de un síndrome ansioso – depresivo con presencia de ideas de muerte.

Día 5

Psicología realizó control del estado de la paciente, hospitalizada en pisos del servicio de ginecología y obstetricia, y dejó constancia escrita sobre su manifestación de deseo de hacer una interrupción voluntaria del embarazo debido a que «*es fruto de violencia sexual e interferiría con sus planes de vida*». Se registraron diagnósticos de violencia sexual, ansiedad, depresión, y petición de interrupción voluntaria del embarazo. En el plan de manejo, continuó pendiente valoración por psiquiatría.

A continuación, ginecología y obstetricia pasó revista, y en la nota correspondiente no acogió los nuevos diagnósticos efectuados por el área de psicología; en cambio en su nota registraron ahora una edad gestacional de 22.2 semanas, y señalaron que la paciente estaba «*asintomática, con movimientos fetales, pendiente de denuncia a comisaría de familia y valoración por psiquiatría*».

Día 6

La valoración por psiquiatría fue realizada, y se confirman diagnósticos de: trastorno por estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, violencia basada en género contra las mujeres (tipos sexual, física y psicológica), y embarazo por violación, de alto

riesgo. Igualmente, se registró que la solicitud de una IVE había sido realizada por la paciente desde su ingreso hace ya varios días; en palabras de Julia:

> *«Desde que llegué a éste hospital no se me oía decir más que no lo quiero tener, lo he dicho desde el primer ginecólogo hasta a todos los demás médicos, y también he hablado con enfermeras, y con todos los que me han visto, les he dicho que yo no quiero seguir con éste embarazo, y algunos no me dicen nada, otros me dicen cosas que no son claras, y otros me dan informaciones… he pensado, y ya me decidí: yo no quiero seguir con éste embarazo» .*

Se inició tratamiento psicofarmacológico para la depresión y el estrés postraumático, junto con intervención psicoterapéutica conjunta por el área de psicología; y se dejó registrada en la historia clínica una certificación de posibilidad de afectación creciente a salud mental de Julia por el embarazo, si éste continuaba, pidiendo al servicio de ginecología y obstetricia celeridad para dar acceso al procedimiento de IVE que había sido pedido por la paciente, dado que se cumplían los requisitos y estaba a punto de vencer el plazo de cinco días legalmente existente en Colombia para que se concrete una solicitud de ese estilo.

En torno a la presencia de un embarazo por violación que no quería ser denunciado por Julia por temor a represalias del agresor sobre ella o su familia, se anotaron tres consideraciones:

- La posible excepción al deber de denunciar la violencia sexual si con ello se pone en riesgo la integridad de la mujer, según lo indicado por la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social;

- La coexistencia en el caso de Julia de dos de las tres causales despenalizadas para interrupción voluntaria del embarazo en Colombia: las causales violencia sexual y salud;

- La suficiencia de la causal salud, por afectación creciente con el embarazo a la salud mental de Julia, para que ésta pudiera acceder a una IVE sin necesidad de recurrir a la causal violencia sexual.

Día 7

En la revista de ginecología y obstetricia se revisó nuevamente la edad gestacional de la paciente, anotándose ahora que corresponde a 20.3 semanas; como resultado de la valoración clínica se registró lo siguiente:

> *«Paciente bien físicamente, refiere anímicamente mal…Ayer fue valorada por psiquiatría quienes comentó su deseo de realizar IVE…Ginecóloga X se comunica con Garantía de Calidad… se decide realizar hoy reunión de ese departamento y comité de ética médica para legalizar la IVE. Actualmente no existe denuncio ante autoridad competente para dar trámite a la interrupción de la gestación. Se notifica a trabajo social».*

Los diagnósticos clínicos anotados al final de la revista fueron los siguientes: Embarazo de 20.3 semanas; Maltrato Intrafamiliar; Trauma Obstétrico; Alto riesgo obstétrico (**psicosocial**); Feto Vivo; G2P1V1; Vaginosis. Ninguno de los diagnósticos relacionados con la afectación a la salud mental de Julia, ni la situación de violencia sexual que originó el embarazo fueron recogidos entre los avalados por la revista del servicio de ginecología y obstetricia.

En seguimiento realizado ese día a la paciente por parte del servicio de psiquiatría se ratificaron los diagnósticos de alteración en la salud mental que fueron dejados de lado en la revista de ginecología y obstetricia, y se dejó registro sobre la reiterada solicitud de acceso a IVE por Julia, junto con su negativa a poner una denuncia por las violencias sufridas, y el enorme sufrimiento emocional que le estaba siendo causado por cuenta de la demora en acceder al procedimiento que solicitaba dada la exigencia de la denuncia formal del evento violento. En palabras de la paciente:

> *«Yo ya les dije que no puedo poner la denuncia por violación, porque me podrían matar o a mi familia… Es que yo no entiendo porqué me ponen tantas trabas, en qué les importa en éste hospital si yo interrumpo o no mi embarazo, si es mi vida y mi cuerpo… y sé que tengo derecho…No entiendo porqué… si yo no puedo sostener más ésta situación mental si sigo con el embarazo… ¡es que es un embarazo por una violación, y ya le he dicho eso a todo el mundo!… ».*

El servicio de psiquiatría realizó intervención en crisis, ratificó el plan de manejo anotado en la valoración del día anterior, e incluyó una nota sobre la psicoeducación que brindó a Julia en torno a sus derechos sexuales y reproductivos, los contenidos de la Sentencia C – 355 de 2006, y los mecanismos para la exigibilidad de esos derechos que estaban al alcance de la paciente. Igualmente, psiquiatría llamó telefónicamente a la gerencia del hospital e informó sobre el manejo que venía siendo dado al caso, haciendo énfasis en la necesidad de dar acceso efectivo a una IVE antes de que se cumpliera el plazo de cinco días estipulado legalmente para ello.

Días 8 y 9

Se inició el fin de semana, y Julia quedó hospitalizada en el servicio de ginecología y obstetricia durante esos dos días, en observación y «*pendiente de denuncia*» ante la comisaría de familia.

En la mañana del día 8, un sábado, el servicio de ginecología y obstetricia dejó una nota en la cual refería que Julia había pedido salida voluntaria, pero que no se le permitía acceder a éste recurso dado que la paciente estaba siendo vista por el servicio de psiquiatría, lo cual ponía en duda su capacidad para tomar decisiones, quedando en manos de una evaluación a realizar el lunes siguiente por el área de auditoría médica la factibilidad de permitirle un alta voluntaria. Adicionalmente, se anota que «*el día lunes se la ubicará en Comisaría de Familia, a pesar que la paciente manifiesta no querer denunciar el hecho por temor a represalias».* En el plan de manejo se registró: «*Reportar el caso a garantía de calidad; Interconsulta trabajo social».*

Psicología realizó seguimiento durante los días sábado y domingo, y encontró que los síntomas ansioso – depresivos de Julia estaban en aumento, debido a la negativa recibida tanto a la petición de acceso a IVE como a la solicitud de salida voluntaria, pues la «*salida voluntaria se ha supeditado a revisión de un auditor, según ginecología, motivo por el cual debe permanecer [la paciente] durante el fin de semana, pues no hay auditores durante éstos días*»; se realizó intervención en crisis para facilitar el afrontamiento de la situación. La experiencia fue descrita por Julia de la siguiente manera:

> *«Estoy muy estresada, no me dejan salir de aquí… estoy pidiendo la salida voluntaria desde el viernes pasado… solo me la dejaron firmar el sábado y me ponen un montón de trabas para todo, no me hacen la interrupción que estoy pidiendo, me piden una denuncia que ya fui clara no voy a poner porque temo represalias contra mi vida o mi familia, me tienen aquí encerrada sin dejarme ir, yo me quiero ir…».*

Durante el día domingo, las notas de enfermería y de ginecología y obstetricia dejaron constancia sobre múltiples llamadas efectuadas por Julia desde su celular, a través de las cuales comentaba con otras personas sobre su situación de encierro en el hospital sin que pudiera acceder a la atención que había solicitado; inclusive, las notas de enfermería registraron que Julia se comunicó telefónicamente con el CAI[1] de la policía más cercano, pidiendo ayuda para poder salir del hospital diciendo que estaba retenida contra su voluntad; los policías se presentaron en el lugar, pero no lograron conversar con Julia, pues el personal hospitalario del piso les informó que se trataba de una «*paciente psiquiátrica*» sin capacidad de decidir, por lo cual sus quejas se estaban tramitando según protocolo interno para esos casos; la historia clínica registró el hecho así:

> *«Agente de policía llega al servicio y se dirige a la jefe, informándole que la paciente llamó a la policía, se le informa que el caso lo lleva garantía de calidad».*

Otras notas de enfermería y evoluciones de ginecología y obstetricia también registraron que Julia se negó durante todo el fin de semana a bañarse, a recibir los medicamentos prescritos para una infección de vías urinarias detectada (aunque si recibió los antidepresivos), a hablar con los ginecólogos o a dejarse examinar por ellos. El plan de intervención anotado en la historia clínica dice «*en manejo multidisciplinario, debe continuar hospitalizada»,* sin otras variaciones.

Día 10

La primera nota del lunes siguiente correspondió a una revista por el servicio de ginecología y obstetricia, e indicaba en el plan de manejo que debía realizarse lo antes posible

1 Centro de Atención Inmediata.

un análisis por parte de un comité de ética ampliado sobre la intervención dada al caso desde el servicio de psiquiatría, y que solo luego del resultado del comité de ética se definiría la pertinencia o no de evaluar el caso por un comité de garantía de calidad, que a su vez establecería tanto la pertinencia del acceso a una IVE como la competencia de la paciente para solicitar una salida voluntaria.

En el transcurso de la mañana la psiquiatra que venía manejando el caso recibió una citación por escrito para asistir a un comité de ética médica a realizarse ese mismo día. Antes de ello, se dirigió a evolucionar a Julia, y encontró que los síntomas de ansiedad y depresión de la paciente habían incrementado, incluyendo las ideas de muerte. Julia le relató sobre su retención en el hospital durante el fin de semana, y agregó que además de llamar a la policía, se comunicó también desde su teléfono celular con la línea para quejas y reclamos de la SDS, pues:

> *«Una doctora me dijo en público el fin de semana que era que no me podían dejar salir porque yo quería era irme a matar la criatura…Otra vino y me dijo duro: ¡Aquí solo nos encargamos de ese problemita suyo cuando denuncie, esas cosas de salud mental y psiquiatría, sus remordimientos y todo lo demás, no nos importan…! Yo ya no quiero que me toquen aquí, quiero ir a otro hospital donde no me pongan trabas ni me traten mal… muchas personas me han tratado mal… como si yo no mereciera respeto!».*

Ante ello, se realizó nuevamente intervención en crisis con la paciente, se ratificaron todos los diagnósticos psiquiátricos y psicológicos anotados previamente, junto con la necesidad de celeridad para brindar acceso a una IVE por causal salud, dado que se habían cumplido todos los requisitos para ello, incluyendo también que se trataba de un embarazo por violación. Igualmente se dejó constancia sobre la idoneidad mental de la paciente para tomar decisiones, por encontrarse con juicio de realidad conservado.

A continuación, desde el servicio de psiquiatría se llamó telefónicamente a la SDS y al Ministerio de la Salud y Protección Social, para informar sobre el manejo que se venía dando al caso de Julia dentro del hospital en cuestión, pidiendo ayuda para garantizar el pronto acceso de la paciente al procedimiento solicitado.

En horas de la tarde se dio inicio al Comité de Ética ampliado que había sido citado, con presencia en esa ocasión del abogado del hospital, las directivas del mismo, los

profesionales del servicio de ginecología y obstetricia, el equipo del área de garantía de calidad, y la psiquiatra que venía tratando a Julia.

En el Comité de Ética no se discutió sobre las barreras de acceso interpuestas a Julia, ni sobre la pertinencia de la IVE en el caso de la paciente, sino en torno a la conducta de la profesional en psiquiatría. Se le acusó de «*inducir al aborto*» a las pacientes del hospital, en el marco de una disquisición en el tema preparada por el abogado invitado, a propósito del caso de Julia. Todos los demás presentes también habían preparado y presentaron sus propios puntos de vista, en apoyo a la tesis del abogado. Se leyeron, comentaron, y descalificaron, apartes de la historia clínica elaborados por los servicios de psiquiatría y psicología. La persona que hacía las veces de gerente hospitalario habló sobre la «*crueldad con el feto*» que estaba presente en toda solicitud de IVE y sobre el compromiso del hospital por la defensa de la vida desde la concepción.

En ese contexto, llegó al Comité una visita no anunciada de la SDS; de ese modo, el Comité de Ética desembocó en una actividad de asistencia técnica en torno al tema de IVE, a propósito del caso de Julia, en la cual se clarificó que brindar información a las mujeres sobre los contenidos de la sentencia C – 355 de 2006 no constituye una inducción al aborto, sino que se trata de una actividad que debiera ser realizada de manera rutinaria durante todas las atenciones en salud sexual y reproductiva brindadas a mujeres en general; que la causal salud contempla la salud mental; que la salud mental se ve alterada por una violación y por la alteración del proyecto de vida de una mujer; que era perentorio efectuar lo antes posible la IVE a Julia, pues había cumplido con todos los parámetros exigidos por la Ley para ello, y que se estaban sobrepasando los límites legales permitidos.

No obstante, los profesionales en ginecología y obstetricia se negaron a realizar el procedimiento, aduciendo que aunque no era objetores de conciencia, no estaban de acuerdo con que ese caso en particular estuviera encuadrado en ninguna de las causales de IVE despenalizadas en el país, y que además consideraban que no se había cumplido con el protocolo interno aprobado en el hospital para la IVE.

En apoyo a lo anterior, presentaron el protocolo interno, avalado por todas las instancias administrativas internas con competencia en el tema, en el cual efectivamente se habían incluido versiones restringidas de las causales despenalizadas, y se planteaban

formalmente exigencias superiores a lo establecido por las normativas colombianas vigentes, tales como: presentación de la solicitud de IVE por parte de la mujer presencialmente ante un comité de expertos, valoraciones sucesivas por múltiples especialistas de diversas áreas, y realización de un comité de garantía de calidad para aprobar finalmente la pertinencia de una IVE en cada caso solicitado.

A continuación, el jefe del servicio de ginecología y obstetricia informó públicamente que «*todas las doctoras ginecólogas que trabajan en el servicio, que son mujeres y madres también, tienen lista una carta firmada para renunciar masivamente si se nos empieza a obligar a hacer ese tipo de cosas aquí; no queremos que nuestro servicio se vea convertido en el abortadero de ésta zona de la ciudad*».

Ante la intervención de la SDS que confrontó a los ginecólogos pidiéndoles clarificar formalmente si eran o no objetores de conciencia, algunos de ellos preguntaron si tal declaración efectuada en el hospital les obligaría a no practicar aborto legales en otras instituciones privadas; clarificado éste punto en cuanto a que la objeción de conciencia era general para todos los ámbitos clínicos en que actuara el objetor, todos los presentes manifestaron no ser objetores, pero se negaron masivamente a realizar el procedimiento.

En éste punto, y ante las sucesivas clarificaciones desde la SDS en torno a la responsabilidad acarreada sobre las personas que continuaran obstruyendo el acceso de Julia a una IVE a la cual tenía legítimo derecho, el jefe del servicio de ginecología y obstetricia del hospital accedió a que la paciente fuera remitida a otra institución hospitalaria que estuviera dispuesta a efectuar la IVE. No se realizó acta del Comité de Ética citado, pero sí de la visita de asistencia técnica finalmente efectuada; igualmente a petición de la SDS, se elaboró y envió a trámite la hoja de remisión de la paciente antes de levantar la reunión.

Julia fue informada del curso que tomaría su caso, y debió esperar en pisos el resto del día hasta que fue confirmada una remisión y conseguida una ambulancia para ser trasladada hasta el hospital universitario de tercer nivel de atención especializado en salud materno – perinatal que la recibió, allí llegó en la noche; al día siguiente en horas de la mañana (**día 11**) le fue realizada una IVE, sin complicaciones.

Grupo
Médico
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA