

Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia

Juliana Tamayo Muñoz
Clara María Restrepo Moreno
Laura Gil
Ana Cristina González Vélez

Grupo
Médico
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA

Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia

Juliana Tamayo Muñoz, Clara María Restrepo Moreno,
Laura Gil, Ana Cristina González Vélez

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

Noviembre de 2015

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 especialidades, 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.

Autoras

Juliana Tamayo Muñoz, Clara María Restrepo Moreno,
Laura Gil, Ana Cristina González Vélez

Reconocimiento especial a Salomé Valencia por la revisión sistemática sobre violencia obstétrica que fue una base importante para este documento.

Diseño y diagramación: www.glyphosxp.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
1. Evidencia y Elementos conceptuales	7
Violencia contra la mujer	7
Violencia contra la mujer como vulneración de Derechos Humanos	8
Tipos de violencia obstétrica	9
Violencia obstétrica en aborto	11
Factores determinantes para la violencia obstétrica en caso de aborto	12
2. Marco normativo	16
3. El problema de violencia obstétrica en casos de Interrupción voluntaria del embarazo	18
4. Conclusiones	23
5. Recomendaciones	25
Nivel individual y comunitario:	25

Nivel institucional: 26

Nivel legislativo: 27

6. Referencias 28

Introducción

El Grupo Médico por el Derecho a Decidir hace parte de la red Global Doctor's for Choice, que tiene representación en varias regiones del mundo (África, USA, Europa y América Latina). En esta oportunidad el grupo desea hacer pública su posición frente al fenómeno de la Violencia Obstétrica (VO) durante la atención al parto y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Desde la visión como médicos de diferentes especialidades que integran el grupo, la VO constituye una forma de violencia de género que vulnera los derechos fundamentales de la mujer que solicita asistencia médica para el parto y el aborto.¹

En el devenir de la práctica obstétrica se hace evidente la frecuencia con la cual, en los servicios de urgencias, el personal asistencial incurre en prácticas irrespetuosas y violentas que como resultado de constructos socioculturales, naturalizan la violencia contra las mujeres.

Como profesionales de la medicina comprometidos con la defensa de los derechos de las mujeres, y en especial sobre su derecho a decidir de manera libre e informada sobre

¹ Este documento toma como referencia, la revisión sistemática sobre violencia obstétrica realizada para el Grupo Médico por la Dra. Salomé Valencia.

su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, hacemos pública nuestra opinión respecto a la necesidad de un enfoque de derechos en el tema de la VO en casos de atención al parto y el aborto; dicho enfoque se hace indispensable en la medida en que el abordaje del problema desde la perspectiva de la calidad en la atención hospitalaria muestra ser insuficiente, debido al peso que las actitudes y tradiciones culturales y morales tienen en el personal al momento de estas intervenciones.

Desde nuestro compromiso con la defensa del derecho de las mujeres para decidir insistimos en la necesidad de una política pública, que garantice a las mujeres su derecho a la no discriminación y a la no violencia o maltrato por razones de género y que ésta abarque el ámbito de la salud.

1. Evidencia y Elementos conceptuales

Violencia contra la mujer

Se entiende por violencia contra la mujer toda agresión física, sexual y psicológica, que tenga lugar dentro de la unidad doméstica o en la comunidad, y que sea perpetrada por cualquier persona; los actos de violencia comprenden, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual; los lugares en los que este tipo de violencia pueden ocurrir son: el lugar de trabajo, instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y puede ser perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra (1).

Se estima que en el mundo, alrededor de 35% de las mujeres son víctimas de violencia de género y que más de 70% de estas serán víctimas a lo largo de su vida; que los

costos en salud y por pérdidas directas en productividad van desde 5.800 millones de dólares en los Estados Unidos de Norte América, 13.600 millones en Australia, hasta 22.900 millones de libras esterlinas en Inglaterra. La violencia de género es pues un problema de salud pública que requiere la elaboración de políticas estatales y de programas de salud encaminados a su pronta erradicación. (3)

El reconocimiento de cualquier forma de agresión como violencia contra la mujer, permite su conceptualización como forma de vulneración de los derechos fundamentales y su visibilización en los diversos ámbitos, tanto públicos como privados, en los que puede ocurrir. Así, la vulneración de los derechos de las mujeres trasciende las fronteras de lo doméstico y se identifica fácilmente en prácticas públicas, tanto en el nivel individual como en el institucional, como se ampliará más adelante.

8 | **Violencia contra la mujer como vulneración de Derechos Humanos**

Las diferentes declaraciones y convenciones internacionales sobre derechos humanos, de los cuales Colombia no solo ha sido signataria, sino que los ha incluido en su Constitución política y en leyes nacionales, ratifican que toda mujer en este país tiene derecho a: una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado; al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: (a) El derecho a que se respete su vida; (b) El derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; (c) El derecho a la libertad y a la seguridad personales; (d) El derecho a no ser sometida a torturas; (e) El derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia; (f) El derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley; (g) El derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos; (h) El derecho a la libertad de asociación; (i) El derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley; y (j) El derecho a igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones (1).

De acuerdo con lo anterior, la violencia contra la mujer, como violación de derechos y las libertades fundamentales vulnera el ejercicio de dichos derechos y libertades. Es necesario agregar que existen factores que agravan la vulnerabilidad de las mujeres, tales como la pertenencia a minorías étnicas, las condiciones de refugio y migración, la pertenencia a entornos rurales, remotos o de reclusión; condiciones como la indigencia, la edad (ser niña o anciana), la discapacidad y especialmente, las situaciones de conflicto armado (3).

Con base en lo presentado hasta este punto es posible afirmar que algunas prácticas, ejercidas por el personal asistencial de los servicios de obstetricia, durante la atención a mujeres en situación de parto y aborto, según los criterios antes planteados, pueden ser consideradas como formas de violencia contra la mujer. Al conjunto de estas prácticas, que más adelante se ampliarán, se les denomina *Violencia Obstétrica (VO)*.

Tipos de violencia obstétrica

La VO se ha definido como «la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, **trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.**»² (4)

Dos estudios sobre VO, realizados en Nigeria y Venezuela, arrojan una prevalencia que varía entre 79,5 y 98% (5, 6, 7),³ señalando los procedimientos no consentidos como el tipo de maltrato más frecuente, y a las enfermeras como las principales ejecutoras de la misma, ocasionando un serio impacto en la salud de las mujeres embarazadas y los recién nacidos (7-10). En un estudio nigeriano 98% de las puérperas reportaron haber sufrido algún tipo de VO, y señalaron los procedimientos no consentidos en primer lugar (54,5%) y el abuso físico en segundo lugar (35,7%). (6). De forma similar una

² El resaltado es nuestro (*Nota de las autoras*).

³ Estos datos, a pesar de provenir de estudios con muestras significativas, requieren ser replicados, para conocer si son o no representativos.

investigación venezolana reportó como principal maltratador al personal de enfermería (67,5%) y luego los médicos (53%) (11).

Con respecto a las repercusiones para las mujeres víctimas de VO se ha descrito el trastorno de estrés postraumático en grados variables que van desde irritabilidad hasta franca depresión con ideación suicida. (8-10) Se reportan también repercusiones en los hijos de estas mujeres, sobre todo en su salud mental futura (retardo cognitivo, del desarrollo físico y del comportamiento, así como problemas metabólicos en la edad adulta) (12).

Hay numerosas prácticas que se pueden catalogar como VO, la mayoría de las cuales ocurren durante la atención del parto y solo pocos estudios hacen referencia a la atención del aborto⁴. Dichas prácticas pueden agruparse en dos categorías principales: el trato deshumanizante y la realización de actos médicos no consentidos (11).

10 |

Dentro de los actos médicos sin consentimiento se mencionan aquellos procedimientos que se realizan en los servicios obstétricos de forma rutinaria sin indicaciones clínicas justificadas, sin informar ni ser consentidos por las mujeres, a pesar de que la evidencia científica ha resaltado su práctica la mayoría de las veces, como innecesaria y hasta peligrosa. Entre los más frecuentes están: inducir con oxitocina —algunos estudios muestran que la inducción rutinaria llega a ser hasta en 92,7% de los partos—(13); realizar enema, rasurado, múltiples exámenes vaginales/diferentes examinadores; imponer el decúbito dorsal obligatorio/imposibilitar el libre movimiento; hacer episiotomía, realizar la maniobra de Kristeller, practicar cesárea cuando hay condiciones para el parto natural —las cifras sobrepasan el 38% indicador muy superior a lo recomendado por la OMS—(14); prohibir la compañía de la familia durante el trabajo de parto y el parto; no brindar información adecuada y oportuna; no solicitar el consentimiento informado.(15)

Por otra parte, las prácticas de trato deshumanizante más frecuentes comprenden: criticar a la mujer por llorar o gritar durante el parto; impedirle hacer preguntas o manifestar sus miedos o inquietudes; burlarse, hacer comentarios irónicos y descalificarla; estrujarla o golpearla; negarle deliberadamente analgesia o anestesia cuando está indicada y obstaculizar el apego precoz en ausencia de indicación médica.(16)

⁴ Debido a esto el grupo médico llevó a cabo, durante el año 2015, dos reuniones en las cuales se analizaron las experiencias de diversos especialistas y entidades para comprender mejor este tipo de VO.

El origen de la VO obedece básicamente a los siguientes aspectos: la expresión de la cultura patriarcal que se ha apropiado de los procesos naturales de la vida de la mujer (16); la relación de poder ejercida por el personal de salud sobre la materna (17); la desmedida valoración que la obstetricia hace del uso de la tecnología (18) y la extensión a los hospitales de las dinámicas violentas prevalentes en la sociedad.(19)

Ahora bien, teniendo en cuenta la ocurrencia de la VO en el contexto del parto, urge llamar la atención hacia la manifestación de este fenómeno en el caso en que la mujer solicita la interrupción voluntaria del embarazo. En este caso convergen para el maltrato elementos tanto idiosincrásicos (actitudes y creencias), socio-culturales (preceptos morales y canónicos, ilegalidad), como institucionales (los códigos de las profesiones, los lineamientos de las asociaciones de profesionales) de enorme impacto no sólo en los indicadores de oportunidad y cumplimiento contemplados dentro de la ley 100 en el marco de la calidad de la atención, sino también en la salud y dignidad de la mujer.

Violencia obstétrica en aborto

Luego de dos sesiones de trabajo y análisis de las experiencias de diversos especialistas y entidades, el Grupo Médico ha logrado identificar, que después de nueve años de emitida la sentencia C-355 de 2006, una vez una mujer franquea las múltiples barreras de acceso a un aborto legal y seguro, frecuentemente se ve expuesta a prácticas que vulneran sus derechos durante la atención para la interrupción de su embarazo. Entre ellas se encuentran:

- Cuidado no confidente: referirse a la mujer en público con calificativos estigmatizantes o haciendo alusión a su decisión de forma peyorativa («la del aborto»), o no ofrecer privacidad para la consulta y el examen físico.
- Cuidado no digno/discriminación: no asesorar sobre su derecho, negar información veraz e imparcial, retrasar la atención y la realización del procedimiento, retrasar o no asignar cama, acomodar intencionalmente y con fines «aleccionadores» junto a madres con sus recién nacidos.

- Cuidado sub-óptimo: uso de tecnologías inadecuadas u obsoletas: legrado cortante en lugar de aspiración endouterina.
- Abuso físico: manejo insuficiente o no manejo del dolor
- Abuso psicológico: amenazar, acusar, culpabilizar, humillar, re victimizar tratar de cambiar su decisión

De otro lado el estigma del aborto se perpetúa tanto por la auto-incriminación y sentimientos de vergüenza, que promueven en la mujer la aceptación del maltrato, como por la atribución que el personal médico puede hacer del tratamiento como una desviación del recurso sanitario en un problema «causado» por la usuaria.

Factores determinantes para la violencia obstétrica en caso de aborto

12 |

Se denominan factores determinantes en salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

En los factores determinantes de VO se pueden identificar factores que van desde lo general, como la ausencia de mecanismos legislativos o la ilegalidad, hasta lo particular, como mecanismos comunitarios e individuales y la falta de legitimidad para quienes solicitan un aborto. A continuación se describen ambos tipos de factores y se especifican luego de éstos, los que consideramos son factores determinantes de la perpetuación de la violencia obstétrica en la atención del aborto.

Mecanismos legislativos:

Entre estos mecanismos se distinguen, en primer lugar, la ausencia de un conjunto de leyes y políticas nacionales que hablen específicamente de violencia obstétrica y menos aún de violencia obstétrica en atención del aborto; en segundo lugar faltan mecanismos legales de reparación para las víctimas de VO o de violación de derechos sexuales

y reproductivos y; en tercer lugar es evidente, en la práctica, la ausencia de liderazgo y gobernanza, así como la falta de estándares y supervisión en los lugares de atención, y la ausencia de mecanismos de rendición de cuentas.

Mecanismos institucionales:

En el ámbito institucional pueden identificarse factores en diferentes niveles:

- Formación del personal asistencial: las facultades del área de la salud promueven un tipo de profesional hegemónico, asistencialista y paternalista que no reconoce el derecho de la gestante a decidir sobre su cuerpo, subestima y descalifica su conocimiento y opinión e invisibiliza las conductas de irrespeto que ejerce hacia ellas. Sumado a lo anterior es claro que existe un déficit de recurso humano en general y de recurso humano capacitado en el tema de IVE en los servicios obstétricos, así como de oportunidades de desarrollo profesional, lo cual influye negativamente en la calidad de la prestación de estos servicios.
- Desconocimiento por parte del personal médico del marco legal existente en Colombia, sobre IVE. Falta una interpretación amplia y completa de la sentencia C-355/2006, sobre todo en lo referente a la interrupción en edades gestacionales avanzadas y la causal salud, en especial en su dimensión mental.
- Falta de procedimientos estandarizados: inadecuada aplicación del protocolo de asesoría para IVE, que somete a la mujer a veces a intervenciones innecesarias, re-victimizadoras y que retrasan el proceso, como por ejemplo: al exigirle ser evaluada por el equipo psicosocial (a pesar de que la mujer haya documentado correctamente alguna de las causales contempladas por la sentencia C-355/2006); al imponerle una ecografía obstétrica innecesaria o una serie de exámenes de laboratorio.
- Falencias en la infraestructura física: se evidencia en la falta de locaciones especiales para las mujeres que solicitan IVE tanto en hospitalización como en cirugía, donde son alojadas y atendidas como si fueran una gestante en proceso de parto.

Mecanismos comunitarios:

Las actitudes y creencias, socialmente compartidas por diferentes grupos llevan a la «naturalización» de la conducta irrespetuosa y abusiva durante la atención del parto y el aborto, con base en la elaboración de juicios basados en valores establecidos socialmente o transmitidos culturalmente.

Así la comunidad, en lugar de constituirse como mecanismo de compromiso y supervisión de los derechos, se convierte en factor de introyección de normas, juicios y «permisos» perpetuadores del abuso y el irrespeto hacia las mujeres.

Sumados a los factores comunitarios mencionados, la falta de educación en salud sexual y derechos humanos y sexuales y reproductivos, lleva a las mujeres a renunciar (de manera implícita) a los mismos y a asumir como «normal» el maltrato al que son sometidas.

14 |

Mecanismos individuales:

Existen así mismo mecanismos que operan tanto por parte del personal de salud como de las usuarias de los servicios de IVE. En este nivel se dan interacciones potencial o efectivamente irrespetuosas o violatorias de los derechos, como resultado de variables idiosincrásicas y circunstanciales que confluyen en el momento de la atención.

En primer lugar se debe señalar lo diferente que la experiencia subjetiva de la atención es para la mujer y para el personal de salud que la atiende. Para la primera se trata de una situación desacostumbrada, en un entorno físico y social desconocido; mientras que para el segundo se trata de un procedimiento rutinario en un entorno físico y social cotidiano. Así, lo que para el médico y la enfermera son tareas frecuentes, para la mujer puede constituir un evento generador de angustia y temor.

En segundo lugar es posible identificar un enorme vacío en el conocimiento de las mujeres acerca del derecho a decidir sobre su propio cuerpo, específicamente en lo concerniente a las causales para IVE, producto de la deficiente educación en materia de derechos sexuales y reproductivos imperante en nuestro sistema educativo, lo cual la incapacita para poder exigirlos durante su atención en salud.

Por parte del personal médico es importante resaltar el uso inadecuado que a menudo hace de su derecho a la objeción de conciencia y, sumado a esto, variables como el cansancio, la frustración, la falta de recursos institucionales para atender un enorme volumen de usuarias, pueden influir en la práctica convirtiéndola en indolente. La mujer que solicita IVE, sus necesidades, temores y objeciones particulares, se convierten en obstáculos e imprevistos que para el médico, sometido a estas presiones, entorpecen el desarrollo de las actividades cotidianas del servicio terminando por tanto en negarles o retrasarles la atención que requieren.

La impredecibilidad y difícil control de los mecanismos individuales subrayan la necesidad de formulación de estrategias comunitarias, institucionales y legislativas que minimicen la ocurrencia e impacto de las variables dependientes de las características particulares a las situaciones y personas que participan en la atención del aborto.

2. Marco normativo

Con respecto a los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, diversas organizaciones de salud de orden internacional han desarrollado agendas específicamente orientadas hacia su defensa.

En este sentido, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1996) reconoció que la prevención de la violencia, incluida la violencia contra las mujeres era una prioridad de salud pública, que requería acciones urgentes y en 2002 realizó el primer reporte mundial sobre violencia y salud que incluyó un capítulo dedicado a la violencia intrafamiliar y sexual (20).

Por su parte, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1997), hizo una declaración sobre la violencia contra las mujeres, destacando el papel que esta organización y sus afiliados tienen en el manejo de este problema.

Más tarde en 2009 la FIGO, su reporte sobre asuntos éticos en obstetricia y ginecología incluyó varias recomendaciones promoviendo el cuidado respetuoso durante el parto y

revisó varios principios éticos relevantes para el trato respetuoso durante el parto tales como: el consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad y la relación médico paciente (19).

Recientemente la OMS se pronunció acerca la «prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud», y advirtió que: «En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación». Reclama «un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos (21). Así mismo, varios países de América Latina y el Caribe han aprobado leyes o artículos de reforma a sus respectivos Códigos Penales para sancionar la violencia contra las mujeres (22).

Sin embargo, hasta el momento, únicamente tres países han incluido en su legislación el tema específico de la VO: Venezuela (2006) en su «Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia» (4), Argentina (2009) en la «Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales» (22, 23) y México (2014) en la «Ley general de acceso a una vida libre de violencia» (24).

Al respecto en Colombia existe desde 2008 la ley 1257; «Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres...». En esta ley no aparece tipificada la VO como tal, pero si está claramente definida la violencia contra la mujer y especificados varios tipos de violencia, que son similares a los contemplados en las leyes sobre VO de los países citados anteriormente (25).

3. El problema de violencia obstétrica en casos de Interrupción voluntaria del embarazo

Alejandra⁵ de 20 años, embarazada como resultado de violencia sexual. Solicita la interrupción voluntaria de su embarazo presentando la debida denuncia. Luego de la valoración médica y asesoría, es remitida con la celeridad del caso con la persona encargada de emitir la autorización de servicio para ser atendida en la red de prestación de servicios de su EPS. Al ser llamada a la oficina, intenta ingresar con su pareja a lo cual la funcionaria reacciona en voz alta y en público diciéndole «debe entrar sola porque es a su hijo al que vamos a matar».

Ese mismo día acude al hospital de referencia, en donde al ser invitada a pasar de la sala donde esperaba con otras pacientes al área de hospitalización, es llamada como: «Que siga la que viene a abortar». En el proceso de ingreso, el profesional de la salud obtiene su consentimiento informado, expresándole verbalmente que el riesgo de muerte como consecuencia del aborto es bastante alto y que ella lo debía asumir.

Una vez hospitalizada recibe el cuidado médico necesario sin complicaciones y con una recuperación física satisfactoria no así emocional, debido, según ella misma, a la humillación de la que fue objeto reiteradamente.

Mónica, profesional de 38 años solicitó la interrupción voluntaria de su embarazo luego de recibir un diagnóstico de malformación fetal severa que fue devastador para ella. Durante la hospitalización y mientras recibía los medicamentos necesarios para la terminación de su embarazo, recibió reiteradas visitas por parte de personal de la clínica que ingresaba con imágenes religiosas a rezar a su habitación y a pedirle que cambiara su decisión. Una vez concluyó el proceso, la enfermera que asistía a su médico tratante, le expresó su deseo de que ella «en algún momento recibiera perdón por el pecado que acababa de cometer».

María, de 14 años, nunca había salido de su pueblo. Fue víctima de violación en el marco del conflicto armado, y luego de múltiples barreras y amenazas a su integridad personal y de ser remitida a varias instituciones, logró acceder, 18 semanas después, a la interrupción voluntaria de su embarazo en un hospital en una ciudad muy lejana a su lugar de origen. No le fue permitido ver ni hablar con su familiar durante la hospitalización en sala de partos. Al momento de su egreso le entregaron el feto en un recipiente plástico ya que «era ella quien debía hacerse cargo de lo que había hecho».

Andrea, de 21 años, estudiante, solicitó la interrupción de su embarazo de 8 semanas porque la continuación del mismo ponía en riesgo su salud mental tal y como lo certificaron el médico y la psicóloga que la valoraron inicialmente. Fue hospitalizada en la sala de partos en una camilla, junto a mujeres en trabajo de parto o en postparto inmediato y mantenida sin comer durante 3 días en espera de que fuera el turno de un obstetra no objetor de conciencia. Uno de los profesionales de turno le expresó que «a él no lo engañaría con su supuesta depresión y angustia»; otro ordenó a las enfermeras ubicar a la paciente junto a las madres con bebé para que pensara mejor su decisión.

Al cuarto día se inició el proceso mediante la administración de medicamentos que como efecto esperable le causaron dolor severo y diarrea. El proceso se tomó más de lo esperado al no haber siempre personal no objetor de conciencia para administrarle los medicamentos con el intervalo indicado. Luego de 24 horas durante las cuales no recibió analgesia adecuada ni ayuda para asearse y fue reprendida en numerosas ocasiones por llorar, presentó la expulsión completa del producto del embarazo sin complicaciones, sin embargo, tuvo que esperar 8 horas más para ser llevada a un legrado cortante, médicamente innecesario. Cuando fue llevada a la sala de cirugía permaneció desnuda y con las piernas abiertas sobre los estribos durante varios minutos mientras las puertas estaban abiertas y diferentes personas transitaban frente a ella.

En las situaciones descritas anteriormente es posible identificar un considerable número de acciones y omisiones que atentaron contra los derechos fundamentales de estas mujeres.

Las vulneraciones a las que son sometidas, inician desde las dificultades que encuentran para acceder a los servicios a los cuales tienen derecho y una vez les son garantizados, son víctimas de prácticas y actitudes que van desde la falta de apoyo emocional y empatía en una situación difícil hasta conductas constitutivas de tortura como la retención forzada y la humillación pública.

Violación del derecho a la salud: Subestimación de la importancia de la dimensión mental de la salud, no solo cuando se trata de reconocer la causal salud sino también una vez reconocida y certificada la existencia del riesgo, al verse ridiculizadas o cuestionadas sobre la veracidad de sus síntomas emocionales. Algunas de las prácticas observadas durante el tratamiento incluso ponen en riesgo la salud mental y física de las mujeres que reciben la interrupción voluntaria del embarazo.

Negación del servicio por parte de la institución prestadora de salud: Negación que ha sido denominada y ejercida tradicionalmente como «objeción de conciencia institucional», figura jurídica inexistente que en los últimos años ha sido reemplazada por el argumento de «no tener habilitado el procedimiento», el cual, de igual forma es falaz, en tanto las instituciones reciben la habilitación de servicios (en este caso de obstetricia) y no de procedimientos. Esta negación resulta en un peregrinaje por diferentes instituciones que supone una carga desproporcionada para la mujer y que debería ser

asumida por su EPS, realizando remisiones efectivas, contando con rutas de atención definidas y exigiendo a sus IPS la prestación de los servicios de IVE con la oportunidad y calidad necesarias.

Victimización de la población más vulnerable: Con frecuencia las mujeres que requieren una IVE se encuentran en situaciones de vulnerabilidad (víctimas de violencia, aquejadas por enfermedades o con afectación de su estado emocional, jóvenes, sin red de apoyo, etc.) y esta vulnerabilidad, lejos de ser un determinante de un trato diferencial que busque reparar la inequidad, es explotada por el personal de la salud en contra de la mujer. Es el caso por ejemplo de las mujeres jóvenes que son estigmatizadas como irresponsables o de las mujeres con afectación de su salud mental que son percibidas como inmaduras e incapaces de decidir sobre su cuerpo y su salud sexual y reproductiva.

Discriminación de la mujer e invisibilización como sujeto de derecho: En ocasiones se prioriza la vida del embrión o del feto con argumentos religiosos o morales por encima del derecho de la mujer a recibir el tratamiento necesario para evitar un riesgo para su salud o su vida. Cuando se le obliga a la mujer a escuchar estos argumentos o desacuerdos con su decisión o se le expone de manera no solicitada y cruel al feto, se le anula como persona y como mujer, condicionando su valor a la aceptación de la maternidad.

Exposición a información no solicitada o inexacta acerca de su salud y sus derechos: La exageración de los riesgos asociados al aborto, la descalificación de su decisión al equipararla con el asesinato, la minimización de los riesgos asociados a la continuación del embarazo, evidencian prácticas violatorias del derecho a la información, que si bien en ocasiones resultan en una barrera de acceso a la IVE infranqueable, en los casos en los que la mujer logra acceder al procedimiento, imponen una carga emocional y un sufrimiento equiparable a la tortura.

Violación de la confidencialidad: la exposición pública como mecanismo de escarnio y de estigmatización y la violación del secreto médico cuando personal no tratante interviene en el proceso de la paciente con fines coercitivos o aleccionadores, constituyen una clara violación al derecho a la privacidad.

Desconocimiento de la libertad de creencias: la intervención disuasoria por parte religiosos, o de personal que expone sus creencias religiosas contrarias al aborto así

como la obligación a presenciar manifestaciones religiosas, evidencia la violación del derecho a la libertad de creencias y pone a la mujer en un falso estatus de inferioridad moral.

Tortura y tratos degradantes: Los largos periodos de espera, de ayuno, la negación o la inoportunidad en la asistencia para el aseo personal y el manejo del dolor, la desnudez y la exposición y la realización de procedimientos obsoletos o innecesarios y la sobre-medicalización se constituyen en prácticas cotidianas de la sala de partos que desafortunadamente en ocasiones no son reconocidas ni por el personal ni por las pacientes como humillantes. En el contexto del aborto, estas prácticas en ocasiones son utilizadas de manera consciente como un mecanismo de castigo social o de aleccionamiento. En otras ocasiones son el resultado de la falta de implementación y planeación de los servicios como resultado de la estigmatización del aborto como un procedimiento médico indeseable. Ejemplo de estas falencias son la falta de capacitación específica y sensibilización del personal, las fallas en la infraestructura y la ausencia de vigilancia y sanciones para quienes discriminan a las pacientes que requieren una IVE.

4. Conclusiones

Con base en los anteriores argumentos, el Grupo Médico por el Derecho a Decidir reconoce como VO toda forma de trato que falte el respeto a las mujeres, incluida la realización de procedimientos médicos sin consentimiento a las gestantes. La VO es un fenómeno que ocurre en nuestro país y que hace parte de la violencia contra la mujer; que vulnera sus derechos sexuales y reproductivos; el grupo reconoce que la VO se origina en diversos niveles, tanto el personal como el social e institucional y que ocasiona secuelas importantes en la salud integral de la mujer y su hijo durante el parto.

En el escenario particular de la interrupción voluntaria del embarazo existen agravantes que profundizan la intensidad y las consecuencias de las prácticas violentas, empezando por la evidente invisibilización en el discurso público, académico y legislativo del aborto inducido como uno de los eventos obstétricos en los que la mujer puede ser víctima de violencia obstétrica.

El rechazo social y el juzgamiento hacia la mujer que decide no asumir la maternidad se suma como un potenciador al resto de factores que normalmente juegan un rol en el

ejercicio de la violencia hacia las mujeres en durante el parto, con el agravante de que el estigma y la alienación experimentadas por la mujer que aborta, terminan en muchas ocasiones convenciéndola de que es merecedora del maltrato y por lo tanto no lo reconoce como tal, o lo justifica, imposibilitando así la exigencia del respeto a sus derechos.

A partir de lo construido durante las reuniones llevadas a cabo por el grupo se considera que la VO en casos de aborto se manifiesta de diversas formas, entre ellas la información incompleta o falsa, orientada a generar culpa en la mujer que solicita un aborto; invisibilización de la mujer, dando prioridad al derecho del embrión/feto por encima de los derechos fundamentales de la mujer; las estrategias disuasorias tales como la prolongación innecesaria de la hospitalización, la remisión innecesaria a otros profesionales o instituciones, la actitud punitiva hacia la mujer que decide sobre su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, la exposición a situaciones en las que se somete la mujer a comparación con otras mujeres en proceso de parto.

24 |

Identificamos algunos factores perpetuadores de la VO en casos de aborto que merecen ser atendidos para lograr su atenuación en el mediano plazo como la insuficiente formación académica del personal en salud, que no incluye una formación en el tema de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos y requiere de una intervención urgente para que sea integrado en sus programas. También la división que erróneamente establecen los entes regulatorios y tomadores de decisiones (en las instituciones y a nivel público), entre maternidad segura y aborto, ya que esta falsa separación conlleva a una ausencia de regulación, vigilancia y control del problema.

A partir de esta reflexión, el Grupo Médico por el Derecho a Decidir señala el problema de la VO en casos de aborto, como parte fundamental de una problemática más amplia que comprende todo el fenómeno de violencia contra la mujer y que hace que sea prioritario intervenir en aspectos fundamentales involucrados, tales como la falta de investigación al respecto, la necesidad de una conceptualización y tipificación de la problemática y la identificación de otros factores perpetuadores.

5. Recomendaciones

De acuerdo con lo expuesto previamente en el documento, las siguientes son las recomendaciones que el Grupo Médico por el Derecho a Decidir considera pertinentes para garantizar una atención digna y de calidad a las mujeres que solicitan IVE a las instituciones de salud.

Nivel individual y comunitario:

- Incluir y promover la temática de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos en la escuela.
- Educar y empoderar particularmente a las mujeres en el reconocimiento y la exigencia de sus derechos fundamentales y los derechos sexuales y reproduc-

tivos, en especial cuando acceden al servicio de IVE, situación en la cual deben saber que merecen el mismo trato que cualquier otra mujer que solicita otros servicios médicos.

Nivel institucional:

- Incluir el tema de violencia obstétrica desde la perspectiva de derechos en los currículos de educación del personal de la salud.
- Capacitar al personal de salud en el marco legal vigente y protocolos de atención vigentes para las mujeres que solicitan IVE.
- Sensibilizar al equipo administrativo y asistencial en el trato digno a las mujeres que solicitan servicios de IVE así como en aspectos de género y enfoque diferencial frente a poblaciones vulnerables.
- Identificar y reubicar al personal objetor/obstaculizador, además de proveer personal médico no objetor en todas las instituciones.
- Adecuar espacios físicos diferenciados para la atención de mujeres en proceso de IVE, quienes deben estar separadas de las gestantes en labor de parto y postparto.
- Garantizar el derecho a la analgesia, la sedación, los ansiolíticos pero también a la libre expresión del dolor físico y emocional.
- Implementar prácticas basadas en la evidencia y tecnologías modernas en la atención de las pacientes en situación de aborto como la aspiración endouterina, el uso de los medicamentos adecuados y en las dosis e intervalos indicados, la racionalización de la medicalización y el intervencionismo.
- No discriminar, brindar ayuda y apoyo a los prestadores de servicios de IVE.

- Establecer mecanismos de autorregulación, vigilancia y sanción de la violencia obstétrica, como la búsqueda activa de casos y las rutas de comunicación necesarias para que las pacientes sean escuchadas.

Nivel legislativo:

- La inclusión de legislación relativa a la definición y descripción de la violencia obstétrica con todas sus formas de expresión tanto en caso de gestantes en proceso de parto como de aborto, para que una vez caracterizada se puedan establecer mecanismos claros de vigilancia y control, tendientes a la erradicación de la misma.

6. Referencias

1. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer «Convención de Belem do Pará.» 1994. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
2. Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures2014>.
3. ONU Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer/Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993
4. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. República Bolivariana de Venezuela. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2007; 1–91

5. Terán P et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Obstet Ginecol Venez*. 2013; 73(3):171-80.
6. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based child-birth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 128(2): 110-3.
7. Todd, A. M. (2013). The impact of a traumatic birth: An exploration of mothers' experiences. (Tesis de maestría no publicada). University of Chester, United Kingdom. Disponible en: <http://core.ac.uk/download/pdf/20072899.pdf>
8. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J AdvNurs*. 66. England: 2010 Blackwell Publishing Ltd.; 2010. p. 2142-53.
9. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med* 2006; 11:389-98.
10. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J PsychosomObstetGynaecol*. 2008; 29:240-50.
11. Terán P, Castellanos C, González M. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *RevObstetGinecolVenez* 2013; 73(3):171-80-
12. Odent M. La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad. Editorial Obstore.Tercera edición 2012.
13. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery* 2013;29(10):1151-7.
14. Panorama de la salud 2007 indicadores de la OCDE. Disponible en: www.oecdbookshop.org/get-it.php?REF=5KMMNT5689HK&TYPE=browse

15. Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, et al. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC pregnancy and childbirth* 2013;13(1):21.
16. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359:1681-5.
17. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *RevObstetGinecolVenez* 2012;72(1):4-12.
18. Aguiar J, d'Oliveira, Schraiber LB. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. *Cadernos de SaúdePública* 2013;29(11):2287-96.
19. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health. 2010.
20. Garcia-Moreno C, Stockl H. Protection of sexual and reproductive health rights: addressing violence against women. *Int J GynaecolObstet* 2009; 106:144-7.
21. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Programa de Reproducción Humana. Declaración 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=.
22. Ley Nacional 25.929 de parto humanizado. Derechos de padres e hijos durante el proceso del nacimiento. Disponible en: www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/educacion-permanente-en-servicio/ley_nacional_25929.pdf2004.
23. Ley Nacional 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones

interpersonales. Disponible en: www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/imagenes/stories/Equipos/educacion-permanente-en-servicio/ley_nacional_26485.pdf2009

24. GIRE. Omisión e indiferencia derechos reproductivos en México. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf> .
25. Ley 1257 de 2008»Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones». Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054 [Marzo, 2015].

Grupo
Médico
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA