

## Informe Final Investigación Jurídica Bolivia

### Católicas por el Derecho a Decidir Bolivia

#### Introducción

Bolivia, durante un gobierno dictatorial de Hugo Banzer Suarez (1971- 1978) aprobó el Código Penal<sup>1</sup>, norma que si bien no fue debatida socialmente ni en instancias representativas por el contexto político que atravesaba el país, en relación al aborto se asumió una posición político criminal adoptando el sistema de causales por el cual se considera un delito salvo en los casos expresamente establecidos, siguiendo la corriente que se impuso en ese tiempo en la región.

El Código Penal a partir del Título VIII Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal, Capítulo II Aborto, regula siete tipos penales que sancionan el aborto, en sus diferentes modalidades, en los artículos 263, 264, 265, 267, 268 y 269. No obstante, también se regula en el artículo 266 la figura de Aborto Impune que permite la interrupción legal del embarazo bajo determinadas causales.

No obstante, y pese al contexto en el cual se promulgó dicha regulación, esto no implicó que durante los gobiernos democráticos se avance en los derechos de las mujeres, ni mucho menos en sus derechos sexuales ni derechos reproductivos. Si bien a partir de la figura penal de Aborto Impune se reconoce la posibilidad de acceder al mismo cuando exista riesgo para la vida o la salud de la madre o cuando este resultaba de un hecho de raptó, estupro o violación, no se contó con datos que acrediten el acceso al servicio ni siquiera bajo estas causales. Es a partir de la Encuesta Postcensal de Salud Materna del año 2000 que se tiene que el 9.1% de las muertes maternas son resultado de abortos<sup>2</sup>, datos que posicionaron al aborto como la tercera causa por la que mueren las mujeres en el país.

Este estado de situación se encontraba agravado por la penalización de la práctica del aborto y la formalización de los requisitos para acceder a uno, lo que incidió en que estos sean realizados en ambientes que no contaban con las condiciones mínimas requeridas, ni con insumos, tecnología adecuada ni personal de salud capacitado para realizar el procedimiento.

El 2009, Bolivia promulgó una nueva Constitución Política del Estado, la cual incluyó un amplio andamiaje de derechos y garantías, entre las cuales está el reconocimiento a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, no obstante, estas incorporaciones no generaron cambios sustanciales en el acceso de las mujeres al aborto. De acuerdo a los datos presentados por IPPAS Bolivia<sup>3</sup> el 2010 se contaba con una cifra estimada de 52.057 abortos y una tasa de 21 abortos por cada 1000 mujeres entre 15 a 49 años, posteriormente se observó que la magnitud de abortos

---

<sup>1</sup> El 27 de agosto de 1970, el Gobierno presidido por el Gral. Alfredo Ovando Candía, nombró la primera Comisión Revisora de los Anteproyectos de Códigos, la misma que apenas tuvo un mes de trabajo. En el gobierno de Hugo Banzer, mediante el Decreto Supremo de fecha 28 de enero de 1972, se conformó una segunda Comisión de Revisión de los Códigos que únicamente trabajó cinco meses. Lamentablemente, tanto de la Comisión de 1970 como la de 1972, no existe una publicación de sus actas de sesiones de trabajo, y únicamente se evidencia algunos retoques al Anteproyecto de 1964.

<sup>2</sup> Ippas Bolivia. Las cifras hablan: El aborto es un problema de salud. Disponible en: [https://uploads-ssl.webflow.com/5f8bb57939466a7f6ac90555/5f922c708d92be6f714561ec\\_Las%20cifras%20hablan.pdf](https://uploads-ssl.webflow.com/5f8bb57939466a7f6ac90555/5f922c708d92be6f714561ec_Las%20cifras%20hablan.pdf)

<sup>3</sup> Ippas Bolivia. Las cifras hablan: El aborto es un problema de salud. Disponible en: <https://www.ipasbolivia.org/materiales/las-cifras-hablan-ii-el-aborto-es-un-problema-de-salud-publica>

inseguros entre 2010 y 2016 responde a un incremento de abortos, estimando en 14.6%, éste se debe a la elevación del porcentaje de embarazos esperados que culmina en aborto de 16.9% a 19%.

El 2012 se presentó ante el Tribunal Constitucional Plurinacional (TCP) un recurso de inconstitucionalidad abstracto contra varios artículos del Código Penal, entre ellos, el artículo 266 que establece las causales del aborto impune, buscando en el fondo se permitiese la interrupción legal del embarazo de manera irrestricta. El TCP en la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 falló, en lo que se refiere al aborto, negando el recurso y declarando constitucional el artículo 266, pero determinó que en los casos del aborto impune los centros médicos públicos y privados deberían realizarlo de forma expedita, sin necesidad de autorización judicial y exhortó a las autoridades del Órgano Ejecutivo que “(...) priorice y ejecute políticas públicas educativas y de salud destinadas a la difusión, protección, atención, de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, que puedan contrarrestar y/o disminuir las tasas de mortalidad de las mujeres por causa de los abortos clandestinos”.

Es a partir de este fallo del TCP, que modula la normativa penal sobre el aborto legal, que se fueron emitiendo normas específicas, especialmente, en el ámbito sanitario que regulan su procedimiento, las cuales aún atraviesan por una serie de obstáculos en términos de difusión e implementación tanto entre el personal médico como entre las usuarias.

## **Metodología**

Se aplicó la metodología de relevamiento propuesta para el estudio regional sobre “Regulaciones de aborto más allá de la pandemia” en conjunto con CLACAI en el marco de la iniciativa “*La Salud Reproductiva es Vital*” en este sentido, inicialmente se identificó la normativa general vinculada al régimen del aborto y luego la que correspondía a cada temática propuesta.

Bolivia al ser un Estado unitario y con descentralización administrativa, establece que las políticas del sistema de salud son competencias exclusivas del nivel central (art. 298.II.17 CPE) y que la gestión del sistema de salud es una competencia concurrente entre el nivel central y las entidades territoriales autónomas (art. 299.II.2 CPE), lo que implica que sólo el nivel central tiene competencia para definir lineamientos políticos en materia de interrupción legal del embarazo.

Por este motivo, la revisión documental de normas (fuentes primarias) se centró en aquellas emitidas por el Ministerio de Salud en su calidad de ente rector del sistema de salud y, eventualmente, otras emitidas por el Ministerio de Justicia vinculada a la ruta críticas establecidas en caso de violencia y violencia sexual en contra de niñas, niños, adolescentes y mujeres.

En cuanto a la normativa descrita, la mayoría de ellas fueron colectadas de la fuente principal, es decir, de plataformas oficiales del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, no obstante, su ubicación fue compleja debido a que las normas sanitarias vinculadas a la interrupción legal del embarazo/aborto no tienen canales específicos de acceso, con excepción de aquellas a las que podríamos denominar generales. Sin embargo, las normas vinculadas a medicación, servicios, medicamentos, cumplimiento de funciones no se encuentra a disposición en los medios oficiales, pese a que es la instancia generadora de la misma, por lo cual, se tuvo que recurrir a entrevistas con personal de salud así como a personas conocedoras de la materia a fin de identificar la normativa pertinente, asimismo, se tuvo que recurrir a páginas de internet de organizaciones de sociedad civil

para la obtención de algunos documentos que, pese a su origen, no se encuentran disponibles en las páginas oficiales del Ministerio de Salud.

Finalmente, a fin de obtener información de fuentes oficiales, se efectuó una solicitud escrita al Ministerio de Salud y Deportes sobre la normativa respectiva, así como una entrevista a fin de efectuar consultas específicas. En este contexto, sobre la base de estos insumos se construyó la matriz de Excel adjunta al presente informe.

### **Principales hallazgos**

#### 1. ¿Reconoce al aborto como un derecho en el marco de los derechos humanos?

En cuanto a la normativa y el reconocimiento del aborto en el marco de los derechos humanos, la CPE reconoce los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, los cuales se encuentran dentro del Capítulo Tercero Derechos Civiles y Políticos en la Sección Derechos de las Familias, ubicación que nos permite inferir la vinculación que se efectúa de estos en el contexto sociocultural. Por otro lado, si bien la CPE es asumida como la norma suprema del ordenamiento jurídico, se reconoce en el marco del bloque de constitucionalidad a los tratados y convenios internacionales en materia de derechos humanos y normas de derecho comunitario (art. 410 CPE), además, se reconoce la vigencia de los tratados en materia de derechos humanos, los cuales pueden ser aplicados incluso por encima de la CPE cuando brinden un mayor reconocimiento y una protección más amplia de derechos que la que ésta ofrece (art. 256 CPE).

A partir del bloque de constitucionalidad, es posible la interpretación de la propia CPE, aplicando los criterios de interpretación de los derechos humanos, así como de las disposiciones legales, las cuales deben ser conformes no solo con la Constitución, sino a las normas contenidas en otros instrumentos que se integran a la Ley Fundamental, con la finalidad de proteger los derechos que formalmente no se encuentran previstos en ella.

En este sentido, y a partir de una interpretación amplia e integral del reconocimiento que se efectúa no sólo de estos derechos en su vertiente derecho a una vida sexual y afectiva libre de cualquier tipo de violencia, y de manera complementaria con el propio derecho a la vida, a la salud y a vivir libres de violencia, se interpreta que hay un reconocimiento al derecho al acceso a un aborto en condiciones adecuadas y seguras.

#### 2. ¿Tiene un abordaje interseccional? ¿Contempla el modelo social de la discapacidad, perspectiva intercultural y étnica, considera particularidades de la atención de niñas y adolescentes?

Las normas tanto generales como específicas, entendidas estas últimas como las sanitarias, abordan la temática desde un enfoque interseccional.

Entre las normas generales relativas a las mujeres, se cuenta con la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia (Ley 348), la cual, en el marco de la prevención, atención y sanción de hechos de violencia, establece obligaciones en materia de acceso a la salud desde un enfoque integral, intercultural y diferenciado más aún en contextos de violencia (art. 4, núm. 5, 13, 14; art. 20.I num.2). A consecuencia de esta norma, se han generado diversos protocolos y rutas críticas que orientan el abordaje de las diferentes instituciones que hacen a la cadena de atención

de hechos de violencia, estos protocolos tienen un enfoque interseccional tanto desde la perspectiva intercultural como bajo situaciones concretas de discapacidad.

En materia de niñez y adolescencia, el Código Niña, Niño y Adolescente (CNNA) reconoce el derecho a la integridad personal, comprendida como su integridad física, psicológica y sexual. En este contexto, a partir de esta disposición se han construido programas y protocolos específicos para la atención de NNA en contextos de violencia. De igual manera, la Ley General para Personas con Discapacidad de 2012 que en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos debe garantizarse el acceso a servicios de información, así como toda la red de servicios públicos salvaguardando sus derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, y como se hizo referencia previamente, es a partir de la SC 206/2014 que se han desarrollado herramientas específicas para viabilizar el acceso de las mujeres a interrupciones legales del embarazo en los términos señalados, las cuales se encuentran detalladas en la matriz anexa.

En el ámbito sanitario, las principales normas que regulan la interrupción legal del embarazo son: **a.** Procedimiento Técnico para la prestación de Servicios de Salud en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014; **b.** la Guía de Atención a Víctimas de Violencia Sexual que tiene los siguientes componentes: 1. Normas generales de atención en la red de servicios integrales. 2. Aplicación de la SAFCI al modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual. 3. Protocolo específico de la atención a las víctimas de violencia sexual en los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención. 4. Protocolo y procedimientos de la interrupción legal del embarazo. 5. Protocolo para la orientación. 6. Protocolo de anticoncepción postaborto. 7. Protocolo, muestras como fuentes de AND; **c.** Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas con Discapacidad. Herramientas que son complementadas por otros instrumentos: **d.** Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual y **e.** Protocolo de prevención, atención y sanción a toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes, entre otros.

De la revisión de la referida normativa se advierte que si bien en todos ellos se incorpora de manera general un enfoque interseccional, en algunos ámbitos específicos vinculados a la organización de los servicios, condiciones de acceso, obligaciones del personal, entre otras, existen ciertas ambigüedades debido a que no todas las disposiciones legales guardan un mismo enfoque, algunas de ellas fueron emitidas antes de la SC mientras que otras regulaciones se encuentran en disposiciones más generales que no necesariamente han recogido las recomendaciones del precedente constitucional, por lo cual sería importante incidir en una adecuación de estas en base a los parámetros establecidos.

3. ¿Cómo se entiende el derecho a la salud en las normas de aborto? ¿Se entiende desde una perspectiva biopsicosocial en línea con lo dicho por la OMS?

La CPE cuando reconoce el derecho a la salud si bien no ingresa a detallar su dimensión, desde un punto de vista analítico es partir de una interpretación que parta del bloque de constitucionalidad, que el derecho a la salud debe tener una dimensión biopsicosocial.

El Procedimiento Técnico reconoce que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Adicionalmente, al momento

de definir el concepto salud se hace referencia a los componentes del mismo sobre la base de lo establecido por la OMS: “La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares y hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación triádica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen)”<sup>4</sup>.

No obstante, el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual aprobado por Resolución Ministerial N° 1508 del Ministerio de Salud si bien hace una descripción de la dimensión del término salud, desde la propia CPE hasta los tratados y recomendaciones en materia de derechos humanos de las mujeres, finalmente reconoce dos dimensiones, física y mental para la preservación de la vida de la mujer a través del derecho al aborto terapéutico.

#### 4. ¿Cómo se enmarca el derecho a decidir de las usuarias?

El derecho a decidir de las usuarias se traduce en la necesidad de recabar el consentimiento previo antes de cualquier intervención, el cual debe necesariamente ser informado adecuadamente. La CPE señala que: “*Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida*” (art. 44 CPE).

Por otra parte, se cuenta con un importante precedente a partir del caso El Caso I.V. Vs. Bolivia el cual se refiere a la violación de derechos humanos de la señora I.V. por la intervención quirúrgica a la que fue sometida en un hospital público el 01 de julio de 2000. Esta intervención, consistió en una ligadura de las trompas de falopio, que fue efectuada sin que se tratara de una situación de emergencia y sin el consentimiento informado de la señora I.V., quien, sufrido la pérdida permanente y forzada de su función reproductora, quien habiendo iniciado las acciones administrativas y luego penales contra el responsable no logró una decisión judicial oportuna. La Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó en su sentencia que el Estado boliviano era responsable por la violación de los derechos a la integridad personal, a la libertad personal, a la dignidad, a la vida privada y familiar, de acceso a la información, a fundar una familia, a las garantías judiciales y protección judicial reconocidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos; así como por no cumplir con sus obligaciones de acceso a la justicia contenidas en la Convención de Belém do Pará, en perjuicio de la señora I.V.

La Corte afirmó que el consentimiento informado del paciente es una condición *sine qua non* para la práctica médica, el cual se basa en el respeto a su autonomía y su libertad para tomar sus propias decisiones de acuerdo a su plan de existencia. En otras palabras, el consentimiento informado asegura el efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la dignidad de la persona. En este marco, la Corte hizo referencia a la especial relación entre el médico y el paciente, la cual está caracterizada por la asimetría en el ejercicio del poder que el médico asume en razón de su conocimiento profesional especializado y del control de la información que conserva. Esta relación de poder se encuentra gobernada por ciertos principios de la ética médica,

---

<sup>4</sup> Procedimiento Técnico para la prestación de Servicios de Salud en el marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 pg. 43.

principalmente los principios de autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Este precedente debe ser utilizado a momento de interpretar el alcance del derecho de las usuarias en relación a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Por otro lado, el Código Penal a momento de abordar la excepcionalidad de persecución penal prevista en el art. 266 Aborto Impune, también establece: *“En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso”*.

La Ley 348 en materia de acceso a la salud reconoce entre otros, el derecho a decidir de las usuarias: *“Respetar las decisiones que las mujeres en situación de violencia tomen en ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, en el marco de la normativa vigente”* Art. 20.I num.7).

En el ámbito sanitario, la voluntad de las usuarias se traduce en el consentimiento informado, el cual si bien está regulado a nivel general a partir de la Ley del Ejercicio Profesional Médico (Ley 3131) y su reglamento (DS 28562), el Código de Ética Médica y Deontología Médica y la Resolución Ministerial No. 90 26 de febrero de 2008, para la realización de cualquier intervención médica, estos tienen aplicación cuando se aborda el derecho de las usuarias a acceder a un aborto, por tanto, el mismo debe cumplir con todos los requisitos, es decir, debe ser voluntario, informado y comprendido. No obstante, la norma sanitaria vinculada al consentimiento informado prevé como un límite al consentimiento informado una serie de causales, entre ellas, cuando se trata de menores de edad, incapacidad legal, física o mental, circunstancias en las cuales se admite que la decisión sea tomada por un representante legal (Ap. IX. Consentimiento Informado).

Entre las medidas de carácter general para la obtención del consentimiento informado, vinculadas con el uso del lenguaje y el procedimiento general, es bueno resaltar que ésta norma técnica también admite la posibilidad de que se pueda cambiar de opinión en cualquier momento del procedimiento, incluso durante el mismos, si técnicamente es factible.

En materia específica de aborto, el Procedimiento Técnico recoge los estándares jurisprudenciales de la SC 206/2014, en este sentido, reconoce –entre otros derechos de las usuarias - a recibir información clara, veraz, científica, imparcial y oportuna sobre la atención integral de la interrupción legal y segura del embarazo, así como a recibir información y decidir voluntariamente el uso de la anticoncepción post aborto. (art. 11), Asimismo, el Procedimiento Técnico a diferencia de lo que regulan otros instrumentos a nivel sanitario establecen que las usuarias, sean niñas, adolescentes menores de edad o mujeres con discapacidad mental a sola presentación de la denuncia por violación más el consentimiento informado pueden acceder a una interrupción legal del embarazo, sin que sea requisito *sine quanon* estar acompañadas de alguna persona, reconociendo de esta manera la autonomía de decisión de estas.

En materia de niñez y adolescencia, el Código Niña, Niño y Adolescente (CNNA) reconoce de manera general el derecho a la participación de niñas, niños o adolescentes, lo cual se traduce en la garantía de ser escuchados antes de que tomarse una decisión, tomando en cuenta su edad y las características en su etapa de desarrollo (Art. 195 CNNA). En materia de acceso a la salud, derechos sexuales y derechos reproductivos, se establece que NNA tienen derecho a recibir atención médica de emergencia de forma inmediata, prohibiendo de forma expresa su negación bajo el argumento de ausencia de padres o representantes o carencia de documentos de identidad o recursos económicos (art. 21). No obstante, también hay normas que regulan que, de acuerdo a su desarrollo

físico y psicológico, tienen derecho a recibir información y educación para la sexualidad y para la salud sexual y reproductiva, así como la obligación del Estado de garantizar el desarrollo y programas de información y atención diferenciada en materia de salud reproductiva (art. 22). El CCN prevé de forma específica derechos de NNA con discapacidad (art. 29 y sgtes). Por otro lado, el CNNA prevé disposiciones específicas en materia de protección en casos de violencia (art. 147 y sgtes), así como en materia de prevención de embarazo adolescente y protección a la maternidad (arts. 23 y 24) pero no hay una regulación específica vinculada con el derecho a decidir en materia de aborto.

También existen regulaciones infra legales en materia de niñez y adolescencia, como el Protocolo para la prevención, atención y sanción a toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes emitida por el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, el cual tienden a que la atención e información que se brinda a una NNA sea en compañía de un familiar o persona de confianza, en su defecto, la provisión de personal, de preferencia del mismo sexo, así como la autorización para cualquier procedimiento sea efectuada por la madre, padre, y en lo posible por la NNA.

No obstante, en materia de interrupción legal del embarazo por un hecho de violación, se señala que el CNN establece normas precisas para la interpretación de las disposiciones legales, como el principio de interés superior del niño, niña y adolescente, así como el de prioridad absoluta, además de señalar que en todos los casos de atención médica de emergencia, no se podrá negar el servicio por ausencia de los padres o representantes; última norma que es fundamental para comprender que, ante situaciones de violencia sexual contra niñas o adolescentes, en mérito a los principios antes señalados, no es necesaria la autorización de los padres para la adopción de medidas vinculadas a la anticoncepción de emergencia y/o la interrupción legal del embarazo.

5. ¿la normativa refiere al derecho a gozar de los avances científicos?

El Procedimiento Técnico para la prestación de servicios de salud en el marco de la SC 206/2014 en el marco de los derechos de las usuarias plantea taxativamente: “Acceder a los beneficios y avances de la tecnología basada en la evidencia” (Art. 11).

6. ¿Hay un aseguramiento de la confidencialidad y del secreto profesional? ¿el secreto profesional impide a personal de salud denunciar legítimamente posibles abortos ilegales?

El Procedimiento Técnico prevé entre las obligaciones del personal de salud respetar y garantizar la confidencialidad y privacidad de las usuarias. En cuando al secreto profesional, este se encuentra previsto en otras disposiciones más generales como la Ley del Ejercicio Médico que define el secreto médico como “toda información identificada durante al acto médico sobre el estado de salud o enfermedad del paciente, su tratamiento y toda información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, inclusive después de su muerte, para salvaguarda de la dignidad del paciente”. Asimismo, se prevé que el secreto profesional es un deber del médico incluso cuando ha cesado la prestación de sus servicios. El Código de Ética también hace referencia al deber del secreto profesional.

Con mayor énfasis, en materia de NNA existe la obligatoriedad de la confidencialidad no sólo al personal de salud sino a todos los que son parte de la ruta crítica.

En materia de secreto profesional, si se hace una revisión del Código de Ética y se advierten las obligaciones de los médicos entre sí, se podría interpretar que bajo este parámetro no sería

éticamente correcto que un profesional denuncie a otro, no obstante, no existe ninguna disposición expresa al respecto.

Del otro lado, si se cuenta con disposiciones legales que regulan el actuar de quienes tienen al mismo tiempo la calidad de servidoras/es públicos, incluso particulares cuando se trata de NNA, (art. 155 CNNA) de denunciar hechos que podrían constituir delitos. En el caso concreto del Código de Procedimiento Penal (art. 286 CPP) se establece de manera taxativa que tienen obligación de denuncia un delito de acción pública los funcionarios y empleados públicos, los médicos, farmacéuticos, enfermeros y demás personas que ejerzan cualquier rama médica, siempre que conozcan el hecho en el ejercicio de su profesión y oficio, por tanto, normativamente es previsible que un profesional de salud pueda denunciar legítimamente posibles abortos ilegales.

7. ¿El deber y el derecho a la información cumple los estándares de derechos humanos relacionados con la transparencia activa y la veracidad, pertinencia y claridad de la información?

La CPE en el marco de los derechos civiles (art. 21) reconoce el derecho de acceder a la información, interpretarla, analizarla y comunicarla libremente, de manera individual o colectiva”, por su parte, el Estado tiene el deber de garantizar el derecho a la información (art. 106), sin embargo, hasta la fecha el Estado boliviano no ha aprobado una ley específica del derecho de acceso a la información y tampoco se cumple con los estándares de derechos humanos relacionados con transparencia activa, veracidad, pertinencia ni claridad de la información, muestra de ello es que para la recopilación de la información vinculada a la normativa se atravesaron muchos obstáculos no solo en términos de acceso sino también en términos de claridad y pertinencia.

8. ¿Las normas sobre aborto contemplan la obligación del Estado y otros actores de difundir información sobre la política pública? ¿Existen mecanismos de rendición de cuentas sobre la implementación de las normas de aborto?

La Constitución Política del Estado, dispone que la sociedad civil organizada ejercerá el control social a la gestión pública en todos los niveles del Estado, además de las empresas e instituciones públicas, mixtas y privadas que administren recursos fiscales (art. 241 par II). En ese marco, la Ley 341, de Participación y Control Social (art. 33 núm. 5) establece como obligaciones del Estado, respecto de los mecanismos de participación y control social: *“Realizar periódicamente procesos de rendición pública de cuentas económicas, políticas, técnicas, administrativas y evaluación abierta de resultados de gestión en el marco del plan estratégico institucional y la planificación operativa anual.”*

Adicionalmente, el artículo 37 de la norma citada, en cuanto a la rendición pública de cuentas y evaluación de resultados de gestión, establece que las instituciones públicas realizarán rendiciones públicas de cuentas y evaluación de resultados de gestión, ante la sociedad en general y ante los actores que ejercen Control Social en particular, la cual debe efectuarse por escrito y debe ser ampliamente difundida, debiendo efectuarse dos veces al año, de manera semestral, en forma clara y comprensible presentada en acto público ampliamente convocado para el efecto, con participación de la población interesada y la sociedad civil organizada, hayan sido o no parte del proceso de planificación de políticas, planes, programas y proyectos. Una vez realizada la rendición pública de cuentas, los actores sociales podrán verificar los resultados y en su defecto pronunciarse sobre los mismos, debiendo quedar refrendada en un acta.



A nivel normativo general, la Ley 348 y el CNNA regulan la obligatoriedad del Estado de promover, implementar y difundir políticas públicas vinculadas a la temática. Por su parte, el Procedimiento Técnico establece entre las obligaciones de las autoridades del servicio de salud: “Priorizar y ejecutar políticas públicas de educación para la salud destinadas a la difusión, protección, atención, de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la mujer conforme a los principios del Estado laico” (Art. 6). Asimismo, se regula entre otras obligaciones implementar sistemas de registro y vigilancia para incluir la interrupción legal y segura del embarazo, así como la muerte materna por aborto inseguro; contar con un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de interrupción legal del embarazo mediante una evaluación participativa.

Empero, y pese a este marco regulatorio, no se tiene acceso a información que permita evaluar el cumplimiento de las herramientas detalladas previamente en relación al aborto o interrupción legal del embarazo.

9. ¿Las normas sobre aborto contemplan instancias de participación de la sociedad civil para la implementación del aborto legal o las políticas públicas de aborto?

El Decreto Supremo 29601 regula el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFI), el cual asume el principio de la participación social (expresada a través de los Ayllus, Markas, Capitanías, Cabildos indígenas, Sindicatos, Juntas Vecinales, Tierras Comunitarias de Origen, autonomías correspondientes) en la toma de decisiones en todos los niveles de gestión y atención de los servicios de salud como un Derecho Fundamental que el Estado Plurinacional garantiza a las bolivianas y bolivianos, en este sentido, el servicio de ILE es parte de este modelo, dado que a partir de la SC 0206/2014 se insta a los servicios de salud y a todos los mecanismos de intervención comunitaria a dar respuesta inmediata a la interrupción legal del embarazo en casos de violación, cuando la vida y la salud de la mujer está en riesgo, a sola presentación de la denuncia de la violación a la Policía, Fiscalía o Autoridades Originarias Competentes.

En este marco, se entiende que la participación social de la SAFCI debe garantizar la atención inmediata, oportuna y humanizada, promoviendo de esta manera el bienestar bio-psico-social de la mujer, libre de toda forma de violencia, discriminación y exclusión social.

El modelo plantea la promoción de la participación social como señala la Ley 348: “*Garantizar y promover la Participación y Control Social en la provisión y calidad de los servicios públicos*”, promoviendo el bienestar de las bolivianas y bolivianos en cuanto a su desarrollo físico, psicológico y social; de acuerdo y en respeto a sus usos y costumbres. La gestión participativa en salud es uno de los componentes de la SAFCI que promueve la participación social en el ámbito de la salud para la toma de decisiones, control social y rendición pública de cuentas, entre los diferentes niveles de gestión estatal (local, municipal, departamental y nacional de salud). Pero no se tiene información de cómo esta instancia ha funcionado en material de ILES.

*Guía de preguntas para evaluar el contexto regulatorio de acuerdo con los estándares de la OMS:*

1. ¿Se reconoce que la penalización del aborto no es la mejor estrategia para abordar la situación de salud pública y derechos humanos involucrada en esta práctica?

Bolivia, regula el aborto/interrupción legal del embarazo (ILE), esencialmente en dos ámbitos, penal y sanitario. En el ámbito penal, el aborto no es un tipo penal que se encuentre entre los principales delitos que ocupen la carga procesal del sistema de justicia, es más no existen antecedentes estadísticos que nos permitan establecer su nivel de incidencia. Por otro lado, la regulación en el ámbito sanitario tuvo un desarrollo más importante, a partir de la SC 206/2014, el proceso de identificación normativa desarrollado permitió evidenciar que existe una normativa básica para la práctica de ILEs.

No obstante, a partir del Informe de la Defensoría del Pueblo como otros informes de sociedad civil, se advierte que la normativa que regula la práctica del aborto legal en el Sector Salud es desconocida por la mayoría del personal de los establecimientos públicos y privados de salud en general y en particular por aquellos que prestan esta atención, asimismo, por las mismas usuarias o la ciudadanía en general, lo cual incide de manera drástica en el acceso al servicio, por tanto, la penalización del aborto si bien no tiene incidencia en materia de carga procesal, facilita que el aborto siga siendo practicado en condiciones inseguras y clandestinas, a lo que se suma el desconocimiento que existe sobre la regulación de las ILE, situación que también profundiza u obstaculiza el acceso de las usuarias a un aborto seguro.

## 2. ¿Se permite el aborto domiciliario o fuera del sistema de salud?

En relación al aborto domiciliario, el Modelo Integral establece que un aborto puede ser atendido en los tres niveles de salud, de primer nivel tienen una capacidad resolutoria hasta las 12 semanas de gestación y los establecimientos de segundo y tercer nivel hasta las 22 semanas. Los servicios de primer nivel pueden realizar la ILE tanto con medicamentos o con aspiración manual endouterina, tomando en cuenta las características de infraestructura y personal capacitado. El Modelo también regula a momento de referirse a la admisión que “en todos los casos, especialmente en la interrupción del embarazo de 10 semanas o más, es imprescindible que la paciente permanezca en el hospital hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados. Hasta las 9 semanas de embarazo, el tratamiento puede ser usado sin requerir hospitalización de la mujer, dependiendo de las características de la mujer y su entorno”.

De lo cual se advierte que la norma permite el aborto domiciliario o fuera del sistema de salud, no obstante, de acuerdo a las entrevistas sostenidas, no se llega a materializar esta previsión, al contrario, se manera uniforme plantean la necesidad de que las usuarias sean hospitalizadas.

## 3. ¿Se reconoce el acompañamiento comunitario como una opción segura para el aborto? ¿Se contempla asistencia para la formación y promoción de calidad en organizaciones que acompañan abortos seguros?

En cuanto al acompañamiento comunitario o la asistencia para la formación y promoción de calidad en organizaciones que acompañan abortos seguros no se tiene ninguna previsión, por el contrario, a partir del CP se establece que quien debe efectuar la ILE es un “médico”, por tanto, una regulación distinta requerirá una modificación de esta disposición legal.

Esta circunstancia ha incidido en que incluso ser un profesional médico general y no necesariamente un médico especializado quien cumpla con la práctica, exigencia es relativa en áreas rurales del país, especialmente, cuando se trata de los primeros niveles del sistema de salud. De acuerdo a las

entrevistas sostenidas se tiene que ante la ausencia de un médico se deriva a las usuarias a los centros que sí cuentan con uno o por el contrario se deriva a otro nivel de salud.

4. ¿Se reconoce las tareas compartidas – ampliación de profesionales o personal sanitario habilitado para servicios de aborto- en los equipos de provisión para ampliar la disponibilidad de personal entrenado?

La normativa ampliamente descrita regula la participación de personal de diferentes disciplinas en la atención y práctica de ILE. De acuerdo al nivel el "equipo de salud" está conformado:

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

5. ¿Se reconoce la rectoría de la OMS en materia de estándares clínicos y de atención del aborto seguro? ¿Se establecen mecanismos de actualización de las guías y procedimientos para ajustarse a la mejor evidencia disponible?

El Procedimiento Técnico establece como obligaciones de la autoridades del sector salud “Garantizar el pleno cumplimiento de los estándares referidos a la atención de la interrupción legal y segura del embarazo, basados en la evidencia médica y actualizada en forma periódica siguiendo las recomendaciones de la Guía de la OMS”, asimismo, el Modelo Integral y la disposiciones normativas sanitarias vinculadas con temas como la historia clínica o el consentimiento informado hacen referencia a los estándares de la OMS. Por tanto, de manera general podría señalarse que se consideran los estándares de la OMS, no obstante, es a momento de la implementación donde se encuentran las mayores barreras.

6. ¿Se incorporan los métodos recomendados por la OMS para la provisión de abortos seguros?

De manera general si se incorporan, no obstante, aún se mantienen subsistentes prácticas no recomendadas como el AMEU.

7. ¿Se reconoce la interpretación amplia de las causales habilitadas para el aborto legal?

Cuando se trata del causal riesgo para la vida o la salud, no se regula de forma específica la dimensión social para acceder a un aborto, lo cual pretendió ser ampliado cuando se reguló el Código del Sistema Penal.

8. ¿Se imponen requisitos que no son clínicamente necesarios para la seguridad de la práctica del aborto?

Normativamente no, por el contrario, a partir de la SC 206/2014 se ha pretendido minimizar los requisitos para acceder a una ILE, tanto en casos de violencia, como cuando la causal es el riesgo a la vida o la salud, no obstante, es la práctica o la aplicación de estas herramientas, las que no están siendo adecuadamente aplicadas, partiendo del solo hecho de que dicha norma no está adecuadamente difundida.

## **Conclusiones**

Bolivia cataloga el delito de aborto dentro de los delitos contra la vida, si bien cuando se encontraba en construcción la modificación del Código Penal, se logró la reubicación de este tipo penal en el catálogo de delitos contra la salud, y sin dejar de lado una posición firme contra la despenalización del aborto, se requiere ser incidiendo en minimizar la asociación del aborto como una conducta que atenta contra la vida dejando de lado la dimensión vida y salud de las usuarias.

Por otro lado, si bien Bolivia se acogió al sistema de causales por el cual se permite el acceso a la ILE, en caso de riesgo para la vida o la salud de las mujeres o cuando han sido víctimas de delitos de violación, estupro o incesto, estas en la práctica no son adecuadamente utilizadas, restringiendo los derechos de las mujeres a un aborto seguro.

Existe un significativo desconocimiento de la normativa vinculada a la ILE, no sólo en el personal encargado de cumplirla e incluso en las autoridades responsables de su control, lo cual incide como un factor determinante en el acceso al servicio por parte de las usuarias. Un claro ejemplo de ello es la difusión de los procedimientos técnicos, así como el uso de medicación específica como el uso del Misoprostol y la Mifepristona. El Ministerio de Salud emitió el Protocolo Clínico sobre el empleo del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia (Resolución Ministerial N° 568 de 10 de septiembre de 2018) el cual aprueba el uso de ambos medicamentos, no obstante, éste documento no fue de fácil acceso, no se encuentra en las páginas web oficiales del Estado y solo a partir de organizaciones de sociedad civil se pudo acceder al mismo, lo cual denota el nivel de difusión que se genera con relación a estas herramientas.

Por otra parte, el sistema de salud sigue utilizando métodos no recomendados por la OMS como el AMEU o legrado, pese a las recomendaciones de la OMS y demás instancias de sociedad civil, lo cual afecta los derechos reproductivos de las mujeres, si a eso se suma, el desconocimiento que existe de sus derechos y de los deberes del personal de salud en general sobre estos procedimientos.

Si bien el sistema de salud boliviano tiene habilitado los tres niveles para atender prácticas de ILE, dos factores inciden en su adecuada atención a las usuarias, por un lado, nuevamente el desconocimiento de la normativa y de los procedimientos, y en el caso concreto del personal de salud, la poca difusión sobre las obligaciones y sus derechos, por otro lado, la falta de personal especializado en el primer nivel y en las áreas rurales incide en el menoscabo de las usuarias de estas zonas a acceder no sólo a información sino a personal con equipos necesarios para efectuar las prácticas de la manera más segura para ellas mismas, lo cual genera pérdidas de tiempo valiosas que terminan afectando la integridad de las usuarias,

Por otra parte, y pese a que la norma regula la obligación que tiene el Ministerio de Salud de efectuar un monitoreo constante de la aplicación y de la calidad del servicio, no existe información oficial consolidada sobre las ILEs practicadas y menos sobre los problemas y limitaciones que

pudieran existir en su atención, lo que se debe en gran medida a que existe poca coordinación de las instancias estatales encargadas.

En cuanto a los procedimientos y requisitos para acceder a una ILE, por cualquiera de las causales, normativamente se avanzó en desformalizar estos requisitos, limitando los mismos a la sola presentación de la denuncia en el caso de hechos de violencia, o sólo con la presentación del certificado médico en casos de peligro para la vida o la salud, no obstante, y nuevamente, el desconocimiento de la normativa por parte del personal de salud así como de aquellos que son parte de la ruta crítica de atención, más en muchos casos identificados, una posición conservadora de las/los servidores públicos en relación a la temática atentan contra los derechos de las mujeres, por lo cual, y siguiendo la línea que se planteó en el proyecto del Código del Sistema Penal, será importante seguir incidiendo en la desformalización de estos a fin de viabilizar un mayor acceso a las usuarias.

En materia de consentimiento informado, se advierte que el mismo no solo se encuentra reconocido en la propia CPE, sino que también existen normas técnicas que regulan su otorgamiento, no obstante, una vez más es el desconocimiento de los derechos de las usuarias que debe profundizarse, a fin de que ellas asuman no sólo los derechos que tienen, sino que también existen canales o vías a través de las cuales pueden ser exigibles.

En cuanto a la objeción de conciencia, esta no se encuentra reconocida como tal en la Constitución Política del Estado, no obstante, en el marco del Procedimiento Técnico se encuentra cierta regulación que no contempla de manera específica cuales son las limitaciones a ese derecho, siendo este un aspecto esencial que merece ser desarrollado en mayor medida a fin de garantizar el derecho de las usuarias.

## **Recomendaciones**

- Incidir en el reconocimiento constitucional de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres existente, como base para introducir en el debate la naturaleza del aborto como un derecho humano de las mujeres.
- Actualizar e integrar de la normativa sanitaria que regula la interrupción legal del aborto, no sólo para recoger los lineamientos establecidos en la SC 206/2014 sino esencialmente para integrar elementos esenciales como los nuevos estándares emitidos por la OMS, así como en materia de derechos humanos.
- Concentrar y generar normativa sanitaria específica en materia de ILE con todos sus componentes: medicación, expediente clínico, consentimiento informado, objeción de conciencia, obligaciones y deberes del personal y de las usuarias.
- Desarrollar una política sostenida de difusión y capacitación de la normativa sanitaria vinculada a la ILE no sólo para el personal sanitario, tanto del servicio público como privado, sino también por toda la cadena de atención que forma parte de la ruta crítica y para las usuarias del servicio.
- Definición de herramientas específicas para el levantamiento de datos por parte del Ministerio de Salud en su calidad el ente rector del sistema de salud.
- Incidir en la difusión de las implicancias que tiene el derecho a decidir de las usuarias, y la importancia que tiene que esta decisión sea sobre la base de información adecuada, completa, integra que debe brindar las instancias proveedoras de servicios.

- Promover la aplicación de la normativa vinculada al derecho de las usuarias de poder contar con un aborto ambulatorio, conforme los estándares de la OMS.
- Promover la definición de una política pública uniforme en relación a la objeción de conciencia, así como al secreto profesional, independientemente, de la calidad de servidor/a público/a del proveedor/a de servicios.
- Construcción de una política sostenida de acceso a la información con transparencia activa, veracidad, pertinencia y claridad de la información, así como movilizar los mecanismos de rendición de cuentas desde sociedad civil, los cuales legalmente están reconocidos.