

Lineamientos básicos para la elaboración de peritajes: hacia la garantía de los derechos sexuales y reproductivos

Ana Cristina González Velez
Laura Gil

Grupo
Médico
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA

Lineamientos básicos para la elaboración de peritajes:

hacia la garantía de los derechos sexuales y reproductivos

| Ana Cristina González Vélez | Laura Gil |

Febrero de 2012



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.



El **Centro de Derechos Reproductivos** es una organización internacional que utiliza herramientas legales para promover la autonomía reproductiva como un derecho humano fundamental que todos los Estados están legalmente obligados a proteger, respetar y garantizar.

© Ana Cristina González Vélez y Laura Gil

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* y el *Centro de Derechos Reproductivos* agradecería recibir una copia de cualquier material en el que esta publicación sea utilizada.

Ana Cristina González Vélez es médica y tiene una maestría en investigación social en salud. Fue Directora Nacional de Salud Pública en Colombia (2002-2004), médica y oficial de asuntos sociales en la División de Asuntos de Género de la CEPAL (2010). Se desempeñó como asesora del UNFPA y el Ministerio de la Protección Social, Colombia, en el año 2011, para el proceso de la reforma del sector salud. Es investigadora externa del Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina. Experta en reformas del sector salud, salud pública, salud sexual y reproductiva e incidencia política. Actualmente integra el Senoir Technical Advisory Group de la OMS. Entre sus publicaciones y trabajos, se destacan *Causal salud: interrupción del embarazo, ética y derechos humanos*, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres/Colombia, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/México y Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología/FLASOG, en consenso con 15 organizaciones más, 2008; *Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas*. IPPF, 2007; *¿Cómo definir y recopilar buenas prácticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos? Goce efectivo de derechos: un marco de referencia*, Serie Mujer y Desarrollo 104, División de Asuntos de Género, CEPAL, Santiago de Chile, 2010; *Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe*, Serie Mujer y Desarrollo 110, División de Asuntos de Género, CEPAL, Santiago de Chile, 2011.

Laura Leonor Gil Urbano es médica especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional de Colombia, diplomada en Investigación en salud sexual y reproductiva en países en desarrollo por la fundación ginebrina para la educación médica en asocio con la Organización Mundial de la Salud. Como colaboradora de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres ha dado difusión a la normatividad y conceptualización de la Interrupción voluntaria del embarazo con énfasis en la causal salud. Se desempeña en la actualidad como subdirectora de la red latinoamericana para la educación en salud reproductiva, ESAR.

Queremos reconocer los aportes sustantivos de Lilián Sepúlveda, Directora del Programa Glogal y Mónica Arango, Directora para Latinoamérica y el Caribe, abogadas del Centro de Derechos Reproductivos, para la realización de esta guía.

Índice

Introducción	7
I. Consideraciones generales	9
I.1. ¿Qué es un peritaje?	9
I.2. Tipos de peritaje	10
I.3. Relaciones conceptuales para un buen peritaje	15
II. Contenidos generales del peritaje	19
III. Referencias conceptuales	23
IV. Documentos revisados	31
Anexo 1. Medidas para reducir barreras	33

Introducción



El campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, es un campo de creciente interés desde 1994 cuando las orientaciones «controlistas» de la planificación familiar, dieron paso a una agenda integral que marcaba el paso hacia el respeto a las decisiones de las y los individuos en cuanto a su sexualidad y su reproducción. Este salto se consolidó en el Plan de Acción del Cairo¹ que ha sido, desde entonces, la plataforma orientadora de las políticas públicas y por ende de la garantía de los derechos en lo que a estos aspectos concierne. Por tratarse de un campo lleno de disputas ideológicas y morales, la salud y los derechos sexuales y reproductivos han sido negados con frecuencia a mujeres y jóvenes que han pagado con su salud o sus vidas, la falta de garantías de los Estados frente a situaciones como el aborto o la maternidad, entre otros. Estos vacíos de política y las consecuencias de los mismos sobre la salud y la vida de las mujeres, han hecho que con frecuencia éstas se vean obligadas a demandar a los proveedores y/o al Estado, en busca de una reparación o del reconocimiento de un derecho, bien sea en instancias nacionales o internacionales.

¹ *Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas*, Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre de 1994, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).

Parte del proceso de estas demandas consiste en determinar, mediante una «prueba», la ocurrencia o veracidad de los hechos alegados, respecto de una o varias normas que se considera, han sido violadas. La prueba entonces, es un instrumento o un medio que tienen a su disposición las partes y el juez para determinar en un proceso, la ocurrencia o veracidad de los hechos. En este marco, el *objeto de la prueba* (o sobre lo que recae) son **hechos** que resultan jurídicamente relevantes en un caso concreto, es decir, que constituyen el supuesto fáctico de aplicación de una norma, a partir de lo cual se derivan consecuencias jurídicas. Estas consecuencias pueden ser el reconocimiento de la violación de un derecho, una sanción, un compromiso de política, una medida de reparación, entre otras².

En el proceso, se demuestran los hechos a través de pruebas para resolver controversias jurídicas sobre la existencia de derechos u obligaciones, o la procedencia de sanciones. Así, la prueba sirve principalmente para establecer si un hecho individual de un caso concreto ha tenido lugar o no.

En todo este proceso sobre la prueba y en la defensa y promoción de los DSR, los médicos y médicas, tienen un papel potencial, toda vez que pueden actuar como peritos en la elaboración de las pruebas y en este sentido, aportar con su pericia técnica, en la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

El presente documento es una herramienta para brindar elementos a aquellos profesionales que participan de la elaboración de las pruebas y consta de tres capítulos. El primero desarrolla un conjunto de consideraciones a tener en cuenta en la realización de un peritaje, el segundo desarrolla las líneas o contenidos generales del peritaje y el tercero contiene referentes conceptuales que deben servir al profesional para orientar el peritaje como un todo, desde la perspectiva de los derechos humanos.

2 JAIRO IVÁN PEÑA, ESCUELA JUDICIAL «RODRIGO LARA BONILLA», *Prueba Judicial: análisis y valoración*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2008, pp. 11, 13-14, 21-22, 30; ANA GIACOMETTO FERRER, ESCUELA JUDICIAL «RODRIGO LARA BONILLA», *Teoría General de la Prueba Judicial*, Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, 2003, pp. 72-73.

I. Consideraciones generales



I.1 ¿Qué es un peritaje?

Un peritaje es una opinión experta, una opinión técnica calificada que, en el marco de una prueba³ debe brindar claridad sobre una conducta, un diagnóstico, un caso, o una medida. Para el caso que nos convoca, esta opinión, debe construirse desde la experiencia —conocimientos y práctica— de la profesión médica y la mejor evidencia científica disponible.

En el campo de la salud sexual y reproductiva y particularmente del aborto, el peritaje suele utilizarse con el fin de brindar elementos de juicio para tomar decisiones frente a una demanda legal de algún caso concreto en el que se considera que no se han protegido los derechos sexuales y reproductivos de una mujer porque se ha impedido su acceso oportuno y seguro a una interrupción del embarazo, a la fertilización *in vitro*,

³ Remitirse a la introducción, donde se brinda una definición de la «prueba», como parte de los procesos legales que buscan el reconocimiento y la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

a la anticoncepción de emergencia o incluso porque no se ha protegido su salud o su vida en casos de embarazo.

Las decisiones judiciales o administrativas en las que un peritaje puede influir suelen comportar medidas de reparación para una mujer en particular (caso concreto) a la que se le han violado sus derechos o también pueden comportar medidas más generales con el fin de que otras mujeres no sean víctimas del mismo abuso, por ejemplo, la expedición de una ley o una política. Adicionalmente, cuando la legislación establece la certificación médica como requisito para acceder a una interrupción legal del embarazo, ésta se constituye en un tipo de peritaje que puede jugar un papel crucial en la garantía de los derechos de una mujer en particular.

I.2. Tipos de peritaje

El contexto y los objetivos con los que se elabora, determinan diferentes tipos de peritaje u opinión experta. Estos suelen ser parte de procesos de demandas legales a nivel nacional o internacional, o pueden servir para alimentar debates técnicos orientados a la definición de medidas, normas o políticas nacionales o internacionales. Los peritajes pueden provenir de organizaciones o de profesionales individualmente. En este último grupo los peritajes pueden ser de 4 tipos según se enfoquen en: (i) **los aspectos clínicos de un caso concreto**, (ii) **los aspectos de política pública en un caso concreto**, (iii) **un concepto sobre un proyecto de ley o una norma**, (iv) **la descripción de un procedimiento (estándar)**.

Caso Z v. Polonia. 2009¹. Corte Europea de Derechos Humanos. Peritos: Dr. Chavkin/Global Doctors for Choice y Dr. Chasen. **El caso:** una mujer de Polonia en su segundo mes de embarazo fue diagnosticada con colitis ulcerativa. Reiteradamente se le negó el tratamiento para la enfermedad alegando que este podría tener consecuencias nocivas sobre el feto. La denegación de tratamiento se dio por diferentes médicos que alegaban objetar conciencia porque se encontraba embarazada. Es decir, alegando la preponderancia del valor de la vida del feto sobre la salud de la mujer. En el caso, la mujer sufrió un aborto espontáneo y poco tiempo después murió. El peritaje se orienta a argumentar que el tratamiento no se debió negar, con base en la evidencia médica sobre los estándares clínicos que recomiendan que en estos casos es necesario, tanto el diagnóstico como el tratamiento médico agresivo con el fin de proteger la vida de la mujer embarazada y la del feto. En otras palabras el peritaje contribuye a esclarecer que, contrario a lo que se argumentó por parte de quienes le negaron el tratamiento a la mujer a fin de proteger al feto, la conducta indicada debió hacer primar la protección de la salud de la mujer. **Los contenidos el peritaje:** este incluye, en primer lugar, una introducción en la que se explica que el mismo se basa en evidencia médica sobre los mejores estándares para estos casos; en segundo lugar, describe lo que es Global Doctors for Choice² y por qué los doctores que elaboran el peritaje se constituyen en una voz de autoridad para opinar sobre el caso; en tercer lugar describe los estándares para el manejo de colitis ulcerativa en mujeres embarazadas; y por último desarrolla las conclusiones.

Se trata de un caso de peritaje sobre **los aspectos clínicos de un caso concreto.**

¹ Z v. Poland, App. No. 46123/08, Eur. Ct. H.R. (2008).

² Red internacional de médicos y médicas, de diversas especialidades, que abogan por el acceso integral y basado en las mejores evidencias, a los servicios de salud sexual y reproductiva. Con su trabajo promueven la efectiva aplicación de los estándares médicos y éticos para garantizar la protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Caso VRC (Valentina Rosendo Cantú) v. México. 2010¹. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Perita: Dr. González². **El caso:** VRC es una indígena adolescente víctima de una violación doble en el año 2002, que en varias oportunidades enfrentó barreras para la atención: negación de la atención en un hospital público por temor a las represalias de los soldados acusados de la violación y por falta de equipo necesario; largas distancias hasta servicios adecuados; negación por falta de cita previa. Adicionalmente y pese a las constancias de «pruebas» físicas sobre la violación, el médico que la atiende un mes después dice no encontrar pruebas sobre la violación sexual. Meses después es diagnosticada con VPH y en examen psicológico se le diagnosticó trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, sin recuperación interepisódica total. Este caso sucede además en un contexto de pobreza, ruralidad, exclusión social, bajos niveles de educación formal, poco desarrollo de infraestructura y de servicios públicos básicos, fallas en el sistema de procuración de justicia y fallas en el sector salud para la atención oportuna. Se combinan políticas públicas inadecuadas y distintas formas de atraso económico, social y cultural junto a la militarización de la zona y los antecedentes de acoso y abuso a mujeres indígenas y represión a sus formas de organización. **Los contenidos del peritaje:** se elaboró un peritaje orientado a demostrar que las barreras enfrentadas por esta mujer no se corresponden con el estándar de atención definido para este tipo de casos, desde una perspectiva de salud pública. En primer lugar, se explican los contenidos del derecho a la salud y cómo estos deben reflejarse en una política pública, en segundo lugar, se describen las barreras de acceso que enfrentó VRC; en tercer lugar se describe el marco normativo que debería haberse aplicado para una adecuada política pública en materia de atención integral a víctimas de violencia sexual y los mejores estándares para su atención. En síntesis, el peritaje se orienta a describir cómo debió ser la atención a VRC para que ésta se enmarcara en la atención integral a las víctimas de abuso sexual de tal forma que sus derechos se hubieran protegido. En esta línea, el peritaje argumenta que es necesario que las políticas garan-

ticen un conjunto de elementos: (a) atención integral; (b) acceso efectivo a los servicios disponibles, accesibles y con calidad; (c) personal sensibilizado y debidamente entrenado; (d) difusión sobre la política entre la población; (e) manejo cultural adecuado.

Se trata de un caso de peritaje sobre **los aspectos de política pública en un caso concreto o de la descripción de un procedimiento estándar.**

- 1 CEJIL y Centro de derechos humanos de Tlachinollan, Caso Rosendo Cantú y otra v. México, Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de los representantes de las víctimas y sus familiares, Corte IDH, 2009. (Caso Rosendo Cantú y otra v. México, Sentencia de 31 de agosto de 2010, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH. (ser. C) No. 216.)
- 2 Peritaje entregado en abril de 2010, no incluido en el expediente final.

«**Texas Medical Providers Performing Abortion Services, et. al» v. David Lakey M.D. et. al. Acción civil (2011).** Perito: 7 médicos de diferentes especialidades presentaron declaraciones¹. **El caso:** Se trata de una acción de clase interpuesta por el Centro de Derechos Reproductivos – en nombre de «todos los proveedores médicos de Texas y sus pacientes» en contra de la Ley de Texas No. 15 que modifica la ley «sobre el derecho de las mujeres a saber» (Tex. Health & Safety Code §§ 171.001). La modificación prohíbe a las mujeres realizarse un aborto a menos que el médico primero le realice una ecografía que debe serle mostrada a la mujer, además de describirle las imágenes que ve y hacerle escuchar los latidos del corazón del feto, independientemente de que ella quiera ver dichas imágenes o escuchar los sonidos. Una vez realizado el ultrasonido la mujer deberá esperar 24 horas antes de acceder al aborto. La demanda se fundamenta en que dicha Ley

obliga a los profesionales a realizar acciones de comunicación que deliberadamente desconocen los deseos de las mujeres. Se considera que esta ley viola el derecho a libertad de expresión pues impone un lenguaje y unas acciones a los médicos aún cuando no estén de acuerdo con ellos. Igualmente se argumenta que es discriminatoria en tanto sólo las mujeres se ven sujetas a un paternalismo que no le es impuesto a los hombres pero al mismo tiempo se considera que la obligatoriedad del procedimiento viola los principios básicos de la ética médica. En el marco de esta acción, 7 médicos con diferentes especialidades en la profesión (ética médica, PhD en Psicología, medicina general y ginecología y obstetricia) presentaron peritajes conceptualizando cómo desde cada una de sus especialidades y experiencia profesional la ley resultaba nociva para las mujeres además de ir en contra de los estándares éticos sobre la mejor práctica profesional. **Los contenidos del peritaje:** en primer lugar, el perito habla de su experiencia de trabajo en este campo en una clínica especializada y de la absoluta necesidad de que las mujeres cuenten con servicios de aborto. En segundo lugar explica que la aplicación de dicha ley afecta la provisión de servicios de aborto para las mujeres en Texas así como la práctica médica de profesionales que durante años han prestado estos servicios en el marco de servicios integrales. Estos peritajes se presentan a título personal y cada uno de ellos con base en la experiencia personal de los mismos y de acuerdo a su especialidad. El mismo se orienta a mostrar las barreras impuestas a las mujeres y a los profesionales debido a la modificación que introduce esta Ley, en tanto contiene requerimientos que alteran la forma en que hasta ahora se venían prestando los servicios a las mujeres.

Se trata de un caso de peritaje **sobre un proyecto de ley o de norma.**

1 Peritaje realizado en el marco de la acción de clase interpuesta por el Centro de Derechos Reproductivos, CRR, en contra de la Ley de Texas No. 15 que modifica la ley «sobre el derecho de las mujeres a saber» (Tex. Health & Safety Code §§ 171.001), H.B. 15, 82nd Leg., Reg. Sess. (Tex. 2011).

I.3 Relaciones conceptuales para un buen peritaje

Para que un peritaje permita a la audiencia a quien va dirigido (juez, formuladores de políticas públicas, otros) obtener argumentos que sustenten una decisión que proteja los derechos de una persona o colectivo, es necesario que haga visibles los alcances e implicaciones que la violación de dichos derechos ha tenido o tendría sobre las personas. Para cumplir este objetivo la opinión experta, debe plantearse desde una mirada integral de la salud que abarque los mejores estándares de cuidado en el marco internacional de los derechos humanos.

1. Marco de los derechos humanos

El peritaje debe mantener una perspectiva desde el marco internacional de los derechos humanos. En este sentido, en el peritaje deben establecerse relaciones entre el derecho que evidentemente se está o estaría violando (según pertinencia para el caso particular) como por ejemplo el derecho a la salud y otros derechos fundamentales íntimamente ligados con éste, como el derecho a la vida, la dignidad, la autonomía, la información, entre otros.

Este enfoque debería incluir una reflexión sobre la denegación de servicios que sólo requieren las mujeres (IVE) como forma de discriminación; la relación entre derecho a la integridad personal, salud y vida; la negación de aborto como forma de trato cruel e inhumano.

2. La salud como concepto integral

La opinión experta, debe plantearse desde una mirada integral de la salud que abarque los mejores estándares de cuidado y que pondere en la misma medida las diferentes dimensiones de la salud. En este sentido, deben establecerse las relaciones entre salud e integridad física y mental, entre salud y bienestar, entre salud y malformación fetal, entre violación sexual y salud, etc.

3. Contexto

El peritaje debe partir del contexto de la mujer en cada caso particular o del colectivo objeto del peritaje. En este sentido es fundamental que la opinión experta considere el nivel educativo, la edad, la condición socio-económica, la presencia o no de una relación de pareja, la zona de residencia o cualquier situación específica (desplazamiento, migración, privación de libertad, presencia de abuso) con el fin de incorporar estas especificidades en el peritaje y evitar las miradas generales o abstractas.

4. Hacer visibles las barreras de acceso

Identificar las barreras presentes en cada caso concreto, para el acceso a los servicios: información, administrativas, económicas, culturales. Para una mayor orientación sobre los tipos de barreras y los estándares sobre las cuales estas pueden establecerse, ver al final el anexo sobre barreras. Se trata de establecer su relación con las implicaciones que podrían tener o que han causado como por ejemplo: aumento del riesgo en salud, concreción del riesgo que se buscaba evitar como la muerte o la enfermedad o aumento de los costos en términos económicos y sociales (ej. pérdida de QUALYS).

5. Implicaciones del marco legal

El peritaje debe hacerse considerando el marco legal vigente no sólo en materia de aborto sino de otras políticas relacionadas: medidas de salud sexual y reproductiva, VIH, violencia. En contextos restrictivos éstas políticas pueden tener en común elementos discriminatorios de género y pueden crear círculos viciosos que generen más desigualdad y que al ser puestos en evidencia tengan un valor argumentativo. Por ejemplo, en el contexto de la penalización parcial del aborto, si no hay una política incluyente y coherente sobre educación y acceso a anticoncepción, la salud de las mujeres se pone en riesgo a través de una mayor ocurrencia de embarazos no deseados. La jurisprudencia

dencia⁴ relacionada con el caso, tanto nacional como internacional brinda un marco de referencia muy útil.

6. Planteamiento del mejor escenario

En la medida en que el peritaje pretende «construir» un escenario que demuestre lo que idealmente debería haber pasado, en lugar de lo que pasó, es fundamental demostrar la factibilidad e importancia de las acciones o medidas que deberían haberse tomado —o que podrían tomarse— a fin de proteger los derechos vulnerados. El planteamiento de tales acciones podría servir como reflexión para analizar la asertividad de las decisiones que condujeron a los hechos objeto del peritaje. Al ser el peritaje una declaración de posición, es importante que la persona (médico o médica) que la emita responda al menos las siguientes preguntas: (i) ¿De qué manera se hubiera podido evitar el daño en el caso concreto? (ii) ¿El protocolo utilizado en el caso, incluyó todas las medidas posibles para obtener los mejores resultados o generó más daño al paciente? (iii) ¿Cómo se hubiera podido promover el principio de beneficencia, es decir, de que manera hubiera sido posible hacer el bien al paciente mediante mejores decisiones? (iv) ¿Cuál sería la mejor práctica, protocolo o estándar a seguir para garantizar el más alto nivel de atención en salud a la luz de la evidencia y de las normas? (v) ¿Cómo favorecer el respeto a la autonomía de las mujeres?

4 En el derecho moderno la jurisprudencia es entendida como un conjunto de decisiones judiciales, también se conoce «como el conjunto de normas emanadas de los jueces y que van a regir un número indefinido de casos semejantes, que implica la existencia de una serie de principios y doctrinas o normas generales que se han deducido de la repetición uniforme de los fallos judiciales y que sirven para orientar la decisión de casos similares» MARCO MONROY, INTRODUCCIÓN AL DERECHO, 2ª. Edición, Temis 1973, Bogotá 1973 en RODOLFO PÉREZ VÁSQUEZ, LA JURISPRUDENCIA VINCULANTE COMO NORMA JURÍDICA, JUSTICIA JURIS, ISSN 1692-8571, VOL 7. 10 (2007), disponible en <http://www.uac.edu.co/images/stories/publicaciones/revistas_cientificas/juris/volumen-4-no-7/art-1.pdf>.

II. Contenidos generales del peritaje



El texto de un peritaje debe contener al menos:

- 1. Presentación.** Quién hace el peritaje: nombre, profesión y especialidad; en nombre de quién se hace el peritaje (personal o institucional); experiencia; membresías; conferencias dictadas relacionadas con el tema; datos de contacto. Anexar: currículum y publicaciones de interés para el caso.
- 2. Declaración de principios.** Consiste en describir lo que orienta el peritaje desde el punto de vista ético y desde el marco de derechos humanos: el lugar desde el que se habla. Se trata de clarificar y explicitar si el peritaje tiene en cuenta ciertos postulados éticos (no maleficencia, beneficencia, respeto por la autonomía), considera el marco de derechos humanos (cómo se entiende el derecho a la salud, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad, etc.) y resalta los estándares o mejores prácticas profesionales en un campo determinado.
- 3. Clarificaciones.** De acuerdo con el caso particular es importante que el perito o perita determine si hay algún procedimiento, conducta, información, dato, u

otro del caso que sea útil aclarar con base en evidencia. Es decir que si hay alguna información equivocada se debe aclarar desde el principio con la debida sustentación.

4. **Información del caso.** Datos sobre el peritaje: nombre, fecha, número/código de referencia, etc.
5. **Resumen del caso.** Todo peritaje debe iniciar con un resumen analítico y en lo deseable, esquemático, de los aspectos clave del caso para entender el peritaje en contexto. En este resumen deben quedar relevados los asuntos sobre los cuales se quiere realizar el peritaje (conducta, manejo ético, manejo clínico, diagnóstico, violación de derechos, barreras de acceso).
6. **Sustentación/documentación.** En el caso de peritajes sobre un tema clínico, se debe incluir una revisión de evidencias y estándares internacionales o nacionales, para sustentar opiniones y sobre todo explicitar las consideraciones que se derivan de la propia práctica o experiencia clínica. Las evidencias deben referirse a: experiencia profesional, investigaciones, lineamientos éticos, intercambios con colegas y expertos/as, el marco de las políticas, revisión de literatura en el campo particular del peritaje. En cuanto a los estándares, estos deben regirse por las mejores prácticas sugeridas por instancias como la Organización Mundial de la Salud/OMS en temas como mortalidad materna, aspectos clínicos de aborto, entre otros. En todos los casos, el peritaje, debe contener al menos: **una descripción de las condiciones que aseguren el acceso a la intervención voluntaria del embarazo/IVE o cualquier otro procedimiento de salud sexual y reproductiva objeto del peritaje; una mirada a los protocolos acordes con derechos humanos; la definición de estándares sobre acceso al aborto legal o cualquier otro procedimiento o servicio de salud sexual y reproductiva, haciendo en lo posible, referencia a los siguientes: atención integral, atención oportuna, celeridad, educación.** Todo esto, en el marco internacional de los derechos humanos.
7. **Análisis sobre la toma de decisiones.** A partir de la conducta tomada, en contraposición con aquella que se debió tomar, identificar procedimientos o

conductas innecesarias que producen dilación, reducen la calidad de la atención, etc. ¿Qué se analiza? ¿Qué se hizo? ¿Cuál es la mejor práctica o frente a qué procedimiento objetivo (de existir) se pueden contraponer los hechos?

- 8. Recomendaciones.** Un buen peritaje debería incluir consejos para el manejo de casos similares y también recomendaciones para evitar barreras de acceso o para mejorar los marcos normativos.
- 9. Conclusión.** En este apartado se debe emitir un resumen sobre el concepto o posición final frente al caso particular.
- 10. Reglas de edición.** Con el fin de facilitar la lectura del peritaje se debe: (i) enumerar cada párrafo en forma consecutiva aunque cambien los títulos al interior del texto, (ii) marcar al inicio el tema o asunto del peritaje, (iii) incluir un resumen del o la profesional que hace el peritaje, (iv) usar negrillas para títulos y subrayados para remarcar ideas clave del comentario, (v) incluir un índice de los contenidos del peritaje, (vi) escribir en primera persona, (vii) listar documentos revisados.

III. Referencias conceptuales



En este capítulo se ofrecen referencias conceptuales sobre aspectos que pueden orientar al perito o perita para un concepto experto que se plantee desde el marco de los derechos humanos. Estas referencias apuntan a definir estándares frente a los casos de tal manera que independientemente de la especialidad médica o del caso concreto, el profesional pueda enmarcar su opinión en pautas basadas en calidad de la atención y acordes con los derechos humanos.

1. **El núcleo esencial del derecho a la salud.** Las obligaciones de los Estados frente a los derechos, incluido el derecho a la salud, se agrupan en tres categorías⁵: (i) obligaciones de respeto que son aquellas que implican la no interferencia por parte del Estado en el goce efectivo de los derechos; (ii) obligaciones de protección, que obligan a los Estados a impedir que terceros violen o intervengan en el ejercicio de los derechos humanos y (iii) obligaciones de cumplimiento (o garantía) que se dirigen a la adopción de legislación

⁵ Convención Americana sobre Derechos Humanos, *adoptada* el 22 de noviembre de 1969, serie sobre tratados, OEA No. 36, 114, OAS. Off. Rec.OEA/Ser.L/V/II.23 doc. 21 rev. 6.

y políticas públicas que favorezcan el ejercicio efectivo de los derechos humanos. Asimismo, a todos los derechos humanos se les atribuyen las siguientes características: a) universalidad (pertenecen a todas las personas por el hecho de serlo, independiente de cualquier condición), b) inalienabilidad (no se puede renunciar a ellos) y, c) interdependencia (se encuentran estrechamente relacionados entre ellos de manera que deben ser interpretados en conjunto). En consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos, se entiende el derecho a la salud como interdependiente de los derechos a la vida, la dignidad, la autonomía, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, la no discriminación, la igualdad, la intimidad, la privacidad, así como a estar libres de tratos crueles, inhumanos o degradantes⁶. De esta interdependencia entre los derechos, se deduce que el derecho a la protección de la salud implica más que el mantenimiento de la vida en un sentido biológico⁷, y que esta se relaciona con el bienestar, con los determinantes sociales de la salud⁸ y con el proyecto de vida elegido por cada mujer⁹.

- 2. La definición de salud.** La salud debe entenderse como un estado de bienestar integral y completo, que incluye tres dimensiones: física, mental y social, estrechamente relacionadas entre sí^{10, 11}. Así por ejemplo, el dolor psicológico o el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima, causada por ejemplo, por una violación, afectan la salud en forma integral. En el

⁶ Para una comprensión sobre los derechos humanos ver Declaración Universal de los Derechos Humanos, *aprobada* el 10 de diciembre de 1948, Res. de la Asamblea General 217A (III), Doc. de la ONU A/810 (1948).

⁷ Corte Constitucional [C.C.], mayo 10, 2006, Sentencia C-355/06 (Colom.).

⁸ Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health: DRAFT*, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007.

⁹ El texto causal salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos, referenciado al final, ha sido fundamental para el desarrollo de estos contenidos conceptuales.

¹⁰ OMS, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Conferencia institucional de la Salud*, Nueva York, 1946.

¹¹ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, «Protocolo de San Salvador», *adoptado* el 17 de noviembre de 1988, serie sobre tratados, OEA No. 69 (1988), *reimpreso en* Documentos Básicos relacionados a los Derechos Humanos del Sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1 p. 67 (1992) (*entró en vigencia* el 16 de noviembre de 1999) [en lo sucesivo Protocolo de San Salvador].

ámbito del derecho se habla del más alto nivel^{12 13}, posible de salud que hace referencia (i) al nivel de salud que permite a una persona vivir dignamente, (ii) a los factores socioeconómicos que hacen posible llevar una vida sana, incluyendo los determinantes básicos de la salud, es decir que no se limita a la atención en salud y (iii) al acceso a los servicios de salud y a la protección de la salud. Uno de los principales obstáculos para que las mujeres alcancen el más alto nivel posible de salud, es la desigualdad, no sólo entre ésta y el hombre, sino respecto de otras mujeres, desigualdad originada en la procedencia geográfica, la clase social, el grupo étnico, el origen étnico o la pertenencia a una comunidad indígena. Estas diferencias derivadas de la posición social de las mujeres generan inequidades en el acceso a servicios de salud y por lo tanto, la igualdad es necesaria para que las mujeres gocen de un nivel óptimo de salud durante todo su ciclo vital. El derecho a la salud integral debe ser aplicado en el marco del derecho a la igualdad para garantizar, en primer lugar, el acceso de las mujeres a los servicios de salud. El derecho a la salud impone a los Estados la obligación positiva de adoptar todas las medidas necesarias y posibles para que las personas alcancen ese máximo nivel de bienestar y la obligación negativa de evitar cualquier interferencia o diferencia arbitraria para acceder a él. Toda mujer tiene derecho a beneficiarse de todas las medidas que le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar, entre éstas, el acceso universal a los servicios más amplios posibles de salud sexual y reproductiva sin ningún tipo de discriminación o coacción¹⁴.

- 3. Principios a tener en cuenta para la protección de la salud.** Igualdad y equidad. En razón de este principio, todas las mujeres deben poder acceder por igual a los servicios¹⁵. Al mismo tiempo, es preciso que sean tomadas las medidas adecuadas para atender las necesidades diferentes de los diversos

¹² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *adoptado* el 16 de diciembre de 1966, Res. de la Asamblea General 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) p. 49, 993 serie sobre tratados 3, Doc. de la ONU A/6316 (1966) (*entró en vigencia* el 3 de enero de 1976).

¹³ Protocolo de San Salvador, *supra* nota 17.

¹⁴ Muchas de estas ideas están inspiradas o retoman recomendaciones del Relator Especial de las Naciones Unidas, Paul Hunt, en *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Doc. de la ONU A/61/338 (2006).

¹⁵ OMS Y COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, *Subsanar las desigualdades de una generación*, La Stampa S.A., Argentina, 2008; ONU (1995) *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*, *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, China, 4-15 de septiembre de 1995, Doc. de la ONU A/CONF.177/20 (1996).

grupos de mujeres. No discriminación significa que los servicios de salud sean accesibles y asequibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables de la población.

4. **Acceso efectivo a servicios.** Desde una perspectiva de salud pública, el acceso efectivo a los servicios de salud está condicionado por al menos tres elementos esenciales, tal como lo reconoce el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶: a) Disponibilidad: servicios de salud suficientes y acordes con las necesidades de las mujeres. b) Accesibilidad: Física (contar con servicios de menor nivel de complejidad ampliamente disponibles y que tengan en cuenta las condiciones de traslado por ejemplo), Económico (que consideren la capacidad de pago de las mujeres independientemente de su condición socio-económica), que se garantice el acceso a información y se respete la autonomía de las mujeres. Toda información debe ser oportuna, veraz, clara y de calidad. El acceso además depende de que los servicios cuenten con profesionales suficientes y adecuadamente entrenados. c) Aceptabilidad: Los servicios deben respetar la confidencialidad, el secreto médico y las necesidades especiales de algunos grupos de mujeres como las indígenas, particularmente sus limitaciones de comunicación por el lenguaje. d) Calidad: La calidad está determinada por distintos elementos. La oferta de información, alternativas terapéuticas, capacidad técnica para desarrollar los procedimientos, relaciones entre el personal de salud y las mujeres, mecanismos para alentar la continuidad del seguimiento en los procesos de salud, integración de los servicios a redes más amplias de servicios. Contar con personal capacitado, tecnología adecuada y condiciones adecuadas de infraestructura.

5. **Consideraciones éticas**¹⁷. «Las consideraciones éticas son parámetros de acción para ayudar a los y las profesionales de la salud a interpretar las evidencias, a distinguir los argumentos correctos de los falsos y el dogma, de

¹⁶ Para ampliar esta información revisar: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 22ª Ses., Doc. de la ONU E/C.12/2000/4 (2000). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas se encarga de monitorear el cumplimiento de los Estados Parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

¹⁷ A.C. GONZÁLEZ, LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES Y LA ALIANZA NACIONAL POR EL DERECHO A DECIDIR, *Causal Salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*, 2008, p. 57.

las experiencias. En consecuencia, se trata de deberes éticos que tienen una correspondencia conceptual con los derechos humanos y deben guiar el ejercicio profesional en la aplicación de la causal salud. Estos deberes consisten en el respeto de: la autonomía de la mujer, lo que supone garantizar la toma de decisiones libres y voluntarias, y, en consecuencia, el consentimiento informado, entendido como la provisión de información completa, veraz, oportuna y expuesta de tal forma que pueda ser comprendida; los principios de no maleficencia (evitar hacer daño) y beneficencia (hacer el bien); la justicia (tener en cuenta las necesidades diferentes de las mujeres); el principio de objetividad y la objeción de conciencia, reconociendo los límites, la titularidad y las reglas éticas para su ejercicio y respetando las decisiones de las mujeres con base en sus propias creencias; la confidencialidad de los servicios como un requisito fundamental para evitar la dilación en la búsqueda de servicios».

6. Criterios para resolver dudas frente a la aplicación de las normas.

Cuando existan dudas sobre la aplicación de una norma los profesionales pueden tener en cuenta los siguientes principios para resolverlas en favor de la protección de los derechos de las mujeres: interpretación amplia de los derechos y restrictiva de las prohibiciones, la obligatoriedad de los instrumentos internacionales de derechos humanos en la interpretación de la causal, la interpretación literal de las normas y la interpretación sistemática (en consonancia con principios y valores de las Constituciones). «Ante la coexistencia de diversas causales aplicables y cuando la salud se encuentre en riesgo, debe aplicarse aquella causal cuyos requisitos sean menos gravosos o exijan menos trámites»¹⁸.

7. Barreras para el acceso y respuesta integral. Desde la perspectiva de salud pública es importante comprender en cada caso particular la forma en que diversos tipos de barreras generan obstáculo para el acceso oportuno a una atención integral.

■ Barreras socio-culturales: son aquellas relacionadas con los estereotipos asociados a los mandatos sobre lo que es ser mujer u hombre y a la etnia o

18 *Id.*, p. 82.

la raza. Estas barreras se derivan también del nivel educativo y la posición socio-económica, entre otras.

- Barreras derivadas de la organización de los servicios: son aquellas que se relacionan con la forma en que se prestan los servicios (niveles de complejidad) y su disponibilidad (rural, urbana), así como con la disponibilidad de profesionales a cargo de su provisión. Se relacionan también con este tipo de barreras la «falta de una adecuada definición y funcionamiento de sistemas de referencia y contrarreferencia. Asimismo la inexistencia de modelos integrales de atención incluido un modelo de orientación y acompañamiento a las usuarias, con el correspondiente énfasis en las necesidades específicas para la atención de la población adolescente» (IPPF, 2008)¹⁹.
- Barreras administrativas: son aquellas relacionadas con las propias normas o lineamientos de atención así como con aquellas directrices desproporcionadas de las instituciones de salud, incluidas las barreras económicas. Estos incluyen requisitos no previstos en las normas (como autorizaciones de jueces, creación de juntas de especialistas, exigencia de un especialista cuando no es necesario, etc.), la indefinición de tiempos mínimos para la prestación de un servicio, la fijación de límites a las semanas de gestación cuando no están previstos en las normas y la interpretación restrictiva de las causales.
- Barreras relacionadas con la calidad: son relacionadas con la privacidad de los servicios, la información suministrada a las usuarias, la ausencia de procedimientos estandarizados para la atención, la calidez, la continuidad de los servicios y su integralidad. Además de los componentes tradicionales de la calidad, es importante tener en cuenta que las barreras relacionadas con esta dimensión pueden derivar también de la falta de garantías para el ejercicio de los derechos, en este caso, de los derechos sexuales y reproductivos, en aspectos tales como la exigencia de requisitos no pre-

¹⁹ IPPF/RHO, *Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas, Un análisis de América Latina y algunos países de Europa y África*, Montevideo, 2008, disponible en <<http://www.ippfwhr.org/es/node/375>>, p. 149. Este texto sirvió como guía para la definición de los distintos tipos de barreras acá expuestos.

vistos para el consentimiento informado, el mal uso de la objeción de conciencia y la violación del secreto profesional.

8. Marco normativo. El perito/a debe considerar el marco normativo vigente en cada país y también ser capaz de interpretar las normas en caso de duda, vacíos o contradicciones, en favor de la protección de los derechos de las mujeres²⁰. En todo caso, más allá de las normas, es válido que siempre se consideren las mejores prácticas aunque estas no se hayan incluido en las normas. Una política integral de atención para mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, debe implementarse en los distintos niveles de complejidad del sistema, incluyendo las zonas rurales más alejadas, con personal debidamente entrenado, equipos de apoyo o sistemas de referencia claramente establecidos. Estas políticas deben estar enmarcadas en políticas integrales de salud y ser divulgadas entre prestadores y usuarias, estableciendo claramente los procedimientos para ponerla en práctica. Con el fin de garantizar los distintos elementos del acceso es importante la elaboración de normas que definan procedimientos claros, responsables para su puesta en marcha y tiempos para prestar la atención. Por último, para que la política sea efectiva debe contar con la asignación presupuestal suficiente y definir claramente las fuentes de los recursos. «En el marco de la salud sexual y reproductiva es bueno que las políticas sean integrales al menos en dos sentidos: primero, que incorporen acciones relacionadas con los diversos contenidos de la SSR (prevención del embarazo no deseado y no planeado, atención durante el embarazo, el parto o el aborto, atención en el post parto o post aborto, VIH e ITS, cáncer reproductivo, violencia, etc.) o que si la práctica trata de uno solo de ellos en particular, entonces se muestren los vínculos que desde la prevención y la atención se pueden establecer con otros componentes de la SSR, de tal manera que la atención no termine por atomizar al sujeto mujer y que no se pierdan oportunidades. Segundo, en relación al cuidado, que debe incluir desde la promoción de la salud y la prevención hasta la atención propiamente dicha de los procesos de enfermedad o las situaciones de SSR que como el embarazo no son

20 Principio *pro hómine*. C.C., mayo 28, 1997, Sentencia C-251/97 (M.P. Alejandro Martínez Caballero) (Colom.). Fuente citada en el texto original; C.C., febrero 22, 2005, Sentencia C-148/05 (MP Álvaro Tafur Galvis) (Colom.). Fuente citada en el texto original; C.C., junio 30, 1998, Sentencia C-318/98 (MP Carlos Gaviria Díaz) (Colom.). Fuente citada en el texto original.

una enfermedad. Este último aspecto de la integralidad refuerza la necesidad de distinguir los niveles de atención reconociendo que el nivel primario es el más importante para la SSR. Es bueno que la atención considere las distintas necesidades a lo largo del ciclo vital y las particularidades de grupos poblacionales que, como se mencionó antes, pueden estar en condiciones distintas y requerir una atención especial. Es necesario entender la relación entre la SSR y los determinantes sociales de la salud y el impacto que el ejercicio de otros derechos tiene sobre el derecho a la salud en este ámbito particular de la vida. Desde esta perspectiva, las buenas prácticas son aquellas que contribuyen a que la realización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sean una realidad tangible que genere un impacto sobre sus vidas y que reducen las desigualdades de género y promueven la equidad. Es decir, la práctica de los derechos, su garantía y cumplimiento» (González, 2010)²¹.

9. **Difusión, sensibilización y entrenamiento.** Quienes tienen a su cargo la prestación directa de los servicios, deben conocer las normas y las políticas, pero además ser sensibles a la problemática analizada reflejando esta sensibilidad en una atención con calidad y calidez. El entrenamiento y sensibilización a los profesionales es una herramienta crítica para el proceso de atención, pues contribuye a reducir o evitar la atención basada en los propios miedos y prejuicios o a estereotipos, creencias y mitos. La realización de peritajes supone que el profesional experto tenga en consideración la existencia o ausencia de esta condición en el caso analizado.

IV. Documentos revisados



Boyd, C. Declaration of Curtis Boyd, m.d., in support of plaintiffs' motion for preliminary injunction.

Braid Alan. Second declaration of Alan Braid, m.d., in support of plaintiffs' motion for preliminary injunction.

L.C. v. Perú, Comunicación No. 22/2009, Comité de la CEDAW, Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011).

CEJIL y Centro de derechos humanos de Tlachinollan, Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México, Escrito de solicitudes, argumentos y pruebas de los representantes de las víctimas y sus familiares, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009.

Z v. Poland, App. No. 46123/08, Eur. Ct. H.R. (2008).

ANA GIACOMETTO FERRER, ESCUELA JUDICIAL «RODRIGO LARA BONILLA», *Teoría General de la Prueba Judicial*, Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, 2003, pp. 72-73.

A.C. GONZÁLEZ, LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES Y LA ALIANZA NACIONAL POR EL DERECHO A DECIDIR, , *Causal Salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*, 2008, p. 57.

A.C. GONZÁLEZ, *¿Cómo definir y recopilar buenas prácticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos? Goce efectivo de derechos: un marco de referencia*, Serie Mujer y Desarrollo 104, División de Asuntos de Género, CEPAL, 2010, p. 76.

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Doc. de la ONU A/61/338 (2006).

IPPF/RHO, *Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas, Un análisis de América Latina y algunos países de Europa y África*, Montevideo, 2008, disponible en <http://www.ippfwhr.org/es/node/375>, p. 149.

Klein, J. Expert report of Jonathan Klein, m.d., m.p.h.

JAIRO IVÁN PEÑA, ESCUELA JUDICIAL «RODRIGO LARA BONILLA», *Prueba Judicial: análisis y valoración*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2008, pp. 11, 13-14, 21-22, 30.

Stotland, N. Declaration of Nada Stotland, m.d., mph, in support of plaintiffs' motion for preliminary injunction.

Anexo 1.

Medidas para reducir barreras

La determinación de barreras en un caso concreto, demanda la definición de tipos de barreras así como de estándares de cuidado a partir de los cuales se puede precisar que una determinada conducta (por acción u omisión) se constituye en una barrera. Con el fin de orientar a los profesionales en esta tarea, se presenta a continuación el modelo propuesto por IPPF (IPPF, 2008²²) para el establecimiento de regulaciones sanitarias en materia de aborto. Estas medidas son estándares que permiten que los servicios de aborto, y en general de salud sexual y reproductiva, puedan prestarse en el marco de los derechos humanos.

I. Medidas para reducir las barreras provenientes de la organización de los servicios

- Crear /o consolidar redes de servicios en todo el territorio nacional, en los distintos niveles de complejidad y con adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia.

²² Este Anexo contiene una síntesis del modelo propuesto en el texto de la IPPF que aparece referenciado en los documentos revisados y que puede consultarse a través del hipervínculo.

- Adoptar modelos de atención integral para la Interrupción Legal del Embarazo, ILE, en el marco de políticas de SSR, enfatizando las situaciones (violencia, VIH) y grupos especiales (adolescentes) y el manejo posterior al procedimiento.
- Definición clara de los profesionales a cargo del procedimiento: no se requiere que sean especialistas.
- Celeridad en la prestación de los servicios. Es decir, establecimiento de tiempos mínimos para la prestación oportuna del servicio.

II. Medidas para eliminar las barreras relacionadas con la calidad de los servicios

- Impedir que el consentimiento informado se convierta en barrera.
- Aplicar la objeción de conciencia considerando deberes y limitaciones.
- Preservar la confidencialidad, el secreto médico y la privacidad de los servicios.
- Considerar de las condiciones culturales de las mujeres: lengua, prácticas, etc.
- Llevar a cabo acciones sistemáticas de promoción de los servicios a nivel colectivo e información individual a las usuarias.
- Adopción de protocolos o guías técnicas de atención acordes con los derechos humanos.
- Determinar los requisitos de infraestructura para la prestación del servicio y mecanismos para la acreditación (certificación) de profesionales y contenidos de la acreditación basados en los elementos de formación propuestos, siguiendo estándares de la OMS.

III. Medidas para eliminar las barreras relacionadas con la formación y la capacitación de los profesionales de la salud

- Capacitación/formación en aspectos médicos y psicosociales.

IV. Medidas orientadas a eliminar las barreras relacionadas con los sistemas de información, vigilancia y control

- Contar con sistema de registro de información.
- Sistema de supervisión, vigilancia y control de las instituciones para garantizar el cumplimiento de las normas acorde con los derechos humanos.

V. Medidas orientadas a reducir las barreras relacionadas con los costos: financiamiento

- Generar una política de costos para impedir que el cobro de servicios sea una barrera de acceso.

VI. Medidas para reducir las barreras relacionadas con aspectos administrativos

- Evitar requisitos adicionales, no contemplados en las normas, para acceder al procedimiento.
- Evitar interpretaciones restrictivas de las causales, cuando el acceso a los servicios de ILE esté establecido según causales.
- Crear condiciones para disponer de los medicamentos que la OMS recomienda para la ILE, particularmente el Misoprostol y la Mifepristona.
- Tomar medidas para involucrar y coordinar con otros sectores clave: educación, comunicación, justicia.

Grupo
Médico
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA

20 AÑOS
CENTRO
DE
DERECHOS
REPRODUCTIVOS