

**APROXIMACIÓN A LA SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

**PAULA MARIANA LÓPEZ ESCOBAR
LAURA ISABEL JIMÉNEZ RESTREPO**

Monografía realizada para optar por el título de abogado

Asesor: JOSÉ ALBERTO TORO VALENCIA

UNIVERSIDAD EAFIT

ESCUELA DE DERECHO

MEDELLÍN

COLOMBIA

2018

CONTENIDO

Introducción.....	5
CAPÍTULO I. Estadísticas sobre el aborto.....	9
1.1 Estadísticas sobre el aborto a nivel internacional.....	9
1.2 Estadísticas sobre el aborto en Colombia antes de 2006.....	12
CAPÍTULO II. Despenalización parcial del aborto en Colombia: Sentencia C-355 de 2006.....	15
2.1 Camino a la despenalización parcial del aborto en Colombia.....	15
2.2 Síntesis de la Sentencia.....	19
2.2.1 Fundamentación.....	20
2.2.2 Proporcionalidad- El debate sobre la vida.....	23
2.2.3 Causales despenalizadas en la Sentencia.....	28
• Primera causal: cuando el embarazo constituye un peligro para la vida o la salud física y mental de la mujer.....	28
Requisitos para acceder a la IVE en la primera causal.....	29
• Segunda causal: cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida.....	30
Requisitos para acceder a la IVE en la segunda causal.....	30
• Tercera causal: cuando el embarazo sea resultado de cualquier forma de abuso sexual (acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o abusivo) o de inseminación o transferencia de óvulo fecundado no consentido o de incesto.....	31
Requisitos para acceder a la IVE en la tercera causal.....	32

CAPÍTULO III. Obstáculos para la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.....34

3.1 Estadísticas sobre el aborto en Colombia después de 2006.....34

3.2. Obstáculos para la implementación de la IVE.....38

3.2.1 Desconocimiento del marco legal.....38

- Desconocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 y desarrollos posteriores.....39
- Violación de las regulaciones sobre los derechos de las mujeres frente a la IVE.....39
- Incumplimiento de las obligaciones generales relacionadas con la IVE.....39

3.2.2 Interpretación restrictiva del marco legal.....40

- Solicitud de requisitos adicionales a los contemplados por la Corte Constitucional.....40
- Limitación en la prestación con fundamento en la edad gestacional.....40
- Uso inconstitucional de la objeción de conciencia.....40
- Interpretación restrictiva de la causal salud.....40

3.2.3 Fallas en la prestación del servicio de salud.....41

- Fallas de los profesionales de la salud.....41
- Fallas administrativas.....41

CAPÍTULO IV. Desarrollo jurisprudencial y normativo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.....42

4.1 Mujeres en situación de discapacidad.....42

4.2 Derecho de las mujeres a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos.....44

4.3 Disponibilidad del servicio de interrupción voluntaria del embarazo.....46

4.4 Mujeres en etapa de adolescencia.....47

4.5 Objeción de conciencia.....	49
4.6 Entidades responsables.....	50
Conclusiones.....	53
Bibliografía.....	55

INTRODUCCIÓN

Un aspecto que ha estado presente siempre en los debates públicos de la sociedad colombiana, es la desigualdad que vive el país, el cual se manifiesta de diferentes formas, afectando principalmente a determinados grupos de la población, uno de los cuales, es el de las mujeres. Esta desigualdad, se manifiesta en el ámbito económico, político, laboral, educativo y la salud, entre otros; realidad, que no es exclusiva de Colombia, pero que se ha hecho más visible por la intervención de organismos de derechos humanos, como la ONU, para mejorar las condiciones del ejercicio de los mismos, de diferentes grupos de la población, generalmente excluidos o discriminados. Y es que, aunque Colombia, ha adherido a diferentes Tratados Internacionales que promueven, por lo menos, un marco mínimo de protección contra toda clase de discriminación a las mujeres, todavía hay muchos espacios en los que tal protección no se materializa, como es el de los derechos sexuales y reproductivos, pero entendiendo que la sexualidad no siempre es un medio para lograr la reproducción, sino que también es fuente de placer del ser humano y por ello debe ser ejercida con libertad tanto para elegir una pareja como para decidir los alcances de la disposición del propio cuerpo.

El ejercicio de tales libertades, tiene matices y no es fácil de abordar, pues la igualdad y el estatus de las mujeres dentro de la sociedad está relacionado necesariamente con el disfrute de sus derechos reproductivos, toda vez que si ellas no tienen la capacidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida, difícilmente podrán disfrutar de su derecho a participar en temas educativos, laborales o políticos, lo que a su vez, genera más discriminación y con ella, mayor vulneración de sus derechos reproductivos. Esto se materializa, por ejemplo, en los casos en los que la mujer no tiene independencia para acceder a la atención de la salud y a protegerse del abuso por parte de la familia y de los miembros de la comunidad, casos que muchas veces terminan en embarazos no deseados y generalmente en abortos.

Cuando una mujer se enfrenta a un embarazo no deseado, se encuentra en una encrucijada en cuanto a continuar o no con él, proceso en el que pone en juego su proyecto de vida, la relación con su pareja, la situación económica, la decisión de ser madre en ese momento o más tarde, sopesa sus creencias y sus propias capacidades para ejercer el rol de madre; además, en muchas ocasiones, debe enfrentar la presión de su compañero, de la familia o de la sociedad, pero por otro lado, debe pensar en las posibles sanciones penales. Así, que cuando piensa en el aborto, la mujer ha hecho un repaso de las circunstancias de su vida pasada, presente y futura y por lo tanto, no es una decisión que toma a la ligera, sin embargo debe enfrentar también la estigmatización y culpa si decide abortar. En otras palabras, toda la presión que genera un embarazo no deseado, la padece, en mayor o única medida, la mujer por su propia naturaleza; de

ahí que considerar el aborto, sobretodo el clandestino, hace más evidentes las desigualdades mencionadas.

Es por lo anterior, que el aborto es un tema de derechos humanos y por ello desde el año 1999 el Estado colombiano recibió varias recomendaciones por parte de los Comités de Derechos Humanos, como se mostrará más adelante, con el fin de que revisara la legislación penal vigente en materia de aborto, debido a las altas tasas de mortalidad derivadas de abortos clandestinos y por la falta de una política pública en esta materia; sin embargo, erradicar costumbres, temores, escala de valores y creencias, no es fácil, menos aun cuando se trata del aborto, pues siempre se ha visto como el sacrificio de una vida por la permanencia de otra o como el triunfo del más fuerte sobre el más débil, donde confluyen argumentos religiosos, políticos y científicos, con respecto al comienzo de la vida humana y la definición de persona.

En virtud de tales recomendaciones y como producto también de un trabajo estratégico impulsado en el marco del proyecto LAICIA, del cual se hablará más adelante, la Corte Constitucional profirió la Sentencia C-355 de 2006, mediante la cual declaró exequible el artículo 122 del Código Penal, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en tres circunstancias específicas a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto. De igual forma, la Corte declaró exequible el artículo 32-7 del Código Penal (Ley 599 de 2000) e inexecutable la expresión “o en mujer menor de catorce años”, contenida en el artículo 123 de la Ley 599 de 2000, así como inexecutable el artículo 124 del mismo Código.

Como era de esperarse, el cumplimiento de la Sentencia no ha sido pacífico en el sentido de que casi 12 años después, sigue teniendo tanto detractores como grupos a favor que se pronuncian para hacer valer sus posiciones y visiones sobre la despenalización como tal o la forma como debe ser regulada. Esta tensión, llamó la atención del grupo de estudio, el cual además de advertir su importancia desde el punto de vista académico, también lo percibe interesante desde el punto de vista personal, puesto que adentrarse en el tema, es de suyo un ejercicio de participación, responsabilidad y solidaridad con las propias mujeres.

Por lo anterior, este trabajo pretende mostrar de manera práctica, la trayectoria y situación actual de la despenalización parcial del aborto en Colombia, tomando como punto de partida algunas estadísticas sobre el tema a nivel mundial, puesto que fuera del país, el recorrido tampoco ha sido rápido, ni fácil. Seguidamente, se mostrarán estadísticas sobre el aborto en Colombia, antes de

2006, con el ánimo de marcar la diferencia que realmente ha significado la Sentencia de despenalización parcial.

Ahora bien, para llegar a la Sentencia fue necesario atravesar un camino largo y si se quiere tortuoso, como lo describe el punto correspondiente, donde se mostrarán algunos esfuerzos legislativos fallidos que intentaron flexibilizar la normatividad colombiana en la materia, esgrimiendo como argumento la vulneración de los derechos de las mujeres; se mostrará también como, a partir del año 2003, Mónica Roa inició el proyecto LAICIA (Litigio de Alto Impacto en Colombia por la Inconstitucionalidad del Aborto), que tenía como objetivo general lograr el reconocimiento de la mujer como un ser humano plenamente digno y que, por lo tanto, no fuera considerada como un simple instrumento reproductor.

El litigio iniciado en 2003, tuvo sus frutos en el 2006 a través de la Sentencia C-355, de la cual se hará una síntesis, exponiendo luego la fundamentación que tuvo la Corte para llegar a esa decisión, que dicho sea de paso, significó un giro radical a la perspectiva desde la cual había fallado en sentencias anteriores. Para este giro, la Corte hubo de enfrentarse a un debate sobre la vida y al test de proporcionalidad, que fue definitivo en su decisión y que se tratará también en el presente trabajo.

Como ya se ha dicho, la despenalización del aborto fue parcial, por eso, reviste importancia abordar las tres causales bajo las cuales se permite la interrupción voluntaria del embarazo, especificando también los requisitos para acceder a ella en cada caso. Por su parte, la implementación de la Sentencia, tampoco ha transcurrido sin contratiempos, los mismos que se han convertido en obstáculos para materializar el derecho a la interrupción y que se pueden clasificar en 3 grupos: a) desconocimiento del marco legal; b) interpretación restrictiva del marco legal y c) fallas en la prestación del servicio de salud; sin embargo antes de mostrar estos obstáculos, se presentarán algunas estadísticas posteriores al 2006, que ratifican que la sola promulgación de la Sentencia no es suficiente para que el derecho a la IVE sea un hecho.

Los obstáculos para el cumplimiento de la Sentencia, generaron un desarrollo jurisprudencial posterior, en aras de afianzarla y derribar así, cada una de las barreras que han impedido el acceso al derecho o lo han vuelto más tortuoso. En este desarrollo han surgido temas que son determinantes para darle cumplimiento a la Sentencia, como el ejercicio de la objeción de conciencia, el acceso de las mujeres discapacitadas y menores de edad a la IVE, la disponibilidad del servicio en todo el territorio nacional, entre otros; así mismo se hará mención de algunas normas que surgieron con base en el desarrollo jurisprudencial o que siendo anteriores a éste, guardan relación con el derecho aludido.

Por último y no menos importante, este trabajo abordará las responsabilidades de diferentes instancias para el cumplimiento de la IVE, pues en ellas recaen diversas obligaciones, que

aunque no siempre se cumplen a juzgar por las estadísticas, están ahí para ser cumplidas. No obstante, incluso si las Sentencias y la reglamentación de las mismas no se cumplen a la perfección, el hecho de que la Corte haya tomado la decisión que tomó, significa un paso trascendental para fomentar el reconocimiento, por parte de la sociedad, de los derechos humanos de la mujer y le entrega a ésta, herramientas para hacerlos valer.

CAPÍTULO I. Estadísticas sobre el aborto

Las restricciones legales al aborto con frecuencia causan altas tasas de abortos inseguros e ilegales en todo el mundo, lo que a su vez genera altas tasas de mortalidad materna, ya que hay un vínculo directo entre los abortos inseguros y la mortalidad materna, precisamente por la forma y el ambiente en que estos se realizan. A continuación, se expondrán datos relacionados con el tema del aborto tanto a nivel internacional como nacional, advirtiendo que en este último los datos son anteriores al 2006, año en el que se expidió la Sentencia C-355 sobre la IVE, pues los de este año en adelante se expondrán en el capítulo III.

1.1 Estadísticas sobre el aborto a nivel internacional

La mayoría de países del mundo tienen normas que permiten explícitamente el aborto en determinadas circunstancias. En efecto, 68 países, la mayoría europeos, además de Estados Unidos, Canadá y Australia, permiten la interrupción del embarazo por cualquier razón o, en algunos casos, por motivos terapéuticos, sociales y económicos. De otra parte, en 69 países el aborto está autorizado cuando el embarazo representa amenaza para la vida o la salud física de la mujer y 20 lo permiten cuando está en riesgo la salud mental. De los 157 países que lo permiten bien sea ampliamente o con limitaciones, 87 lo aprueban en casos de violación (Centro de Derechos Reproductivos, 2005). En contraste, en cinco (5) países está totalmente prohibido el aborto, como Nicaragua, El Salvador, República Dominicana, Malta y el Vaticano, lo que se explica en este último por ser la sede de la iglesia católica. Es de aclarar que en otra bibliografía se incluye a Honduras dentro del listado de países donde el aborto no es permitido (ABECÉ, 2017). Por su parte, Chile ha sido el último país en despenalizarlo cuando haya riesgo de vida de la madre, inviabilidad fetal y violación. (El País, 2017)

Un dato que llama la atención, es que en 2008 África tenía una participación del 14% de la población femenina entre los 15 y 49 años entre las regiones en vía de desarrollo y una participación del 29% en el número de abortos, mientras que la participación de Asia en este segmento de la población era del 62% y la participación en el número de abortos del 50%, pero la mortalidad en África por los abortos inseguros fue del 62% frente a un 36% de Asia. Lo anterior significa que es África el que tenía, las peores consecuencias por la práctica de abortos inseguros a pesar de que tenía el 33% menos de mujeres entre los 15 y 49 años. En el caso de América Latina, en 2008 tenía el 9% de mujeres entre los 15 y los 49 años entre las regiones en vía de desarrollo, el 20% de los abortos inseguros y el 2% de muertes por esta razón. (OMS, 2012)

De otra parte, aunque las muertes maternas se han reducido en un 44% aproximadamente entre 1990 y 2015, mueren diariamente más o menos 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas

con el embarazo y el parto y de éstas, el 99%, se presentan en los países menos desarrollados como África Subsahariana donde se registra más del 50% de las muertes y en Asia Meridional donde se da un tercio de ellas. En 2015 específicamente, se estima que murieron cerca de 303.000 mujeres durante el embarazo y el parto que se hubieran podido evitar, reflejando las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y las diferencias entre ricos y pobres, toda vez que la mayor mortalidad se presenta en las zonas rurales y en las comunidades más pobres y son las jóvenes adolescentes las que corren un mayor riesgo de complicaciones y muertes a consecuencia del embarazo; además, las mujeres de países en desarrollo, tienen más embarazos que en los desarrollados y esto hace que el riesgo también sea mayor. (OMS 2016)

América Latina y el Caribe, han disminuido la mortalidad materna en los últimos 20 años en un 43% y un 30% respectivamente, la misma que está asociada a pobreza y baja educación; de hecho, el 35% corresponde a mujeres con el más bajo nivel de educación y menos del 10% a aquellas con más alto nivel de educación. De otro lado, aunque la anticoncepción¹ se da aproximadamente en un 67%, aún hay una brecha por cubrir, pues cada año se presentan 1.200.000 embarazos no planeados, de los cuales el 49% corresponde a adolescentes (OPS, 2015). De otra parte, en 2008, 1.100 mujeres de América Latina murieron a casusa de abortos inseguros, lo que equivale al 12% del total de muertes maternas. (Ministerio de Salud y Protección Social)

Cada año quedan embarazadas 208 millones de mujeres en el mundo, el 59% son embarazos deseados, lo que significa que el 41%, que equivale a 85 millones, no lo son. De estos últimos, 43.8 millones terminan en aborto inducido, pero casi el 50% es inseguro y el 98% se registra en los países en vías de desarrollo. Lo anterior contrasta con los que se realizan en los países desarrollados, donde solo el 6% son abortos inseguros. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En cuanto a la tasa de letalidad por aborto², en Estados Unidos ésta es solo del 0,7% por cada 100.000 abortos legales, debido a que es practicado por profesionales capacitados (Universidad Autónoma de Madrid, 2017). Esta tasa tiene unos resultados muy diferentes en las regiones en vía de desarrollo, pues la mayoría son inseguros. Por ejemplo, en África la tasa de letalidad es de 460 por cada 100.000 procedimientos de aborto inseguro realizados; en África Subsahariana es de 520 y en Asia de 160. El aborto generalmente es seguro en los países donde es permitido por diferentes causales y es habitualmente inseguro en los lugares donde las leyes son altamente restrictivas. (Guttmacher Institute, 2014)

En cuanto a los métodos anticonceptivos, según la OMS, en el 2014, 222 millones de mujeres en el mundo, no tenían cubiertas las necesidades de métodos anticonceptivos modernos, siendo más

¹ Anticoncepción: conjunto de métodos o sustancias empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo. (Oxford University Press, 2018)

² La letalidad se refiere a la proporción de personas que contraen una enfermedad y mueren como consecuencia de la misma, durante un periodo determinado. (Moreno, López y Corcho, 2000)

grave la situación en aquellos grupos y lugares donde el riesgo de mortalidad materna es más alto, como adolescentes, personas pobres, habitantes de zonas rurales y barrios marginales urbanos, personas con VIH y desplazados internos; situación que conlleva a embarazos no deseados y de allí, muy factiblemente, a abortos peligrosos. Adicionalmente, hasta 2014, el 10% de las muertes maternas en América Latina, se dio como consecuencia de las afectaciones a la salud por abortos realizados en malas condiciones y a agosto de 2017, cerca de 760.000 mujeres en la región habían sido atendidas por complicaciones derivadas de abortos incompletos³ (Osorio, 2017)

Ahora bien, aunque no es fácil obtener información sobre muertes e incapacidades causadas por los abortos peligrosos⁴, debido a su clandestinidad, el 75% de las muertes durante el embarazo y el parto obedecen a hemorragias, infecciones, hipertensión gestacional⁵ y complicaciones en el parto. Muchos de estos abortos, se dan por embarazos no deseados o en edades muy tempranas; de ahí la importancia de que las mujeres además de poder acceder a la contracepción⁶, accedan también a servicios de abortos seguros⁷, de acuerdo a la legislación de cada país y a una atención de calidad después del aborto (OMS, 2016).

Los factores que más impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales, motivo por el cual en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, como el camino para acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, lo que constituye también uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

De todas formas, el aborto implica un gran riesgo para la salud de las mujeres, incluso cuando es espontáneo, pues como lo demuestran las estadísticas, la mortalidad materna está directamente

³ El aborto incompleto es la “extracción o expulsión incompleta de los tejidos del embarazo presentes en el útero”. (OMS, 2017)

⁴ Según la OMS el aborto peligroso se define como “una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez.” (OMS, 2014)

⁵La hipertensión gestacional, también conocida como la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es una condición caracterizada por la presión arterial alta durante el embarazo. La hipertensión gestacional puede conducir a una condición seria llamada preeclampsia, también conocida como toxemia. (Asociación Americana del Embarazo, 2015)

⁶ Por contracepción se entiende el conjunto de procedimientos técnicos que imposibilitan o entorpecen la fecundidad. En sentido estricto se refiere a los métodos contraceptivos que evitan la concepción, es decir la fertilización del ovulo por el espermatozoide. Denominación genérica de los procedimientos técnicos que impiden la fecundidad. (Clínica Universidad de Navarra, 2015)

⁷ La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas realizada en 1994 determina que el aborto seguro es un integrante de los servicios de salud reproductiva ((Naciones Unidas, 1994). Según la Organización Mundial de la Salud “Lo que se considera “seguro” debe interpretarse en consonancia con la guía técnica y de políticas actual de la OMS” (OMS, 2014)

relacionada con la edad gestacional: 1.1 de cada 100.000 abortos, si tiene menos de 12 semanas; 3,7 entre las 16 y 20 semanas y 12,7 entre quienes tienen más de 21 semanas. Aún así, mientras el riesgo de muerte a causa de abortos legales realizados con todas las condiciones higiénicas y de seguridad, está entre 4 y 6 por cada 100.000 casos en los países en desarrollo, en los abortos ilegales y en condiciones no higiénicas, este riesgo aumenta entre 100 y 1.000 por cada 100.000 casos, y entre quienes no se mueren se conoce que, por cada muerte por aborto, hay catorce mujeres que quedan con secuelas graves como esterilidad y daños en múltiples órganos. (Guttmacher Institute, 1999)

1.2 Estadísticas sobre el aborto en Colombia antes de 2006

En la búsqueda de información sobre la situación del aborto o la IVE antes de 2006 en Colombia, se pudo evidenciar que no existen estadísticas secuenciales que permitan analizar claramente su evolución. No obstante, aunque las Encuestas Nacionales de Demografía que se realizan cada cinco años por parte de Profamilia, no contienen información puntual sobre el aborto, si traen datos sobre varios aspectos de la población femenina que tienen que ver con salud sexual y reproductiva y por lo tanto se consignan en el presente trabajo. Adicionalmente, hay otras fuentes, que aportan datos sobre el aborto y que resultan útiles para justificar la pertinencia de la Sentencia C-355 de 2006.

Según la Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS) del año 2005, las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad en los últimos 20 años: en 1990 se estimó alrededor de 70 por mil, mientras en 1995 subió a 89 y en el 2005 se estima en 90 por mil. Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada: 16% ya son madres y 4% está esperando su primer hijo. Estos últimos indicadores no son muy diferentes a los estimados en el 2000: 15% y 4%, respectivamente. Reporta la encuesta también, que cerca del 8% de las mujeres no están estudiando porque quedaron en embarazo; menos de la mitad de los nacimientos en los últimos cinco años fue deseado, esto es el 46%; el 27% de ellos fue deseado pero más tarde, por lo que se consideran inoportunos, otro 27% fue abiertamente no deseado, incrementando en 4 puntos la encuesta ENDS de 2000; el porcentaje de embarazos no deseados también se incrementa con la edad de la madre, de 15% entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, hasta el 60% entre aquellas de 40 a 44 años. No se encontró información específica sobre aborto en esta encuesta, sin embargo, se estima que para 1989 del total de embarazos, un 26% terminaba en aborto inducido, porcentaje muy parecido al de los “embarazos abiertamente no deseados” que se mostró antes. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005)

Una investigación realizada sobre el aborto en Colombia, que a su vez hace parte de otro trabajo sobre las variables que intervienen en el proceso de transición demográfica en el país (Zamudio, 2000), da cuenta de que en Colombia, el 30,3% de las mujeres que han estado embarazadas en

alguna época de su vida, admite que por lo menos una vez se ha enfrentado a la experiencia del aborto inducido, dato que confrontado con el registro poblacional según el censo de 1993, significa que aproximadamente un millón y medio de mujeres se sometieron a un aborto clandestino. De las 33.275 encuestadas, se estableció que el 70.2% tuvo al menos un aborto, es decir 1'200.000 mujeres; el 20.8% ha tenido dos o más abortos, o sea 220.000 mujeres; 50.000 han tenido tres abortos y el 1.2%, es decir 18.000 mujeres, han tenido cuatro o más abortos, según población de 1993 proyectada a 1995. La misma investigación, analiza la evolución del aborto inducido y arroja tres indicadores muy significativos.

- Proporción de mujeres con experiencia de aborto en cada generación: sobresalen en este indicador dos grupos de mujeres: aquellas en edades entre los 15 y los 17 años, cuya experiencia de aborto se duplica con respecto a las generaciones anteriores a 1953 y las generaciones nacidas entre 1968 y 1972, al pasar de 2.2% al 4.18%. El otro grupo conformado por mujeres entre 18 a 19 años se cuadruplica en el mismo período, al pasar de 2.04% a 8.16%.
- Proporción anual de mujeres que abortan: esta cifra se incrementó siete veces entre los quinquenios 52-56 y 87-91, al pasar de 1.7% a 12.3%. La proporción de mujeres con un primer aborto en el mismo período, pasó de 1.6% a 9,67%, mientras que aquellas con un segundo aborto que era casi inexistente en el primer quinquenio, pasó al 2.1% en el segundo.
- Tasas específicas de aborto: estas tasas calculadas por quinquenios desde 1956, se incrementan cada año y en todos los grupos de edad. Así por ejemplo, el grupo con edades entre los 20 y los 24 años en el período 88-95, presenta tasas de aborto inducido ocho veces superiores a las del grupo que tenía la misma edad entre 1967 y 1971.

La investigación muestra también que entre 1980 y 1990, el aborto inducido representó el 23% de las muertes maternas, siendo la segunda causa de mortalidad materna; entre 1986 y 1990 fue la tercera causa. La edad promedio de las mujeres que abortaron fue de 24.8 años; el 42% de las mujeres de las mujeres eran solteras al momento de practicarse el aborto y el 54.5% eran casadas o estaban en unión libre, además el 78.4% de los embarazos no deseados fue por el no uso de métodos anticonceptivos.

Con respecto al aborto en América Latina, un estudio realizado por el Alan Guttmacher Institute, encontró que en Colombia, el 33% de las mujeres, abortaron por presión de sus compañeros o esposos; las mujeres de estratos bajos también abortaron por la situación económica, mientras que las de estratos medios, lo hicieron por presión familiar, ya que muchas de ellas eran solteras. (Hawker, Ferrando y Llera, 1994)

De otra parte, vale la pena conocer los apartes de un estudio realizado en los Hospitales San Vicente de Paúl, General de Medellín y Urgencias Hospitalarias del barrio Manrique en el año 2000, mediante el cual se pudo establecer que con los dineros invertidos por las mujeres para tratar de abortar antes de acudir a un hospital debido a complicaciones, sumados a los gastos de atención hospitalaria de 36 mujeres hospitalizadas con aborto inducido, en solo 2 meses del año 2000, se hubiesen atendido durante un año a 537 mujeres en un programa de asesoría y asistencia en anticoncepción consistente en: una consulta ginecológica anual, toma de una citología y suministro gratuito de 13 ciclos de anticonceptivos para un año, además de evitar 36 muertes fetales y 2466 años de vida perdidos. En ese mismo año costaba 5 veces más atender un parto que prevenir un embarazo no deseado. (Penagos, 2013)

El mismo informe indica que en el año 2004, la atención hospitalaria de 7480 partos y 482 abortos en adolescentes, le costó a Medellín \$5.610.000.000, un promedio de \$704.597 cada uno. Para el 2005 a tarifas del Plan Obligatorio de Salud (POS), un programa preventivo gratuito para las mujeres, cuesta \$211.000 año/mujer (una consulta ginecológica, una citología y más de 12 ciclos de anticonceptivos), mientras que la sola atención de un parto o aborto en adolescente, cuesta cuatro veces más y eso sin contar los costos subsiguientes a los nacimientos, y los costos sociales, de educación, manutención y cambios en el proyecto de vida de esas adolescentes que finalmente tiene repercusiones económicas y sociales. (Penagos Velásquez, G. S., s. f).

CAPÍTULO II. Despenalización parcial del aborto en Colombia: Sentencia C-355 de 2006

Teniendo en cuenta la trascendencia de la Sentencia C-355 en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, es pertinente mostrar sucintamente el camino recorrido para llegar a ella, pues permite entender, con mayor claridad, donde radicó el cambio de posición de la Corte en esta materia. Así mismo se hará una síntesis de dicha providencia, seguida de la fundamentación normativa que tuvo en cuenta la Corte para proferirla; también se abordará el debate sobre la vida, toda vez que es, en gran medida, el punto central de la discusión sobre la liberalización legal del aborto y para finalizar se mostrarán con más detalle, cada una de las causales en las que se despenalizó el aborto, con sus respectivos requisitos. Se aclara que este capítulo hará referencia solo a lo contenido en la Sentencia C-355 de 2006 por ser necesario para el ejercicio académico, pero en el capítulo IV se tratarán otros desarrollos jurisprudenciales relevantes para la materialización de la decisión de la Corte.

2.1 Camino a la despenalización parcial del aborto en Colombia

La despenalización parcial del aborto en Colombia ha recorrido un camino marcado por periodos de silencio, de voces fuertes y otras ausentes, de momentos de gran polémica y de posiciones de avanzada que no toda la ciudadanía alcanzó a conocer porque el tema solo se discutía en círculos y publicaciones especializadas de los ámbitos médicos, jurídicos, académicos y religiosos. Aunque la lucha del movimiento feminista colombiano se remonta a la década del setenta, no había podido lograr que el debate sobre el aborto se popularizara en los medios de comunicación y que de esta forma se reconociera como un problema de derechos humanos y de salud pública, por encima de los criterios morales que históricamente han relegado el tema (Jaramillo y Alfonso, 2008).

En efecto, hasta 2006, Colombia era uno de los pocos países del mundo que tenía tipificado el aborto como tipo penal absoluto, posición que se mantuvo prácticamente desde la constitución de la República. La ley vigente en Colombia en 1837 contemplaba como delitos, tanto el aborto consentido como el no consentido, pero permitía el aborto terapéutico⁸, el mismo manejo tuvo en el Código Penal de 1873. Posteriormente, en 1890 el legislador permitió el aborto terapéutico cuando fuera necesario para salvar la vida de la madre e incluyó el “aborto honoris causa”⁹ como

⁸ Según el artículo 640 del Código Penal de 1890, que básicamente reiteró lo dispuesto por el Código del año 1837, establecía que “no se incurrirá en pena alguna cuando se procure o efectúe el aborto como medio absolutamente necesario para salvar la vida de la mujer ni cuando en conformidad con los sanos principios de la ciencia médica, sea indispensable el parto prematuro artificial”. (Bernate Ochoa, 2016).

⁹ El Código Penal de 1837 disponía en el artículo 642: “Pero si fuere mujer honrada y de buena fama anterior y resultare, a juicio de los jueces, que el único móvil de la acción fue el encubrir su fragilidad, se le impondrá solamente la pena de tres a seis meses de prisión, si el aborto no se verifica; y de cinco a diez meses si se verifica.” (Molina Betancur, 2006)

atenuante del tipo penal principal y que resultaba pertinente para aquellos casos en que el aborto fuera cometido por una mujer honrada y de buena fama que pretendía encubrir su fragilidad. En la modificación de 1936, establecida mediante la Ley 95, el Código Penal mantuvo el tipo principal de aborto consentido y la atenuante para el “aborto honoris causa”; este código fue derogado por el Decreto 100 de 1980 y este último por la Ley 599 de 2000 que en lo relativo al aborto prácticamente mantuvo la misma posición de las anteriores normas hasta que fue modificada parcialmente por la Sentencia C-355 de 2006. (Viana, 2006)

Hay que decir, que desde la década del 70, se presentaron varias propuestas relativas al aborto y que respondían a Conferencias Internacionales de Naciones Unidas sobre la mujer y el movimiento de mujeres, entre las que se resaltan: en 1975 una propuesta al Congreso para reglamentar la interrupción terapéutica del embarazo, cuyo ponente fue el congresista Iván López; en 1979 la congresista Consuelo Lleras presentó otra propuesta para proteger la salud y la vida de las mujeres que habitan en Colombia; 10 años más tarde el congresista Emilio Urrea propuso la legalización del aborto en Colombia; en 1993 hubo dos propuestas, una que buscaba que se desarrollaran los derechos constitucionales a la protección y libre opción a la maternidad y la protección al niño menor de un año, presentada por la congresista Vera Grabe y la otra que buscaba la defensa y protección de los derechos de la mujer y la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, por Ana García; en 2002, la Senadora Piedad Córdoba presentó una más que buscaba que se dictaran normas sobre salud sexual y reproductiva. Pese a que varias de estas propuestas, despertaron polémica y manifestaciones, fueron archivadas debido a razones principalmente religiosas. (Ministerio de Protección Social, 2007)

Es importante aclarar también, que la Asamblea Nacional Constituyente que dio lugar a la Constitución de 1991, ayudó a abrir espacios para el movimiento feminista colombiano, el cual transformó las razones del feminismo en argumentos de sociedad civil, ya que se empezó a enmarcar el aborto en una propuesta que buscaba fundamentalmente, la libre opción a la maternidad; no obstante el tema del aborto fue excluido del debate, según testimonio del constituyente Iván Marulanda, quien fue uno de los defensores de la propuesta. (Navarro Pereira, 2009)

Así las cosas, a partir de la Constitución de 1991, la Corte Constitucional también mantuvo su protección absoluta a la vida del nasciturus, pues todas las Sentencias proferidas con fundamento en ella y que son anteriores a 2006, protegieron de manera absoluta la vida del no nato, sin realizar un análisis de los derechos de las mujeres o por lo menos una ponderación entre ambos derechos. A propósito de ello, la Sentencia C-133 de 1994, que es la primera en que la Corte estudia el tema del aborto, declara exequible el artículo 343 del Código Penal vigente (Decreto 100 de 1980), que contemplaba que la mujer que se causara el aborto o permitiera que otro se lo causara o se lo realizara, incurriría en prisión de uno a tres años, así fuera con el consentimiento

de la mujer; en su lugar, declara que la vida del nasciturus es sagrada y prevalece sobre los derechos de la mujer gestante.

Una segunda Sentencia, la C-013 de 1997, se da a partir de una demanda contra varios artículos del Decreto 100 mencionado, entre ellos el 345 que consideraba varias circunstancias atenuantes para el delito de aborto cuando el embarazo fuera producto de acceso carnal violento, abusivo o inseminación artificial no consentida. La decisión de la Corte no solo sostuvo la prioridad de los derechos del nasciturus, sino que se comprometió claramente con las posturas católicas y reconoció el derecho a la vida del no nato, incluso en caso de violación, el cual no había reconocido en la Sentencia C-133 aludida.

En el año 2001, mediante Sentencia C-647, la Corte se pronuncia frente a una demanda de inconstitucionalidad del parágrafo del artículo 124 de la Ley 599 de 2000, nuevo Código Penal, relacionado con las circunstancias en que se podía inaplicar la pena en el delito de aborto, pues el demandante consideró que el derecho a la vida del nasciturus quedaba desprotegido ante la discrecionalidad que se le daba al juez. Frente a ello, la Corte determinó que la pena no se extingue, sino que eventualmente se excluye, según la potestad punitiva que tiene el Estado, de acuerdo a una competencia judicial reglada, en virtud de la cual, el juez puede decidir no aplicar la pena. En todo caso, la Corte siguió considerando que era constitucionalmente razonable prohibir el derecho a la libertad procreativa así las circunstancias que rodearan la concepción, merecieran atenuar la pena. (Viana, 2006).

Ahora bien, desde el año 1999 diferentes Comités de Derechos Humanos del Sistema Internacional de Protección, habían hecho recomendaciones al Estado colombiano para que revisara la legislación penal vigente en materia de aborto, debido a las altas tasas de mortalidad por abortos clandestinos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Una de esas recomendaciones era la General No. 24 de febrero de 1999 del Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, este Comité hace referencia al tema de la mujer y la salud, señala la obligación de los Estados de respetar el acceso de la mujer a los servicios médicos y de abstenerse de “poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud”; también la recomendación del Comité Interamericano de Derechos Humanos de febrero de 1999 y la recomendación hecha en mayo de 2004 por el Comité de Derechos Humanos, encargado de monitorear el Pacto de Derechos Civiles y Políticos. Todas, advertían que la prohibición total del aborto, aumentaba el número de abortos clandestinos y desconocía los derechos de las mujeres que ya habían sido reconocidos en diferentes tratados internacionales ratificados por Colombia y por consiguiente solicitaron derogar la prohibición total del aborto para permitirlo en algunos casos específicos.

Por lo expuesto, es evidente que el legislador mantuvo una misma posición con respecto al aborto durante más de 100 años, tiempo durante el cual dio prelación a la vida en formación sobre los derechos de la mujer. (Viana, 2006)

Ante este panorama, a partir del año 2003 Mónica Roa inició el proyecto LAICIA (Litigio de Alto Impacto en Colombia por la Inconstitucionalidad del Aborto), el cual fue fruto de sus investigaciones realizadas en el marco de la maestría en Derecho Global de Interés Público en New York University. La estrategia del litigio fue acompañada por la entidad no gubernamental Women's Link Worldwide, la cual se enfoca en apoyar los movimientos de mujeres para lograr un cambio más amplio desde un trabajo estratégico que influya en las decisiones judiciales (Jaramillo Sierra, 2008). Este proyecto tenía como objetivo general lograr el reconocimiento de la mujer como un ser humano plenamente digno y que, por lo tanto, no fuera considerada como un simple instrumento reproductor. Para desarrollar este objetivo, Mónica Roa, Pablo Jaramillo Valencia, Marcela Abadía Cubillos, Juana Dávila Sáenz y Laura Porras Santillana presentaron en 2005, una demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 122, 123, 124 y 32, numeral 7¹⁰ del Código Penal colombiano (Ley 599 de 2000) por considerar que violaban los derechos constitucionales a: la dignidad (Preámbulo y artículo 1º de la Constitución Política de 1991), la vida (Art. 11 de la C.P.), la integridad personal (Art.12 de la C.P.), la igualdad y la libertad (Art. 13 de la C.P.), al libre desarrollo de la personalidad (Art. 16 de la C.P.), la autonomía reproductiva (Art. 42 de la C.P.), la salud (Art. 49 de la C.P.) y las obligaciones del derecho internacional de los derechos humanos (Art. 93 de la C.P.), emitidas por los comités de monitoreo de los tratados de derechos. A la vez, exigieron la despenalización del aborto en tres circunstancias: a) cuando la vida o la salud de la mujer estuviera en peligro, b) cuando el embarazo fuera resultado de violación o c) cuando el feto presentara una malformación incompatible con la vida extrauterina. La demanda contó con el apoyo de organizaciones de mujeres y con el respaldo del Procurador General de la Nación en su momento, Edgardo Maya Villazón. (Women's Link Worldwide, 2007). La demanda fue admitida y la Corte inició su estudio.

El 7 de diciembre de 2005, la Corte se declaró inhibida por supuestas fallas en la acción presentada por la abogada, quien corrigió la demanda y la volvió a presentar el 12 de diciembre

¹⁰ Estos artículos se encontraban establecidos así antes del año 2006: Artículo 122. Aborto. La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años; Artículo 123. Aborto sin consentimiento. El que causare el aborto sin consentimiento de la mujer o en mujer menor de catorce años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a diez (10) años; Artículo 124. INEXEQUIBLE. Circunstancias de atenuación punitiva. La pena señalada para el delito de aborto se disminuirá en las tres cuartas partes cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas; Artículo 32. Ausencia de responsabilidad. No habrá lugar a responsabilidad penal cuando: 7. Se obre por la necesidad de proteger un derecho propio o ajeno de un peligro actual o inminente, inevitable de otra manera, que el agente no haya causado intencionalmente o por imprudencia y que no tenga el deber jurídico de afrontar. (Código Penal, 2000)

del mismo año, pero en este caso apoyada en tres estrategias diseñadas desde el proyecto LAICIA con el fin de garantizar el éxito de la nueva demanda: a) la argumentación jurídica atendiendo las observaciones que había hecho la Corte en el fallo inhibitorio; b) estableció alianzas y redes de apoyo para visibilizar el debate ampliamente e involucrar a la sociedad civil, ya que en la primera demanda, los opositores del proyecto lo habían impedido y c) diseñó una estrategia de comunicaciones para promover una discusión informada, democrática, plural y transparente que considerara el aborto como un problema social prioritario. (Jarmillo y Alfonso, 2008)

Finalmente, como consecuencia de dicho litigio estratégico, la Corte Constitucional expidió la Sentencia C-355 de 2006, mediante la cual despenalizó el aborto en tres circunstancias específicas, las cuales se tratarán en el siguiente punto.

2.2 Síntesis de la Sentencia

El 10 de mayo de 2006, la Corte Constitucional profirió la Sentencia C-355, mediante la cual declaró exequible el artículo 122 del Código Penal, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en tres circunstancias específicas a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto. De igual forma, la Corte declaró exequible el artículo 32-7 del Código Penal (Ley 599 de 2000) e inexecutable la expresión “o en mujer menor de catorce años”, contenida en el artículo 123 de la Ley 599 de 2000, así como inexecutable el artículo 124 del mismo Código.

Con esta decisión, la Corte dio otro rumbo a un tema tan controvertido desde el punto de vista político, jurídico y moral, como es el aborto, no solo porque se considera que su prohibición total es una violación de los derechos fundamentales, sino también porque reivindica la autonomía sexual y reproductiva como materialización de la dignidad humana, en este sentido, se reconoce a las mujeres como sujetos morales y ciudadanas plenas con capacidad suficiente para tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre sus cuerpos y sus vidas.

Para dicha providencia, la Corte desarrolló tres argumentos básicos: “a) La diferencia existente entre la protección a la vida en formación y el derecho a la vida, pues el primero se restringe a la persona humana, aunque también debe darse protección jurídica al que está por nacer; b) reconoce los derechos sexuales y reproductivos y el papel que desempeñan los estados

constitucionales y democráticos modernos; c) desarrolló varios límites constitucionales a la potestad legislativa del congreso en materia penal, incluyendo los mínimos de proporcionalidad, racionalidad y respeto a la salud, la vida, la integridad y la dignidad humana.” (Women’s Link Worldwide, 2007)

Con base en estos planteamientos, la Corte consideró que conceder una protección total a la vida del que está por nacer, incluso penalizando el aborto en cualquier evento, equivalía a desconocer las garantías que se le han conferido a la mujer en el ámbito internacional, además de ser una evidente intromisión del Estado, que se aleja de los principios de proporcionalidad y razonabilidad desarrollados por la Corte Constitucional.

Desde la forma, la extensión de la Sentencia puede describirse así: 17 páginas relativas a su introducción; 17 donde se describen los aspectos más relevantes de las demandas de inconstitucionalidad presentadas; 131 para las intervenciones (incluyendo las extraordinarias y extranjeras); 40 que relatan los aspectos generales del Concepto 4024 del 1 de febrero de 2006, del Procurador General; aproximadamente 100 páginas para las consideraciones de la Corte Constitucional, la cual a su vez dedicó 14 para el estudio de los impedimentos y posibles nulidades del proceso y 10 páginas para la descripción del asunto y el estudio de posible cosa juzgada; cerca de 80 páginas para esbozar su tesis, la cual parte de un examen al derecho a la vida como un bien constitucionalmente relevante y su diferencia frente al derecho a la vida; como un segundo punto, se examina la vida del nasciturus frente a la protección de los instrumentos internacionales, específicamente respecto al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención de los Derechos del Niño y la Convención Americana de Derechos Humanos; en un tercer punto, se analizan los derechos de las mujeres en la Constitución y en el Derecho Internacional; un amplio espacio relacionado con los límites a la potestad de configuración del legislador en materia penal; un quinto tema relacionado con el aborto en el derecho comparado; un penúltimo tema fue el examen al caso concreto y por último, las consideraciones finales.

2.2.1 Fundamentación

En el proceso que antecedió la decisión de la Sentencia C-355 de 2006, se trató constantemente una pugna entre la garantía del derecho a la vida de quien está por nacer y las restricciones a la libertad de la mujer embarazada. A raíz de ciertas intervenciones que basadas en los instrumentos internacionales pertenecientes al bloque de constitucionalidad, argumentaban la titularidad del nasciturus del derecho a la vida y por ende la obligación del Estado a penalizar totalmente el aborto, la Corte Constitucional se refirió especialmente a la Convención Americana de Derechos Humanos, aclarando que ninguno de los derechos fijados en ella son absolutos y que por lo tanto en caso de una colisión entre ellos, es necesario realizar una ponderación con el

fin de que no se generen sacrificios desproporcionados de los derechos. Al mismo tiempo, esta corporación trajo a colación lo establecido en la Sentencia C-028 de 2006 respecto a la interpretación armónica y sistemática que debe hacerse entre los tratados internacionales, y entre estos y la Constitución. Así entonces, la Corte concluyó que no surge de los preceptos del derecho internacional, un deber de protección total e ilimitado de la vida en gestación, en contraste, con base en la interpretación de estos, debe ponderarse aquel con otros derechos, principios y valores consagrados en la Norma Superior de 1991 y en otros instrumentos del derecho internacional.

Por otro lado, la Corte recordó el importante cambio que implicó la Constitución Política de 1991, para los derechos de las mujeres en la comunidad colombiana y sus relaciones con el Estado. Con base en ello, aludió al derecho de igualdad que se consagró en el texto constitucional, el cual dotó de iguales derechos y oportunidades tanto a hombres como a mujeres, y expuso la especial prohibición de no someter a la mujer a ninguna clase de discriminación. Asimismo, resaltó el papel que la Corte Constitucional ha tenido a la hora de proteger la supremacía de la Constitución y de los derechos consagrados en ella, recordando otros pronunciamientos en los que ha brindado protección a sus derechos de no discriminación, de libre desarrollo de la personalidad, sus derechos sexuales y reproductivos, entre otros, en aras de la igualdad.

Posteriormente la Corte hizo alusión a la Primera Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Teherán en 1968, donde se señaló el derecho humano fundamental que tienen los padres a “determinar libremente el número de hijos y espaciamiento de sus hijos”. Del mismo modo, se mencionó que 1975 fue el año denominado por la Asamblea General de las Naciones Unidas como el Año Internacional de la Mujer, en este mismo se llevó a cabo una conferencia mundial en México destinada a mejorar la situación de la mujer, y se fijó la década de 1975 a 1985 como el Decenio de la Mujer de las Naciones Unidas; en esta década fueron celebradas dos conferencias más, en Copenhague en 1980 y en Nairobi en 1985 con el fin de estimar los efectos del Decenio de la Mujer. También se hizo referencia a la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena en 1993, la cual manifestó que “los derechos humanos de la mujer y la niña, son parte inalienable e indivisible de los derechos humanos universales”, y que eran objetivos preponderantes del orden internacional, la participación igualitaria de la mujer en aspectos políticos, económicos, sociales y culturales, y la eliminación de las formas de discriminación fundamentadas en el sexo. Igualmente, se citó la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo en el año 1994, en la que se trataron los derechos humanos de la mujer y se reconocieron como una categoría de estos, los derechos reproductivos, que trae inmerso el derecho fundamental que tiene toda persona a “decidir libremente el número y el espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo”; además se estableció que dentro de la salud reproductiva se encuentra la libertad de procrear o no hacerlo, el momento y la continuidad de está; asimismo, se señaló que los derechos

reproductivos destacados en el Programa de Acción de El Cairo, fueron reafirmados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. (ONU, 1995)

Se argumentó también, la relación existente entre la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, con los derechos fundamentales a la vida, la salud, la igualdad, la libertad, y la integridad personal. Con fundamento en lo anterior, la Corte manifestó que la custodia y garantía de los derechos de la mujer encontraban su soporte en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención Americana de Derechos Humanos, pero se refirió especialmente a la protección de la que gozan estos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) aprobada en Colombia por la Ley 51 de 1981, y en la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” que entró en vigor a nivel nacional con la Ley 248 de 1995.

Con relación a la CEDAW se considera la planificación familiar como un componente del derecho a la salud y reiteran la necesidad de eliminar la discriminación contra la mujer que dificulta el cuidado de su salud; hacen énfasis en la obligación del Estado de brindarle información y servicios para que pueda controlar su propia fecundidad, y se le proporcione atención en su salud sexual y reproductiva; además esta convención se constituye, en algo así, como la carta magna para las mujeres, pues es allí donde se define el significado de igualdad y se indica cómo lograrla; en el mismo sentido, declaró que “la violencia contra la mujer es una forma de discriminación que inhibe gravemente la capacidad de la mujer de gozar de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”. Respecto a la Convención de Belém do Pará, establece el derecho de toda mujer a vivir una vida libre de violencia y regula los compromisos asumidos por los Estados americanos frente a la violencia contra la mujer, la cual define como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Esta Convención, busca modificar la visión que se tiene sobre el papel de la mujer en la procreación, como argumento para propiciar discriminaciones de trato y derechos; así mismo cambiar el papel tradicional de hombres y mujeres en la sociedad y en la familia, para alcanzar la plena igualdad entre ellos.

Adicionalmente, la Corte hizo referencia a ciertos derechos establecidos constitucionalmente. Así pues, mencionó el derecho fundamental de la dignidad humana, precisando sobre la mujer, la protección sobre las decisiones vinculadas con su plan de vida y autonomía reproductiva; igualmente advirtió que no se podía considerar a la mujer un mero instrumento de reproducción ni obligarla a actuar como tal en contra de su voluntad. En cuanto al libre desarrollo de la personalidad como derecho, se sostuvo que este guarda relación con las decisiones individuales de cada sujeto para construir un modelo de vida; con el derecho a considerar la maternidad como

una alternativa de vida; con las decisiones vinculadas a la salud y al consentimiento para seguir un tratamiento médico o rechazarlo. Acerca de la salud, considerándola como derecho fundamental en relación de conexidad con el derecho a la vida, se dice que esta abarca tanto la salud física como la mental, y en el caso específico de las mujeres se extiende hasta la salud reproductiva; se señala también que “no resulta proporcionado ni razonable que el Estado colombiano imponga a una persona la obligación de sacrificar su propia salud, en aras de proteger intereses de terceros aun cuando estos últimos sean constitucionalmente relevantes”.

Finalmente la Corte Constitucional, dio su fallo mediante Sentencia C-355 de 2006, donde declaró la constitucionalidad condicionada del aborto, por considerar que los artículos del Código Penal aplicables, violaban los derechos constitucionales a la dignidad, la vida, la integridad personal, la igualdad y la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía reproductiva, la salud y las obligaciones del derecho internacional de los derechos humanos en las tres circunstancias solicitadas. Para tomar dicha decisión la Corte desarrolló tres argumentos básicos: a) La diferencia existente entre la protección a la vida en formación y el derecho a la vida, pues el primero se restringe a la persona humana, aunque también debe darse protección jurídica al que está por nacer; b) reconoce los derechos sexuales y reproductivos y el papel que desempeñan los estados constitucionales y democráticos modernos; c) desarrollo varios límites constitucionales a la potestad legislativa del congreso en materia penal, incluyendo los mínimos de proporcionalidad, racionalidad y respeto a la salud, la vida, la integridad y la dignidad humana. (Women´s Link Worldwide, 2007)

2.2.2 Proporcionalidad- El debate sobre la vida

La legalización del aborto en los tres escenarios contemplados en la Sentencia C-355 de 2006, dio un giro radical a la manera como la Corte Constitucional analizaba el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, dada la posición que tenía frente a la vida del nasciturus vs los derechos de las mujeres. Para la Corte, la protección a la vida del nasciturus, era prevalente y absoluta, según la interpretación que hacía de la Constitución Política de 1991 y de tratados internacionales acogidos por Colombia desde hace varios años, entre ellos, los relacionados con los derechos sexuales y reproductivos,

A propósito de la interpretación anterior a 2006, resulta ilustrativa la Sentencia C-113 de 1994 que resuelve una demanda en contra del artículo 343 del decreto 100 de 1980, que establecía el delito de aborto simple. El demandante presentó los siguientes argumentos para que se declarara la inexecutable del decreto: a) el no nacido no es persona y por lo tanto, en sentido estricto no tiene derechos que deban ser ponderados con otros; b) la sanción desconoce la libertad de conciencia, la libertad de cultos y la diversidad étnica y cultural que la Constitución protege y c)

La Constitución protege la libertad de las parejas para decidir el número de hijos. En la Sentencia que decidió la demanda, la Corte consideró lo siguiente:

“La vida que la Constitución Política protege, comienza desde el instante de la gestación, dado que la protección de la vida en la etapa de su proceso en el cuerpo materno, es condición necesaria para la vida independiente del ser humano fuera del vientre de la madre. Por otra parte, la concepción genera un tercer ser que existencialmente es diferente de la madre y cuyo desarrollo y perfeccionamiento para adquirir viabilidad de vida independiente, concretada con el nacimiento, no puede quedar al arbitrio de la libre decisión de la embarazada”

Con base en ello, para la Corte en su momento, proteger la vida humana desde su concepción, implicaba necesariamente que el legislador tenía la obligación de penalizar todo atentado contra esa persona en formación, lo que se traduce en que la mujer no podía abortar voluntariamente bajo ninguna circunstancia. En consonancia con ello, consideraba también que la libertad de conciencia y la libertad de cultos no se violaban al proteger prioritariamente la vida del nasciturus, porque tales libertades estaban limitadas precisamente por el derecho a la vida de este último y tampoco se vulneraba el derecho a decidir el número de hijos porque la pareja podía impedir la concepción, pero sin detenerse a pensar si tenían acceso realmente a métodos anticonceptivos. (Jaramillo y Alfonso, 2008)

En el mismo sentido, la Sentencia C-013 de 1997, ilustra la prevalencia que la Corte le brindaba al nasciturus bajo cualquier circunstancia, pues con respecto al aborto atenuado en caso de violación o inseminación artificial no consentida, se pronunció negativamente por considerar que “el derecho a la igualdad del nasciturus se violaba porque no se le estaba protegiendo su vida en la misma proporción”; así mismo explicó que “pero, aun admitiendo, en gracia de discusión, que la prohibición legal del aborto en los eventos descritos implicara agravio para la dignidad de la mujer, este derecho no podría jamás entenderse como prevalente sobre el de la vida del que está por nacer”. Es más, para su argumentación acudió a la encíclica *Humana Vitae*¹¹, al enfatizar que “el fruto de la concepción es vida humana independiente y no propiedad de la mujer”, demostrando así la carga religiosa de la decisión. En esta sentencia la Corte decidió que “la libre opción por la maternidad no era importante porque esta condición siempre dignifica a las mujeres”. En ninguno de los dos casos, la Corte alude al tema de la mortalidad materna asociada al aborto y por el contrario enfatiza en la obligación que tiene el legislativo de disponer las sanciones para “todo atentado contra esta persona en formación”, refiriéndose al nasciturus. (Jaramillo y Alfonso, 2008)

¹¹*Humana Vitae* (latín: De la vida humana) es una encíclica escrita por el papa Pablo VI y publicada el 25 de julio de 1968. ... Debido al hecho de que la encíclica declara ilícito todo tipo de control artificial de la natalidad, su publicación resultó muy controvertida.

Frente a esta posición de la Corte y los fallidos intentos en el Congreso para modificar las normas penales frente al aborto, la abogada Mónica Roa presentó en 2005, una demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 122, 123, 124 y 32, numeral 7 del Código Penal colombiano argumentando que estos vulneraban los derechos a la dignidad a la vida, a la integridad personal, a la igualdad y a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía reproductiva, y a la salud, establecidos en la Norma Superior de 1991. Además, hicieron referencia a las obligaciones del derecho internacional de los derechos humanos, emitidas por los comités de monitoreo de los tratados de derechos. A la vez, exigieron la despenalización del aborto en tres circunstancias: a) cuando la vida o la salud de la mujer estuviera en peligro, b) cuando el embarazo fuera resultado de violación o c) cuando el feto presentara una malformación incompatible con la vida extrauterina.

Como en casos anteriores, dado que la Constitución Colombiana de 1991, contiene una amplia gama de valores, principios y derechos, que conforme a lo que se ha mostrado, no necesariamente tienen un carácter absoluto, ni dominio incondicional de uno sobre los otros, afloró la tensión entre el deber de protección de la vida en gestación y los derechos fundamentales de la mujer embarazada. Para dirimir este conflicto, la Corte Constitucional acudió a un test de proporcionalidad, por considerar que “es un principio esencial del Estado social y democrático de derecho, el cual sirve para verificar que las actuaciones de las autoridades públicas se ajusten a derecho, pretendiendo así evitar un ejercicio arbitrario del poder” (Sentencia C-226 de 2002). Adicionalmente, la Corte ha dicho que la proporcionalidad funciona como “principio de corrección funcional de toda la actividad estatal que, junto con otros principios de interpretación constitucional –unidad de la Constitución, fuerza normativa, fuerza integradora, concordancia práctica armonización concreta, inmunidad de los derechos constitucionales e interpretación conforme a la Constitución – busca asegurar que el poder público actúe dentro del marco del estado de derecho, sin excederse en el ejercicio de sus funciones” (Sentencia C-916 de 2002). Es conveniente aclarar también, que la Corte ha definido distintos niveles para aplicar el test de proporcionalidad que son: leve, intermedio y estricto y según el que se elija, la carga argumentativa es diferente. (Sentencia C-673 de 2001)

Ahora bien, el test de proporcionalidad propone los siguientes pasos: “(i) si la medida limitativa busca una finalidad constitucional, (ii) si es adecuada respecto del fin, (iii) si es necesaria para la realización de éste -lo cual implica la no existencia de una alternativa que garantice el cumplimiento del fin limitando en menor medida el derecho que se ve restringido- y (iv) si es estrictamente proporcional en relación con el fin que busca ser realizado -esto implica un no sacrificio de valores y principios que tengan un mayor peso que el principio que se pretende satisfacer-”. (Sentencia T-269 de 2002)

En ese orden de ideas, surgió la ponderación del derecho a la vida frente a los derechos de las mujeres, (juicio de proporcionalidad), derecho a la dignidad humana, libre desarrollo de la

personalidad, la salud y la integridad de las personas. Bajo estas premisas, el concepto de dignidad humana para la Corte, prevalece en la ponderación, porque compromete la complejidad de la persona, mientras que lo biológico alude solo a un aspecto. Según ello, la protección jurídica de la vida humana se ha humanizado, en el sentido de que en ella prima la valoración de fenómenos sociales, psicológicos y políticos, asociados con los fines de la organización social sobre las valoraciones metafísicas, las cuales se respetan y protegen como parte del ámbito íntimo de las personas, pero que no pueden definir políticas públicas por representar sólo visiones particulares de la existencia. (Sentencia C-355 de 2006).

La dignidad humana, es pues un límite para el legislador en materia penal, así busque proteger un bien jurídico tan importante desde la órbita constitucional, como la vida. En tal medida, el legislador, al adoptar normas de carácter penal, no puede desconocer que la mujer es un ser humano plenamente digno y por tanto debe tratarla como tal, en lugar de considerarla y convertirla en un simple instrumento de reproducción de la especie humana o de imponerle en ciertos casos, contra su voluntad, servir de herramienta efectivamente útil para procrear. (Sentencia C-355 de 2006).

Sobre el alcance del derecho a la vida a la luz de los tratados internacionales y en el marco del bloque de constitucionalidad, la Corte manifestó que “En conclusión, de las distintas disposiciones del derecho internacional de los derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad no se desprende un deber de protección absoluto e incondicional de la vida en gestación, por el contrario, tanto de su interpretación literal como sistemática surge la necesidad de ponderar la vida en gestación con otros derechos, principios y valores reconocidos en la Carta de 1991 y en otros instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos, ponderación que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha privilegiado. Dicha ponderación exige identificar y sopesar los derechos en conflicto con el deber de protección de la vida, así como apreciar la importancia constitucional del titular de tales derechos, en estos casos, la mujer embarazada” (Sentencia C-355 de 2006).

Por su parte, al analizar específicamente la Convención Americana de Derechos Humanos y su aplicación en Colombia, la Corte manifestó para referirse a la titularidad del derecho a la vida, el enunciado de dicha Convención alude al concepto de persona, pero inmediatamente después afirma que el derecho a la vida será a partir del momento de la concepción. Esta redacción da lugar a diferentes interpretaciones, pues algunos consideran que a partir de la concepción, el nasciturus es una persona y por tanto titular del derecho a la vida y por ende, en su favor deben adoptarse “en general” medidas de carácter legislativo; otra interpretación es que a partir de la concepción deben adoptarse medidas legislativas que protejan “en general”, la vida en gestación.

Para la Corte, el enunciado de la Convención aludido, no puede interpretarse en el sentido de que el derecho a la vida del nasciturus es absoluto, como tampoco lo es el deber de adoptar medidas

legislativas por parte del Estado; es más, para la Corte, la expresión literal “en general” que contempla la Convención, lo que permite es la posibilidad de que en ciertas circunstancias excepcionales la ley no proteja la vida desde el momento de la concepción. Adicionalmente, la Corte considera que ninguno de los derechos que se consagran en la Convención, tiene un carácter absoluto porque son esenciales a la persona humana y por ello deben ponderarse cuando choquen entre sí; además si a un derecho o un deber de protección contemplado en la Convención u otros instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos, se le da una prelación automática e incondicional, pueden desconocerse otros derechos contemplados en los mismos instrumentos y por lo tanto no se cumpliría el objetivo para el que fueron creados, como es el de “promover un régimen de libertad individual y de justicia social” (Sentencia C-355 de 2006). Complementariamente, la Corte considera que la interpretación de los tratados internacionales de derechos humanos no puede ser solo literal o gramatical, sino que es necesario acudir a criterios sistemáticos y teleológicos. (Sentencia C-028 de 2006)

Con respecto a la Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas), señala en su preámbulo, la necesidad de protección del niño “tanto antes como después del nacimiento”, pero en su artículo 1º señala también “que se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años”. Así las cosas, para la Corte, esta Convención no establece claramente si el nasciturus es un niño y por lo tanto, titular de los derechos consagrados en la misma; además el concepto de “ser humano” es amplio e indeterminado, cuya interpretación le corresponde a los Estados Parte y a otras instancias encargadas de interpretar el alcance del tratado (Sentencia C-355 de 2006). En resumen, este instrumento internacional, tampoco contempla expresamente que el nasciturus sea una persona humana y por lo tanto titular del derecho a la vida.

Finalmente, con su fallo de 2006, la Corte produjo un cambio que rompió con los paradigmas normativos frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, al despenalizar el aborto en tres circunstancias específicas que han sido mencionadas antes, en las cuales resultaba desproporcionado, para los derechos de las mujeres, obligarlas a llevar a término el embarazo. Hay que admitir que esta Sentencia, aborda dos temas de mucha controversia, como son el aborto y con él la vida, debido a que sus implicaciones trascienden el ordenamiento jurídico y tocan directamente con la esencia natural de los seres humanos, pero hay que admitir también que “las tendencias jurisprudenciales en materia constitucional sobre la protección de la vida apuntan a definirla no como una mera vida biológica, sino como la materialización de aquellas circunstancias que garantizan la posibilidad de su desarrollo, pero siempre de conformidad con los derechos humanos a la libertad, autonomía y dignidad de las mujeres”. (Lemaitre, 2011)

Seguramente, el tema aún no está zanjado, lo que cobra sentido con el planteamiento de Habermas, según el cual “existe una gran enseñanza que se puede extraer del debate sobre el aborto, a saber, “el fracaso de todo intento de llegar a una descripción cosmovisivamente neutral (es decir, que no prejuzgue) del estatus moral de la vida humana incipiente, una descripción que

sea aceptable para todos los ciudadanos de una sociedad secular” (Habermas, 2002); así mismo resulta pertinente citar a Dworkin cuando considera que “La vida como categoría jurídica es una construcción permanente que implica, desde la axiología, riesgos de extinción de los postulados que solía proteger...”. (Guerrero y Maquiud, 2014)

2.2.3 Causales despenalizadas en la Sentencia

Según la Sentencia C-355 de 2006, la prohibición completa e incondicional del aborto en todas las circunstancias, es abiertamente desproporcionada porque anula completamente derechos de la mujer embarazada garantizados por la Constitución de 1991 y por tratados de derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad. Por tal motivo, la Corte declaró la inexecutable de la prohibición total del aborto, al permitirlo en tres circunstancias específicas que se ampliarán más adelante; no obstante, es menester aclarar, que en cualquiera de dichas circunstancias es un requisito fundamental el consentimiento de la mujer, pues si su vida o su salud corren peligro y aún así decide continuar con su embarazo, puede hacerlo; igual situación se presenta en las otras causales. Pero, así como existe esa garantía, existe también la de poder interrumpirlo si se encuentra en las causales permitidas y acredita los requisitos correspondientes; en ese orden de ideas, las entidades estatales pertinentes deben garantizar las condiciones adecuadas para el efecto.

Como lo admite la Corte en su Sentencia, las decisiones en torno al aborto, son supremamente complejas porque este tipo penal, enfrenta diversos derechos, principios y valores que tienen relevancia constitucional, de ahí que decidir cual debe prevalecer y en qué medida, implica tomar decisiones de profundas repercusiones sociales y que además pueden ser modificadas a medida que avanza la sociedad y que las políticas públicas cambian. Lo cierto es que la Corte decidió, dando lugar a la despenalización del aborto en los tres casos ya mencionados, en los que vale la pena detenerse para mostrar, de manera sucinta, como dirimió esa tensión de derechos.

- **Primera causal: cuando el embarazo constituye un peligro para la vida o la salud física y mental de la mujer.**

Para comprender mejor esta causal hay que advertir que la Corte asumió la definición de la Organización Mundial de la Salud, que entiende la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad” (Naciones Unidas, 2006). Por ello, basta la existencia de riesgo para la salud de la mujer en cualquiera de estas esferas y no se requiere que se haya generado ya un daño por la continuación del embarazo.

De otra parte, es importante la interpretación de distintos organismos internacionales de derechos humanos en relación con disposiciones de convenios internacionales que garantizan el derecho a la vida y a la salud de la mujer, como el artículo 6° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). (Naciones Unidas, 1966), el artículo 12.1 de la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Naciones Unidas, 1979) y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, (Naciones Unidas, 1976) por cuanto ellas hacen parte del bloque de constitucionalidad, obligan al Estado a adoptar medidas que protejan la vida y la salud. La prohibición del aborto cuando está en riesgo la salud o la vida de la madre puede constituir, por lo tanto, una trasgresión de las obligaciones del Estado colombiano derivadas de las normas del derecho internacional. El derecho a la salud contemplado en el artículo 12 del PIDESC, supone el derecho al goce del más alto nivel posible de salud física y mental y el embarazo puede causar una situación de angustia severa o, incluso graves alteraciones síquicas que justifiquen su interrupción según certificación médica.

Para la Corte, aunque el artículo 32-7 del Código Penal establece la posibilidad de que se invoque el estado de necesidad para eximir de responsabilidad penal a la mujer gestante, cuando su vida o su salud estén en peligro por causa del embarazo, no resuelve la tensión constitucional; primero, porque el legislador no puede tipificar esta hipótesis como delito ya que constitucionalmente no existe equivalencia entre los derechos a la vida o la salud de la madre respecto de la salvaguarda del feto y segundo, porque a la gestante se le exige reunir ciertas condiciones para demostrar el estado de necesidad, lo que significa imponerle una carga excesiva a la mujer.

Ahora bien, cuando la salud o la vida de la mujer gestante están amenazadas, resulta evidentemente excesivo exigir el sacrificio de una vida ya formada (la de la mujer) por la protección de la vida en formación (nasciturus). El Estado no puede obligar a un particular, en este caso a la mujer embarazada, a asumir sacrificios heroicos y a sacrificar sus propios derechos en beneficio de terceros o del interés general, aunque el embarazo sea resultado de un acto consentido, más aún, porque toda persona debe adoptar medidas para el cuidado de su propia salud, según lo establece el artículo 49 de la Constitución Política.

Requisitos para acceder a la IVE en la primera causal

En principio, la Sentencia C-355 de 2006, impone como único requisito que el riesgo sea certificado por un médico, aunque jurisprudencia posterior establecerá que también puede certificarse por un profesional de la psicología. Hay que aclarar, que el certificado no es una explicación del profesional para justificar o autorizar o no la interrupción del embarazo, como tampoco para señalar la intensidad del riesgo; lo que certifica es que en efecto hay un riesgo para

salud o la vida de la mujer. El ejercicio de ponderación del riesgo, únicamente corresponde a la mujer.

Advirtiendo que no es su área de conocimiento, la Corte no entra a detallar en que eventos la continuidad del embarazo puede representar amenaza para la vida o la salud de la madre; tal determinación le corresponde a los profesionales de la medicina, quienes, asume, actuarán conforme a los estándares éticos de su profesión.

- **Segunda causal: cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida**

De acuerdo con la Corte, hay distintas clases de malformaciones, por lo tanto, desde el punto de vista constitucional, las que plantean un problema límite, son aquellas que por su gravedad hacen que el feto sea inviable, mas no para los casos de afectación fetal que pueda ser curada antes o después del parto.

Precisó la Corte, que en este caso, la inviabilidad del feto no se configura ante cualquier enfermedad del mismo, sino solo en el evento de que haya malformaciones que sean incompatibles con la vida extrauterina y que por lo tanto al momento de dar a luz el feto morirá; por lo tanto resultaría desproporcionado obligar a la mujer a llevar a término un embarazo a sabiendas de que el feto no vivirá, según certificación médica y fuera de eso sancionarla por no continuar con el embarazo. En estos eventos, el deber estatal de proteger la vida del nasciturus pierde peso, toda vez que se encuentra ante la situación de una vida inviable y por consiguiente prevalecen los derechos de la mujer.

De otra parte, obligar a la madre a llevar a término su embarazo y luego enfrentarse a la pérdida de la vida que por su grave malformación es inviable, bajo la amenaza de de una sanción penal, es someterla a tratos crueles, inhumanos y degradantes que afectan su intangibilidad moral, ósea, su derecho a la dignidad humana. (Comité de Derechos Humanos, 2005).

Requisitos para acceder a la IVE en la segunda causal

En estos casos, la Corte determinó como requisito para la IVE, la presentación de un certificado de un profesional de la medicina, de tal forma que se salvaguarda la vida en gestación y se puede comprobar la existencia real de estas hipótesis y por lo tanto, el delito de aborto no puede ser penado.

Teniendo en cuenta que no es su área de conocimiento, la Corte no entra a detallar en qué eventos existe grave malformación del feto, puesto que tal determinación le corresponde a los profesionales de la medicina, quienes, se asume, actuarán conforme a los estándares éticos de su profesión.

- **Tercera causal: cuando el embarazo sea resultado de cualquier forma de abuso sexual (acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o abusivo) o de inseminación o transferencia de óvulo fecundado no consentido o de incesto.**

El Código Penal (Ley 599 de 2000), contiene la prohibición general del aborto, pero da la posibilidad de que el funcionario judicial atenúe la pena o la excluya cuando el embarazo es el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas (Art. 124 Código Penal.), teniendo en cuenta que se ven afectados algunos derechos fundamentales como su dignidad y el libre desarrollo de la personalidad. No obstante, esa “gabela” de atenuar o excluir la pena, la mujer sigue siendo considerada una delincuente y existe la posibilidad potencial de que sea condenada, pues depende del análisis que realice cada juez.

Para la Corte, una regulación en este sentido es desproporcionada ya que se le da prioridad absoluta a la vida en gestación sobre los derechos fundamentales de la mujer embarazada, especialmente su posibilidad de decidir si continúa o no con un embarazo no consentido. Una intromisión estatal de tal magnitud en su libre desarrollo de la personalidad y en su dignidad humana, privaría totalmente de contenido estos derechos, pues se estaría ante conductas arbitrarias que desconocen su carácter de sujeto autónomo de derechos y en esa medida es evidentemente desproporcionada e irrazonable. Lo anterior aplica también cuando el embarazo es producto del incesto, porque se trata además de un embarazo resultado de una conducta punible que, muchas veces, compromete el consentimiento, la autonomía y la voluntad de la mujer y aunque no haya violencia física, atenta no solo contra la estabilidad de la institución familiar, sino contra el principio de solidaridad contemplado en la Constitución.

La dignidad de la mujer excluye que pueda considerársele como mero receptáculo, y por tanto el consentimiento para asumir cualquier compromiso u obligación cobra especial relieve en este caso ante un hecho de tanta trascendencia como el de dar vida a un nuevo ser, vida que afectará profundamente a la de la mujer en todos los sentidos. Exigirle entonces, que continúe su embarazo cuando es producto de una violación, es vulnerar su dignidad y reducirla a un instrumento de reproducción. (Sentencia C-355 de 2006)

Ahora bien, frente al consentimiento del aborto por parte de una mujer menor de catorce años y que es sancionado según el artículo 123 del Código Penal, la Corte hace referencia a la

titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y al consentimiento informado de los menores para la práctica de intervenciones médicas. En esta medida descarta que criterios objetivos, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo y aunque contempla que el legislador puede establecer reglas específicas si lo estima conveniente, éstas no pueden menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años.

Así las cosas, una medida de protección que le resta importancia jurídica al consentimiento del menor, como sucede con el artículo 123 del Código Penal, resulta inconstitucional porque desconoce el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía y la dignidad de los menores; adicionalmente, resulta contraproducente y poco idónea para alcanzar su propósito.

En consonancia con lo anterior, la Corte declaró inexecutable el artículo 123 mencionado y esto tiene un efecto inmediato frente a los requisitos para la práctica de la IVE en esta causal.

Requisitos para acceder a la IVE en la tercera causal

Para acceder a la IVE, cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, así como de incesto, la Corte estableció como único requisito que el hecho haya sido debidamente denunciado ante las autoridades competentes y que copia de la denuncia sea presentada al médico, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando se trate de menores de catorce años porque se presume jurídicamente que la niña o adolescente fue víctima de algún tipo de violencia sexual y que hubo una relación no consentida. (Superintendencia Nacional de Salud, 2013). En este evento, la exhibición de la denuncia se constituye en un formalismo que no puede retrasar la atención. (Ley 599 de 2000)
- b) Cuando se trate de mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, a quienes el artículo 23 de la ley 1719 de 2014 les da el derecho a obtener atención integral y gratuita en salud, independientemente de la existencia de denuncia penal.

Adicionalmente, cuando se trate de una mujer discapacitada, no se debe exigir la presentación de interdicción, puesto que ello representa una carga que eventualmente demoraría el procedimiento de IVE. (Sentencia T-209 de 2008)

Aunque las anteriores excepciones no las contempla específicamente la Sentencia C-355 de 2006, sino otras normas, se consignaron en esta sección para darle mayor claridad al lector.

La Corte contempla que el legislador pueda efectuar regulaciones sobre el particular, pero éstas no pueden impedir que el aborto se pueda realizar, como tampoco puede establecer cargas desproporcionadas sobre los derechos de la mujer, como exigir evidencia forense de penetración sexual, pruebas que avalen que la relación fue involuntaria o abusiva, requerir que la violación se confirme a satisfacción del juez, pedir que un oficial de policía esté convencido de que la mujer fue víctima de violación o exigir que la mujer deba obtener permiso, autorización o notificación, bien sea del marido o sus padres. En conclusión, debe asumirse la buena fe y responsabilidad de la mujer que denuncia el hecho.

En cuanto al consentimiento de mujeres menores de edad, la Corte aclaró que el legislador podría crear requisitos relacionados con la autorización de adultos responsables, pero que en la situación legislativa actual, las menores no necesitan ese permiso.

CAPITULO III. Obstáculos para la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia

Teniendo en cuenta que la interrupción voluntaria del embarazo en los tres casos permitidos en la Sentencia C-355 de 2006, se convirtió en un derecho de las mujeres en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, conlleva la obligación de prestar el servicio para todas las entidades del sistema de salud, tanto públicas como privadas y tanto laicas como confesionales. No obstante, dicha Sentencia no garantiza per-se, el acceso de las mujeres al aborto legal en las circunstancias permitidas, pues el hecho de que históricamente éste haya sido penalizado, implica que el sistema de salud no esté acostumbrado a prestarlo, como tampoco el sistema de justicia a defenderlo, además que la sociedad, donde están incluidas las propias mujeres sujetas del derecho, no esté acostumbrada a verlo como tal.

Por lo expuesto, es casi lógico, que hayan surgido una serie de prácticas irregulares, que se han ido identificando paulatinamente, a medida que las mujeres buscan acceder a la IVE, tal como lo muestran diferentes fuentes de información consultadas para el presente trabajo. Estas prácticas, a la postre, se convierten en barreras para cerrar la brecha entre el marco legal y el acceso real y oportuno de las mujeres a un aborto legal y seguro, con el agravante de que pueden concurrir en un evento determinado y que además se retroalimentan; también, que se relacionan con estigmas, estereotipos y prejuicios que se han construido frente al aborto y que son reforzados ampliamente tanto en conversaciones cotidianas como en conversaciones entre los profesionales de la salud y en los medios de comunicación o entretenimiento: que el aborto es un delito, que es un pecado, que las mujeres que abortan sufren traumas psicológicos irreparables, que son irresponsables o “descuidadas”, o que el aborto produce infertilidad, y que todos los procedimientos para realizarlo son altamente riesgosos para la salud de la mujer.

A continuación, se hará un resumen de las principales barreras y sus distintas manifestaciones, sin embargo, para ilustrar la situación, se mostrarán primero algunas estadísticas sobre el aborto después de 2006, año de expedición de la Sentencia C-355.

3.1 Estadísticas sobre el aborto en Colombia después de 2006

En las dos últimas décadas el país ha avanzado en el uso de anticonceptivos, por el interés de tener menos hijos, pero a su vez ha propiciado que los embarazos no deseados se incrementen y por ende los nacimientos no planeados. De hecho, estos últimos aumentaron del 36% en 1990 a 51% en 2010. (Gutmacher Institute, 2011).

En cuanto al número absoluto de abortos, aumentó en cerca de 40% de 1989 a 2008, debido, en gran medida, a que hubo muchas más mujeres en edad reproductiva que las que había hace dos

décadas. En la actualidad hay 52 abortos por cada 100 nacidos vivos, frente a 35 abortos por cada 100 en 1989. Por su parte, se estima que de los embarazos no planeados, el 44% termina en aborto inducido, lo que se traduce en unos 400.400 abortos inducidos cada año. En 2008, 322 casos de aborto, fueron interrupciones voluntarias del embarazo, que se realizaron en instituciones de salud, es decir, tan solo el 0,08% de los abortos se realizó en el marco de la Sentencia C-355 de 2006, lo cual contrasta con el tratamiento postaborto que anualmente debe ofrecer el sistema de salud a 93.000 mujeres por complicaciones evitables relacionadas con el aborto (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2011), y con el 53% de mujeres pobres rurales que sufren complicaciones graves al practicarse abortos de alto riesgo. (Dejusticia, 2016)

De acuerdo con cifras del Ministerio de Protección Social, desde el 10 de mayo de 2006 hasta el 31 de diciembre del 2009, en Colombia se habían realizado 623 abortos legales, esto es, dentro de las tres causales despenalizadas por la Corte; 219 fueron en Bogotá. La mayoría de las interrupciones voluntarias de embarazos se han practicado a mujeres de 18 años o mayor (85%), seguido de las adolescentes entre 15 y 17 años (9%) y niñas de catorce años o menos (6%). Esta última cifra es aberrante, teniendo en cuenta que todas ellas son violaciones. (Cuidado de la mujer, 2011)

Se calcula que el 50% de los abortos inducidos en Colombia se realizan con el uso del medicamento misoprostol¹², sin embargo el 32% de los casos se complican innecesariamente debido a la falta de información de las mujeres sobre la manera de hacerlo o del desconocimiento de los proveedores sobre el protocolo correspondiente. Desafortunadamente, una quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones postaborto no reciben tratamiento alguno; quedando expuestas a consecuencias de largo plazo, como es el caso de aquellas más pobres que habitan en la ruralidad y que prefieren acudir a parteras o auto inducirse el aborto por otros medios, con consecuencias negativas para su vida, su salud y el sistema de salud. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2011)

Las complicaciones del aborto permanecen entre las (5) cinco primeras causas de muerte materna, con una proporción que oscila entre el 7% y 15%. La OMS ha estimado que en el año 2008 se presentaron en Colombia 780 muertes maternas, lo que permite inferir que aproximadamente 70 mujeres mueren cada año debido a abortos inseguros, muertes que, en gran parte, son totalmente prevenibles. Los anteriores datos se podrían explicar parcialmente, teniendo en cuenta que “el 89% del total de IPS con capacidad de ofrecer servicios de interrupción voluntaria del embarazo no los prestan, alegando falta de equipos e infraestructura, falta de demanda y de personal capacitado, y ejercicio de la objeción de conciencia por parte de sus profesionales”. (Ministerio de Salud y Protección Social)

¹² Según la OMS: el misoprostol (PGE1) es un medicamento que se usa para el tratamiento de las úlceras gástricas y en muchos países del mundo no está registrado para indicaciones obstétricas como la interrupción del embarazo. (OMS, 2010)

El Ministerio de Salud y Protección Social, confirma que en Colombia pueden ocurrir hasta 400.000 abortos cada año, 99 % en la clandestinidad y en promedio 15.000 abortos espontáneos durante los últimos cinco años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Cerca de 132.000 mujeres enfrentan complicaciones de salud posteriores al aborto inducido en condiciones riesgosas; de éstas, alrededor de 90.000 necesitan tratamiento médico en instituciones de salud.

Otras estadísticas muestran que en el año 2009 se realizaron 469 procedimientos de IVE, en el 2010 1551, en el 2011 203 y en el 2012, fueron 26, lo que indica que en lugar de aumentar, los casos de aborto legal están en descenso (RCN, 2014). Por su parte, las cifras de mortalidad revelan grandes diferencias regionales, pues mientras Bogotá reportaba 44,6 muertes (estando por debajo del indicador nacional), el Chocó reportaba 213,3, Vaupés 585,9 y Vichada 624. Las variaciones regionales son desproporcionadas y la mortalidad materna es dramática en las zonas marginales del país que tienen alta población indígena y negra. Finalmente, el 50% de la población más pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad materna y la mitad de la población menos educada experimenta el 53%. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Ahora bien, entre enero y diciembre de 2017, se realizaron 10.517 abortos legales en el país, según Profamilia, cifra que aumentó considerablemente con respecto al 2016 donde se practicaron 6.500 de estos procedimientos. De igual forma, en Antioquia y Santander tuvieron una cifra de 2.718 casos de aborto, la regional Norte que incluye los departamentos de Atlántico (Córdoba, Magdalena, Cesar, Bolívar y Guajira) tuvieron 1.271, la regional Occidente donde está incluido Cali, Popayán y Pasto registró 1.779 y finalmente, la regional del centro del país que incluye a Bogotá obtuvo una cifra de 4.749 procedimientos. (El Universal, 2018).

En lo que hace referencia a las tres causales permitidas por la Sentencia C-355 para acceder a la IVE, se encontró que la causal salud se invoca cada vez más para solicitar un servicio de aborto y en la actualidad se ha convertido en la primera causa por la que se practican abortos legales en Colombia. En el caso de Oriéntame¹³, esta causal respondía en 2006 por el 28% de los casos, mientras que entre 2011 y 2015, esta causal correspondió a más del 99% de los abortos legales. Algo similar registra Profamilia¹⁴, con la diferencia que en 2006 no registró ningún aborto legal, pero desde 2011 hasta 2015 la proporción de abortos por causal salud varió entre 98% y 100%; específicamente en 2016 esta entidad reportó 6.440 interrupciones voluntarias del embarazo, que significó un crecimiento del 4% con respecto a 2015 (Profamilia, 2016) Por su parte, la Mesa por

¹³ Oriéntame es un grupo de profesionales de la salud que prestan servicios médicos y de orientación para la atención y prevención en salud sexual y reproductiva. (Orientame, s.f)

¹⁴ Profamilia es una organización privada sin ánimo de lucro que promueve el respeto y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de toda la población colombiana. (Profamilia, s.f).

la Vida y la Salud de las Mujeres ¹⁵, registró que el 74% de los casos atendidos entre 2006 y marzo de 2016 correspondía a la causal salud, mientras que el 14% a la causal malformación, el 9% a violación y el 3% a causas no identificadas. (La Mesa por la vida y la salud de las mujeres, 2016)

El objetivo general de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 (ENDS)¹⁶ es establecer los cambios demográficos de la población colombiana ocurridos en los últimos cinco años (2010-2015) y obtener información actualizada sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de mujeres y hombres en edad fértil. Pues bien, esta encuesta muestra que el 56.1% de las mujeres de 13 a 49 años y el 47.2% de los hombres en el mismo rango de edad tienen conocimiento sobre la despenalización parcial del aborto en Colombia. El nivel de conocimiento fue mayor en mujeres y hombres de 20 a 34 años, solteras (os), de zonas urbanas, con nivel educativo superior, en el quintil de riqueza más alto, y en Bogotá, Cali y su Área Metropolitana y Medellín y Área Metropolitana. En general, las mujeres mostraron un mayor conocimiento que los hombres sobre la legalización del aborto en ciertas circunstancias, excepto en los subgrupos sin educación formal; el porcentaje de mujeres entre los 13 y los 24 años que abandonaron sus estudios por estar en embarazo fue del 6% en el sector urbano y del 9.7% en el sector rural. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Respecto al aborto y la interrupción voluntaria del embarazo (Sentencia C-355 de 2006), el mismo informe da cuenta, que entre las mujeres encuestadas, el 1.1% dijeron haber tenido un aborto inducido como resultado del último embarazo, presentando una mayor participación entre mujeres menores de 20 años, solteras, de zonas urbanas, con mayor nivel educativo, y en los quintiles de riqueza alto y más alto. De otra parte, el 66.4% de los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años fueron reportados como no deseados o no planeados. La interpretación de la magnitud del aborto inducido en la población general es limitada dado el posible sub reporte asociado a estos eventos. El informe aclara que las modificaciones realizadas a la encuesta 2015 para mejorar la medición de estos eventos no permiten hacer comparaciones con los resultados de la ENDS 2010. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Según La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (colectivo que asesora a las mujeres para que reclamen sus derechos sexuales y reproductivos), desde la promulgación de la Sentencia C-355 de 2006, del total de mujeres que ha asesorado en relación con la IVE, en 21 casos se ha presentado la objeción de conciencia personal y en otros 28 casos objeción de conciencia institucional, lo que pone en evidencia el desconocimiento de la norma o la negligencia de

¹⁵ La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres es un colectivo de organizaciones y personas que trabaja por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia y de manera especial por la despenalización total del aborto. (la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, s.f).

¹⁶ La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. (Profamilia, 2015).

médicos y entidades de salud para aplicarla, así como la vulneración de los derechos de las mujeres, pues en dichos casos tampoco se les ha dado información veraz sobre el procedimiento para acceder a la IVE ni se han remitido a otro médico o entidad para que se realice el procedimiento, como lo señala la Sentencia. Por estos hechos, se han dado pocas sanciones, lo que indica la debilidad en las tareas de inspección y vigilancia en cabeza de las Secretarías de Salud y la Superintendencia de Salud. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016)

No obstante los datos expuestos, hay que decir que encontrar estadísticas secuenciales sobre el aborto en Colombia no es tarea fácil debido a que informes de años recientes, aluden a estadísticas de varios años atrás, incluso el propio Ministerio de Salud ha admitido que no tiene claridad sobre cuántos de los 5.200 abortos ocurridos en 2016 son legales y cuántos espontáneos (El Espectador, 2017). Tales datos son preocupantes, si se tiene en cuenta que una información clara, precisa y constante, es fundamental no solo para monitorear el avance de la IVE, sino para evidenciar situaciones en las que las políticas públicas puedan enfatizar en aras de solucionar o mitigar las necesidades que tienen las mujeres en relación con sus derechos sexuales y reproductivos y más puntualmente frente a la interrupción voluntaria del embarazo.

Por último, es importante advertir que en 2016, a diez años de haberse despenalizado el aborto parcialmente, el Comité de Derechos Humanos le manifestó al gobierno nacional que “está muy preocupado por el elevado número de abortos clandestinos que se registran en Colombia y los pocos que se realizan de forma legal, con el riesgo que esto conlleva para la salud y la vida de las mujeres, muchas de ellas adolescentes”. Agregó el Comité que a pesar de la expedición de la Sentencia de 2006 “la vasta mayoría de los abortos son clandestinos e inseguros” y pidió al gobierno de Colombia no solo cifras más actualizadas, sino lo que hace el gobierno para combatir esta realidad”. (El Colombiano, 2016)

El hecho de que se encuentren datos sobre interrupción voluntaria del embarazo realizada legalmente desde 2006, es evidencia de que la Sentencia C-355 de 2006 se ha cumplido, así sea tímidamente; por consiguiente se han respetado los derechos de algunas mujeres y que bien por ellas, pero cuando estos datos se confrontan con los de abortos clandestinos o muertes y afectación de la salud de las mujeres por abortos mal practicados, incluso después de 2006, o lo que es peor, cuando no se cuenta con datos, es obvio que falta mucho por hacer, empezando por detectar los cuellos de botella y que con base en ello se implementen acciones pertinentes a cada circunstancia y puedan, finalmente las mujeres, ejercer sus derechos sexuales y reproductivos plenamente.

3.2. Obstáculos para la implementación de la IVE

3.2.1 Desconocimiento del marco legal

- **Desconocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 y desarrollos posteriores.**

Esta situación se da tanto por parte de los prestadores y profesionales de servicios de salud, como de los operadores de justicia y funcionarios del sector de protección, generando desacato de las normas y violación al derecho que tienen las mujeres a estar informadas sobre la IVE. (Sentencia T-388 de 2009)

- **Violación de las regulaciones sobre los derechos de las mujeres frente a la IVE**

Se da cuando los actores e instituciones que tienen que ver con la solicitud, acceso y garantía a la IVE, desconocen el derecho a la intimidad y dignidad de la mujer, al revelar detalles confidenciales de la persona o el caso (Sentencia T-388 de 2009); cuando no informan correctamente los procedimientos legales o médicos para acceder a la IVE, desconociendo el derecho de las mujeres a acceder a información veraz e imparcial (Sentencia T-388 de 2009). Se presenta también cuando no se cumple el derecho al diagnóstico y tratamiento oportuno, debido a que los actores e instituciones del sector salud, no han implementado las acciones necesarias para garantizar el acceso a la IVE con la celeridad que requiere (Sentencia T-841 de 2011) y cuando no se respeta el derecho a la autodeterminación de las mujeres, al exigirles permisos de los esposos u otras personas para poder acceder a la IVE. (Sentencia C-355 de 2006)

- **Incumplimiento de las obligaciones generales relacionadas con la IVE**

Esta situación se da cuando los operadores del sistema de salud no se ajustan a los pronunciamientos judiciales y normativos a los que están obligados frente a la IVE, específicamente en aquellos eventos en los que no responden las solicitudes de IVE en el tiempo establecido, es decir, en un máximo de cinco días (Sentencia T-841 de 2011) cuando no tienen un protocolo de diagnóstico para atención de las mujeres solicitantes de servicios IVE (Sentencia T-585 de 2010); cuando las instituciones (EPS) no tienen disponibilidad de redes de servicios de IVE o exigen que las certificaciones médicas sobre el riesgo a la salud o a la vida, sean de la propia institucional donde se solicitó la IVE. (Sentencia T-760 de 2008)

Por su parte, en el sector de la justicia se registran barreras relacionadas con la negación a recibir la denuncia de una violación o a entregar copia de la misma como requisito para acceder a la IVE. Así mismo, cuando se niegan a recibir o a fallar favorablemente una acción de tutela para que se ordene la realización del procedimiento. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016)

3.2.2 Interpretación restrictiva del marco legal

- **Solicitud de requisitos adicionales a los contemplados por la Corte Constitucional**

Pese a que la Sentencia C-355 de 2006, contempló los requisitos para acceder a la IVE y que estos han sido reiterados en otras sentencias, se exigen otros por parte de las instituciones médicas y profesionales de la salud, tales como: realización de juntas médicas que causan demoras injustificadas; consentimiento de terceras personas, solicitud de sentencias judiciales cuando se trata de violación, exámenes para comprobar la violación; exámenes especializados para comprobar la malformación del feto, exigencia de órdenes judiciales o el consentimiento de los padres, cuando se trata de procedimientos de IVE en menores de catorce años. Estos requisitos adicionales, no solo amenazan el ejercicio del derecho de las mujeres, sino que atentan contra el derecho a la salud, pues el retraso del procedimiento puede causar afectaciones a su salud. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016)

- **Limitación en la prestación con fundamento en la edad gestacional**

Aunque en el país no hay una norma que limita la edad gestacional para la práctica de la IVE, los operadores de servicios de salud establecen arbitrariamente dicho límite para no llevar a cabo el procedimiento. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016)

- **Uso inconstitucional de la objeción de conciencia**

Esta barrera se manifiesta cuando la objeción de conciencia se declara colectivamente, esto es, por parte de una institución como la EPS o por parte de un grupo de profesionales de la salud, a pesar de que solo puede declararse individualmente. Adicionalmente, se materializa la barrera cuando hay un objetor de conciencia individual, pero no se remite a otro profesional para asegurar la atención de la IVE. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016)

- **Interpretación restrictiva de la causal salud**

Se presenta cuando los profesionales de la salud, interpretan que la salud solo hace referencia a aspectos físicos y no contemplan el riesgo desde el punto de vista de la afectación mental y social para garantizar el acceso a la IVE, por la causal salud (Sentencia C-355 de 2006). (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016)

3.2.3 Fallas en la prestación del servicio de salud

Estas barreras se evidencian en las redes e instituciones de servicios de salud y en las actitudes y prácticas de los profesionales y prestadores de servicios de salud, frente a un proceso de IVE, las cuales se pueden discriminar así:

- **Fallas de los profesionales de la salud**

Cuando los profesionales de la salud se niegan a expedir o recibir certificaciones médicas para acceder a la IVE o no autorizan exámenes necesarios para avanzar en el procedimiento, contrariando la Sentencia C-355 y otros desarrollos jurisprudenciales. También hay fallas cuando se presentan actos de violencia y malos tratos hacia las mujeres, materializados en rechazo y enjuiciamiento, incluso en un trato inadecuado del dolor o cuando se presentan demoras injustificadas en la prestación del servicio. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016)

- **Fallas administrativas**

Estas hacen referencia a la ausencia de protocolos internos que definan una ruta administrativa clara cuando se presenta un caso de IVE, así como los códigos de procedimiento y prestadores disponibles para la práctica de la misma. Se presentan también, cuando se incumple el sistema de referencia y contrareferencia, sometiendo a las mujeres a ir de institución en institución, sin que se aporte una respuesta oportuna y definitiva para la IVE. De otra parte, las fallas aluden a la falta de entrenamiento médico para realizar el procedimiento, bien sea porque no saben cómo hacerlo o lo hacen con técnicas obsoletas, advirtiendo que tal limitación nace desde la propia formación médica y se agudiza porque las instituciones de salud no realizan capacitación en la materia. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016)

CAPITULO IV. Desarrollo jurisprudencial y normativo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

El marco legal que permite a las mujeres acceder a procedimientos para la IVE, está compuesto no sólo por las obligaciones generales y específicas relacionadas con la prestación de servicios en salud, sino además por el conjunto de sentencias que ha emitido la Corte Constitucional en la materia. En efecto, a partir de la Sentencia C-355 de 2006 y siendo ésta la base, han sido necesarias otras, como la T-988 de 2007, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-388 de 2009, T-585 de 2010, T-636 de 2011, T-841 de 2011 y T-627 de 2012 , a través de las cuales se ha explicado y detallado el alcance de la providencia inicial, cuando la IVE se ha visto amenazada por la objeción de conciencia; por las trabas para que mujeres menores de catorce años o en situación de discapacidad, puedan ejercer su derecho autónomamente; cuando se han exigido mas requisitos de los establecidos por la Corte o cuando los prestadores del servicio de salud, cuestionan que las mujeres se encuentren dentro de las causales para acceder a la IVE. En todo caso, en las diferentes Sentencias, la Corte ha ratificado la posición protectora frente al acceso a la IVE.

Por considerarlo de interés para el presente trabajo, a continuación se expondrán algunos de los temas más relevantes en relación con el ejercicio de la IVE y que fueron tratados en la Sentencia C-355 y/ u otras Sentencias posteriores, como obstáculos para la materialización de la IVE. De igual forma, se traen a colación otras normas, algunas de ellas anteriores a la Sentencia de 2006, pero que guardan coherencia con los temas abordados y permiten una mayor ilustración de cada uno.

4.1 Mujeres en situación de discapacidad

Las personas que se encuentran en situación de discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que pueden presentarse de manera permanente o transitoria, y que al relacionarse con la sociedad pueden enfrentar obstáculos para su intervención efectiva en esta, en condiciones de igualdad. (Ley 1618 de 2013)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas en el año 2006, y aprobada en Colombia a través de la Ley 1346 de 2009, tiene como propósito la promoción, protección y garantía del ejercicio de los derechos humanos para las personas con discapacidad; los Estados parte están comprometidos a expedir y poner en práctica leyes, políticas públicas y medidas administrativas que permitan el goce efectivo de los derechos reconocidos en ella, así como también a anular las disposiciones normativas y combatir prejuicios que causen discriminación. De manera especial, se hace referencia a que las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la misma calidad y

diversidad de servicios de salud que se brindan a otras personas, y a que no les sea negada la prestación de servicios de salud debido a su discapacidad.

La Constitución Política de 1991, reconoce la igualdad de las personas ante la ley, y el goce de los derechos, libertades y oportunidades en igualdad de condiciones, sin que haya ningún tipo de discriminación. Por su parte, la Ley 823 de 2003 “[P]or la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres”, tiene como objetivo conducir las políticas y acciones del gobierno para que se proporcionen las mismas oportunidades a las mujeres, garantizando la equidad e igualdad de las mismas; específicamente menciona las acciones que se deben desplegar por parte del Gobierno para mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, incluyendo en estos la salud sexual y reproductiva, salud mental y discapacidad. Asimismo, la Ley 1618 de 2013, dispone que se debe garantizar a las personas con discapacidad el goce efectivo de sus derechos, entre estos el derecho a la salud, poniendo en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, el deber de asegurar la accesibilidad de estas personas a los programas de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, la Circular 003 de 2013, que establece instrucciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), manifiesta respecto a las mujeres que se encuentran en condición de discapacidad, que los entes encargados de prestar y administrar los servicios de salud, no pueden obstruir ni requerir más requisitos de los fijados en la Sentencia C-355 de 2006 para el acceso a la IVE.

Por otra parte, en razón de la Sentencia T-573 de 2016¹⁷, la Resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social se expide con el fin de que las personas con discapacidad puedan informarse adecuada y suficientemente acerca de sus derechos sexuales y reproductivos y las obligaciones que se imponen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); se reconoce en esta, la autonomía, libertad y capacidad jurídica¹⁸ para tomar decisiones relacionadas con sus derechos sexuales y reproductivos, así como la necesidad de emitir una autorización a través de un consentimiento libre e informado, acerca de cualquier diagnóstico y procedimiento vinculados con los derechos mencionados, aclarando que cuando no sea posible tener conocimiento de la voluntad de la persona con discapacidad, el consentimiento será manifestado “por las personas que demuestren relación de confianza”; además en los casos particulares de interrupción voluntaria del embarazo se fija que la decisión que parte de las niñas y adolescentes con discapacidad, previa asesoría, es la que será tomada en cuenta para la continuación o interrupción del embarazo.

¹⁷ Según esta Providencia, se presume respecto de todas las personas con discapacidad, capacidad jurídica para la toma de decisiones libre y autónomamente; además el Estado debe garantizar que sean proporcionados los apoyos y orientaciones necesarias para que puedan expresar su voluntad y preferencias de manera independiente. (Sentencia T-573 de 2016)

¹⁸ Capacidad jurídica: es el derecho que tienen las personas con discapacidad y que las faculta, en igualdad de condiciones con los demás, a decidir de manera libre, autónoma e informada sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. (Resolución 1904 de 2017)

En cuanto al desarrollo jurisprudencial, se hace alusión a la Sentencia T-988 de 2007 que trata el caso de una joven en situación de discapacidad que quedó en estado de embarazo tras haber sido víctima de acceso carnal violento, mujer a la cual no le fue proporcionado su derecho a la IVE porque según la EPS no se tenía certeza de la ausencia de voluntad de la mujer y porque no se había adjuntado la certificación de la denuncia; en esta ocasión la Corte Constitucional indicó que exigir requisitos adicionales para practicar la IVE, como una sentencia judicial de interdicción y guarda, o una prueba psicológica que permitiera constatar la falta de consentimiento, son formalidades que generan cargas desproporcionadas, que no protegen a la gestante y que desconocen lo dictado por la Sentencia C-355 de 2006.

De otra parte, en la Providencia T-209 de 2008, se examinó el caso de una mujer que desde su nacimiento padecía de limitaciones en su capacidad cognitiva y que además de ello fue también víctima de acceso carnal violento, caso en el cual le fue negado el procedimiento de IVE a la paciente, pues se consideró que ya se encontraba muy avanzado el estado de gestación y que esto pondría en riesgo la vida de la madre; la Corte reiteró que no se debía obstaculizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos imponiendo requerimientos diferentes a la denuncia del hecho, con ocasión a violación, incesto o inseminación artificial no consentida.

4.2 Derecho de las mujeres a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo de 1994, se expuso la relación directa que se da entre los derechos reproductivos y el derecho a la información, aludiendo a que los primeros se fundamentan en el derecho que tienen las parejas y personas a tomar una decisión libre y responsable respecto a la cantidad de hijos que desean tener, el espaciamiento entre los nacimientos y a contar con la información y mecanismos para ello, además de gozar del nivel más alto de salud sexual y reproductiva; también se señala que las mujeres que tienen embarazos no deseados deberían contar con información veraz; igualmente se insta a los países a que los entes encargados de proporcionar los servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a estos y a la información necesaria en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos.

La Constitución Política de 1991, pregona la garantía y libertad que tiene toda persona para informar y ser informada de manera fidedigna e imparcial. De igual forma, la Ley 823 de 2003, determina que es función del Gobierno llevar a cabo actuaciones que mejoren la manera a través de la cual las mujeres pueden acceder a los servicios de salud integral, entendiendo comprendida en esta la salud sexual, reproductiva y mental, y se incluyen entre estos programas, el suministro de información responsable sobre la capacidad reproductiva de las mujeres. En la misma línea, la Circular 003 de 2013 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, indica que todas las entidades que prestan servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, y

las entidades territoriales tienen como deber proporcionar a las mujeres la información suficiente, amplia y adecuada que permita guiarlas y acompañarlas en la toma de decisiones conscientes e informadas, para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Adicionalmente, se debe informar a toda mujer las alternativas que tiene, optar por la adopción, continuar con su embarazo, o interrumpirlo con sus respectivos riesgos y ventajas, el marco legal que protege el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, las características y cuidados del procedimiento que elija antes, durante, después de este, y las opciones de métodos de anticoncepción disponibles; esta información debe darse en un ambiente imparcial, objetivo y confidencial, donde no haya lugar a ningún juicio de valor y donde se proteja y se garantice la privacidad de la información que pueda revelarse; igualmente el lenguaje debe ser claro y sencillo permitiendo la comprensión de la información. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Una vez se brinda la información correspondiente, y antes de practicar la IVE, pertenece a la usuaria emitir el consentimiento informado (Ley 23 de 1981) por escrito, como la declaración libre y voluntaria en la que se hace la solicitud y aceptación de someterse a dicho procedimiento sin que constituya delito y sobre la cual ha sido ampliamente informada. (Sentencia T-841 de 2011). En el caso particular de las menores de catorce años, resulta inconstitucional no permitir que las niñas manifiesten libremente su consentimiento cuando su posición difiere de la de sus representantes legales, por tanto se busca conciliar su derecho de autodeterminación y protección de la salud, con el fin de que no se perjudique su voluntad y derecho a consentir sobre la IVE. También en la particularidad de las mujeres en estado de discapacidad, tal y como se mencionó, estas cuentan con plena autonomía y libertad de autorizar procedimientos médicos a través del consentimiento informado. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Respecto a este tema, la jurisprudencia se ha pronunciado en diferentes ocasiones, así en la Sentencia T-355 de 2006 se señala que el derecho a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas se satisface en gran parte con la posibilidad de contar con la información necesaria para adoptar este tipo de decisiones; además la Corte invocó el derecho de todas las parejas e individuos para tomar decisiones libres acerca del número y momento en que se desea tener hijos y a tener la información y formas para lograrlo (Naciones Unidas, 1994); rechazó las formas de discriminación hacia las mujeres, que obstruyen su capacidad de tomar informada y libremente la decisión de cuando fundar una familia (Naciones Unidas, 1979). Por otra parte, la Sentencia T-388 de 2009, que estudió el caso de la negación de una solicitud de interrupción de embarazo por la exigencia de una autorización judicial por parte de un médico, se concluyó que con el fin de que todas las mujeres puedan ejercer de manera libre e íntegra sus derechos sexuales y reproductivos deben poder contar con información suficiente, amplia y adecuada; además de esto se insta al Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo con el fin de que

desarrollen campañas masivas de promoción e información sobre los derechos sexuales y reproductivos de forma clara y sencilla.

Asimismo, la Sentencia 627 de 2012 se refirió al derecho de información contemplado en el artículo 20 de la Norma Superior, el cual otorga entre otros, el derecho a recibir la información, respecto a la cual se puede exigir cierta calidad, veracidad e imparcialidad. De igual manera la Sentencia 697 de 2016, reitera la obligación que radica en cabeza del Estado de proporcionar información clara y transparente y recursos para hacer efectiva la facultad de las mujeres para decidir libremente acerca de su sexualidad y su reproducción.

4.3 Disponibilidad del servicio de interrupción voluntaria del embarazo

Según lo planteado en la Constitución Política de 1991, el Estado debe prestar garantía a todas las personas respecto al acceso de todos los servicios relativos a la salud. En consonancia, el Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de la Protección Social establece en el artículo 17, que los prestadores del servicio de salud deben asegurar la disponibilidad y suficiencia de los servicios y de la red de transporte y comunicaciones, en todos los niveles de complejidad¹⁹. Igualmente, La Ley Estatutaria 1751 de 2015, comprende la salud como un derecho fundamental que goza de autonomía e irrenunciabilidad, y a su vez enuncia como uno de sus elementos, la disponibilidad, que apunta al deber del Estado asegurar la existencia de servicios, programas, avances tecnológicos, instituciones y personal médico y profesional capacitado; al mismo tiempo esta disposición normativa hace mención a que la señalada disponibilidad de servicios de salud deben brindarse en todo el territorio nacional, incluyendo las zonas marginadas o de baja densidad poblacional.

El referido deber de garantizar disponibilidad de los servicios de salud, debe estar soportado por un sistema de referencia y contrarreferencia, posibilitando la prestación apropiada de los servicios de salud a través de diversos procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas. En este sistema, la referencia consiste en el envío de pacientes o instrumentos de ayuda diagnóstica que realiza un prestador de servicios de salud a otro, con el fin de que se brinde atención o se complemente el diagnóstico, y la contrarreferencia por su parte consiste en la respuesta emitida por el prestador de servicios de salud que recibió la referencia al que la emitió inicialmente (Decreto 4747 de 2007). Así pues, este procedimiento permite que se puedan remitir casos de mujeres que deseen interrumpir su embarazo, a otro profesional, especialista o a otro centro de salud, cuando condiciones o situaciones especiales no posibiliten la atención en la

¹⁹ Por nivel de complejidad en el ámbito de la salud, se entiende “la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución” y comprende desde el nivel I, hasta el nivel IV. (Resolución 5261 de 1994)

primera ocasión, y por ello radica en cabeza de las EPS²⁰ e IPS²¹, disponer de protocolos de diagnóstico rápido que sean oportunos y completos, incluyendo el estado de salud mental de las pacientes, para que aquellas tengan pleno conocimiento de su situación, es decir si encuentran en los supuestos despenalizados por la Corte Constitucional, y qué procedimientos, tratamientos o medicamentos son necesarios para su condición. (Superintendencia Nacional de Salud, 2013)

En el caso de la jurisprudencia, la Corte Constitucional en la Sentencia T-209 de 2008, donde se analizó el caso de una menor que quedó en embarazo a raíz de una violación y a quien se le negó en varias ocasiones la prestación de la IVE, sostuvo que las instituciones prestadoras del servicio de salud habían desconocido los derechos fundamentales de la niña “al no tener la disponibilidad de profesionales de la salud habilitados para llevar a cabo el procedimiento de IVE”. Por otro lado, en la Sentencia T-388 de 2009, la Corte concluyó que la prestación de los servicios de interrupción del embarazo cuando se encuentre dentro de las causales establecidas por la Providencia C-355 de 2006, “deben estar disponibles en todo el territorio nacional”, siguiendo las reglas de referencia y contrarreferencia, y además, las usuarias deben contar con el acceso a estos servicios, en todos los niveles de complejidad; igualmente se señaló que garantizar la disponibilidad de servicios en la red pública para hacer posible el acceso a la IVE, queda a cargo de los departamentos, distritos y municipios.

4.4 Mujeres en etapa de adolescencia

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia como etapa de crecimiento y desarrollo humano, acontece entre los 10 y 19 años de edad; se caracteriza por ser una etapa de cambios físicos, sociológicos y psicológicos, en medio de los cuales se trasciende hacia la independencia social, la construcción de la identidad, y el alcance de la capacidad de razonamiento (OMS, s.f). Por dichos motivos, la adolescencia se constituye como una fase donde se presentan riesgos de todo tipo, tales como el comienzo de relaciones sexuales que pueden terminar en el contagio de enfermedades de transmisión sexual o en embarazos no deseados (OMS, s.f). En consecuencia, esta es una importante oportunidad para influir en los jóvenes, educarlos y orientarlos, teniendo en cuenta la promoción de su autonomía, para que adquieran la capacidad para tomar sus propias decisiones y entender las consecuencias de las mismas; de manera especial se hace mención al acompañamiento que se debe brindar a las adolescentes en estado de embarazo y que se encuentran en alguna de las causales permitidas para la IVE, a las cuales deben informárseles sobre la opción de acceder a ella, aclarando que este apoyo debe

²⁰ Las Entidades Promotoras de Salud son entendidas como las responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste. (Ministerio de salud y protección, 2013)

²¹ Los Institutos Prestadores de Salud son todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta. (El colombiano, 2010)

hacerse en un ambiente claro, amigable, confidencial y que les genere confianza, con el fin de que lo decidido se dirija a favorecer su salud y bienestar general. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

El Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006), enuncia como obligaciones de la familia y las instituciones educativas, respecto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes el fomento de la práctica responsable de los derechos sexuales y reproductivos; igualmente, establece que el Estado se encuentra obligado en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal a promover la divulgación de los derechos sexuales y reproductivos y a asegurar que los niños, niñas y adolescentes tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud oportunamente, además advierte que es deber de este último, garantizar que los adolescentes puedan acceder gratuitamente a los servicios de salud sexual y reproductiva. La Ley 1146 de 2007 por su parte, dispone en el artículo 14 que las instituciones de educación media y superior²² deben disponer de una cátedra de educación sexual, en la cual se haga hincapié en la dignidad y los derechos del menor, y para ello los docentes encargados tanto en establecimientos oficiales como en privados, deben ser profesionales habilitados y preparados en dicho ámbito. Por otro lado, la Resolución 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social al referirse a la elección informada y consentimiento informado, señala que la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben ser brindados por el Estado teniendo en cuenta lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Ley 12 de 1991, que menciona el reconocimiento y garantía de la libertad de expresión y de pensamiento, el acceso a la información adecuada y a la educación, entre otros.

Por lo que se refiere al tema aludido, la Corte Constitucional en la Sentencia C-355 de 2006 alude a que “la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo”, y por ello no se debe restar relevancia jurídica al consentimiento que emita la menor respecto a la interrupción voluntaria del embarazo; de igual forma esta Corporación también analizó el artículo 208 de la Ley 599 de 2000, que sostiene “el que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años”, argumentando que este de manera implícita, indica que cualquier caso de abuso sexual a menores de catorce años da lugar a una conducta punible penalmente, y que por lo tanto, el hecho de no aportar la denuncia no puede constituir un obstáculo para el acceso de la menor a la práctica de la IVE. Asimismo, en la Sentencia T-209 de 2008 cuando se trata de la solicitud de la interrupción del embarazo por parte de una menor de

²² La educación media, hace referencia a la culminación de los niveles de la educación formal (preescolar y básica), y comprende dos grados, el décimo (10°) y el undécimo (11°); y la educación superior por su parte, abarca los niveles de posgrado (nivel técnico profesional, tecnológico, y profesional) pregrado (especializaciones, maestrías y doctorados). (Ministerio de Educación, 2010).

catorce años amparada por las causales, se establece como prohibición la exigencia del consentimiento de los padres o tutores y de una orden judicial que autorice el procedimiento.

4.5 Objeción de conciencia

Respecto a la objeción de conciencia, la jurisprudencia constitucional ha destacado su vínculo con la libertad de pensamiento, la libertad religiosa y la libertad de conciencia (Sentencia C-728 de 2009), las cuales se encuentran fundamentadas a nivel internacional en el artículo 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos como el derecho que tiene toda persona a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, y menciona que este se encuentra limitado de acuerdo a lo prescrito por la ley para la protección entre otras cosas, de los derechos y libertades fundamentales de los demás. También en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), se alude al derecho de libertad de conciencia y religión que tienen todas las personas. De igual manera, en el artículo 18 de la Constitución Política de 1991 se señala que “se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia.”, igualmente en el artículo 16 de esta donde se alude al libre desarrollo de la personalidad y en los artículos 19 y 20 que hacen referencia a la libertad de cultos, de pensamiento y de expresión.

La objeción de conciencia en el ámbito de la IVE en Colombia, es el derecho que radica en cabeza de los profesionales de la salud, para negarse ante la solicitud de práctica de la interrupción voluntaria del embarazo por estimar que esto va en contra de su conciencia, ética, creencias, o convicciones morales o religiosas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). La Corte Constitucional ha hecho reconocimiento de este derecho en el contexto de la IVE en varias de sus providencias, tal es el caso de la Sentencia C-355 de 2006, que hace énfasis en que solo pueden ser titulares de la objeción de conciencia las personas naturales, lo que indica que no pueden serlo, las personas jurídicas o el Estado, por lo tanto no es posible reconocer el ejercicio de este derecho en clínicas, hospitales o centros de salud; asimismo menciona que su práctica no se trata del acuerdo o desacuerdo que encuentre el médico con el procedimiento de IVE, y que este no puede generar una vulneración a los derechos fundamentales de las mujeres; al mismo tiempo se indica que cuando se presente un caso de este tipo frente a una situación de IVE, de manera inmediata debe hacerse remisión de la mujer a otro profesional que si pueda llevar a cabo el aborto, sin importar de que con posterioridad se determine si la objeción de conciencia realmente procedía y era pertinente.

Por otra parte, en la Sentencia T-209 de 2008 se ha precisado respecto a la presentación de la objeción de conciencia, que esta no puede ser alegada de manera colectiva o institucional, sino que por lo contrario, debe realizarse individualmente y por escrito, dando razón de los motivos que la soportan y que por ningún motivo deben reflejar la opinión del médico; se expone

también, el deber de los prestadores del servicio de salud de definir con antelación los profesionales habilitados para llevar cabo la IVE, de modo tal que se cuente con personal médico que no sea objetor y se pueda brindar un servicio oportuno y sin barreras; igualmente se califica la objeción de conciencia como un derecho que no es absoluto y que por el contrario encuentra sus límites en los derechos fundamentales consagrados en la Constitución; finalmente se manifiesta la prohibición de discriminación frente al personal médico que decida objetar y frente al que decida no hacerlo.

En el caso de la Sentencia T-388 de 2009, se fijó la prohibición de suscripción de pactos colectivos entre el personal médico para ejercer la objeción de conciencia y negarse a practicar la interrupción del embarazo; también con relación a las personas autorizadas para ejercer el derecho citado, se estableció que esta facultad solo aplica para el médico que realiza de manera directa el procedimiento de IVE, lo que indica que no puede ser argumentada por el personal de enfermería, de orientación y asesoría, de anestesiología, secretarías, jueces, etcétera.

4.6 Entidades responsables

Diversos comités de convenciones internacionales se han pronunciado respecto al deber que surge para los Estados respecto a la protección de la mujer y de sus derechos, así pues el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer en la Recomendación N° 24 dispuso como deber de los Estados “asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica, la información y la educación, que entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica y velar por su ejercicio.”, también se menciona en esta, que se considera discriminatorio el hecho de no brindar los servicios de salud reproductiva a una mujer (Sentencia C-355 de 2006). Asimismo, el Comité de Derechos Humanos en el periodo de sesiones N° 99 manifestó que el Estado Colombiano debe posibilitar el acceso a la información acerca del aborto legal, y que debe garantizar que las entidades y profesionales de la salud no se nieguen a la práctica de este. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016). Igualmente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y culturales ha sugerido a los Estados, que aumenten sus políticas de salud sexual y reproductiva y el acceso a los servicios de planificación familiar. (Centro de Derechos Reproductivos, 2010)

La Constitución Política de 1991, fija en su artículo 49 la responsabilidad del Estado para garantizar, coordinar y regular la atención de los servicios de salud en todo el territorio, y para ejercer las funciones de vigilancia y control de los mismos. Así pues, la Ley 100 de 1993 por su parte, determina en el artículo 170 que es deber del Estado vigilar y controlar la actividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y los jefes de entidades territoriales. De otra forma, la

Circular 003 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud, establece en la primera instrucción que “los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, están en la obligación de prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo a mujeres incursas en cualquiera de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006”; al mismo tiempo dispone que es deber de estas entidades proporcionar la información idónea para el acceso apropiado a los servicios de la IVE; además afirma que es responsabilidad de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios asegurar el pleno goce del derecho al diagnóstico que posibilita determinar si la situación de la mujer se encuentra dentro de las causales despenalizadas por la Sentencia C-355 de 2006. Por otro lado, el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 enuncia como obligaciones del Estado velar por el efectivo ejercicio del derecho fundamental a la salud, absteniéndose de dictar disposiciones que vayan en detrimento de este, llevando a cabo políticas que permitan la articulación de todas las entidades en el sistema, decretando medidas que impidan la vulneración de la salud y que promuevan este derecho, entre otros.

A nivel jurisprudencial, la Sentencia T-209 de 2008, la Corte aludió al deber constitucional, legal y ético por parte de los profesionales de la salud de respetar los derechos de las mujeres, así pues menciona que en caso de que un médico ejerza objeción de conciencia frente a la práctica de la IVE, este debe remitir a la mujer a otro médico que si se encuentre apto para hacerlo, y frente a ello las IPS, deben tener previamente determinado el profesional habilitado para el procedimiento; de igual modo esta Corporación advirtió que la Procuraduría General de la Nación debía velar por el cumplimiento de lo resuelto en la providencia, respecto a la obligación que tenía el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia de Salud de llevar a cabo acciones administrativas, reglamentarias y sancionatorias con relación a lo dictado por la Sentencia C-355 de 2006.

En la Sentencia T-388 de 2009, señaló que está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud emprender mecanismos para que las EPS e IPS dispongan de la cantidad suficiente y adecuada de profesionales de la salud para atender apropiadamente la realización de la IVE, y además que no incurran en la exigencia de requisitos adicionales para aquella; adicionalmente indicó que todo el personal de salud que atienda solicitudes relacionadas con la práctica de la IVE se encuentra obligados a guardar el secreto profesional, respetando los derechos de la mujer a la privacidad y dignidad; también dispone que los departamentos, distritos y municipios tienen el deber de garantizar la “suficiente disponibilidad de servicios de la red pública” para proporcionar a las mujeres una prestación adecuada del servicio; asimismo se ordena al Ministerio de la Protección Social así como al Ministerio de Educación Nacional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo que se deben emprender campañas dirigidas a fomentar los derechos sexuales y reproductivos en todo el territorio nacional y a comunicar y difundir lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006.

En el año 2010, la Corte Constitucional se pronunció en la Sentencia T-585 sobre la obligación de respeto que debe haber por parte del Estado y de los particulares que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir EPS e IPS, hacia las mujeres, lo cual se debe reflejar en la abstención de obstaculizar la práctica de la IVE, haciendo referencia expresa al deber de no exigir requisitos adicionales a los establecidos por la Sentencia C-355 de 2006. Del mismo modo, ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud a implementar los mecanismos suficientes que lleven a que las entidades promotoras y prestadoras de salud dispongan de un protocolo de diagnóstico rápido para aquellas mujeres que alegan estar inmersas en alguna o varias de las hipótesis despenalizadas frente al aborto, y sobre esto le corresponde a la Superintendencia mencionada ejercer vigilancia en el correspondiente cumplimiento.

La Sentencia T-841 de 2011, la Corte ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud informar a las entidades promotoras y prestadoras del servicio de salud, que es responsabilidad de estas brindar una oportuna respuesta a las solicitudes de interrupción del embarazo, y si es médicamente posible, en un periodo de cinco días; de igual manera, en caso de solicitar la IVE a la EPS con base en una certificación médica de un profesional externo, se puede refrendar o refutar la misma por medio de un profesional de la salud, teniendo en cuenta la situación particular de la mujer y siguiendo como margen aquellos cinco días que constituyen un plazo razonable para dar respuesta a dicha solicitud.

CONCLUSIONES

Afirmar que la despenalización parcial del aborto en Colombia nació con la promulgación de la Sentencia C-355 de 2006, sería injusto con todas las personas que desde hace varios años, adelantaron esfuerzos para cambiar la restrictiva normatividad en la materia, como tampoco puede afirmarse que con ella el derecho está garantizado. Ciertamente, el hecho de que constantemente surjan inconvenientes para aplicar lo aprobado, implica nuevos caminos, sobretodo porque las dinámicas sociales marcan constantemente nuevas ópticas y necesidades, entre otras cosas, porque hombres y mujeres seguirán buscando realizar sus derechos sexuales y reproductivos.

A través de la Sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional fijó la regulación mínima para que el derecho a la IVE sea reconocido y materializado, sin que sea necesaria una ley o decreto; de igual forma las Sentencias posteriores han establecido reglas jurisprudenciales que deben atender EPS, IPS, médicos, funcionarios públicos y jueces en este sentido. Sin embargo, todas estas instancias y servidores, acostumbrados a una cultura jurídica legalista, dificultan la aplicación de las decisiones de la Corte y por ende, dificultan el acceso de las mujeres al derecho de la IVE.

En ese orden de ideas, el impacto de la Sentencia C-355 de 2006 y la jurisprudencia posterior en la materia, dependen en buena medida, de la forma en que influya en las prácticas administrativas y judiciales relacionadas con el aborto. Por tal razón, resulta necesaria una vigilancia constante, por lo menos, del Ministerio de Protección Social y la Procuraduría General de la República y una permanente y amplia difusión, no solo de los derechos de las mujeres en torno a la IVE, sino de los deberes y derechos de las instancias y personas encargadas de su implementación.

Desde otra perspectiva, es pertinente decir que aunque la despenalización del aborto en Colombia, se permite en tres circunstancias específicas, la causal salud tiene un espectro tan amplio que prácticamente cobija las demás. Lo anterior, en virtud de la definición de la Organización Mundial de la Salud, que entiende la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad” (Naciones Unidas, 2006).

Algo que queda claro a partir de las estadísticas que aparecen en el presente trabajo, es que aunque la mayoría de países hayan despenalizado el aborto parcial o totalmente, siguen ocurriendo abortos clandestinos y con ellos, muertes o afectaciones a la salud de muchas mujeres y aunque esto puede suceder con mayor frecuencia en países en desarrollo, los más desarrollados tampoco escapan a esta realidad. Para el grupo de estudio, la explicación a esta situación, es que

la interrupción voluntaria del embarazo, seguirá teniendo frenos mientras la discusión sobre la preeminencia de la vida del nasciturus o la de la mujer, no esté zanjada y quizá esto nunca suceda.

Las estadísticas también han arrojado información sobre los embarazos “no deseados” o “inoportunos”, lo cual tiene estrecha relación con los abortos, la más de las veces, clandestinos. Lo anterior deja en evidencia también, la relación entre los métodos anticonceptivos y el embarazo. De ahí, la importancia de que la educación sexual se desmitifique desde edades muy tempranas y se mejore la prestación y el acceso a los servicios anticonceptivos y de IVE, en aras de responder a la creciente necesidad que tienen las mujeres y parejas para la prevención del embarazo no planeado y para la prevención del aborto inseguro.

Es necesario un mayor acercamiento a las facultades de medicina y de derecho, así como a los medios de comunicación para lograr una mejor aprehensión de la IVE como derecho, dado que son fundamentales en la producción de significados y tienen la capacidad para influir en la sociedad desde la particularidad de cada uno de sus ámbitos y en el caso puntual de los comunicadores, por su capacidad para persuadir a la opinión pública.

El Estado y la sociedad, deben hacer todo lo que esté a su alcance, para que los hombres se inmiscuyan más en el tema de la salud sexual y reproductiva, pero desde la perspectiva femenina, pues cuando una mujer queda en embarazo, hay un hombre que también lo está y cuando una mujer aborta, hay un hombre que también lo hace. En este orden de ideas, se considera que en los casos en que no se ha despenalizado el aborto, cuando a la mujer se le sanciona penalmente, también el hombre debe ser sancionado.

La Sentencia C-355 de 2006, crea la opción de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en las tres circunstancias que ya se han citado, porque la reconocen como un derecho sexual y reproductivo de las mujeres. Al ser opción, las mujeres que se encuentren en cualquiera de las tres causales que contempla la Sentencia, también pueden decidir no abortar, con lo cual se ratifican los derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

Normas internacionales

Organización de los Estados Americanos. (1994). Convención De Belem Do Para" Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer. [en línea]. Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.

Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [en línea]. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Organización de las Naciones Unidas. (1999). Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. [en línea]. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCEDAW.aspx>.

Organización de las Naciones Unidas. (1998). Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. [en línea]. Recuperado por [http://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute\(s\).pdf](http://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf).

Organización de las Naciones Unidas. (1989). Convención de los Derechos del Niño. [en línea]. Recuperado por <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas. (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [en línea]. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

Organización de las Naciones Unidas. (1970) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). [en línea]. Recuperado de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>.

Organización de las Naciones Unidas. (1968). Proclamación de Teherán. [en línea]. Recuperado de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/proclamation%20sp.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas. (1966) Pacto internacional de Derechos Civiles y políticos. [en línea]. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>.

Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. [en línea]. Recuperado de: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf.

Organización de las Naciones Unidas. (1948). La Carta Internacional de Derechos Humanos. [en línea]. Recuperado por <http://www.un.org/es/rights/overview/charter-hr.shtml>.

Normas Nacionales

Circular Externa 003 de 2013. Por la cual se imparten instrucciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en aplicación de la Constitución Política de Colombia, los tratados internacionales y las sentencias de la Corte Constitucional, y se deroga la Circular número 03 de noviembre de 2011. Abril 29 de 2013.

Constitución Política de Colombia. 1991.

Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Diciembre 07 de 2007.

Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 16 de 2015.

Ley 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Febrero 27 de 2013.

La Ley 1146 de 2007. Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. Julio 10 de 2007.

Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Noviembre 08 de 2006.

Ley 984 de 2005. Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer", adoptado por la

Asamblea General de las Naciones Unidas el seis (6) de octubre de mil novecientos noventa y nueve (1999). Agosto 12 del 2005.

Ley 823 de 2003. Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres. Establece el marco institucional y orienta las políticas y acciones por parte del gobierno para garantizar la equidad y la igualdad de oportunidad de las mujeres, en los ámbitos público y privados. Se resalta la referencia expresa a las adolescentes. Julio 10 de 2003.

Ley 742 de 2002. Por medio de la cual se aprueba el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, hecho en Roma, el día diecisiete (17) de julio de mil novecientos noventa y ocho (1998). Junio 05 de 2002

Ley 599 de 2000. Por la cual se expide el Código Penal. Julio 24 de 2000.

Ley 248 de 1995. Por medio de la cual se aprueba la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, suscrita en la ciudad de Belem Do Para, Brasil, el 9 de junio de 1994. Diciembre 29 de 1995.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993.

Ley 12 de 1991. Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Enero 22 de 1991.

Ley 51 de 1981. Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 y firmada en Copenhague el 17 de julio de 1980. Junio 02 de 1981.

Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. . Febrero 18 de 1981.

Ley 74 de 1968. Por la cual se aprueban los Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, así como el Protocolo Facultativo de este último, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en votación Unánime, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966. Diciembre 26 de 1968.

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2013) Compilación Analítica de las Normas de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Organización para la excelencia de la salud, Dejusticia y UNFPA. [en línea].Recuperado de <https://www.min>

salud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/compilado-normativa-salud-sexual-reproductiva.pdf.

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. [en línea]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2014). Plan Decenal de salud pública 2012-2021. Dirección de Epidemiología y Demografía. [en línea]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20Pública.pdf>

Resolución 1904 de 2017. Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento en lo ordenado en el orden de la decima primera sentencia T- 573 de 2016 de la corte constitucional y se dictan otras disposiciones. Mayo 31 de 2017

Resolución 1904 de 2017. Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 del 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. Mayo 31 de 2017.

Resolución 652 de 2016. Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1346 de 1997. Marzo 01 de 2016.

Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Mayo 28 de 2013.

Resolución 769 de 2008. Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000. Marzo 3 de 2008.

Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Agosto 05 de 1994.

Documentos oficiales

Organización de las Naciones Unidas. (1993) Conferencia de Derechos humanos de Viena.[en línea]. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/OHCHR20/Pages/WCHR.aspx>.

Organización de las Naciones Unidas. (1995) Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. [en línea]. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Informe quincenal epidemiológico nacional. Instituto Nacional de Salud. 19(9) Recuperado de: <http://simposiovirologia.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2019%202014%20num%2010.pdf>

Sentencias

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-573 de 2016. (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva: Octubre 19 de 2016).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-627 de 2012. (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto: Agosto 10 de 2012).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-841 de 2011. (M.P. Humberto Sierra Porto: Noviembre 03 de 2011).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-636 DE 2011. (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva: Agosto 25 de 2011).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010. (M.P. Humberto Sierra Porto: Julio 22 de 2010).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-728-2009. (M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo: Octubre 14 de 2009).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009. (M.P. Humberto Sierra Porto: Mayo 28 de 2009).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-946 de 2008. (M.P. Jaime Córdoba Triviño: Octubre 02 de 2008).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-760 de 2008. (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa: Julio 31 de 2008).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-209 de 2008. (M.P. Clara Inés Vargas Hernández: Febrero 28 de 2008).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 de 2007. (M.P. Humberto Sierra Porto: Noviembre 20 de 2007).

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. (M.P. Jaime Araújo Rentería, Clara Inés Vargas Hernández: Mayo 10 de 2006).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-028 de 2006. (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto: Enero 26 de 2006).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-916 de 2002. (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa: Octubre 29 de 2002).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-269 de 2002. (M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra: Abril 18 de 2002).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-226 de 2002. (M.P. Alvaro Tafur Galvis: Abril 02 de 2002).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-673 de 2001. (M.P. Manuel Jose Cepeda Espinosa: Junio 28 de 2001).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-647 de 2001. (M.P. Alfredo Beltrán Sierra: Junio 20 de 2001).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-013 de 1997. (M.P. Jose Gregorio Hernandez Galindo: Enero 23 de 1997).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-113 de 1994. (M.P. Antonio Barrera Carbonell: Marzo 17 de 1994).

Protocolos y guías

Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA. (2016) Guía de capacitación para atención en salud de la IVE. Bogotá D.C. [en línea]. Recuperado de <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/20-Colombia-Guidelines-for-Training-in-Abortion-Healthservices-Ministry-of-Health.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) ABECÉ Línea: Salud Materna – Derecho a la Maternidad Elegida. Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. Dirección de Promoción y Prevención. [en línea]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política De Atención Integral En Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente. [en línea]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2014) Prevención del Aborto Inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud . Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

Minsalud y UNFPA. (2014). Orientación y asesoría para la IVE. Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-DT-Orientacion.pdf>

Ministerio de protección social. (2007). *Implicaciones éticas, jurídicas y médicas de la sentencia c-355 de la corte constitucional: Un avance para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las colombianas.* [en línea]. Recuperado de: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wpcontent/uploads/2016/11/Implicaciones-eticas-juridicas-y-medicas-de-la-Sentencia-C-355-de-la-Cortes-Constitucional.pdf>

Molina Betancur, C. M. (2006). *El derecho al aborto en Colombia.* Universidad de Medellín. Recuperado de: <https://books.google.com.co/books?id=NGhsrqKC3jQC&pg=PA119&lpg=PA119&dq=aborto+terapeutico+en+codigo+penal+de+1837+colombia&source=bl&ots=itJvdCL3Nk&sig=xAbdW9fIQtkYyaea21JzBG9JID0&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjkkNXXKzaTaAhUR2IMKHUK4DeUQ6AEIbTAH#v=onepage&q=terapeutico&f=false>

Organización Mundial de la Salud. (2014) Manual de práctica clínica para un aborto seguro. [en línea]. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/

Organización Mundial de la Salud. (2012) Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. [en línea]. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/.

Profamilia. (2016). Informe anual de actividades. Recuperado de: <http://www.profamilia.org.co/docs/INFORME%20PROFAMILIA%202016%20VERSION%20MARZO%2016.pdf>

Profamilia.(2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Colombia 2015. Recuperado de: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

Profamilia. (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [en línea]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/inec/inv/0%20%20serie%20estudios%20a%20profundidad%20final%20web%202014.pdf>.

Literatura

Aguirre Román, J., Silva Rojas, A., y Pabón Mantilla, A.P (2014). Análisis de la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional sobre la liberalización del aborto en Colombia: argumentos iusfilosóficos que sustentan el debate en el marco de la perspectiva de Habermas sobre el rol de la religión en la esfera pública en diálogo con Ronald Dworkin. *Estudios Socio-jurídicos*, 17(2), 167-198, Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/esju/v17n2/v17n2a06.pdf>.

Asociación Americana del Embarazo. (2015). La Hipertensión Gestacional: Hipertensión inducida por el Embarazo (HIE). [en línea]. Recuperado de: <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/pregnancy-induced-hypertension/.pdf>.

BBC Mundo. (2017). Los 5 países en los que el aborto está completamente prohibido. [en línea]. Recuperado de (<http://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-40677494>).

Chaparro Gonzales, N., Guzmán Rodríguez, D. E. (2015). *Los remedios que da el derecho, el papel del juez constitucional cuando la interrupción voluntaria del embarazo no se garantiza*. Recuperado de https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/02/fi_name_recurso_794.pdf

Chaparro Gonzales, N., García Núñez, C. Guzmán Rodríguez, D. E., Rojas Sandoval, N., Rojas Castro, S. (2013). *Lejos del Derecho-La Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de: https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_340.pdf.

Clínica Universidad de Navarra. (2018). Diccionario médico. Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/contracepcion>

Centro de Derechos Reproductivos. (2010). *Aborto y Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB-Aborto%20y%20Derechos%20Humanos.pdf>

Dejusticia. (2016). *La despenalización del aborto en Colombia: diez años de un derecho no realizado*. Recuperado de: <https://www.dejusticia.org/la-despenalizacion-del-aborto-en-colombia-diez-anos-de-un-derecho-no-realizado>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística; DANE. (2005). Censo General 2005.

El universal. (2018). *El 2017 dejó 10.517 abortos legales realizados por Profamilia*. [en línea]. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.co/colombia/el-2017-dejo-10517-abortos-legales-realizados-por-profamilia-270666>.

El espectador. (2017). *El 65 % del país le dice sí al aborto legal*. [en línea]. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/el-65-del-pais-le-dice-si-al-aborto-legal-articulo-715353>

El colombiano. (2016). *Cifra de abortos clandestinos en Colombia preocupa a la ONU*. [en línea]. Recuperado de: <http://www.elcolombiano.com/internacional/abortos-clandestinos-en-colombia-preocupan-a-la-onu-KF5205927>

El colombiano. (2010). *EPS, IPS, POS... el glosario de la salud*. [en línea]. Recuperado de: http://www.elcolombiano.com/historico/eps_ips_pos_el_glosario_de_la_saludJVEC_95936

El País. (2017). *El Senado chileno aprueba la despenalización del aborto en tres casos*. [en línea]. Recuperado de: https://elpais.com/internacional/2017/07/19/america/1500467758_055931.html

Martinez Osorio M. (2017). *El secreto profesional en casos de aborto: el inhumano dilema entre la cárcel y la muerte*. Dejusticia. Recuperado de: <https://www.dejusticia.org/column/el-secreto-profesional-en-casos-de-aborto-el-inhumano-dilema-entre-la-carcel-y-la-muerte/>

Ministerio de salud y protección. (2013) *Glosario*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=125&ContentTypeId=0x0100B5A58125280A70438C125863FF136F22>

Guerrero Cárdenas, F., Maquiud Vanegas, Y. (2014). La constitucionalización del derecho fundamental a la IVE, hacia lo que la interpretación aclara y lo que oscurece de la internacionalización del derecho a nacer. *Iustitia*, (12), 299-328. Recuperado de

file:///Users/Guillermo/Downloads/DialnetLaConstitucionalizacionDelDerechoFundamentalALaI
VE-5979021%20(2).pdf.

Guttmacher Institute. (2014) *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/4000_214_S.pdf.

Guttmacher Institute. (2011). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias*. Recuperado de https://www.guttmacher.org/es_/report/embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia-causas-y-consecuencias.

Guttmacher Institute. (1999). *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/sharing.pdf>

Habermas, J. (2002). *El futuro de la naturaleza humana ¿Hacia una eugenesia liberal?*. Barcelona: Paidós.

Hawker, S., Ferrando, D., Llera, S., (1994). Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. *The Alan Guttmacher Institute*, New York; pp: 5-32.

Jaramillo Sierra, I. C. (2013). *Embarazo adolescente: entre la política y los derechos*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Jaramillo Sierra, I. C., Alfonso Sierra, T. (2008). *Mujeres, cortes y medios: la reforma judicial del aborto*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes.

Jaramillo Sierra I. C., Trujillo Maza E. M., y Vargas Trujillo, E. (2012). *Médicos y derechos: el papel de la formación médica de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Julieta Lemaitre Ripoll. (2011). “En defensa de la vida”: por una mejor comprensión del constitucionalismo católico. *Razón Pública*. Recuperado de: <https://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2353-en-defensa-de-la-vida-por-una-mejor-comprension-del-constitucionalismo-catolico.html>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2016), *Las Causales de la Ley y la Causa de las Mujeres-La implementación del aborto legal en Colombia: 10 años profundizando la democracia*. Recuperado de: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2016/11/Las-causas-de-la-ley-y-la-causa-de-las-mujeres-Es-un-hecho-abortar-es-un-derecho.pdf>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2016). *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*. Recuperado de: http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2017/05/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2011). *El aborto en Colombia: de los derechos a los hechos. un largo camino por recorrer*. Recuperado de: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/2016/10/04/el-aborto-en-colombia-de-los-derechos-los-hechos-un-largo-camino-por-recorrer/>.

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (s.f). *¿Qué es la mesa?*. Recuperado de: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/la-mesa/>

Moreno, A., López, S., y Corcho, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. *Salud publica mex.* 42 (4), 337-348. Recuperado de: http://www.facmed.unam.mx/dep-tos/familiar/compendio/Segundo/II_SPC_109-120.pdf

Navarro Pereira, C.L. (2009) *Análisis del debate público sobre la despenalización del aborto en Colombia en el periódico El Tiempo- 2005-2007*. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/5276>.

Orientame. (s.f). *¿Quiénes somos?*. Recuperado de: <https://www.orientame.org.co/quienes-somos/>

Organización de las Naciones Unidas Colombia. (2017). *Historia en Colombia*. [en línea]. Recuperado por <http://nacionesunidas.org.co/onu-en-colombia/historia-en-colombia/>.

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la salud. (2016). *Mortalidad materna*. [en línea]. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS*. [en línea]. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>.

Organización mundial de la salud. (2010). *Misoprostol para la interrupción del embarazo en el segundo o tercer trimestre en embarazos complicados por una anomalía fetal o después de la*

muerte fetal intrauterina. Recuperado de: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/induction-labour-4>

Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. [en línea]. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud*. [en línea]. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en.

Oxford University Press. (2018). Oxford living dictionary. Recuperado de: <https://es.oxforddictionaries.com/home?locale=es>

Pacora Portella, P. (2014). Aborto terapéutico: ¿realmente existe?. *Acta médica peruana*, 31(4), Lima. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000400006.

Pabón Mantilla, A. P. (2014) La protecciones principio de libertad en las decisiones de la corte constitucional: el caso de las sentencia sobre liberalización de la interrupción voluntaria del embarazo. *Ratio Juris*. 9(19). 151-174.

Penagos Velásquez, G. S. (s. f). *El aborto en Colombia, un problema social, de salud pública y de salud de las mujeres*. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva/El%20Aborto%20en%20Colombia.pdf>

Profamilia. (s.f). Quienes somos; visión, misión y objetivos. Recuperado de: <https://profamilia.org.co/quienes-somos/mision-vision-y-objetivos/>

RCN. (2014). *Bajaron las cifras de abortos legales y aumentaron los casos ilegales*. [en línea]. Recuperado de: <http://www.noticiasrcn.com/nacional-pais/bajaron-las-cifras-abortos-legales-y-aumentaron-los-casos-ilegales>

Universidad Autónoma de Madrid. *Epidemiología*. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Transparencias/Epidemiol.pdf

Viana Garcés, A. (2005/2006). Sentencia C-355 de 2006 - Resistir y Emancipar. *Foro Constitucional Iberoamericano*, 12, 164-191.

Women's Link Worldwide. (2007). *la liberalización del aborto en Colombia, por la despenalización del aborto*. No 2. Recuperado de: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/hojas_informativas/02_womenslinkworldwide.pdf

Zamudio, L. (2000). El Aborto en Colombia: Dinámica Sociodemográfica y tensiones socioculturales. *Revista derecho del estado*, 8, 45-55.