



La implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia

Annika Dalén

DOCUMENTOS 11



Reino de los Países Bajos



Dejusticia
Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad

DOCUMENTOS 11

La implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia

Annika Dalén

Annika Dalén Investigadora, Centro de Estudios de Derecho, Justicia
y Sociedad, Dejusticia.



Reino de los Países Bajos



Documentos Dejusticia 11

LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DESPENALIZACIÓN PARCIAL
DEL ABORTO EN COLOMBIA

Este trabajo se desarrolló gracias al apoyo del Reino de los Países Bajos.

ISBN: 978-958-58228-3-2 para la versión impresa
978-958-58228-4-9 para la versión digital

© Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia
Carrera 24 N° 34-61, Bogotá, D.C.
Teléfono: (57 1) 608 3605
Correo electrónico: info@dejusticia.org
<http://www.dejusticia.org>

Este texto puede ser descargado gratuitamente en <http://www.dejusticia.org>

Revisión de textos: María José Díaz Granados
Preprensa: Marta Rojas
Cubierta: Alejandro Ospina
Impreso por Ediciones Antropos

Bogotá, noviembre de 2013

Contenido

Introducción	7
Planteamiento conceptual y contexto	9
La jurisprudencia sobre la despenalización parcial del aborto.....	9
La implementación de la despenalización.....	15
Obstáculos individuales en el acceso de las mujeres al servicio de la IVE	19
Desconocimiento	20
Imposición de requisitos adicionales y prácticas irregulares	25
La disponibilidad de los servicios.....	30
Obstáculos estructurales en la implementación de la IVE	32
La reglamentación del servicio	32
Información sobre la implementación	33
Actuaciones institucionales en detrimento de los derechos	34
Conclusiones y propuestas	39
Formación e información	39
La disponibilidad de los servicios.....	41
Reglamentación	42
Objeción de conciencia	43
Vigilancia eficiente	44
Consideraciones finales.....	44
Referencias	46

Introducción

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) ha sido parcialmente despenalizada en Colombia desde 2006. Dicha despenalización no tuvo efectos solamente en el ámbito penal sino también en relación con el derecho a la salud. En este sentido, generó obligaciones para el Estado y derechos para las mujeres frente a su salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, a pesar de que ya se han cumplido siete años desde la sentencia de la Corte Constitucional que declaró la inexecutable de la prohibición total del aborto, persisten todavía muchas barreras importantes frente a la garantía efectiva del acceso a ejercer este derecho para las mujeres.

Este documento ofrece la identificación de algunos de los principales obstáculos que enfrenta la implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia, así como propuestas para su solución. Esta identificación es importante, pues la existencia de barreras que dificultan o impiden el ejercicio de un derecho atenta contra el pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas afectadas.

El ejercicio de selección de los obstáculos que se presentan en este documento se ha hecho a partir del gran espectro identificado por organizaciones, instituciones, prestadores de salud y otras investigaciones académicas, así como también la jurisprudencia constitucional vigente. Por obstáculos se entienden aquellas acciones u omisiones que directa o indirectamente impiden que la despenalización sea implementada integralmente y que el servicio legal de la interrupción voluntaria del embarazo sea prestado de manera oportuna y digna a todas las mujeres que lo soliciten, cumpliendo con los requisitos legales.

El presente documento tiene cuatro partes. La primera parte precisa el marco normativo frente a la interrupción voluntaria del embarazo,

como un punto de partida para la discusión en las siguientes partes del documento. Busca precisar cuál es y cómo se ha venido implementando dicho marco normativo, y brindar una contextualización breve de la situación del aborto en Colombia. En las partes dos y tres se presentan los principales obstáculos identificados para la implementación y el cumplimiento de la despenalización parcial del aborto en Colombia. La parte dos da cuenta de las barreras individuales y prácticas que enfrentan las mujeres en el acceso al servicio de la IVE. Con esto se hace referencia a aquellas barreras que interfieren directamente a nivel individual en el ejercicio de la autonomía de las mujeres respecto a la interrupción voluntaria del embarazo. En la tercera parte se identifican los factores colectivos y estructurales. Este tipo de obstáculos son aquellos que no necesariamente afectan a las mujeres individuales directamente en su solicitud de interrupción voluntaria del embarazo, pero que pueden contribuir a crear barreras que impiden la efectiva implementación de la despenalización y las políticas públicas para su promoción. Por último, en la parte cuatro se presentan las conclusiones y las propuestas para mejorar la situación actual y contrarrestar las barreras y los obstáculos que aún impiden que la despenalización parcial del aborto en Colombia se implemente efectivamente.

Planteamiento conceptual y contexto

A continuación se presentarán, en primer lugar, unos puntos claves de la jurisprudencia sobre los lineamientos básicos bajo los cuales se puede ejercer el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en las tres circunstancias despenalizadas: cuáles son los requisitos para el acceso, cuáles son los límites dentro de los cuales las y los profesionales de la salud se deben mantener en la prestación del servicio y cuáles son las obligaciones del Estado que se derivan de este derecho. El punto de partida de este documento es que a raíz de la jurisprudencia de la Corte Constitucional se derivan no solamente unos estándares claros para la prestación del servicio de IVE, sino también unas obligaciones del Estado de garantizar la implementación que a su vez hacen parte de la garantía de los derechos humanos.

Luego se hará una breve contextualización de cómo ha sido la implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia y cuál es la relación entre el aborto legal y el aborto clandestino.

La jurisprudencia sobre la despenalización parcial del aborto

En 2005, la abogada Mónica Roa, de la organización Women's Link Worldwide, interpuso una demanda de inconstitucionalidad en contra de los artículos del Código Penal que prohibían la interrupción del embarazo bajo todas las circunstancias. La demanda recogía argumentos de derecho internacional de los derechos humanos para demostrar la inconstitucionalidad de la legislación, y planteaba la ilegalidad del aborto en Colombia como una problemática de salud pública, equidad de género y justicia social.

A esta demanda se unieron otras adicionales, y el 10 de mayo del 2006, la Corte Constitucional emitió el fallo histórico. La sentencia

C-355/06 despenalizó el aborto en Colombia en tres circunstancias, cuando el embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable la vida extrauterina, o cuando el embarazo sea resultado de una conducta delictiva, como por ejemplo violación o incesto.

La Corte centró su argumentación en los derechos de las mujeres y su resultado fue el reconocimiento de que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en dichas circunstancias hace parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que son derechos humanos y están íntimamente ligados al derecho a la vida, a la salud, a la integridad, a la autodeterminación y a la dignidad de las mujeres en Colombia¹.

En la jurisprudencia posterior al respecto, la Corte Constitucional ha aclarado que a partir de la mencionada sentencia, la interrupción voluntaria del embarazo en los tres casos despenalizados es un derecho fundamental del cual son titulares las mujeres, derivado del contenido de los derechos fundamentales a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad, a la vida y a la salud física y mental, y que dicho derecho se inscribe en la categoría de los derechos reproductivos². El reconocimiento de la IVE como un derecho fundamental significa no solamente que a las mujeres que abortan dentro de las causales despenalizadas no se les puede penalizar, sino también que el Estado adquiere una obligación de prestar los servicios necesarios para que las mujeres que lo requieran puedan ejercer su derecho.

No hay en este momento un decreto vigente que reglamente el servicio de la interrupción voluntaria del embarazo.³ Sin embargo, el 26 de abril

- 1 Corte Constitucional, sentencia C-355/06, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.
- 2 Corte Constitucional, sentencia T-585/10, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.
- 3 En diciembre de 2006 el Ministerio de la Protección Social expidió el Decreto 4444 “por el cual se reglamenta unos servicios de salud sexual y reproductiva” (Ministerio de la Protección Social 2006), que reglamentaba una política de salud sexual y reproductiva en el marco de la cual se encontraba el servicio de la interrupción voluntaria del embarazo. La reglamentación y su correspondiente norma técnica fueron expedidas no solamente basadas en los lineamientos de la sentencia, sino también en las directrices internacionales en la materia, como aquellos producidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2003). El Decreto fue provisionalmente suspendido por el Consejo de Estado el 15 de octubre de 2009 en el marco de un proceso de acción de nulidad: Consejo de Estado, 15 de octubre de 2009. Expediente 2008-00256-00, C.P. María

de 2013 la Superintendencia Nacional de Salud emitió la Circular Externa 003 en la cual imparte instrucciones sobre la prestación del servicio de la IVE en aplicación de la jurisprudencia constitucional y las demás normas relevantes en la materia (Superintendencia Nacional de Salud 2013). Dicha circular puede servir como guía frente a la prestación del servicio. Además, es importante aclarar que la ausencia de un decreto reglamentario no significa la suspensión del acceso a la IVE. La Corte precisó que una reglamentación no era necesaria para la inmediata aplicación de la despenalización⁴. En la sentencia que despenalizó parcialmente el aborto y la posterior jurisprudencia desarrollada por la Corte se establecieron una serie de reglas encaminadas hacia la garantía de una eficiente prestación del servicio y el acceso de todas las mujeres al derecho. Son estas las que rigen en ausencia de una reglamentación, y que también deberían orientar la misma cuando se expida. En este texto se argumentará que los lineamientos de la jurisprudencia de la Corte Constitucional son lo suficientemente precisos para brindar un marco que permita una implementación efectiva de la despenalización parcial del aborto.

A continuación se presentarán algunos de esos lineamientos claves, a saber, los requisitos para acceder al servicio, la objeción de conciencia y la obligación de prestar el servicio y remover obstáculos, que servirán como punto de partida de la argumentación presentada en el documento.

Los requisitos para acceder a la IVE

Las tres causales bajo las cuales está permitido el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia operan independientemente, es decir, que basta con reunir los requisitos para una de las causales para poder acceder al servicio de la IVE. A continuación se precisará cuales son esos requisitos para cada una de las causales. Cabe destacar que estos son los únicos requisitos que se pueden solicitar para que la mujer pueda acceder a un aborto legal, cualquier requisito adicional que se le solicite a la mujer constituye una barrera ilegítima a su ejercicio del derecho⁵. También es importante aclarar que con la confirmación de la existencia de una causal,

Claudia Rojas Lasso, y el 13 de marzo de 2013 fue declarada su nulidad definitiva: Consejo de Estado. 13 de marzo de 2013. Expediente 110010324000200800256-00, C. P. María Claudia Rojas Lasso.

- 4 Corte Constitucional, sentencia C-355/06, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.
- 5 Corte Constitucional, sentencia T-388/09, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

la decisión de interrumpir o no el embarazo está en manos de la mujer, y no tiene lugar una valoración de parte del médico respecto a si considera suficiente la causal que se presenta para permitir el procedimiento o no. Las menores de edad tienen derecho a solicitar una IVE y su consentimiento debe ser respetado incluso en los casos cuando sus padres no estén de acuerdo con la decisión tomada.⁶

En cuanto a la causal que permite el aborto en casos de peligro para la vida o la salud de la mujer gestante, en primer lugar, debe quedar claro que salud y vida son independientes, es decir, que el peligro para la salud opera independientemente de si existe o no también un riesgo para la vida. En segundo lugar, el término salud no se refiere únicamente a la salud física, sino también a la salud mental. El derecho a la salud 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 psíquicas que justifiquen su interrupción.⁷

Frente a la causal de cuando el embarazo implique peligro para la vida o la salud de la mujer gestante, el único requerimiento es el certificado de un médico. La Corte en sentencias posteriores a la C-355/06 ha aclarado que las y los psicólogos de acuerdo con la Ley 1090 de 2006 son profesionales de la salud, en tanto pueden certificar válidamente la afectación a la salud mental a una mujer para el acceso a la interrupción del embarazo.⁸ No se exige que el certificado sea del mismo médico que realice la IVE y no tiene que ser un médico especialista, ni tampoco el médico tratante o un médico de la red de servicios de la EPS o del mismo hospital o clínica. Tal como en el caso de la causal anterior, cuando el feto presente malformaciones graves que hacen su vida inviable, el único requisito necesario para acceder a la IVE es el certificado de un médico.

Finalmente, en caso de embarazos resultados de violencia sexual, lo único que debe presentar la mujer que solicita la interrupción voluntaria del embarazo es una fotocopia de la denuncia. Una denuncia se entiende como el documento en que se da noticia a la autoridad competente de la

comisión de un hecho delictuoso. Es decir, que no es necesario que se haya iniciado un proceso de investigación a partir de dicha notificación para efectos del acceso a la IVE. En el caso de menores de 14 años, se presume violación⁹ y la exhibición de la denuncia por tanto es una mera formalidad. Además es importante destacar, respecto a menores de edad, que no requieren autorización de su representante legal para acceder a una IVE.

La objeción de conciencia

La figura de la objeción de conciencia constituye una garantía para la protección de los derechos de ambas partes en el proceso, tanto del personal médico, para quien la participación en el procedimiento puede entrar en conflicto con sus convicciones personales, como de las mujeres que solicitan interrumpir sus embarazos. Implica la opción para las y los profesionales de salud de no participar en la realización de la interrupción del embarazo.

La objeción de conciencia es un derecho garantizado en la misma sentencia que despenaliza el aborto. El desarrollo que hace la sentencia C-355/06 alrededor del tema da un marco para establecer los alcances y límites del derecho constitucional a la objeción de conciencia frente a la IVE. En dicha sentencia establece dos subreglas principales respecto a las personas naturales y las personas jurídicas.

En cuanto a las personas jurídicas, tanto públicas como privadas, no se les reconoce la titularidad del derecho a la objeción de conciencia. Esto significa que clínicas, hospitales o centros de salud no pueden presentar objeción de conciencia a la práctica del aborto despenalizado.

En lo que respecta a las personas naturales la objeción de conciencia debe basarse en sus convicciones personales de orden moral, ético o religioso, y no puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres. Esto significa que un médico que alegue objeción de conciencia tiene la obligación de remitir inmediatamente a la mujer que se encuentre en las hipótesis previstas a otro médico que sí pueda llevar a cabo el aborto.

La presentación de la objeción de conciencia debe ser personal y fundamentada, en ningún caso se pueden presentar objeciones colectivas, que desencadenan, a su turno, objeciones de conciencia institucionales e infundadas, ni tampoco se puede hacer por medio de formatos o plantillas

⁶ Corte Constitucional, sentencias C-355/06, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández; T-388/09, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-841/11, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

⁷ Corte Constitucional, sentencias C-355/06, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández; T-841/11, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

⁸ Ver por ejemplo, Corte Constitucional, sentencias T-388/09, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto;

⁹ Ley 599 de 2000, artículo 208 que tipifica el delito de acceso carnal abusivo (Código Penal).

de adhesión. Solamente pueden objetar conciencia las y los profesionales de salud que realicen o intervengan directamente en el procedimiento.¹⁰

Una tercera subregla en cuanto al alcance de la objeción de conciencia que la Corte ha aclarado en jurisprudencia posterior a la sentencia C-355/06¹¹ es con respecto a las y los funcionarios judiciales. Ya que las y los funcionarios judiciales lo son por voluntad propia no pueden excusarse en la objeción de conciencia ya que eso sería desconocer su mandato de “garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución”. La objeción de conciencia judicial se traduce, en concepto de la Corte, en una denegación injustificada de justicia y se liga con una seria, arbitraria y desproporcionada restricción de derechos constitucionales fundamentales.¹²

La obligación de prestar el servicio y remover obstáculos

A raíz de que la interrupción voluntaria del embarazo, en las tres situaciones permitidas en Colombia, fue reconocida como un derecho de las mujeres en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, implica una obligación de prestar el servicio. Esta obligación rige para todas las entidades en el sistema de salud, tanto públicas como privadas y tanto laicas como confesionales. Todas las entidades tienen la obligación de tener en su planta de personal médicos dispuestos a prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo. Además, el Sistema de Seguridad Social en Salud debe garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de interrupción del embarazo, y asegurar que el acceso sea en todos los grados de complejidad del sistema (Corte Constitucional 2007, 2008).¹³

Dicha responsabilidad de prestar el servicio se traduce en una obligación también de remover obstáculos que posterguen innecesariamente la prestación del servicio de IVE. Las autoridades públicas y los particulares que actúan en esa calidad, como las EPS, no pueden imponer barreras administrativas o de otro tipo, y están obligados a evitar actuaciones

-
- 10** Corte Constitucional, sentencia T-388/09, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.
- 11** Ver especialmente las sentencias T-209 de 2008 y T-388 de 2009.
- 12** Corte Constitucional, sentencia T-388/09, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.
- 13** Corte Constitucional, sentencias T-988/07, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto; sentencia T-209/08, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

discriminatorias y adicionalmente deben promover las condiciones para que sea factible respetar los derechos constitucionales fundamentales de la mujer gestante.¹⁴

La implementación de la despenalización

Un punto de partida en este documento es que la jurisprudencia constitucional da unos lineamientos claros para permitir la prestación eficiente del servicio legal de la IVE, como se ha demostrado en el apartado anterior. Sin embargo, en la práctica la implementación de dicho derecho no ha sido tan amplia como se podría haber esperado. A continuación se hará un breve recuento de las estadísticas disponibles para presentar el panorama de la implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia, a partir de la cual surge la hipótesis que orienta el presente documento.

La situación del aborto está rodeada por un gran desconocimiento en Colombia. Es muy difícil encontrar cifras exactas y confiables sobre su extensión y sobre las consecuencias de su clandestinidad. Sin embargo, a pesar de la incertidumbre de los datos disponibles, resulta indudable, como se verá en este documento, que debido a su magnitud y sus impactos en las instituciones sociales, especialmente el sistema de salud, el aborto tiene una importancia que va mucho más allá de los casos de mujeres individuales que interrumpen su embarazo.

Todas las estimaciones respecto al aborto son sumamente inciertas debido, justamente, a su carácter clandestino. La cifra más reciente sobre abortos clandestinos en Colombia proviene de una investigación publicada por el Instituto Guttmacher, según la cual los abortos clandestinos para el año 2008 se estiman en 400.400.¹⁵ El aumento se debe parcialmente al

14 Ver por ejemplo, sentencia T-988 de 2007, M. P. Humberto Sierra Porto: “[...] el deber de las autoridades públicas —y de los particulares que actúan en esa calidad— como ocurre con las Empresas Promotoras de Salud, consiste en remover los obstáculos que impidan a la mujer gestante acceder a los servicios de salud en condiciones de calidad y seguridad de modo que se protejan en debida forma sus derechos sexuales y reproductivos. Las autoridades públicas y los particulares que obran en esa calidad no sólo están obligados a evitar actuaciones discriminatorias sino a promover las condiciones para que sea factible respetar los derechos constitucionales fundamentales de la mujer gestante”.

15 La metodología empleada para estimar la incidencia del aborto es de las más rigurosas y exactas existentes. El Método de Estimación de Aborto por Complicaciones (AICM, por sus siglas en inglés) combina datos de dos

incremento en el número absoluto de mujeres en edad reproductiva, pero otro factor importante también es el hecho de que el número deseado de hijos ha bajado sustancialmente durante las dos décadas que han pasado entre las dos investigaciones, mientras que el uso eficiente de métodos anticonceptivos al parecer no ha aumentado en la misma escala (Prada, Remez, Singh y Villareal, 2011).

Según los últimos datos disponibles del DANE, es posible calcular que la mortalidad registrada por aborto en 2010 representaba el 4,3% de todas las muertes maternas.¹⁶ (DANE 2010). Las cifras son alarmantes considerando que casi todas las muertes que se registran por abortos serían evitables con acceso a servicios legales seguros y oportunos.¹⁷ Además, el acceso a abortos clandestinos más seguros no es uniforme en toda la población de mujeres, sino que son las de mejores condiciones socioeconómicas quienes en mayor grado tienen acceso a los métodos más seguros, así como las que viven en las grandes urbes donde la oferta es más amplia, lo cual termina teniendo efectos discriminatorios.

Además, los riesgos para las mujeres que acuden a abortos clandestinos no son solamente la muerte. Cada año, un total estimado de 132.000 mujeres sufren complicaciones que pueden ser muy riesgosas debido al aborto clandestino. Esto representa un 30% de las mujeres que abortan en

encuestas; i) una encuesta a las IPS sobre admisiones para tratamiento posaborto y prestación de servicios de aborto legal, y ii) otra basada en una muestra intencional de profesionales médicos y no médicos con amplios conocimientos sobre las condiciones.

16 El total de muertes maternas fue de 485, de las cuales los registros por “otro aborto” fueron de 3 y “aborto no especificado”, 18. En estas cifras el aborto queda en el sexto lugar de causas de mortalidad materna, después de “otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio” (141), “hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa” (60), “hemorragia posparto” (55), “hipertensión materna no especificada” (41), y “enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio” (22). Desde 1998 las muertes han venido disminuyendo anualmente en 3,85 por cada 100.000 nacidos vivos hasta 2005, y la mortalidad materna en su totalidad disminuyó en un 16% entre 1990 y 2005. Sin embargo, es importante anotar que para estas cifras se estima un subregistro de alrededor del 13% (Cuevas 2009).

17 Se puede comparar con Suecia donde el aborto es legalizado y todas las mujeres tienen acceso a servicios legales, seguros y oportunos donde entre 1997 y 2008 murieron un total de 5 mujeres por aborto (Socialstyrelsen, s.d.).

esas condiciones, pero ese porcentaje llega a 53% en el caso de las mujeres rurales pobres y es menor (24%) en el caso de las mujeres de las ciudades que no son pobres (Prada *et al.* 2011).

El Ministerio de la Protección Social reportó que a diciembre 2009 se habían practicado 649 interrupciones voluntarias del embarazo dentro del marco legal desde su despenalización parcial el 10 de mayo 2006¹⁸ (Procuraduría General de la Nación 2010). Es decir, en promedio se realizan 177 abortos legales al año. De los procedimientos de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) realizados durante los años 2007-2009 (en total 623 según reporta el Ministerio de la Protección Social), la principal causal fue por malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina (61,3%), la segunda por peligro a la vida o la salud de la mujer (20%) y la tercera por violación o incesto (18,7%) (Procuraduría General de la Nación 2010). No obstante, la encuesta a IPS realizada por el Instituto Guttmacher reveló que en el 2008 fueron realizadas 322 IVE, es decir, muestra un subregistro en los datos oficiales del Ministerio de la Protección Social. (Prada *et al.* 2011). Asimismo, en noviembre de 2012 fueron revelados nuevos datos en relación con el lanzamiento de una nueva política pública distrital en Bogotá de atención a la interrupción voluntaria del embarazo, según los cuales desde 2006 a 2011 se reportaron 1143 procedimientos de IVE, de los cuales el 59% correspondían a la causal riesgo para la vida o la salud de la mujer gestante (Secretaría de Salud 2012).

En todo caso, estos datos indican que el porcentaje de abortos legales respecto a los clandestinos es bajísima. Según la estimación más confiable de abortos clandestinos —400.400 anualmente— los abortos legales corresponderían al 0,08% del total de los abortos en el país, como se verá en la tabla 1. Pero incluso aplicando el cálculo más restrictivo propuesto por la Procuraduría —de 38.000 abortos clandestinos anualmente— el resultado es que solamente el 0,85% del total de los abortos realizados anualmente en Colombia se registran como legales. Esto quiere decir que, independientemente del cálculo, más del 99% de los abortos que se realizan anualmente en Colombia son clandestinos.

18 No hay datos más actualizados disponibles. El informe al Congreso 2011-2012 del Ministerio de Salud y Protección Social reporta 155 casos de IVE atendidos en el periodo julio de 2011 a junio de 2012 (Ministerio de Salud y Protección Social 2012). Sin embargo, los datos correspondientes para los periodos anteriores no aparecen en los respectivos informes para dichos periodos.

Tabla 1.
Proporción de abortos legales frente al total de abortos, según diferentes estimaciones

Abortos clandestinos por año	Abortos legales reportados en 2008	Porcentaje de abortos legales del total de abortos
400.400*	322	0,08
38.000**	322	0,85

* Cálculo hecho por el Instituto Guttmacher, ver nota 15.

** Cálculo hecho por la Procuraduría General de la Nación (2010).

Es cierto que no necesariamente todos los abortos que hoy se practican clandestinamente caben dentro de los requisitos legales, pero se puede suponer que una gran parte de ellos sí, si el marco jurisprudencial fuera aplicado de manera más garantista, ya que contempla una aplicación amplia para la gama de situaciones en las cuales las mujeres podrían legalmente acceder a una interrupción voluntaria del embarazo. Por ende, es verosímil que el número de abortos legales frente al total de abortos que se realizan en el país debería ser significativamente mayor de lo que es. Esto sugiere a su vez que en la implementación del aborto legal hay problemas que tienen como consecuencia que el aborto clandestino se sigue presentando en grandes proporciones incluso en casos que deben ser cobijados por la ley.

Asimismo, como se verá a lo largo de este documento, existe una serie de barreras, documentadas por varias organizaciones que trabajan hacia la implementación y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, frente a la garantía del acceso a una interrupción voluntaria del embarazo legal y segura en las situaciones despenalizadas.¹⁹ También la Corte Constitucional, en su sentencia T-388/09, identificó una serie de prácticas irregulares que impiden el ejercicio efectivo de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo (Corte Constitucional 2009). Una hipótesis de la cual parte este documento es que unos factores importantes que contribuyen a la brecha entre el marco legal para la interrupción voluntaria del embarazo y la práctica de abortos en Colombia son dichos obstáculos. En las dos partes siguientes del documento presentaré los principales obstáculos identificados para la implementación y el cumplimiento de la despenalización parcial del aborto en Colombia.

¹⁹ Al respecto ver por ejemplo, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2009) y Procuraduría General de la Nación (2007).

Obstáculos individuales en el acceso de las mujeres al servicio de la IVE

En la presente parte se analizarán los principales obstáculos individuales identificados para el acceso de las mujeres al servicio de la IVE. Con esto me refiero a aquellas barreras que interfieren directamente a nivel individual en el ejercicio de la autonomía por parte de las mujeres respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, es decir, aquellas que pueden enfrentar algunas mujeres, por ejemplo, cuando presentan una solicitud para la interrupción voluntaria del embarazo. Las barreras examinadas acá son tres: el desconocimiento de los alcances del derecho; la imposición de requisitos adicionales y prácticas irregulares, incluyendo el uso no adecuado, de acuerdo con estándares constitucionales, de la objeción de conciencia, y la deficiencia en la disponibilidad de servicios de IVE.

No todas las barreras llevan necesariamente a que las mujeres terminen sin acceder a la IVE, pero todas implican, como mínimo, retrasos injustificados en el proceso. El embarazo es un proceso que cuenta con un tiempo limitado dentro del cual se puede llevar a cabo la interrupción.²⁰ Además, por cada semana que corre, la intervención se vuelve más complicada y riesgosa para la mujer.²¹ Por estas razones, los atrasos causados por obstáculos para el acceso a la interrupción del embarazo vulneran los derechos de las mujeres y, ocasionalmente, dichos atrasos se traducen en una imposibilidad de ejercer el derecho.

Las barreras al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo legal y oportuna provienen en gran parte de patrones culturales profundamente arraigados en la sociedad. En la colombiana, como en muchas otras sociedades, aunque se ha experimentado un proceso de cambio significativo en las últimas décadas, persisten estructuras patriarcales que encasillan a mujeres y hombres en diferentes roles y posiciones sociales y de poder. La maternidad juega un papel importante como deber y principal fuente de

²⁰ Cabe aclarar que la jurisprudencia en Colombia no impone límites temporales para la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, por un lado un embarazo dura máximo nueve meses, y por otro lado es muy difícil que un médico realice un aborto cuando el feto ya es viable (más o menos a partir de la segunda mitad del embarazo).

²¹ Mientras en el primer trimestre de gestación es posible utilizar métodos médicos o legrados para realizar un aborto, a partir del segundo trimestre es necesario realizar procedimientos más complejos, incluso quirúrgicos, que son más invasivos y requieren mayor especialización del médico (OMS 2003).

realización personal en el rol social asignado culturalmente a las mujeres (Ministerio de la Protección Social 2007; Puyana 2000).

A raíz de estos fundamentos culturales, se encuentra en Colombia todavía una fuerte oposición en la sociedad frente al aborto que crea un estigma para las mujeres que interrumpen voluntariamente sus embarazos, a pesar de su despenalización. El estigma se construye en un proceso que invisibiliza socialmente el aborto como experiencia personal de muchas mujeres colombianas, independientemente de su edad y estrato socioeconómico. El silencio alrededor del aborto crea la idea de que este es una experiencia excepcional y un fenómeno marginal. Esto, a su vez, permite establecer una categoría de “las mujeres que abortan” como apartadas de la norma. Esta categoría es calificada con una serie de características no deseables para separarla aún más de la categoría normativa de “mujer”, y crear un estereotipo negativo. En Colombia, a las mujeres que abortan las tildan a menudo de inhumanas, egoístas y asesinas, o atributos similares que hacen referencia al supuesto acto de “matar al hijo que lleva adentro” como un acto antinatural de la esencia de la mujer. El silencio y el miedo a la exclusión social impiden a terceras personas apoyar públicamente a las mujeres que abortan, lo que a su vez sostiene el estereotipo negativo. El último componente, o el resultado de este proceso de creación de estigma es la discriminación abierta que puede manifestarse, por ejemplo, en la negación de servicios médicos adecuados, abusos verbales o físicos, escarnio, servicios de mala calidad, etc. (Kumar, Hessini y Mitchell 2009).

Este estigma no solamente recae sobre las mujeres sino también puede afectar al personal médico involucrado en el procedimiento de IVE, lo cual a su vez se puede convertir en barreras prácticas para el acceso de las mujeres al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos que serán descritas a continuación.

Desconocimiento

El amplio desconocimiento sobre los alcances de la jurisprudencia vigente es mencionado en varias publicaciones como una de las mayores barreras para la materialización de este derecho.²² Este desconocimiento se evidencia entre las mujeres frente a sus derechos y en cómo ejercerlos en caso de encontrarse en alguna de las causales estipuladas, como también entre las y los funcionarios tanto en el sistema de salud como del sistema judicial.

22 Al respecto ver por ejemplo: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2009) y Procuraduría General de la Nación (2010).

Esto a pesar de los numerosos esfuerzos realizados para difundir el contenido del marco normativo respecto al aborto despenalizado, tanto de parte de entidades públicas como desde varias organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Muchas personas solo tienen un concepto vago de la normatividad de la IVE, por lo cual se requieren todavía muchos esfuerzos para superar esta situación (Moloney 2007). En la sentencia T-388/09, la Corte Constitucional enfatizó que “todas las mujeres deben poder contar con la información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye el derecho a estar plenamente enteradas respecto de lo dispuesto en la sentencia C-355 de 2006”, y a raíz de dicha conclusión ordenó a varias entidades estatales²³ diseñar e implementar “campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos” para contribuir a asegurar el libre y efectivo ejercicio de estos derechos a todas las mujeres.²⁴ Dichas campañas, hasta la fecha, no se han desarrollado de la manera estipulada por la Corte — pronta, constante e insistente, con el debido seguimiento para constatar su nivel de impacto y eficacia—. Asimismo, las campañas deberían estar enfocadas en “transmitir información completa sobre la materia en términos sencillos, claros y suficientemente ilustrativos”.

La falta de estos esfuerzos coordinados y masivos en este sentido contribuye a la persistencia de una de las barreras más importantes frente al ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

En primer lugar, las mismas mujeres muchas veces no conocen sus derechos, o más aún, no saben cómo exigirlos, ni a dónde acudir para ejercerlos. Esto se manifiesta de varias formas, desde el desconocimiento total, hasta la idea de que existe la posibilidad de interrupción del embarazo pero desconocen cómo acceder a ella. En la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia se incluyó una pregunta sobre el conocimiento respecto al aborto legal. Sin embargo, los datos solo permiten dar cuenta del conocimiento sobre el estatus legal de las causales, no sobre los requisitos para acceder al servicio o las instituciones que lo prestan. En la tabla 2 se presenta la proporción de mujeres que sabe que el aborto no es delito.

23 El Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo.

24 Corte Constitucional, sentencia T-388/09, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Tabla 2.
Porcentaje de mujeres que conocen situaciones en las cuales el aborto no es delito

Causal	Porcentaje
El embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer	75,7
La mujer es violada	78,3
Existe malformación grave en el feto	78,5
Conocen al menos una de las anteriores	84,9

FUENTE: elaboración propia a partir de Profamilia (2011).

Las mujeres más jóvenes, de 15-19 años, son las que menos conocimiento tienen, el porcentaje oscila entre 68,2 y 73% por las diferentes causales. No es posible conocer la desagregación a partir de los datos de Profamilia, pero también se puede suponer que el acceso al conocimiento no es igual para todas las mujeres, sino que el déficit de información puede tener un sesgo de clase. De este modo, serían las mujeres de los estratos más desfavorecidos las que menores posibilidades tienen de conocer sus derechos, así como también de acceder a los servicios de salud adecuados para realizar el procedimiento.

En segundo lugar, entre las y los prestadores de salud, a pesar de que se sabe que la IVE se ha despenalizado en tres circunstancias puntuales, existen malinterpretaciones sobre los alcances y los requisitos establecidos, y las formas de realización del procedimiento.

Un ejemplo es la aplicación de la causal salud. Está claro que cuando se certifica un riesgo para la salud, la decisión de interrumpir o no el embarazo corresponde únicamente a la mujer. La evaluación de parte del médico sobre si el riesgo para la salud es uno que la mujer debería estar obligada a soportar implica un desconocimiento de los derechos y la autonomía de las mujeres. Sin embargo, esta situación se presenta con frecuencia (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2009). Esto implica que, aunque la sentencia fue muy clara en establecer el derecho a acceder a una interrupción del embarazo “Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico”,²⁵ las y los prestadores de salud hacen una valoración del nivel de riesgo para la salud suficiente para justificar una interrupción voluntaria

²⁵ Corte Constitucional, sentencia C-355/06, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

del embarazo, muchas veces según criterios personales que pueden resultar arbitrarios. Dadas las normas culturales que rechazan el aborto, las y los operadores médicos a menudo interpretan la norma restrictivamente en detrimento del derecho de las mujeres.

En tercer lugar, en una serie de sentencias de la Corte Constitucional quedan en evidencia las malinterpretaciones del alcance de la C-355/06 y su subsiguiente jurisprudencia entre las y los funcionarios judiciales del país, que se convierten en aplicaciones erróneas de la normatividad, vulnerando los derechos de las mujeres. A continuación se presentarán dos casos emblemáticos como ejemplos de estas interpretaciones y aplicaciones erróneas.

En el caso de una joven con retardo psicomotor y una serie de severas limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales,²⁶ víctima de una violación a raíz de la cual quedó en embarazo, tanto la primera como la segunda instancia resolvieron negar la solicitud de tutela interpuesta por la madre de la menor para que su EPS —SaludCoop— procediera a interrumpir el embarazo.²⁷

Cuando el caso llegó a la Corte Constitucional, esta resolvió confirmar parcialmente el fallo emitido por la juez en primera instancia pero manifestó con toda contundencia su desaprobación por la argumentación utilizada por la juez de segunda instancia ya que esta desconoció por entero el precedente constitucional.²⁸ La juez había argumentado “la obligación de respetar el derecho natural a la vida que tiene todo ser humano desde el momento de la concepción hasta la muerte” sin hacer referencia ninguna a la sentencia que despenalizó parcialmente la IVE.²⁹ La Corte Constitucional destacó: “Es preciso insistir en que a partir de lo estableci-

²⁶ Parálisis cerebral y retardo psicomotor severo e hipotiroidismo, cuadriparesia espástica, encefalopatía hipóxica isquémica, hipotonía trocular, epilepsia parcial versiva a la izquierda, mioclonía.

²⁷ Corte Constitucional, sentencia T-988/07, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

²⁸ “Lo que sí no resulta de recibo, y debe la Sala manifestarlo con toda contundencia, es la argumentación utilizada por la juez de segunda instancia quien por medio de su providencia desconoció por entero el precedente constitucional. Argumentó la juez *ad quem* con fundamento en una jurisprudencia que fue corregida precisamente por la sentencia cuya *ratio* se abstuvo de aplicar y que era determinante y necesaria para solucionar el caso debatido”.

²⁹ Corte Constitucional, sentencia T-988/07, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

do en la *ratio decidendi* de la sentencia C-355/06, la protección del valor de la vida del *nasciturus* no puede hacerse equivalente al amparo que confiere el ordenamiento constitucional a los derechos de la mujer gestante”.³⁰

En otro caso ocurrido en Cúcuta, donde una niña de 13 años fue violada y quedó en embarazo, tanto la primera como la segunda instancia resolvieron negar la tutela interpuesta por la madre de la menor para que la EPS Coomeva le realizara la interrupción voluntaria del embarazo. Esta solicitud cumplía con los requisitos legales establecidos, ya que a la EPS se le había presentado la copia de la denuncia de la violación. Adicionalmente, el Centro de Atención Integral a Víctimas de Agresión Sexual (Caivas) de la Fiscalía había enviado una solicitud a la EPS confirmando la denuncia, la investigación en proceso y la voluntad de la menor de interrumpir su embarazo.³¹

En este caso, los jueces tanto de primera como de segunda instancia negaron la solicitud de la tutela argumentando que si bien es cierto que la menor se encontraba en embarazo y que se había presentado la denuncia de la violación, no se podía comprobar que el estado de embarazo fuera fruto del referido acceso carnal violento. Lo anterior dado que existían discrepancias entre la fecha en la que tuvo lugar la violación según la denuncia y la fecha en la que se dio la fecundación según el diagnóstico realizado por el hospital.³²

La Corte Constitucional resolvió revocar ambas sentencias por flagrante desconocimiento no solamente de la sentencia C-355/06, sino también del Código Penal. El exigir que esté claramente establecido que el embarazo es fruto del acceso carnal abusivo impone una carga desproporcionada contra la mujer, y se convierte en una barrera que impide la práctica del aborto. Además, según el Código Penal,³³ cuando el acto sexual es con una menor de 14 años, como fue en el caso citado, se presume violación. En estas situaciones destacó la Corte que la exhibición de la denuncia se torna en una mera formalidad.³⁴

³⁰ Corte Constitucional, sentencia T-988/07, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

³¹ Corte Constitucional, sentencia T-209/08, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

³² Corte Constitucional, sentencia T-209/08, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

³³ Ley 599 de 200, artículo 208 que tipifica el delito de acceso carnal abusivo.

³⁴ Corte Constitucional, sentencia T-209/08, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

En este último interactuaron dos barreras que están relacionadas. La primera es el desconocimiento o las malas interpretaciones sobre normas, obstáculo al que se refiere el título de esta sección. La segunda barrera son las posibles consecuencias que se pueden desprender de dicho desconocimiento, en forma de imposición de requisitos adicionales no establecidos en la normatividad. En la próxima sección se hará referencia a este segundo obstáculo.

Imposición de requisitos adicionales y prácticas irregulares

Existen requisitos establecidos para el acceso a la IVE en cada una de las causales estipuladas en la C-355/06 y en la posterior jurisprudencia³⁵ de la Corte, como ya se explicó anteriormente.³⁶

En el caso de la solicitud de una IVE bajo la causal de embarazo como resultado de violación o incesto estipula la Corte que: “En el caso de violación o incesto, debe partirse de la buena fe y responsabilidad de la mujer que denunció tal hecho, y por tanto basta con que se exhiba al médico copia de la denuncia debidamente formulada”.³⁷

Sin embargo, aunque está claramente establecido que estos son los únicos requisitos que se pueden exigir frente a una solicitud de IVE, en la práctica una de las barreras más importantes al acceso de las mujeres a esta es justamente la exigencia de requisitos adicionales a los establecidos en las normas. Tanto así que la Corte Constitucional, en un pronunciamiento en el 2009, listó las barreras inadmisibles para la práctica del aborto, para evitar esta problemática.³⁸

³⁵ Ver especialmente Corte Constitucional, sentencia T-946/08, M. P. Jaime Córdoba Triviño; Corte Constitucional, sentencia T-388/09, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

³⁶ Ver II Planteamiento conceptual y contexto, a la jurisprudencia sobre la despenalización parcial del aborto 1. Los requisitos para acceder a la IVE.

³⁷ Corte Constitucional, sentencia C-355/06, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

³⁸ “(viii) Está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C-355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos. Entre las barreras inadmisibles se encuentran, entre otras:
Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica del aborto inducido.

[...]

Imponer requisitos adicionales, verbigracia, exigir: (a) dictámenes de me-

Cabe destacar que cualquier requisito adicional impuesto a la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo implica una demora injustificada en el proceso y, por ende, la imposición de ellos es una grave amenaza al ejercicio del derecho. Además, dicha demora puede generar otras afectaciones, por ejemplo, al derecho a la salud. La exigencia de condiciones por fuera de aquellas establecidas en la sentencia se puede atribuir, por un lado, al desconocimiento y las interpretaciones arbitrarias de la normatividad referidas en la sección anterior, pero por otro lado, también podría ser una causa de la oposición cultural arraigada en Colombia frente al aborto. Esto se traduce en una resistencia práctica impuesta sobre la voluntad de las mujeres de interrumpir sus embarazos, que hace parte del referido proceso de creación de estigma, de discriminación abierta.

Para las mujeres embarazadas como resultado de una violación se han presentado casos donde adicionalmente a la copia de la denuncia, a las mujeres se les han solicitado exámenes sexológicos que comprueben que haya ocurrido efectivamente una violación,³⁹ o incluso llegan a pedir la sentencia en la que se condena al violador (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2009).

Ya en la misma sentencia C-355/06 la Corte Constitucional estableció que serían cargas desproporcionadas sobre los derechos de las mujeres exigir, por ejemplo, en el caso de violación, cualquier tipo de prueba adicional a la denuncia que evidencie la misma. En la sentencia T-388/09, en vista de que todavía se seguían presentando una serie de obstáculos indebidos al ejercicio de este derecho, la Corte Constitucional emitió un pronunciamiento de fondo sobre la despenalización. Allí se reiteraba la prohibición de la exigencia de requisitos adicionales.

dicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna (d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos.

[...]

Descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud". Corte Constitucional, sentencia T-388/09, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

39 Acá cabe destacar que la Corte Constitucional reiteradamente ha se ha pronunciado con respecto a la irrelevancia de las pruebas físicas en los casos de acceso carnal (Corporación Humanas 2010), Es decir, que esta clase de pruebas ni siquiera son un requerimiento para la judicialización de los victimarios en casos de violencia sexual, por lo cual no podrían ser exigidas tampoco para la autorización de una IVE.

En cuanto a la causal de malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina, por el tipo de atención prenatal en Colombia no se conoce la condición antes de la semana 12, y frecuentemente hasta las semanas 16 a 18 de gestación, debido al tiempo que transcurre entre las ecografías que se realizan a mujeres embarazadas. Adicionalmente, si bien los médicos recomiendan la interrupción del embarazo, muchos no se atreven a certificar esa malformación y remiten a la paciente a un lugar especializado (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2009).

Como consecuencia de las tardías ecografías, y sumando las frecuentes dudas del personal médico para diagnosticar y certificar la malformación, la demora entre el diagnóstico de una malformación fetal incompatible con la vida y la realización de una IVE es de tres a cuatro semanas. Por lo anterior, las IVE por malformaciones fetales muchas veces se realizan en estados avanzados de la gestación (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2009).

La situación es similar para mujeres que solicitan la realización de la IVE bajo la causal de peligro para la salud o la vida. Aunque la jurisprudencia vigente no lo requiere, es frecuente que el ginecólogo les exija a las mujeres que su condición debe ser valorada y certificada por un especialista, y además las EPS exigen que estos sean médicos adscritos a ellos y que las valoraciones sean realizadas en sus propias IPS. Todos estos requerimientos adicionales imponen barreras al acceso de las mujeres a la IVE y demoran la oportuna realización del procedimiento (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2009).

La imposición arbitraria de requisitos adicionales no contemplados en la sentencia y la posterior jurisprudencia, es una vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres que en algunas ocasiones resulta en la grave consecuencia de una negación total del ejercicio del derecho.

Adicionalmente, la exigencia de requisitos innecesarios para el ejercicio de la IVE que demora de manera significativa una intervención médica cuyo éxito se sujeta a su oportuna realización, implica tanto más complejidad del procedimiento como un aumento de costos para el sistema de salud. Cuanto antes se realice el procedimiento, más sencillo y seguro es. Mientras que cuando la edad gestacional es más avanzada, la IVE requiere una intervención quirúrgica de un más alto grado de complejidad, con los riesgos adicionales que implican para la mujer, y los costos para el sistema de salud.

La demora se vuelve especialmente complicada si alcanza a avanzar significativamente el proceso de gestación y el feto llega a ser viable,⁴⁰ lo cual conlleva implicaciones adicionales pues el procedimiento puede ser éticamente problemático para los médicos, en especial cuando no se trata de interrupciones debidas a graves malformaciones fetales, sino a las otras dos causales donde en teoría el feto podría llegar a ser viable. Es preciso resaltar que la sentencia que despenalizó parcialmente la interrupción voluntaria del embarazo no establece un límite temporal para la realización de la IVE. La problemática parece ser especialmente recurrente para el caso de violación:

Incluso en algunos casos los médicos se niegan a realizar la IVE por el alto número de semanas de gestación transcurridos en los casos de violación en los que en promedio el procedimiento se solicita en la semana veinte ya que las mujeres por el impacto de la violación no atienden su estado gestacional en forma oportuna. En los casos registrados de causal violencia sexual ha sido muy difícil que se produzca la interrupción más allá de la semana 24” (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2009: 44).

Se destaca nuevamente la importancia de que la realización del procedimiento sea oportuna una vez presentada la solicitud para no dejar a las mujeres sin la posibilidad de ejercer sus derechos.

Entre las prácticas irregulares que se han podido identificar está, por ejemplo, la de brindar información errónea sobre las consecuencias del procedimiento y el manejo del dolor, esto con el fin de buscar disuadir a las mujeres de solicitar la interrupción voluntaria del embarazo. (Campaña 28 de septiembre 2010). El maltrato institucional y hacia las mujeres, y un desprecio por su autonomía en la toma de decisiones también es común. En un reciente artículo sobre la implementación de la legislación se relata el ejemplo de una mujer que fue llamada “asesina” por su médico al solicitar un aborto bajo la causal de malformación fetal. Además, el mismo médico puso como ejemplo los enanos de los circos para manifestar que una “vida feliz” sería posible y que incluso con una anomalía su hijo podría tener éxito (Díaz, Calderón, Romero, Prada y Barreto 2010). El desconocimiento, mencionado en el apartado anterior, de parte de las

40 El límite temporal es muy relativo, ya que depende tanto de la calidad del servicio de salud como del desarrollo del feto.

mujeres sobre sus derechos y cómo acceder a ellos puede además contribuir a legitimar prácticas irregulares.

Otro obstáculo importante relacionado con los anteriores ya que se deriva también de una aplicación errónea de la normatividad, es el uso inapropiado de la objeción de conciencia. La objeción de conciencia es un derecho fundamental y que debe ser garantizado, pero cuando su ejercicio se extralimita afecta los derechos de las mujeres que se encuentran en las circunstancias en las cuales el aborto es permitido. Es decir, la objeción de conciencia como obstáculo ocurre cuando se le da un uso indebido, lo cual termina vulnerando o incluso anulando los derechos de las mujeres por dejarlas sin garantías para su realización.

Se han presentado casos de objeción de conciencia de manera informal (oralmente, sin fundamentación, etc.), colectiva (a través, por ejemplo, de planillas con firmas múltiples) o institucional (de parte de hospitales, etc.), aunque la jurisprudencia de la Corte claramente ha establecido que es un derecho individual que debe ejercerse por escrito y que corresponde al personal de salud que practica directamente el procedimiento (Moloney 2007; Roa 2009; La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2009). Todas las maneras irregulares de presentar la objeción de conciencia aumentan las barreras para las mujeres a la hora de acceder a una interrupción voluntaria del embarazo legal, segura y oportuna.

En una encuesta realizada por la ginecóloga Laura Gil y llevada a cabo entre ginecoobstetras en 2006, después de la sentencia de la Corte, quedó claro que una gran mayoría, el 82%, estaban a favor, total o parcialmente, de la despenalización, pero la disposición para llevar a cabo el procedimiento fue mucho menor:

Solo 34% lo realizarían dentro de todas las circunstancias contempladas por la Ley, y un 15% adicional lo realizaría solo si no se trata de un embarazo producto de incesto o violación, arrojando un total de 49% dispuestos a realizarlo en algunas o todas circunstancias despenalizadas. El 51% declaró que no lo realizaría y un cuarto de ellos (13% del total de encuestados) tampoco derivaría a la paciente a otro centro médico o profesional (CLAM 2009).

Estas cifras son alarmantes porque muestran la importancia de la cultura contra el aborto y de la vergüenza como guía de la conducta social. Alarmantes además considerando que justamente para garantizar tanto los derechos de la persona objetora de conciencia como los de la mujer

que solicita la IVE se requiere del médico objetor que remita a la mujer de inmediato a otro profesional de la salud que sí esté dispuesto a atenderla. Bajo ninguna circunstancia se puede negar la IVE a la mujer y dejarla a ella con la tarea de tener que encontrar un médico que la quiera atender.

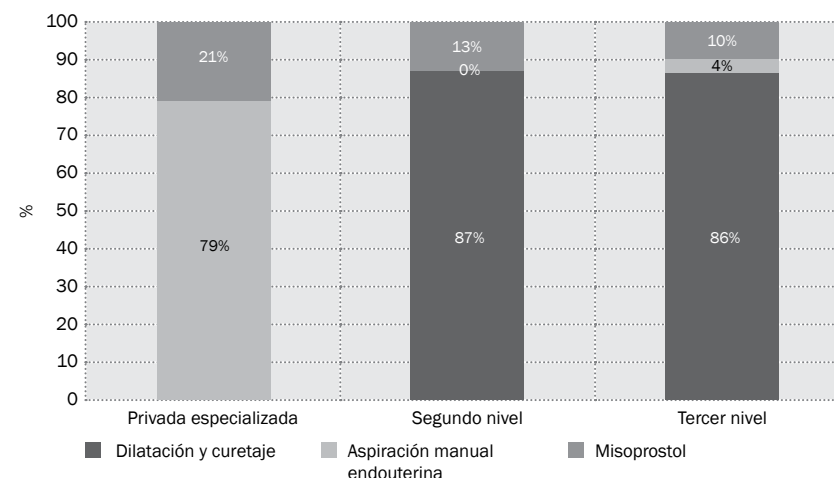
La disponibilidad de los servicios

Solamente hasta el 4 de octubre de 2012, es decir, más de seis años después del fallo que despenalizó parcialmente la IVE en Colombia, fue incluido en el POS el método recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para interrumpir embarazos en etapas tempranas de la gestación, el medicamento misoprostol. El misoprostol es un método seguro que garantiza una interrupción oportuna ya que debe ser empleado en las primeras semanas, es el menos invasivo por ser pastillas que toma la mujer, y es menos costoso para el sistema de salud que, por ejemplo, el método del legrado que ya estaba en el POS. Además, es un método que no requiere ser ordenado por un médico especialista, por lo que la inclusión de este medicamento también eliminaría en cierto grado desigualdades en el acceso al servicio de la IVE, ya que ciertas regiones del país y sectores del sistema de salud tienen menos recursos tanto de personal médico especializado como económicos para realizar procedimientos más costosos.

Un estudio reciente muestra que en Colombia el método preferido por médicos para la realización del aborto legal es la dilatación y el curetaje, método anticuado y no recomendado por la OMS por lo que existen métodos más seguros, menos invasivos y más económicos:

En general, los proveedores médicos en Colombia continúan confiando más en el procedimiento de dilatación y curetaje (D&C) que en el de aspiración manual endouterina (AMEU) para el tratamiento de los abortos incompletos y para realizar abortos legales, pese a que el procedimiento de D&C toma más tiempo que el de AMEU, generalmente requiere el uso de anestesia y, en Colombia, con frecuencia requiere hospitalización. En 2008, solamente una quinta parte de los abortos legales en Colombia se realizó por medio de AMEU y más del 90% de las instituciones de salud que ofrecían atención postaborto tuvieron más probabilidad de tratar las complicaciones con D&C que con AMEU. [...] Es posible que la alta prevalencia de la D&C se deba a que los médicos colombianos han preferido y usado este procedimiento por mucho tiempo, así como a la falta de capacitación adecuada y disponibilidad de equipos de AMEU.

GRÁFICA 1.
Distribuciones porcentuales de abortos legales por método según el tipo de institución en 2011



FUENTE: Prada et al. (2014).

De hecho, solamente el 11% de las instituciones de salud que proveen atención postaborto o que realizan procedimientos de interrupción del embarazo tenía equipo de AMEU a fines de 2007 (Prada, Maddow-Zimet y Juárez 2014: 3).

La carencia de una oferta institucional adecuada a nivel nacional, así como la falta de uso de métodos más modernos para que las mujeres puedan acceder a una IVE de manera segura y oportuna es un problema serio. Para el informe *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias*, publicado por el Instituto Guttmacher en 2011, se realizó una encuesta nacional a IPS con el fin de conocer la oferta institucional disponible para servicios de IVE. La encuesta fue realizada en 2008, dos años después de la despenalización parcial, y mostró que solamente el 11%⁴¹ de las instituciones⁴² en el país proveían servicios de IVE. La ci-

⁴¹ Las razones más comunes para no ofrecer servicios de IVE fueron la falta de equipos e infraestructura (55%), la falta de demanda de IVE (29%), la objeción de conciencia por parte del personal (14%) —a pesar de ser prohibida la objeción de conciencia institucional—, y la falta de personal capacitado (13%) (Prada et al. 2011).

⁴² Del total de instituciones que tenían la probabilidad de proveer servicios de IVE.

fra para instituciones públicas era del 10% y privadas 12%. Los resultados también muestran que hay disparidades regionales muy grandes ya que, por ejemplo, en Bogotá el 23% de las instituciones ofrecían el servicio, mientras la cifra correspondiente para la región Atlántica era solo el 8%. El mismo informe reporta 322 IVE realizadas en Colombia en 2008. Bogotá y la región Pacífica en conjunto representaron más del 80% de estas, lo cual indica nuevamente una enorme desigualdad regional respecto a las posibilidades de las mujeres de acceder a este derecho (Prada *et al.* 2011).

Obstáculos estructurales en la implementación de la IVE

A continuación se identificarán tres factores estructurales e indirectos que son aquellos que no necesariamente afectan a las mujeres individuales directamente en su solicitud de interrupción voluntaria del embarazo, pero que pueden contribuir a crear barreras para la efectiva implementación de la despenalización y políticas públicas para su promoción, estos son: la situación de la reglamentación del servicio; las discrepancias y los subregistros en la información disponible sobre la implementación de la despenalización y, por último, las acciones tomadas por la Procuraduría General de la Nación desde la dirección del procurador general Alejandro Ordóñez Maldonado.

La reglamentación del servicio

La sentencia que despenalizó parcialmente el aborto aclaró que era de aplicación inmediata y que ninguna reglamentación del servicio de la IVE era necesaria. Sin embargo, esto no cerraba la posibilidad de que se pudiera regular el goce efectivo de este servicio en condiciones de igualdad y de seguridad dentro del sistema de seguridad social en salud.⁴³ De este modo, el Ministerio de la Protección Social expidió en diciembre de 2006 el Decreto 4444/06 “por el cual se reglamentan unos servicios de salud sexual y reproductiva” (Ministerio de la Protección Social 2006). La reglamentación y su correspondiente norma técnica fueron expedidas no solamente basadas en los lineamientos de la sentencia, sino también en las directrices internacionales en la materia, producidos por la OMS respecto al servicio legal y seguro de la IVE (OMS 2003).

⁴³ Corte Constitucional, sentencia C-355/06, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

El 13 de marzo de 2013, el Consejo de Estado declaró la nulidad del decreto reglamentario a raíz de una demanda de nulidad por inconstitucionalidad contra el mencionado decreto, presentada por el abogado Luis Rueda Gómez.⁴⁴ No obstante, la suspensión del decreto reglamentario no afecta de ninguna manera el derecho a la IVE, que debe ser garantizado plenamente con independencia de la existencia o no de una reglamentación.

Aunque para el ejercicio de la IVE no es necesaria una reglamentación, esta ayuda a establecer parámetros más claros para garantizar un acceso efectivo al procedimiento. Asimismo, para quienes estén involucrados en la práctica es más fácil acudir a un reglamento que revisar toda la jurisprudencia de la Corte Constitucional para conocer las directrices. En este sentido, la Superintendencia Nacional de Salud emitió a principios de 2013 la ya mencionada Circular Externa 003 que imparte instrucciones sobre la prestación del servicio de la IVE en aplicación de la jurisprudencia constitucional y las demás normas relevantes en la materia (Superintendencia Nacional de Salud 2013).

De este modo, no deberían existir problemas frente a la prestación del servicio de IVE debido a la existencia o no de una reglamentación. Sin embargo, en la práctica la suspensión de la reglamentación, aunque no implica una suspensión del derecho a acceder a la IVE en las tres excepciones establecidas por la Corte Constitucional, sí ha generado una confusión general respecto a las posibilidades y las condiciones para proveer y acceder a este servicio. Asimismo, ha dificultado el avance en investigaciones disciplinarias a prestadores de salud, basadas en la reglamentación.

Información sobre la implementación

En cuanto a la vigilancia del cumplimiento y la implementación de la sentencia, existe un problema grave relacionado con la falta de información y estadísticas. Recién en agosto de 2010, más de cuatro años después de la despenalización parcial, se publicó un estudio con información consolidada a nivel nacional sobre los procedimientos de IVE realizados desde mayo 2006. Sin embargo, al parecer existe un subregistro de casos, y la información brindada por las Secretarías de Salud y el Ministerio de la Protección Social no coinciden en sus cifras (Procuraduría General de la

⁴⁴ Consejo de Estado, 13 de marzo de 2013. Expediente 1100103240002 00800256-00, C. P. María Claudia Rojas Lasso.

Nación 2010). En resumen, existen muy pocos datos consolidados, y el acceso a estadísticas sobre el aborto es muy restringido.

Esta situación dificulta cualquier diagnóstico y, por ende, también la construcción de soluciones adecuadas a los problemas. Cada política pública eficiente y coherente con su objetivo necesita estar basada en una evaluación previa, donde sean identificadas las necesidades y las prioridades para las políticas, a fin de poder elaborar las acciones más pertinentes para la garantía de la eficiente implementación de la normatividad. Sin contar con información completa y confiable, el diseño de políticas y programas eficaces se vuelve una tarea supremamente compleja, lo cual implica que las mujeres potencialmente no pueden contar con medidas que contribuyan a garantizarles el acceso y ejercicio de sus derechos.

Actuaciones institucionales en detrimento de los derechos

En los últimos años, la implementación de la despenalización parcial del aborto se ha enfrentado a una serie de actuaciones desde las instituciones del Estado que han contribuido a obstaculizar y retrasar los avances en la materia. El principal actor en este sentido ha sido la Procuraduría General de la Nación, administrada desde enero de 2009 por Alejandro Ordóñez quien defiende una posición conservadora frente al aborto.⁴⁵

En varias ocasiones la Procuraduría General de la Nación ha empleado una terminología sobre la despenalización parcial del aborto y los derechos implicados que confunde en lugar de aclarar, e incluso en algunos casos es directamente errónea. Son actuaciones que limitan el alcance de la jurisprudencia de la Corte Constitucional y tienden a dificultar su efectiva implementación. Esto es especialmente grave considerando que no solamente es la autoridad encargada de vigilar a todos los funcionarios del

⁴⁵ Ha designado varios altos funcionarios que comparten sus posiciones, por ejemplo Ilva Myriam Hoyos como Procuradora Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia. Cuando cursó en la Corte Constitucional la demanda de inconstitucionalidad de la prohibición total del aborto, Ilva Myriam Hoyos presentó 57 intervenciones de diferentes personas y organizaciones extranjeras y dos a título propio en contra de cualquier declaración de inexequibilidad. Adicionalmente, cuando salió el fallo que despenalizó parcialmente el aborto, solicitó su nulidad.

Entre las responsabilidades específicas de la procuradora Hoyos está la vigilancia de la implementación de la sentencia C-355/06 que despenalizó parcialmente el aborto en tres circunstancias.

país, sino que los pronunciamientos del procurador general tienen gran peso en la opinión pública.

El procurador Ordóñez ha sido criticado por sus posiciones conservadoras frente a temas del aborto y otros derechos sexuales y reproductivos. Al respecto cabe aclarar que mientras un funcionario público tiene derecho a tener convicciones personales que en algunos puntos difieran de la normatividad que debe implementar, lo imperativo es que estas convicciones no impliquen el incumplimiento de las funciones designadas para su cargo. En el caso del Ministerio Público sus principales funciones, según establece el artículo 118 de la Constitución Política de Colombia, son: “la guarda y promoción de los derechos humanos, la protección del interés público y la vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas”.

Varias organizaciones de la sociedad civil han denunciado que a través de sus acciones el procurador general y la procuradora delegada están incumpliendo su obligación de la guarda y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, que forman parte de los derechos humanos. La Corte Suprema ha recibido al menos una queja disciplinaria relacionada con sus acciones frente a los derechos sexuales y reproductivos (y varias por otros temas) (Roa 2010), y en las Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas al Estado colombiano en julio 2010 el Comité expresó su preocupación de que “el procurador general de la Nación no apoya la aplicación de la sentencia de la Corte Constitucional en esta materia” (Comité de Derechos Humanos 2010).

Asimismo, la Corte Constitucional, en un Auto emitido en octubre de 2010, deja claro que en el caso de que el cumplimiento de sus deberes respecto a la interrupción voluntaria del embarazo vaya en contra de su integridad moral, el procurador general de la Nación debería manifestar y fundamentar su objeción de conciencia y apartarse para que el cumplimiento de los deberes sea llevado a cabo por otro funcionario público. En ningún momento puede obstaculizar la función pública.⁴⁶

En una sentencia de tutela de 2012, la Corte Constitucional se pronunció a fondo respecto a una serie de vulneraciones de los derechos de las mujeres derivadas de actuaciones u omisiones de funcionarios de la Procuraduría frente a algunos temas relacionados con la despenalización

⁴⁶ Corte Constitucional, sentencia T-585/10, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

parcial del aborto. Los temas son seis, a saber: i) la tergiversación de las órdenes de la sentencia T-388/09, ii) los efectos de la nulidad interpuesta en contra de dicho fallo, iii) la naturaleza del anticonceptivo oral de emergencia (AOE), iv) el carácter del derecho a la IVE y las obligaciones de la Superintendencia de Salud frente al mismo, v) los efectos de la suspensión provisional del Decreto 4444/06 en relación con la objeción de conciencia, y vi) la inclusión del misoprostol en el POS.⁴⁷ A continuación se reseñarán brevemente estas actuaciones ya que constituyen ejemplos claros, además de judicialmente comprobados, de amenazas a la efectiva y amplia implementación de la despenalización parcial, además de generadores de posibles nuevos obstáculos directos para las mujeres que solicitan interrumpir sus embarazos.

La sentencia T-388/09 ordenó, entre otras cosas, “campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos”. El procurador general emitió el 21 de octubre de 2009 un comunicado de prensa en el cual llamó a dichas campañas: “campañas masivas de promoción del aborto”. Esta tergiversación del contenido de la orden de la Corte fue estimada por el tribunal como una transgresión de la obligación del procurador de emitir información veraz en su comunicación con la ciudadanía, y de este modo se violó el derecho fundamental de esta a recibir información o a ser informada de manera veraz sobre un asunto de interés público. Respecto a la misma sentencia, la procuradora delegada Ilva Myriam Hoyos manifestó en medios de comunicación que las órdenes no deberían cumplirse hasta resolverse la solicitud de nulidad que el procurador general había interpuesto en su contra. Al respecto la Corte estimó que la posición de la Procuraduría sobre los efectos de la solicitud de nulidad desconoció el derecho fundamental de las mujeres a la información en materia reproductiva ya que implicó que, sin fundamento jurídico alguno, la ejecución de las campañas que garantizaban este derecho reproductivo quedara suspendida.⁴⁸

Respecto a la anticoncepción oral de emergencia (AOE) el procurador general de la Nación, a través del boletín de la Procuraduría, así como en medios masivos de comunicación, sostuvo que tiene efectos abortivos y por tanto solo puede ser empleada en las tres circunstancias despenali-

zadas para la interrupción del embarazo. Ha sido probado, tanto científica como jurídicamente, que la AOE no es abortiva sino anticonceptiva, y además el acceso a la misma hace parte del derecho fundamental reproductivo, derecho desconocido por la postura institucional de la Procuraduría en relación con la naturaleza de la AOE.⁴⁹

En marzo del 2010, la procuradora Delegada Ilva Myriam Hoyos envió una carta al superintendente nacional de Salud en la que solicita el ajuste de la Circular Externa 058 de 2009. Dicha circular estaba destinada a remover obstáculos al acceso a la IVE. La carta de la procuradora delegada sugería que la Superintendencia de Salud no estaba en la obligación de impedir esas barreras e intentaba que se modificara la circular para eliminar cualquier norma que se dirigiera a cumplir ese deber. Al respecto, la Corte sostuvo que “resulta inaceptable que una funcionaria pública de la PGN desarrolle su función preventiva en contravía de la jurisprudencia constitucional y utilizándola para amenazar el efectivo ejercicio de los derechos fundamentales que llevaron a esta Corte a reconocer la IVE en las hipótesis despenalizadas”.⁵⁰

En unas circulares emitidas por la Procuraduría se sostuvo que mientras seguía suspendido el decreto que reglamentaba el servicio de la interrupción voluntaria del embarazo no se podía restringir la objeción de conciencia a la IVE, y se debería respetar el derecho de las instituciones a ejercer la misma. Nuevamente la Corte concluyó que dichas circulares eran una amenaza a los derechos de las mujeres colombianas a la IVE así como a la información en materia reproductiva, ya que su contenido contradice manifiestamente la jurisprudencia constitucional reiterada sobre objeción de conciencia a la IVE.⁵¹

Finalmente, en un requerimiento que hizo el 30 de marzo de 2011 la procuradora delegada para la Función Pública, María Eugenia Carreño, al ministro de Protección Social, en donde lo conmina a suspender la inclusión del medicamento abortivo misoprostol en el POS, transcribe partes de una aclaración de la OMS sobre el empleo del misoprostol para motivar que no debería ser incluido. Sin embargo, los apartes transcritos para dicha motivación advierten sobre el riesgo del misoprostol para hemorragia posparto, mientras aclara que es un medicamento esencial para

47 Corte Constitucional, sentencia T-627/12, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

48 Idem.

49 Idem.

50 Idem.

51 Idem.

otros usos, como la interrupción temprana del embarazo. De este modo tergiversa deliberadamente fuentes científicas para motivar la posición de la Procuraduría frente a la IVE. La Corte Constitucional estimó que estas acciones vulneraron el derecho de las mujeres al acceso a los servicios de salud reproductiva por haber impedido sin fundamento alguno la inclusión del misoprostol en el POS⁵² (León, 2011; Uprimny, 2011).

A raíz de todo lo establecido en la sentencia, la Corte ordenó al procurador general de la Nación, así como a las procuradoras delegadas Ilva Myriam Hoyos y María Eugenia Carreño, rectificaciones públicas de sus pronunciamientos errados, modificaciones de circulares y la abstención de interferir en el proceso de inclusión del misoprostol en el POS.⁵³

Todo lo anterior indica que las acciones no parecen ser solamente imprecisiones inocentes, sino más bien una estrategia deliberada para instalar dudas e impulsar un cambio discursivo respecto al aborto, adjudicándole connotaciones negativas a la temática. Es muy posible que al crear incertidumbres entre las y los funcionarios públicos directamente encargados de la implementación de la despenalización, y directamente vigilados por una entidad con un discurso institucional muy limitante, pueda causar restricciones que directa o indirectamente impliquen obstáculos en el acceso de las mujeres a la IVE.

Cabe recordar que la Procuraduría es una instancia a la cual le corresponde la guarda y promoción de los derechos humanos, la protección del interés público y la vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas. Es preocupante, y va en contra de sus deberes, que en el ejercicio de estas funciones el procurador en la práctica busque revertir los avances de protección de los derechos de las mujeres. No solamente obstaculiza el avance normativo en el área sino que también es una indicación a las y los funcionarios públicos encargados de la implementación de la normatividad de que su avance no es prioridad.

52 “La Sala pudo comprobar que este infundado ejercicio de funciones por parte de las mencionadas Procuradoras Delegadas fue lo que llevó a la CRES a suspender la decisión de incluir el misoprostol en el POS, a pesar de que los estudios de impacto económico, efectividad y seguridad y la consulta a la comunidad médica y a los ciudadanos habían sido positivos”. Corte Constitucional, sentencia T-627/12, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

53 El misoprostol fue incluido en el POS por la Comisión de Regulación en Salud el 4 de octubre de 2012 por medio del Acuerdo 034 de 2012.

Conclusiones y propuestas

A partir de la exposición realizada a lo largo del presente documento, a continuación se propondrán algunos elementos claves para mejorar la situación actual y contrarrestar las barreras y los obstáculos que aún impiden que la despenalización parcial del aborto en Colombia se implemente efectivamente.

Formación e información

El desconocimiento, como ha sido constatado en este documento, es uno de los principales obstáculos frente a la efectiva garantía del acceso de las mujeres a una interrupción voluntaria del embarazo legal y oportuna. Ya existe una decisión de la Corte Constitucional que ordena campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos⁵⁴ y, asimismo, las Naciones Unidas han reconocido la educación sexual como un derecho humano y como tal debe ser garantizado a todas las personas sin discriminación (Naciones Unidas 2010). Por lo anterior es clave que se implementen campañas de información cuanto antes que busquen su cabal cumplimiento para que así contribuyan a garantizar realmente la materialización de la despenalización parcial del aborto y el libre y efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En este orden de ideas, también es indispensable que la implementación se haga según los lineamientos de la Corte, que en primer lugar van dirigidos a garantizar el libre y efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, que incluyen la interrupción voluntaria del embarazo en las tres causales establecidas por la Corte. Deberían ser enfocados en la prevención de embarazos no deseados para así disminuir los abortos en condiciones de riesgo que siguen representando la gran mayoría de los

54 “... 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 para que de manera pronta, constante e insistente diseñen y pongan en movimiento campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos que contribuyan a asegurar a las mujeres en todo el territorio nacional el libre y efectivo ejercicio de estos derechos y, en tal sentido, el conocimiento de lo dispuesto en la sentencia C-355 de 2006 así como lo desarrollado en la presente providencia y URGIR a estas mismas entidades para que hagan el debido seguimiento de tales campañas con el objetivo de poder constatar su nivel de impacto y eficacia. Que las campañas se enfoquen a transmitir información completa sobre la materia en términos sencillos, claros y suficientemente ilustrativos” (Corte Constitucional, 2009) (énfasis agregado).

abortos que se realizan en el país y, por supuesto, en difundir el contenido y el alcance de la despenalización parcial para posibilitar el acceso y el ejercicio de este derecho cuando sea legal.

A pesar de que en teoría la educación sexual en Colombia es obligatoria a partir de la Resolución 3353 de 1993, y fue formulada la Política Nacional de Educación Sexual y reproductiva en el 2003, aún subsisten vacíos importantes en su implementación. Una de cada cinco mujeres menores de 25 años reportan no haber participado en actividades de educación sexual. Asimismo, tres de cada cinco mujeres menores de 25 años creen que les ha faltado más educación sexual para su vida diaria, especialmente a las de menor educación (Profamilia, 2011).

Por ende, las campañas de información se deberían realizar en varios niveles. Principalmente a través de una educación sexual universal en los colegios, en concordancia con las recomendaciones internacionales, donde el enfoque debe ser integral. Es decir, no solamente tratar los temas de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, o tener un enfoque meramente biológico, sino también integrar la no discriminación, la igualdad de géneros, el empoderamiento de las niñas y mujeres, y el goce de la sexualidad.⁵⁵ Así, adicionalmente a la transmisión de conocimientos sobre cómo evitar embarazos no deseados y sobre los derechos sexuales y reproductivos, incluida la interrupción voluntaria del embarazo, la educación sexual debería ser una herramienta para modificar los patrones socioculturales que tienden a perpetuar la discriminación de las mujeres y deprecian su autonomía sobre su sexualidad y sus cuerpos.

Pero además de la educación sexual escolar se requieren campañas en otros ámbitos de la sociedad para llegar a todas las mujeres y no solamente aquellas que se encuentran en el sistema educativo. Esta información se debería transmitir de manera amplia a través de varios medios de comunicación. Un ejemplo por seguir es la campaña de comunicación lanzada por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres “Estás en posición de decidir”,⁵⁶ que tuvo como objetivo sensibilizar a las mujeres sobre las causales en las que tienen derecho a decidir por un aborto legal y se-

⁵⁵ Al respecto ver Naciones Unidas (2010).

⁵⁶ <http://www.estasenposiciondedecidir.com>
Otro ejemplo es la campaña “Se aborta por una razón, no por falta de razón”: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/Se-aborta-por-una-razon-no-por>

guro, y cómo hacer para acceder al derecho. Este tipo de campañas, que informan en términos sencillos y accesibles, podría ser un modelo para adaptar en la realización de campañas institucionales. En esta misma línea sería también clave poder contar con información institucional, por ejemplo, a través de folletos o afiches informativos en los centros de atención a salud ginecoobstétrica, para llegar directamente a las mujeres que de forma inmediata necesitan la información.

Pero el desconocimiento también es bastante generalizado entre las y los prestadores de salud, por lo cual es urgente enfocar información específicamente hacia este sector. Esta debería tener dos finalidades: por un lado, concientizar sobre el alcance y las limitaciones de la jurisprudencia, y por otro, aumentar los conocimientos técnicos de prestadores de la salud para poder llevar a cabo el procedimiento. Respecto al primer punto es esencial que todo el personal de salud implicado esté instruido respecto a los requerimientos para la solicitud y los procedimientos que deben seguir tanto para la IVE como para el caso de que haya objeción de conciencia. Respecto al segundo punto es clave que los centros de salud en todos los niveles de complejidad tengan personal capacitado para llevar a cabo el procedimiento. Ambos componentes son imprescindibles para garantizarles a las mujeres el oportuno acceso a la IVE.

La disponibilidad de los servicios

Existen avances importantes en la prestación del servicio de IVE, se destaca la nueva política pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá con una Línea Técnica de Atención a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y los Centros Amigables con la Salud Sexual y Salud Reproductiva de las Mujeres. Sin embargo, a pesar de esto siguen persistiendo importantes fallas en la disponibilidad de los servicios que permiten a las mujeres acceder a una IVE de manera oportuna.

La situación es especialmente grave desde una perspectiva regional en cuanto a que una gran parte de la oferta institucional se concentra en Bogotá, dejando a las mujeres en muchas otras regiones del país desamparadas en la posibilidad de ejercer sus derechos. Por tanto, es clave que las autoridades competentes, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, aseguren que la oferta institucional sea amplia y suficiente en todas las partes del país así como en todos los niveles de complejidad de los servicios de salud. En este sentido, también es importante que se garantice el acceso a todos los métodos disponibles en el POS, especial-

mente el misoprostol, como manera de eliminar también en cierto grado desigualdades en el acceso al servicio de la IVE, ya que algunas regiones del país y sectores del sistema de salud tienen menos recursos tanto de personal médico especializado como económicos para realizar procedimientos más costosos.

Reglamentación

A la luz de la nulidad del Decreto 4444 que reglamentó el servicio de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia, sobre la cual también estaba basada la Resolución 4905 de 2006 por medio de la cual se adoptaba la Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la autoridad competente debería buscar alternativas para aclarar la confusión que dejó dicha nulidad a fin de garantizar la efectiva implementación de la despenalización parcial del aborto, en el mismo sentido de la Circular Externa 003 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud.

No obstante el hecho de que el ejercicio del derecho no se afecta por la ausencia de una reglamentación, la obligación de reglamentar persiste, por lo que se urge al gobierno o a las y los legisladores del Congreso de la República que reglamenten el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con la sentencia C-355/06 y la posterior jurisprudencia de la Corte Constitucional, así como las potestades reglamentarias que tiene.

Preferiblemente se debe retomar y adaptar la reglamentación actualmente anulada con su correspondiente norma técnica, ya que era una reglamentación completa y garantista de derechos, que se basaba en las recomendaciones de la OMS para la provisión segura de interrupciones voluntarias de embarazos. En todo caso, es clave que legislen de acuerdo con los parámetros constitucionales establecidos, lo cual implica que la reglamentación no puede ser más restrictiva que lo dicho por la Corte, es decir, que no se pueden imponer requisitos adicionales, restringir el acceso a la IVE, calificar las causales, etc.

Adicionalmente, una vez expedida de nuevo una reglamentación para el servicio de la IVE, es clave su difusión amplia entre todas las entidades, públicas y privadas, prestadoras de servicios de salud, para garantizar su implementación. En aras de corregir la situación de prácticas irregulares, solicitud de requisitos adicionales, etc., esta difusión debería incluir todos los lineamientos establecidos, tanto frente a los procedimientos y

requerimientos procedentes, como frente a las prácticas y los requisitos prohibidos en los casos de interrupción voluntaria del embarazo. Además de los prestadores de salud, es preciso que esta información también sea de conocimiento amplio entre las y los funcionarios judiciales.

Objeción de conciencia

La jurisprudencia garantiza al personal de salud el derecho a objetar en conciencia frente a la realización de una interrupción voluntaria del embarazo, en el caso de que consideren que el procedimiento sea contrario a su conciencia y sus convicciones. Como el ejercicio de este derecho entra en conflicto con el derecho de las mujeres de interrumpir voluntariamente sus embarazos en las tres causales excepcionales, la objeción de conciencia tiene un procedimiento que se debe seguir para no anular otros derechos en el ejercicio de los propios, como referimos anteriormente en este documento.

Frente a este asunto hay dos puntos importantes. El primero es garantizar que la figura de la objeción de conciencia, como está planteada hoy en día, no sea utilizada como un mecanismo para limitar el acceso de las mujeres a la IVE, como a veces sucede por su aplicación irregular. Esto se logra, por un lado, a partir de conocimiento. Específicamente la capacitación referida en el punto A de esta parte del documento debe ser muy clara respecto a los límites y los requerimientos establecidos en la jurisprudencia constitucional para hacer uso de la objeción de conciencia.⁵⁷ A su vez, se debe dar una vigilancia por parte de las autoridades competentes y una sanción eficiente al uso irregular de esta figura.

El segundo es una normatividad garantista de derechos tanto de las mujeres como del personal de salud. En este orden de ideas, cualquier legislación al respecto debe garantizar que no se anule o limite seriamente el acceso a la IVE de las mujeres. Frente al proyecto de ley que buscará regular la objeción de conciencia que actualmente cursa en el Congreso de la República⁵⁸ se urge que al debatir y votar el proyecto planteado se respeten los lineamientos constitucionales y las obligaciones del derecho internacional de los derechos humanos que buscan respetar los derechos,

⁵⁷ Tales como, que la objeción de conciencia es individual, no puede ser ni institucional ni colectiva, que debe ser por escrito y que el médico que objete en conciencia de inmediato debe referir a la mujer a otro médico que realizará el procedimiento.

⁵⁸ Proyecto de Ley 03/12 Senado.

no solamente de las y los prestadores de salud, sino también de las mujeres. En el debate que se dé al respecto en los medios de comunicación es clave que la sociedad civil exija a los medios que aclaren todos los aspectos y las implicaciones prácticas que tiene el proyecto.

Vigilancia eficiente

Por último, una vigilancia eficiente de la implementación de la sentencia es esencial para su cabal cumplimiento. En este orden de ideas, es esencial mejorar la recolección de información respecto a la realización de interrupciones voluntarias del embarazo dentro del marco de la ley, en la que hoy en día todo indica que hay un subregistro. Sin esta información correcta y al día difícilmente se pueden crear políticas públicas que respondan de manera adecuada a las necesidades de las mujeres.

Asimismo, también es clave agilizar y hacer efectivas las investigaciones en curso respecto de los actores del sistema de salud que obstaculizan el derecho (IPS, médicos, EPS), así como de los jueces y demás funcionarios que incumplen sus obligaciones en materia de IVE. Lo anterior, a fin de que se den sanciones eficientes y adecuadas para aquellos actores que, por acción u omisión, contribuyen a obstaculizar la implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia y así vulneran los derechos de las mujeres.

Si bien la Procuraduría General de la Nación es la entidad principal encargada de velar por la garantía de los derechos humanos de la ciudadanía, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos incluyendo el IVE, la vigilancia frente a la implementación debe ser compartida por todas las autoridades competentes, entre las que se destaca la Superintendencia Nacional de Salud que tiene como mandato ejercer funciones de inspección, vigilancia y control en el ámbito de la salud en Colombia.

Consideraciones finales

La interrupción voluntaria del embarazo fue reconocida por la Corte Constitucional como parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en ciertas circunstancias. La C-355/06 fue el pronunciamiento más importante que ha provenido de un organismo judicial colombiano en materia de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, hasta el momento. Sin embargo, a pesar de este importante avance en el reconocimiento de los derechos de las mujeres, aún persisten graves problemas para que este derecho se materialice en la práctica y que sea accesible para todas las mujeres y no solamente para unas pocas.

Es importante lograr políticas y mecanismos que garanticen este acceso universal, desde una perspectiva integral de derechos que reconozcan tanto los derechos de las mujeres que libremente opten por interrumpir sus embarazos, como de las y los prestadores de salud que decidan no involucrarse en el procedimiento, sin que esto último implique barreras y obstáculos desproporcionados para las mujeres. Este documento pretende ser un pequeño paso esclarecedor en esa dirección.

REFERENCIAS

- Campaña 28 de septiembre. 28 de septiembre de 2010. Comunicado de prensa: “Las mujeres deciden, la sociedad respeta y el estado garantiza”. Bogotá: Organizaciones colombianas integrantes de la Campaña 28 de septiembre.
- CLAM. 15 de julio de 2009. *Los gineco-obstetras y el aborto*. Centro Latinoamericano sobre Sexualidad y Derechos Humanos. Recuperado de: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=5635&tpl=printerview&sid=51>
- Comité de Derechos Humanos. 29 de julio de 2010. *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos*. Ginebra: Comité de Derechos Humanos.
- Corporación Humanas. 2010. *Estudio de la jurisprudencia colombiana en casos de delitos sexuales cometidos contra mujeres y niñas*. Bogotá: Corporación Humanas.
- Cuevas Ortiz, L. 2009. *Informe Comportamiento vigilancia en salud pública de la mortalidad materna y perinatal, Colombia*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- DANE. 2010. *Defunciones maternas por grupos de edad, según lista de causas a tres caracteres CIE-10. Año 2010*. Recuperado de: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1048&Itemid=119
- Díaz Amado, E., M. C. Calderón García, K. Romero Cristancho, E. Prada Salas, & E. Barreto Hauzeure. 2010. Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia. *Reproductive Health Matters*, 18 (36), 118-126.
- Kumar, A., L. Hessini, & E. Mitchell. 2009. Conceptualizing abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 1-15.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. 2009. *Un derecho para las mujeres: la despenalización parcial del aborto en Colombia*. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- León, J. 7 de abril de 2011. *La Procuraduría mintió para evitar inclusión de abortivo en el POS*. La Silla Vacía. Recuperado de: <http://www.lasillavacia.com/historia/la-procuraduria-mintio-para-evitar-inclusion-de-abortivo-en-el-pos-23123>
- Ministerio de la Protección Social. 13 de diciembre de 2006. Decreto 4444 de 2006. Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de la 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*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social / Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2012. *Informe de Actividades 2011-2012*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Moloney, A. 2007. Unsafe abortions common in Colombia despite law change. *The Lancet*, 373.
- Naciones Unidas. 2010. *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación. A/65/162*. Nueva York: Naciones Unidas.
- OMS. 2003. *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Prada, E., I. Maddow-Zimet y F. Juárez. 2014. El costo de la atención posaborto y del aborto legal en Colombia. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva* (número especial), 2-12.
- Prada, E., L. Remez, S. Singh y C. Villareal. 2011. *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Procuraduría General de la Nación. 2010. *Informe de Vigilancia a la sentencia C-355 de 2006*. Bogotá: Procuraduría General de la Nación.
- Procuraduría General de la Nación. Noviembre de 2007. *Procurando la equidad (1)*. Bogotá: Procuraduría General de la Nación.
- Profamilia. 2011. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010*. Bogotá: Profamilia.
- Puyana Villamizar, Y. 2000. ¿Es lo mismo ser mujer que ser madre? Análisis de la maternidad con una perspectiva de género. En Á. I. Robledo y Y. Puyana Villamizar. *Ética: masculinidades y feminidades* (pp. 89-126). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia / Centro de Estudios Sociales.
- Roa, M. 18 de marzo de 2010. Queja disciplinaria contra el procurador general de la Nación - Alejandro Ordóñez Maldonado. Bogotá.
- Roa, M. 24 de noviembre de 2009. El derecho a decidir: avances, obstáculos y amenazas. *Razón Pública*. Recuperado de: http://www.razonpublica.com/index.php?option=com_content&view=article&id=669:el-

derecho-a-decidir-avances-obstos-y-amenazas&catid=19: politica-y-gobierno-&Itemid=27

Secretaría de Salud. 29 de noviembre de 2012. *Sin barreras la interrupción voluntaria del embarazo en Bogotá*. Secretaría Distrital de Salud. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/Lists/Anuncion%20principales/DispForm.aspx?ID=603&Source=http%3A%2F%2Fwww%2Esaludcapital%2Egov%2Eco%2FStyle%2520Library%2Fdefault%2Easpx>

Socialstyrelsen. n.d. *Dödsorsaksstatistik*. Socialstyrelsens statistikdatabas. Recuperado de: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>

Superintendencia Nacional de Salud. 26 de abril de 2013. Circular Externa 003 de 2013. Bogotá: Superintendencia Nacional de Salud.

Uprimny, R. 11 de abril de 2011. La Procuraduría contra la OMS. *El Espectador*. Recuperado de: <http://www.elespectador.com/impreso/columna-262327-procuraduria-contra-oms>

• DOCUMENTOS 1

ETNORREPARACIONES: la justicia colectiva étnica y la reparación a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes en Colombia

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Yukyan Lam
2011

• DOCUMENTOS 2

LA CONSULTA PREVIA: DILEMAS Y SOLUCIONES. Lecciones del proceso de construcción del decreto de reparación y restitución de tierras para pueblos indígenas en Colombia

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Natalia Orduz Salinas
2012

• DOCUMENTOS 3

LA ADICCIÓN PUNITIVA: La desproporción de leyes de drogas en América Latina

Publicación digital e impresa
Rodrigo Uprimny, Diana Esther Guzmán, Jorge Parra Norato
2012

• DOCUMENTOS 4

ORDEN PÚBLICO Y PERFILES RACIALES: experiencias de afrocolombianos con la policía en Cali

Publicación digital e impresa
Yukyan Lam, Camilo Ávila
2013

• DOCUMENTOS 5

INSTITUCIONES Y NARCOTRÁFICO: la geografía judicial de los delitos de drogas en Colombia

Publicación digital
Mauricio García Villegas, Jose Rafael Espinosa Restrepo
2013

• DOCUMENTOS 6

ENTRE ESTEREOTIPOS: Trayectorias laborales de mujeres y hombres en Colombia

Publicación digital
Diana Esther Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 7

LA DISCRIMINACIÓN RACIAL EN EL TRABAJO: Un estudio experimental en Bogotá

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Juan Camilo Cárdenas C., Juan David Oviedo M., Sebastián Villamizar S.
2013

• DOCUMENTOS 8

**LA REGULACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN COLOMBIA**

Publicación digital

Annika Dalén, Diana Esther Guzmán, Paola Molano
2013

• DOCUMENTOS 9

ACOSO LABORAL

Publicación digital

Diana Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 10

ACCESO A LA JUSTICIA: Mujeres, conflicto armado y justicia

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

