

Bogotá D.C., junio 5 de 2018

Honorable Magistrada

Cristina Pardo Schlesinger

Corte Constitucional de Colombia

E.S.D.

Referencia: Intervención ciudadana del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia) en el proceso T-6.612.900 –*Revisión de la acción de tutela instaurada contra COMPENSAR EPS.*

César Rodríguez Garavito, Nina Chaparro González, Mauricio Albarracín Caballero y María Ximena Dávila Contreras, director e investigadoras del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia), identificados como aparece al pie de nuestras firmas, en respuesta al Oficio No. OPTB-1395 y dentro del término legal correspondiente, presentamos la siguiente intervención ciudadana en el marco de la revisión de la acción de tutela interpuesta contra COMPENSAR EPS. En esta intervención ofrecemos elementos de juicio que serán útiles para que la Corte Constitucional evalúe la solicitud de amparo que se encuentra en proceso de revisión.

En el Oficio No. OPTB-1395 la Corte nos solicita brindar argumentos sobre las barreras de acceso por parte de las EPS e IPS a mujeres que buscan acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y sobre los estándares de derechos sexuales y reproductivos en semanas de gestación avanzada. Escogimos estos dos temas como los puntos centrales de nuestra intervención, en la que proponemos el siguiente argumento principal: **debido a las diferentes barreras que actualmente enfrentan las mujeres para acceder a la IVE, es inconveniente referirse a las semanas de gestación como criterio para garantizar la satisfacción de este derecho; además, en un sistema de causales de despenalización como el adoptado por Colombia, la IVE es un derecho fundamental que debe garantizarse a lo largo de los tres trimestres de embarazo.** Para sustentar esta afirmación, la intervención estará dividida en cuatro partes. En la primera, realizamos una síntesis de los argumentos expuestos. En la segunda, haremos una exposición de los modelos de regulación del aborto a nivel comparado, con el fin de caracterizar la tendencia global de liberalización y despenalización. En la tercera, abordamos la regulación del aborto en Colombia y la realidad de su ejercicio en la práctica, la cual está marcada por múltiples barreras de acceso a los servicios de IVE. En la cuarta, finalmente señalamos que, en el contexto colombiano, considerar un límite de semanas para el ejercicio de la IVE acentuaría las barreras existentes, impondría cargas desproporcionales en las mujeres y las sometería a vivir tratos crueles, inhumanos y degradantes.

1. SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN

En esta sección presentamos un resumen de los argumentos que desarrollamos a profundidad en esta intervención. El primer argumento que proponemos, y que explicamos en la segunda sección, es que **en las últimas décadas diversos países han adoptado modelos de despenalización parcial o total que reconocen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**. Para fundamentar esta afirmación, hacemos un recuento descriptivo de los modelos de regulación del aborto que existen a nivel comparado. En particular, nos referimos a los cuatro modelos predominantes: (i) penalización total; ii) modelo de causales (adoptado en Colombia); (iii) modelo plazos o aborto voluntario; y, (iv) modelo de asesoramiento. El objetivo de esta caracterización es triple: primero, mostrar cuál es la justificación subyacente en cada uno; segundo, mostrar que el modelo adoptado en Colombia no es atípico y encuentra correspondencia y fundamentación en otros sistemas y en estándares de derechos humanos; tercero, mostrar que generalmente los países que adoptan modelos de causales no imponen plazos para la interrupción del embarazo. Posteriormente, profundizamos en dos regulaciones propias del modelo de asesoramiento: Alemania y Estados Unidos, donde a pesar de protegerse la vida desde el momento de la concepción, se considera imperativo despenalizar el aborto en los casos extremos en que resulta desproporcionado exigirle a la mujer llevar a término el embarazo.

En la tercera sección, nuestro propósito es explicar que, **si bien la jurisprudencia constitucional ha reconocido de modo garantista el derecho a la IVE, en la práctica las mujeres enfrentan barreras estructurales que no les permiten acceder a un servicio oportuno y seguro**. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia C-355 de 2006 y en decisiones posteriores, ha manifestado que obligar a las mujeres a llevar a término un embarazo en las tres causales despenalizadas es una carga desproporcional; asimismo, al adoptar las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, ha sostenido que obligar a las mujeres a llevar un embarazo en todos los casos constituye una violación del derecho de estar libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes. Sin embargo, la jurisprudencia garantista suele agotarse en decisiones judiciales que no se ven reflejadas en la práctica. Actualmente, las mujeres colombianas deben enfrentar obstáculos institucionales y culturales que quiebran la garantía legal de la IVE. Los tipos de obstáculos que han sido documentados pueden recogerse en tres grupos: i) obstáculos relacionados con la ausencia y la tergiversación de la información; ii) obstáculos relacionados con las fallas en la prestación del servicio; y, iii) obstáculos relacionados con concepciones culturales.

- Obstáculos relacionados con la ausencia y la manipulación de la información: i) desconocimiento de los alcances de la jurisprudencia vigente en materia de IVE; ii) brechas de información en mujeres sobre su derecho a la IVE; iii) exigencia de requisitos adicionales para acceder a la IVE.
- Obstáculos relacionados con las fallas en la prestación del servicio: i) ausencia de modelos, regulaciones y normas; ii) ejercicio inadecuado de la objeción de conciencia.
- Obstáculos relacionados con concepciones culturales: creencias estigmatizantes tanto por los prestadores del servicio como por la sociedad en general.

Por último, en la cuarta y última sección, argumentamos que **sumar un modelo de semanas a un modelo de causales en el contexto colombiano acentúa los obstáculos existentes en el acceso a la IVE, lo que hace inviable su garantía y somete a las mujeres cargas desproporcionadas**.

Particularmente, consideramos que hablar de IVE en términos de semanas es incompatible con el modelo de causales adoptado en el marco jurídico colombiano y, además, se suma a los obstáculos ya existentes para acceder al servicio. Si en un sistema de causales las mujeres están expuestas a enfrentar barreras de que dilatan el tiempo de acceso a la IVE y, además, se impone una restricción en razón de las semanas, la garantía del derecho se hace prácticamente inviable. En este panorama, las mujeres estarían sometidas a obstáculos temporales, institucionales y culturales que las harían continuar con el embarazo incluso al estar inmersas dentro de las tres causales legales, lo que las obliga a sufrir tratos crueles, inhumanos y degradantes.

2. LOS MODELOS DE REGULACIÓN DEL ABORTO A NIVEL COMPARADO

En esta sección mostramos cuáles son los modelos predominantes de regulación del aborto a nivel comparado. El propósito de esta exposición de modelos y sistemas en el marco internacional y regional es sostener el argumento de que **en las últimas décadas diversos países han adoptado modelos de despenalización parcial o total que reconocen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**. Para sustentar esta afirmación, esta sección estará dividida en dos subsecciones: primero, caracterizamos los modelos más frecuentes de regulación del aborto a nivel global para exponer el proceso de liberalización que se ha producido en distintos países; y, segundo, mostramos que, incluso en países donde se reconoce la vida humana desde la concepción, el aborto ha sido despenalizado en los casos en que resulta desproporcional exigirle a una mujer llevar a término su embarazo.

2.1. En las últimas décadas el aborto ha entrado en un proceso de liberalización en diversas regiones del mundo, especialmente en el Norte Global y en América Latina

El panorama comparado de regulación del aborto es útil para entender cómo los países han sopesado distintos bienes jurídicos y las soluciones a las que han llegado. En las últimas décadas se ha identificado un proceso de liberalización del aborto a nivel global (y, especialmente, a nivel regional) que ha llevado a los países a ofrecer reformas orientadas a la legalización o despenalización parcial. Actualmente, es posible identificar cuatro modelos predominantes de regulación: i) modelo de **penalización total**; ii) modelo de **permisos o causales**; iii) modelo de **plazos o aborto voluntario**; y, iv) modelo de **asesoramiento**. Estos modelos, a su vez, “se distinguen en un espectro en función del empleo de la penalización durante todo el embarazo o su despliegue limitado a las etapas más avanzadas”¹.

En el primer conjunto de sistemas de regulación del aborto están aquellos países que lo **penalizan sin considerar excepciones de manera expresa**. Este modelo de penalización total fue el aplicado por España hasta 1985, Colombia hasta 2006, Chile hasta 2017, Irlanda hasta 2018 y aún predomina en países como El Salvador y Nicaragua. Bajo estos regímenes, sin embargo, es usual apelar al estado de necesidad para permitir un aborto en caso de peligro para la vida de la mujer, como sucedía en algunas situaciones en Chile antes de la despenalización en 2017, en

¹ BERGALLO, Paola. Aborto y Justicia Reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado, *En*: Revista Cuestión de Derechos, 2011, No. 1, p. 22.

Irlanda antes de 2018 y en Colombia antes de 2006². La penalización sin excepciones es considerada un modelo obsoleto de regulación que va en contra de los estándares internacionales de derechos humanos y de las recomendaciones de organismos internacionales. Por ejemplo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha determinado que la penalización de los servicios en salud únicamente para las mujeres, incluido el aborto, es una forma de discriminación el razón del género³. Este organismo también ha manifestado que para garantizar los derechos de las mujeres es necesario el acceso al aborto en casos en los que exista una amenaza para la vida o la salud de la mujer, malformaciones graves del feto o cuando el embarazo sea el resultado de una violación o incesto⁴. De la misma forma, su jurisprudencia ha sido enfática en solicitar a diversos Estados la legalización del aborto en ciertas circunstancias extremas⁵. Así, distintos países han tenido que cambiar sus legislaciones para aprobar el aborto, al menos, en ciertos supuestos. En este sentido, el proceso de liberalización del aborto, especialmente en países de América Latina, obedece a la exigencia de cumplir con los estándares internacionales de derechos humanos y garantizar los derechos de las mujeres.

Un segundo modelo de regulación es el modelo de **permisos o de causales de excepción a la punibilidad**. Este modelo prevé algunas excepciones a la criminalización en razón de causales y, por lo tanto, define situaciones en las que la práctica del aborto deja de ser castigada. Las causales de excepción usualmente aceptadas son el peligro para la vida de la mujer, el riesgo de su salud física y/o mental, las malformaciones del feto incompatibles con la vida, embarazo producto de violación o incesto y, en algunos países, se acepta por condiciones socioeconómicas de la mujer. Este modelo es adoptado por la mayoría de países de América Latina (Argentina, Chile, Ecuador, Perú, entre otros) y fue avalado en Colombia en 2006 por la Corte Constitucional. Hasta 2006, cuando la Corte Constitucional colombiana emitió su decisión C-355 de 2006, Colombia era presentado como ejemplo de país donde regía el modelo de penalización total del aborto. En esta sentencia, la Corte decidió que la prohibición total del aborto sin excepciones era inconstitucional e imponía una carga desproporcionada sobre las mujeres y sus derechos. Más aún, la Corte sostuvo que en casos de riesgo para la vida, la salud física o mental de la mujer, violación y malformaciones serias el aborto debe encontrarse legalmente disponible.

En tercer lugar, el modelo de plazos o de aborto voluntario⁶ se acerca a un sistema más garantista que los dos anteriores, pues, en principio, el criterio para determinar la legalización es el tiempo de gestación y no los ‘casos extremos’ que guían la despenalización por causales. Sin embargo, la mayoría de países que adoptan el modelo de plazos o aborto voluntario combinan los dos sistemas, con el fin de otorgar mayores garantías a las mujeres. Las jurisdicciones que han adoptado este modelo generalmente permiten el aborto voluntario en las etapas iniciales del embarazo y en las etapas más avanzadas adoptan un modelo de causales. Así, por ejemplo, países

² Ibid. Ver: JARAMILLO, Isabel C.; ALFONSO, Tatiana, Mujeres, Cortes y Medios: la reforma judicial del aborto en Colombia, Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2008.

³ COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. Recomendación General 24 sobre la mujer y la salud, 1999, párr. 11.

⁴ COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. Caso L.C. v. Perú, 2009. párr. 9.

⁵ Ibid.

⁶ BERGALLO, Paola. Aborto y Justicia Reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado, En: Revista Cuestión de Derechos, 2011, No. 1, p. 25.

como Uruguay, Francia, Sudafrica, Austria, el Distrito de México DF, entre otros, permiten el aborto a demanda durante las primeras 12 semanas y, superado este plazo, solo se permite en situaciones excepcionales como riesgo a la vida y a la salud de la mujer o malformación del feto. Los países que adoptan este modelo, por lo tanto, se encuentran en un punto más cercano a la derogación que a la penalización del aborto.

Este modelo fue adoptado por primera vez en el mundo en 1971 en el estado de Nueva York. Dos años después, con la decisión de la Corte Suprema en *Roe vs. Wade*, el modelo se convertiría en el estándar constitucional federal de los Estados Unidos. Fue el modelo vigente hasta el fallo de *Planned Parenthood vs. Casey*, pues, en este caso, la Corte Suprema de los Estados Unidos introdujo una reforma que permitiría que los estados reglamentaran un modelo distinto: el **modelo de asesoramiento**⁷. Este cuarto sistema, al igual que el modelo de plazos o aborto voluntario, permite el aborto a demanda en las primeras semanas y por causales específicas después de un tiempo determinado. Su particularidad consiste en que las mujeres deben pasar por un servicio de asesoramiento en el que un experto debe explicarles las consecuencias de interrumpir su embarazo⁸. Sin embargo, este asesoramiento no es vinculante y la decisión final está ligada a la autonomía de la mujer. Países como Alemania y Estados Unidos han adoptado este modelo como medio para reconciliar la protección de la expectativa de vida y la garantía de los derechos de la mujer.

Tabla 1. Modelos de regulación del aborto

Modelo de penalización total	Modelo de causales o indicaciones	Modelo de plazos o aborto voluntario	Modelo de asesoramiento
El Salvador Nicaragua España hasta 1985 Colombia hasta 2006 Chile hasta 2017 (entre otros)	Argentina Colombia Brasil Ecuador Perú (entre otros)	Uruguay México DF Francia Austria Bélgica (entre otros)	Estados Unidos (regla general) Alemania (entre otros)

Más punitivo

Menos punitivo

Fuente: Bergallo (2011)

Cada uno de estos modelos se ajusta a una lógica distinta. El modelo de penalización sin excepciones, por ejemplo, desconoce por completo los derechos de las mujeres, lo que las obliga a llevar embarazos no planeados, no seguros y, en ocasiones, mortales. Por otro lado, el modelo de

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

permisos o causales acepta excepciones a la punibilidad del aborto al reconocer que, si las mujeres son obligadas a llevar un embarazo en ciertas ocasiones, se les estaría sometiendo a una carga desproporcional. El modelo de plazos o aborto voluntario, más cercano a la derogación y al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, permite el aborto libre en las primeras semanas y bajo causales específicas en semanas avanzadas. Es decir, generalmente el modelo de plazos abarca también el criterio de las causales, con el fin de garantizar el ejercicio de aborto legal en las circunstancias extremas que justifican la interrupción del embarazo en *cualquier periodo de gestación*⁹. Bajo esa misma orientación, los países que adoptan un modelo de causales no suelen someter la práctica del aborto a un plazo restrictivo, pues reconocen que el diagnóstico o identificación de tales causales puede darse incluso en las semanas más tardías. En el caso de malformaciones incompatibles con la vida y riesgo para la vida o la salud (física y mental) de la mujer, las jurisdicciones que han legalizado el aborto coinciden en no imponer límites de tiempo, independientemente de si se trata de un sistema de causales, aborto voluntario o asesoramiento¹⁰. Como lo explicamos más adelante en esta intervención, tales condiciones no pueden limitarse en razón del tiempo, pues son susceptibles de identificarse tanto en las primeras semanas como en semanas más avanzadas. Un sistema que garantice la vida de la mujer y los estándares internacionales en materia de derechos humanos no establece límites de semanas en casos extremos, como son los propios de los sistemas de causales.

La descripción de estos modelos y las lógicas que los subyacen ayuda a entender el proceso de liberalización que ha tenido el aborto en las últimas décadas, especialmente en países del Norte Global (Estados Unidos, Alemania, Francia, etc.) y de América Latina (Colombia, Chile, México DF, Argentina). De igual forma, es útil para comprender que los sistemas no son atípicos y responden a una tradición de mayor o menor liberalización del aborto según el país que se estudie. Finalmente, la exposición de los modelos es un medio preciso para entender el espectro de punibilidad en el que se ubica cada uno. Tanto el modelo de causales como el modelo de plazos o aborto voluntario son tendientes a la legalización y regulación; sin embargo, este último se acerca más a la derogación. El modelo de plazos, además, amplía los supuestos de hecho para permitir el aborto libre durante las primeras semanas. No obstante, la generalidad de los dos modelos, así como el modelo de asesoramiento, muestra que existen circunstancias que vulneran los derechos de las mujeres y las ubican en situación de vulnerabilidad extrema –como el riesgo para su vida y su salud, las malformaciones del feto incompatibles con la vida e incluso la violación–, por lo que no merecen tener un límite de tiempo para su garantía.

2.2. Incluso en los sistemas jurídicos que protegen la vida desde la concepción, el aborto ha sido despenalizado en los casos en que resulta desproporcional exigirle a una mujer llevar a término su embarazo

Los casos de Alemania y Estados Unidos pueden ilustrar adecuadamente cómo el sistema de asesoramiento ha sido una solución razonable para los países que reconocen la vida desde la

⁹ BAUM, Sarah; DE PIÑERES, Teresa; GROSSMAN, Daniel. Delays and barriers to care in Colombia obtaining legal first and second-trimester abortion *En: International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2015, 131, p. 285-288.

¹⁰ BERGALLO, Paola. Aborto y Justicia Reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado, *En: Revista Cuestión de Derechos*, 2011, No. 1, p. 25.

concepción y tienen políticas amplias de despenalización del aborto¹¹. En Alemania, por ejemplo, el Tribunal Constitucional Alemán ha protegido el derecho a la vida desde la concepción; no obstante, esta condición no ha sido un obstáculo para que este mismo tribunal haya reconocido un sistema garantista de legalización del aborto¹². En 1992, luego de la reunificación, el Tribunal aceptó que, incluso por fuera de las tres causales en que una mujer siempre puede constitucionalmente abortar (violación, riesgo a la vida y salud de la mujer gestante y malformación grave), la ley podía autorizar que una mujer abortara en las primeras 12 semanas de forma libre. El Tribunal condicionó los procedimientos a que el Estado brindara a las mujeres la asistencia y el apoyo social que les permitiera reconsiderar su decisión de interrumpir el embarazo. Así, el Tribunal reconoció que el asesoramiento y la oferta de alternativas y apoyos sociales y psicosociales es más efectiva que la penalización al momento de proteger la idea de que la vida empieza desde la concepción.

Por otro lado, la Corte Suprema de Estados Unidos transitó al modelo de asesoramiento desde el fallo *Planned Parenthood vs. Casey*. En esta decisión, la Corte “reconoció la vida del feto como un bien constitucionalmente protegido y apeló a la necesidad de sopesar proporcionalmente valores, principios y derechos que se encuentran en la Constitución y el derecho internacional de los derechos humanos¹³. La Corte también sostuvo que la prohibición absoluta imponía una carga desproporcionada en determinadas circunstancias. Además, “la Corte apeló a la dignidad humana para sustentar el derecho al aborto seguro y apoyó la decisión con numerosas citas del derecho internacional de los derechos humanos y sus estándares, así como a legislación comparada sobre el tema”¹⁴. A partir de esta decisión, Estados Unidos adoptó un modelo de asesoramiento en el que “hizo a un lado el esquema de trimestres permitiendo a los estados regular los abortos en cualquier momento del embarazo siempre que tal regulación no impusiera una carga indebida sobre el derecho de la mujer a decidir terminar un embarazo”¹⁵.

De la caracterización de los casos de Alemania y Estados Unidos pueden extraerse dos conclusiones. Primero, que incluso en sistemas constitucionales que protegen la vida humana desde su concepción se reconoce la necesidad de despenalizar el aborto en los casos extremos en que resulta desproporcionado exigirle a la mujer llevar a término el embarazo. Segundo, que la penalización no es el método más efectivo para proteger la idea de que la vida empieza desde la concepción; por el contrario, hay alternativas a la penalización que, a diferencia de esta, son garantistas y se ajustan a las exigencias de los organismos internacionales de derechos humanos.

¹¹ El modelo de asesoramiento es compatible tanto con el modelo de plazos o aborto voluntario, como con el modelo de causales. Estados Unidos y Alemania, por ejemplo, lo han adaptado al modelo de plazos o aborto voluntario.

¹² BERGALLO, Paola. Aborto y Justicia Reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado, *En*: Revista Cuestión de Derechos, 2011, No. 1, p. 25.

¹³ *Ibid*, p. 30

¹⁴ *Ibid*, p. 30

¹⁵ *Ibid*, p. 30

3. EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA IVE EN COLOMBIA: RECONOCIMIENTO Y OBSTÁCULOS EN SU EJERCICIO

En esta sección hacemos un breve recuento de la regulación y la garantía del ejercicio a la IVE en Colombia. A partir de este recuento, buscamos sustentar el argumento de que, **si bien la jurisprudencia constitucional ha reconocido de modo garantista el derecho a la IVE, en la práctica las mujeres enfrentan barreras estructurales que no les permiten acceder a un servicio oportuno y seguro.** En la primera parte de esta sección exponemos las razones centrales que usó la Corte Constitucional para despenalizar parcialmente el aborto. Y, luego de esto, abordamos la descripción de los distintos obstáculos que deben enfrentar las mujeres para acceder a la IVE, con el fin de mostrar la brecha entre la regulación y la práctica de este derecho.

3.1. Como fundamento para la despenalización parcial de la IVE, la Corte Constitucional consideró que la prohibición total del aborto impone a las mujeres cargas desproporcionales que implican un desconocimiento de sus derechos fundamentales

La despenalización parcial de la IVE en Colombia se produjo mediante la sentencia C-355 de 2006, en la que se decidió una demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 122, 123 (parcial) y 124 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal Colombiano), que penalizaban el aborto. En esta oportunidad, la Corte decidió declarar exequibles de manera condicionada las normas demandadas, en el entendido de que no puede sancionarse a las mujeres que interrumpan su embarazo: “i) [c]uando el embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer; ii) cuando existe grave malformación del feto que haga inviable la vida extrauterina; o iii) cuando el embarazo es resultado de una conducta delictiva, como por ejemplo acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto”¹⁶.

De acuerdo con la Corte, “penalizar la interrupción del embarazo en estos casos supone una injerencia desproporcionada e irrazonable en la libertad y dignidad de la mujer”, lo que afecta directamente su dignidad y autonomía. Para llegar a esta conclusión, la Corte tuvo en cuenta los avances que a nivel internacional se habían dado en los últimos años en relación con los derechos humanos de las mujeres. Particularmente, la Corte acogió la recomendación 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, según la cual “la criminalización de prácticas médicas que sólo requieren las mujeres, como el aborto, constituye una violación del derecho a la igualdad”. Este mismo comité, previamente en 1999, había establecido lo siguiente:

El Comité nota con gran preocupación que el aborto, que es la segunda causa de muertes maternas en Colombia, es castigado como un acto ilegal. No existen excepciones a esta prohibición, ni siquiera cuando la vida de la madre está en peligro, es necesario para salvaguardar la salud física o mental de la madre, o en casos en que la madre ha sido violada. Al Comité también le preocupa que las mujeres que buscan tratamientos de aborto inducido, las mujeres que buscan un aborto ilegal y los doctores que las practican sean procesadas penalmente. El comité cree que la normatividad sobre aborto constituye una violación a los derechos a la salud y vida de las mujeres y al artículo 12 de la Convención. El Comité hace un llamado al gobierno para que tome las acciones inmediatas que

¹⁶ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-355 de 2006. M.P. Clara Inés Vargas

deroguen esta legislación. Además, le pide al gobierno proveer estadísticas de manera regular sobre los índices de mortalidad materna por regiones¹⁷.

De la misma forma, la Corte acogió las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos, que previamente había manifestado “su preocupación frente a países como Perú o Colombia, que tienen legislaciones totalmente restrictivas en donde *“el aborto de lugar a castigos penales incluso si una mujer queda embarazada por violación y que los abortos clandestinos son la principal causa de muerte materna”*, regulación que como tal, en concepto del Comité, **somete a las mujeres a tratos crueles, degradantes e inhumanos**” (negrilla fuera de texto)¹⁸. Estos insumos le permitieron a la Corte asegurar que, para garantizar la dignidad de las mujeres, no se las puede concebir solamente desde el rol de la reproducción, lo que niega sus dimensiones personales y socioeconómicas; por tanto, la exigencia de llevar a término un embarazo en el contexto de alguna de las situaciones señaladas implicaría intervenir de manera excesiva en la vida personal de la mujer, y le impondría una carga extrema que desconocería el goce pleno de otros derechos como la vida, la salud, la integridad personal, los derechos sexuales y reproductivos, y la autonomía, entre otros.

A partir de esta decisión, la Corte ha reiterado que el acceso a la IVE por parte de una mujer que esté en alguna de las causales despenalizadas es un derecho fundamental. Por ello, las mujeres deben poder acceder, independientemente del tipo de afiliación al sistema de salud y de la capacidad de pago que tengan. En consecuencia, se desprenden obligaciones para el Estado dirigidas a garantizar el acceso a la IVE, a saber: i) la no intervención en los asuntos concernientes a aspectos reproductivos de las personas; lii) la garantía de los mecanismos idóneos para la materialización de los derechos (acceso a información, procedimientos y servicios) y iii) la remoción de obstáculos para hacer efectivos los derechos.

3.2. En la práctica, la IVE en Colombia está marcada por obstáculos institucionales y culturales que no permiten a las mujeres acceder a servicios oportunos y seguros

Una de las obligaciones correlativas que derivan del reconocimiento de la IVE como derecho fundamental es la de *prestar el servicio en condiciones seguras, oportunas y favorables para las mujeres*. Esta obligación rige para todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante: SGSSS o Sistema de Salud), tanto públicas como privadas y tanto laicas como confesionales¹⁹. Como lo ha manifestado la Corte Constitucional, “es deber de las autoridades administrativas garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de IVE”²⁰ y “es deber de las EPS realizar las acciones conducentes a individualizar de antemano la ubicación de las IPS donde se encuentran los profesionales habilitados para prestar los servicios de IVE”²¹. La responsabilidad de prestar el servicio también se traduce en remover los obstáculos que posterguen innecesaria e indefinidamente el acceso a la IVE. Las autoridades encargadas de prestar el servicio, así como las instituciones del Estado y el sistema judicial, no pueden imponer barreras de

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-585 de 2010. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

²⁰ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-208 de 2009. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

²¹ Ibid.

ningún tipo, y están obligadas a evitar cualquier actuación que resulte discriminatoria con las mujeres gestantes que buscan acceder a la IVE.

A pesar de que la jurisprudencia constitucional ha dado lineamientos claros de cómo debe prestarse el servicio de IVE, la implementación de este derecho ha enfrentado una larga lista de barreras. Aunque la Corte Constitucional ha reiterado que se trata de un derecho fundamental cuyo acceso debe ser garantizado tanto por el Estado como por los prestadores de servicios médicos, la realidad dista mucho de ese panorama. El acceso a la IVE se ve truncado por la opacidad de la información, pues aún muchos prestadores del servicio e instituciones del Estado desconocen las normas vigentes en este tema. A esto se suma la dificultad de encontrar cifras exactas y confiables sobre la práctica de abortos, pues aún prevalece una cultura de clandestinidad y tabú frente a este tema.

Debido a las múltiples barreras que enfrentan las mujeres para acceder a la IVE –y que son el propósito de esta sección–, muchas de ellas deben recurrir a abortos clandestinos. La cifra más robusta 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 estimaban en 400.400²². Las mujeres que buscan el aborto clandestino como una solución al restringido acceso al aborto legal están expuestas a graves riesgos a su salud y a su vida. Según datos del DANE, es posible calcular que la mortalidad registrada por aborto en 2010 representaba el 4,3% de todas las muertes maternas²³. Estas cifras son alarmantes, pues la mayoría de las muertes que se registran por abortos serían evitables con acceso a servicios legales, seguros y oportunos²⁴. Además, cada año hasta 2011, se registró que 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 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 pobres²⁵. Las mujeres de escasos recursos o que viven en zonas rurales son quienes están expuestas a los peligros más graves de este tipo de abortos, puesto que deben recurrir a los métodos más inseguros, tienen menos oferta a su disposición y usualmente tienen un restringido acceso a la información sobre IVE²⁶.

Estos datos indican dos fenómenos. Primero, que el porcentaje de abortos legales respecto de los clandestinos es aún muy bajo. Aunque el aborto se haya despenalizado en tres causales, muchas mujeres siguen acudiendo a abortos clandestinos incluso cuando se encuentran inmersas en los casos de despenalización. No necesariamente todos los abortos que se practican clandestinamente caben dentro de tales causales, pero se puede suponer que una gran parte de ellos sí, pues el marco que ha desarrollado la Corte Constitucional contempla una aplicación garantista para la gama de situaciones en las cuales las mujeres podrían legalmente acceder a la IVE²⁷. Segundo, que debido a la falta de información, restricciones y barreras de acceso, muchas mujeres acuden a procedimientos

²² PRADA, Elena et al., Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.

²³ DANE, Defunciones maternas por grupos de edad. Año 2010, 2011.

²⁴ DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013. p. 16.

²⁵ PRADA, Elena et al., Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.

²⁶ Ibid.

²⁷ DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013. p. 17.

ilegales que ponen en riesgo su vida y su salud. Según la estimación del Instituto Guttmacher los abortos legales corresponderían al 0,08% del total de los abortos en el país. Esto quiere decir que más del 99% de los abortos que se realizan anualmente en Colombia son clandestinos.

A doce años de la sentencia C-355 de 2006, persisten todavía múltiples obstáculos frente a la garantía efectiva del acceso a la IVE. Debido a esto, muchas mujeres se ven obligadas bien sea a acudir a abortos clandestinos que amenazan su vida e integridad, o a continuar con un embarazo que, bajo los estándares internacionales, constituye tratos crueles y degradantes. En esta sección identificamos los principales obstáculos que enfrenta la implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia, entendiendo por obstáculos “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”²⁸. La identificación de los obstáculos se ha hecho a partir del gran espectro identificado por organizaciones de la sociedad civil (incluida Dejusticia), instituciones prestadoras de salud, investigaciones académicas y jurisprudencia constitucional vigente. A continuación, presentamos los obstáculos identificados reunidos en tres grupos: (i) obstáculos relacionados con la ausencia y tergiversación de la información; (ii) obstáculos relacionados con las fallas en la prestación del servicio; y, (iii) obstáculos relacionados con concepciones culturales sobre la IVE.

3.2.1. Obstáculos relacionados con la ausencia y tergiversación de la información

En este apartado haremos un recuento de los obstáculos relacionados con la desinformación y malinterpretación de la información por parte de los prestadores de salud y las instituciones del Estado. En particular, nos referimos a las siguientes barreras: (i) desconocimiento de los alcances de la jurisprudencia vigente en materia de IVE; (ii) exigencia de requisitos adicionales para acceder a la IVE; y (iii) brechas de información en mujeres sobre reconocimiento de su derecho a la IVE.

i. Desconocimiento de los alcances de la jurisprudencia vigente en materia de IVE

Diferentes organizaciones han identificado el desconocimiento del alcance de la jurisprudencia vigente en materia de IVE como uno de los mayores obstáculos que enfrentan las mujeres²⁹, quienes son víctimas de la malinterpretación de los alcances y requisitos establecidos para acceder a este derecho. La aplicación de la causal de *riesgo para la vida y la salud de la mujer*, por ejemplo, enfrenta distintos problemas de interpretación por parte del Sistema de Salud. La sentencia C-355 de 2006 fue clara en permitir el derecho a la IVE “cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico”³⁰; sin embargo, los prestadores de salud suelen justificar sus valoraciones sobre criterios personales que resultan arbitrarios. Debido a las normas culturales y sociales que rechazan el aborto, los operadores médicos suelen interpretar de forma restrictiva las causales vigentes en detrimento de la salud y los derechos de las mujeres. Además de esto, la dispersión normativa y el desconocimiento sobre la obligatoriedad de la jurisprudencia también son factores que afectan el acceso a la IVE:

²⁸ Ibid, p. 7.

²⁹ Ver: LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo Bogotá, 2016; DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013.

³⁰ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-355 de 2006. M.P. Clara Inés Vargas

[c]omo el desarrollo del derecho a la IVE ha sido meramente jurisprudencial, todas las reglas que desarrollan su prestación efectiva se encuentran dispersas en sentencias de la Corte Constitucional. En la práctica, esta particularidad se traduce en un conflicto puesto que quien tiene la obligación de prestar el servicio de salud de la IVE se enfrenta a un mundo de reglas dispersas en sentencias, donde extraer las que aplican para el caso en concreto es complejo y dispendioso [...] por incomprensión o voluntad propia, [los funcionarios y médicos] desconocen la obligatoriedad de las sentencias judiciales; es decir, no saben si todas las sentencias referidas que regulan el acceso a la IVE tienen fuerza vinculante³¹

Varias decisiones de la Corte Constitucional ilustran de qué forma los prestadores del Sistema de Salud han tergiversado el alcance de la sentencia C-355 de 2006 y la demás jurisprudencia sobre IVE en Colombia. En la sentencia T-988 de 2007, por ejemplo, la Corte estudió el caso de una joven en situación de discapacidad cognitiva severa, quien fue víctima de acceso carnal abusivo, a partir de lo cual quedó en embarazo. La madre de la menor presentó una acción de tutela para solicitar que la EPS procediera a interrumpir el embarazo. Sin embargo, tanto la primera como la segunda instancia resolvieron negar el amparo solicitado por la madre de la menor. En segunda instancia, la juez negó el acceso a la IVE debido a “la obligación de respetar el derecho natural a la vida que tiene todo ser humano desde el momento de la concepción hasta la muerte” y no hizo referencia a la sentencia C-355 de 2006. La Corte Constitucional manifestó su desaprobación por la argumentación utilizada por la juez de segunda instancia y destacó que “es preciso insistir en que a partir de lo establecido en la *ratio decidendi* de la sentencia C-355 de 2006, 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”³².

En otro caso similar, una niña de 13 años fue violada y quedó en embarazo, razón que justificaba la práctica de un aborto en condiciones legales. Sin embargo, la EPS negó realizar el procedimiento, por lo que la madre de la menor presentó una acción de tutela. La solicitud a la EPS cumplía con los requisitos legales establecidos, pues se presentó una copia de la denuncia por violación y, 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 niña de terminar con su embarazo. A pesar de esto, las decisiones de primera y segunda instancia negaron la protección del derecho al argumentar que “si bien es cierto que la menor se encontraba en embarazo y que se había presentado la denuncia por violación, no se podía comprobar que el estado de embarazo fuera fruto del acceso carnal violento”³³. En la sentencia T-209 de 2008, la Corte resolvió revocar las sentencias de primera y segunda instancia, y reconoció el flagrante desconocimiento de lo estimado en la sentencia C-355 de 2006. Para la Corte, “el exigir que esté claramente establecido que el embarazo es fruto del acceso carnal violento impone una carga desproporcionada contra la mujer, y se convierte en una barrera que impide la práctica del aborto”³⁴. En este caso convergieron dos tipos de barreras: el desconocimiento o la tergiversación de las normas sobre acceso a IVE y la imposición de requisitos adicionales a los que determinó la Corte en la sentencia C-355 de 2006.

³¹ CHAPARRO, Nina; DALEN, Annika, Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE, Bogotá: Ediciones Dejusticia, 2015, p. 14

³² Ibid.

³³ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-209 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

³⁴ Ibid.

De igual forma, un estudio de 2016 de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres³⁵ recolectó casos de vulneraciones derivadas del desconocimiento de las causales y la regulación de la IVE. En primer lugar, La Mesa identificó que “se desconoce el derecho a la intimidad y la dignidad de la mujer al violar la confidencialidad sobre su identidad y los detalles del caso”. Esta problemática se ve reflejada en el caso de una mujer con un embarazo de 17 semanas, a quien le diagnosticaron anomalías del feto incompatibles con la vida: “durante su estadía en el hospital, su madre recibió una llamada telefónica de un funcionario del hospital para decirle que su hija era una delincuente, que debía llevársela a su casa y que sin la orden de un juez no la iban a atender. Posteriormente, esta persona comunicó a la madre de la mujer con un hombre que se identificó como párroco de la institución de salud, quien le advirtió que la IVE no se practicaría sin su confesión y sin la realización de una misa para el feto”³⁶. Otra vulneración recurrente, según el estudio, consiste en desatender “el derecho de la mujer a la veracidad e imparcialidad de la información que recibe por parte de los funcionarios públicos cuando se le entrega información errónea o distorsionada sobre el trámite para acceder a una IVE o sobre el procedimiento médico”. Este fue el caso de una mujer víctima de violencia sexual que recibió La Mesa: “ella había sido víctima de violencia sexual y quería acceder a la IVE. A pesar de haberse dirigido a un hospital para acceder al procedimiento, nadie le explicó su derecho a optar por la interrupción del embarazo. Y luego, la información que recibió en la respuesta a su solicitud de IVE fue que el procedimiento no solo era ilegal, sino que sería perjudicial para su salud”³⁷.

Tanto en los casos que ha abordado la Corte como en los casos que ha recolectado La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres es evidente que las interpretaciones erróneas generan obstáculos en la garantía del derecho a la IVE y sitúan a la mujer en una situación de desprotección frente al Sistema de Salud. La Corte ha determinado en diferentes fallos que la decisión de acceder a la IVE se sostiene en la autonomía de la mujer³⁸; que es necesario proteger la intimidad y dignidad de quienes acceden a este procedimiento³⁹; y que solicitar requisitos adicionales está prohibido y genera la vulneración de este derecho⁴⁰. Por lo tanto, estos casos muestran que el desconocimiento de los operadores de salud frente a la regulación y las causales obstruye los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

ii. Brechas de información en mujeres sobre reconocimiento de su derecho a la IVE

En la sentencia T-388 de 2009, 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”⁴¹. A raíz de tal conclusión, ordenó a varias entidades estatales diseñar e implementar “campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos”⁴² para contribuir a asegurar el libre y efectivo ejercicio de estos

³⁵ LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo Bogotá, 2016.

³⁶ Ibid, p. 25.

³⁷ Ibid, p. 25.

³⁸ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-946 de 2008. M.P. Jaime Córdoba Triviño.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-209 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

⁴¹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-388 de 2009. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

⁴² Ibid.

derechos a todas las mujeres. Sin embargo, estas campañas aún 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—. La falta de esfuerzos coordinados y masivos contribuye a la persistencia de una de las barreras más importantes frente al ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo: las grandes brechas de información en mujeres sobre la regulación y el acceso de su derecho a la IVE. Muchas mujeres aún no conocen sus derechos, no saben cómo exigirlos o a dónde acudir para ejercerlos⁴³.

La Encuesta Nacional de Salud y Demografía realizada por Profamilia en 2015 establece que el 56% de mujeres entre 13 y 49 años tienen conocimiento sobre el estado actual de la despenalización parcial del aborto⁴⁴. Es decir, un poco más de la mitad de las mujeres en edad fértil tienen conocimiento sobre la regulación de sus derechos reproductivos. Pese a que un número importante de mujeres conoce la sentencia, lo que obstaculiza su acceso a los servicios de salud en IVE se relaciona con “desconocimiento generalizado en las mujeres respecto de la titularidad de los derechos, replicado en los actores del sistema de salud”⁴⁵. En efecto, muchas mujeres no comprenden la decisión judicial como un reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, desconocen el conjunto preciso de facultades que les reconoce el fallo, los requisitos que son exigidos para acceder a su derecho y las obligaciones del Estado en la materia, especialmente la de brindarles servicios de salud seguros y oportunos para la atención de la IVE o de los abortos incompletos en las instituciones del Sistema de Salud.

La desinformación, además, se acentúa en zonas rurales y pobres del país, donde las mujeres tienen escaso acceso a la información sobre sus derechos y las tradiciones sobre los roles de género prevalecen aún más que en zonas urbanas de mayor afluencia económica, lo que las disuade de buscar soluciones como el aborto legal. En efecto, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 encontró que se presenta un mayor conocimiento de las causales por parte de mujeres menores de 20 años, solteras, de zonas urbanas, con mayor nivel educativo, y en los quintiles de riqueza alto y más alto⁴⁶, lo que indica que las brechas económicas, éticas y geográficas tienen un impacto importante en la satisfacción de sus derechos. A todo esto, finalmente, se suman las distorsiones sobre los derechos sexuales y reproductivos por parte de los medios de comunicación y las fuerzas políticas, quienes informan muchas veces de forma sesgada sobre la despenalización del aborto e impiden considerar la posibilidad de acceder a un servicio seguro y oportuno de IVE⁴⁷.

iii. Exigencia de requisitos adicionales para acceder a la IVE

La sentencia C-355 de 2006, y la posterior jurisprudencia sobre IVE, ha establecido requisitos para cada una de las causales de despenalización del aborto. Así, en el caso de *peligro para la vida o la*

⁴³ LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, Un derecho para las mujeres: la despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá, 2009.

⁴⁴ PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bogotá: Ministerio de Salud, 2015. p. 41. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

⁴⁵ GUZMÁN, Diana et al, Lejos del Derecho: la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá: Ediciones Dejusticia, 2013, p. 62.

⁴⁶ PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bogotá: Ministerio de Salud, 2015. p. 41. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>

⁴⁷ GUZMÁN, Diana et al, Lejos del Derecho: la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá: Ediciones Dejusticia, 2013.

salud de la mujer, debe certificarse por parte de un médico o psicólogo⁴⁸ que existe la probabilidad de daño; sin embargo “es la mujer quien decide el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar”⁴⁹. La decisión sobre la interrupción del embarazo cuando este representa un riesgo para la vida y la salud de la mujer es trascendental para su proyecto de vida. En ese sentido, se trata de una decisión que puede adoptar únicamente ella, bajo su propio criterio y dentro del respeto de las reglas vigentes⁵⁰. En segundo lugar, para acceder a la IVE por la causal *malformaciones del feto incompatibles con la vida* es necesario un certificado médico expedido por un profesional de la salud que no debe necesariamente ser un especialista. Por último, en el caso de *violación sexual o incesto* únicamente es necesaria la copia de la denuncia⁵¹. A pesar de que la jurisprudencia subraya que estos son los únicos requisitos que deben exigirse frente a las solicitudes de IVE, en la práctica una de las barreras más perjudiciales es la exigencia de requisitos adicionales a los establecidos en la jurisprudencia constitucional. La Corte ya ha identificado este problema y, en la sentencia T-388 de 2009, declaró la importancia de evitar la exigencia de determinados requisitos, pues crean una carga adicional en las mujeres que buscan acceder a un aborto legal. Particularmente, la Corte estableció que:

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 medicina 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**⁵² (negrilla fuera de texto).

Los requisitos adicionales no solo desconocen la jurisprudencia en materia de IVE, sino que tienen efectos directamente perjudiciales; implican una demora injustificada en el proceso y, por lo tanto, su exigencia tiene efectos graves sobre la garantía del derecho. Si una mujer no puede acceder a la IVE porque los prestadores de salud o los jueces solicitan requisitos adicionales, están obligadas a llevar embarazos que atentan contra su dignidad, su autonomía y su salud. La exigencia de este tipo de requisitos puede atribuirse al desconocimiento y las interpretaciones arbitrarias sobre acceso a IVE, pero también pueden derivar de imaginarios colectivos sobre el aborto y de una fuerte oposición cultural por parte de funcionarios de salud, servidores públicos y jueces.

⁴⁸ La Corte Constitucional ha reconocido la validez de los certificados emitidos por psicólogos. Específicamente ha dicho que considera que su rechazo es un obstáculo y en este sentido está prohibido descalificar conceptos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud. Ver: CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-301 de 2016. M.P. Alejandro Linares Cantillo.

⁴⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Prevención del aborto inseguro en Colombia: Protocolo para el Sector de Salud, 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

⁵⁰ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-009 de 2009. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, Bogotá, 2016.

⁵¹ Esta determinación se hace por primera vez en la Sentencia C-355 de 2006 y se reitera en decisiones posteriores. En particular, la Sentencia T-946 de 2008 reitera que el único requisito para acceder a la IVE bajo la causal violación es la denuncia del hecho y se establece que cualquier otro requisito es una barrera en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

⁵² CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-388 de 2009. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Como lo documentan dos informes de 2009 y 2016 de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres⁵³, en el caso de mujeres embarazadas como resultado de violación sexual, se han presentado situaciones en las que, además de la copia de la denuncia penal, se les ha solicitado a las mujeres exámenes sexológicos que comprueben que efectivamente son víctimas de violación o, incluso, solicitan orden judicial o sentencia condenatoria. Asimismo, frente a la causal de malformación incompatible con la vida, muchos médicos se abstienen de certificar las malformaciones y remiten constantemente a las mujeres a distintos centros de salud y especialistas, lo que hace que el tiempo del embarazo continúe prolongándose⁵⁴. Situación similar pasan las 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 que su condición sea valorada y certificada por un especialista o por una junta médica; las EPS también suelen exigir que los especialistas sean médicos adscritos a ellas y que las valoraciones sean realizadas por sus propias IPS⁵⁵. Estos requerimientos adicionales imponen a las mujeres barreras al acceso a la IVE y demoran la oportuna realización del procedimiento. En consecuencia, la imposición arbitraria de requisitos no contemplados en la jurisprudencia constitucional implica una vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres y, en ocasiones, desemboca en la negación total del ejercicio del derecho a abortar de manera legal, segura y oportuna.

3.2.2. Obstáculos relacionados con las fallas en la prestación del servicio

En un estudio realizado por Dejusticia durante 2013⁵⁶ se indagó por las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a la IVE en el Sistema de Salud. Allí se encontró que el acceso está limitado por problemas que tradicionalmente han aquejado a este sector, tales como el número insuficiente de puestos de salud, hospitales y clínicas; las dificultades de acceso desde zonas alejadas del país; las diferencias entre la atención brindada a las personas afiliadas al régimen subsidiado, las afiliadas al régimen contributivo y quienes pueden acceder a medicina prepagada o planes complementarios; los elevados costos de los medicamentos, entre otros. Sin embargo, otro de los hallazgos fue que acceder a la IVE implica obstáculos adicionales que no enfrentan usualmente los usuarios de servicios de salud. Por un lado, se identificaron obstáculos relacionados con los numerosos prejuicios, opiniones y conceptos que expresan las personas, médicos e instituciones que están cerca de una mujer a lo largo del proceso de decisión, acceso y práctica de la IVE, los cuales terminan por restarle libertad y autonomía. Por otro lado, se descubrió que, para obtener servicios de IVE, deben superarse también los obstáculos relativos a la ausencia de modelos, regulaciones y normas que guíen a los operadores de forma precisa en la atención de las mujeres que buscan este tipo de servicios.

En esta subsección profundizamos en dos obstáculos que están relacionados con las fallas en la prestación del servicio por parte de médicos, funcionarios del sistema de salud, entidades

⁵³ LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, Un derecho para las mujeres: la despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá, 2009; LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, (Bogotá, 2016).

⁵⁴ DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013.

⁵⁵ LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, Bogotá, 2016, p. 28.

⁵⁶ GUZMÁN, Diana et al, Lejos del Derecho: la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá: Ediciones Dejusticia, 2013.

prestadoras de salud, clínicas, centros de salud y hospitales: (i) disponibilidad de servicios, centros médicos y profesionales capacitados; y (ii) ejercicio inadecuado de la objeción de conciencia por parte de médicos e instituciones prestadoras de salud.

i. Disponibilidad de servicios seguros, centros médicos y profesionales capacitados

La Organización Mundial de la Salud (en adelante: OMS) ha reiterado que los métodos recomendados para realizar abortos en etapas tempranas de la gestación son el misoprostol y la mifepristona⁵⁷. Sin embargo, solo hasta octubre de 2012 (más de seis años después de la sentencia C-355 de 2006), fue incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS) el misoprostol y hasta 2017 fue aprobada por el INVIMA la mifepristona. Estos dos medicamentos son métodos seguros que garantizan una IVE oportuna y sin complicaciones, son los menos invasivos y también los menos costosos para el sistema de salud. Además, son métodos que no requieren ser ordenados por un médico especialista, por lo que la inclusión de estos medicamentos también cerraría la brecha de desigualdad en el acceso al servicio⁵⁸. Aún así, un estudio de 2014 realizado por el Guttmacher Institute muestra que en Colombia el método predilecto de los médicos para la realización del aborto legal es la dilatación y el curetaje (también conocido como ‘legrado’), un método anticuado, no recomendado por la OMS⁵⁹ y que exige la aplicación de anestesia general, hospitalización y otro tipo de demoras:

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 AMEU⁶⁰.

En la misma línea, la **oferta institucional es precaria a nivel nacional**. En el informe *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias*, publicado por el Instituto Guttmacher en 2011, se muestran los resultados de 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% de las instituciones en el país proveían servicios de IVE. 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%) y la falta de personal capacitado (13%)⁶¹. Los resultados también muestran que hay discordancias regionales en la prestación del

⁵⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1

⁵⁸ Annika Dalén, *La despenalización parcial del aborto en Colombia*, (Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013), p. 20

⁵⁹ GUZMÁN, Diana et al, *Lejos del Derecho: la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Bogotá: Ediciones Dejusticia, 2013.

⁶⁰ PRADA, Elena et al, El costo de la atención posaborto y del aborto legal en Colombia *En: Perspectivas internacionales en salud sexual y reproductiva (número especial)*, 2014. p. 4.

⁶¹ PRADA, Elena et al., *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011

servicio: en Bogotá el 23% de las instituciones ofrecían el servicio, mientras que en la Costa Atlántica solo el 8% cumplían con este deber⁶². Es decir, “una primera dificultad que deben enfrentar las mujeres es establecer a qué centro médico o IPS deben dirigirse, debido a que no existe claridad sobre el número y la ubicación de instituciones del SGSSS a las que pueden acudir para acceder a la IVE”⁶³.

Según expertos entrevistados por Dejusticia para el estudio *Lejos del Derecho: la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, “la reducida oferta institucional obedece a la creencia generalizada según la cual todo tipo de solicitud de IVE debe remitirse a IPS que presten servicios de alta complejidad (o niveles III y IV) [...] Esta práctica habitual es infundada, pues algunos servicios de IVE pueden prestarse en los niveles bajos e intermedios de complejidad”⁶⁴. La ausencia de información precisa sobre la habilitación de las IPS para la prestación de servicios seguros de IVE favorece la continuación de las prácticas más complejas y delicadas, sin consideración de otras más sencillas pero igualmente efectivas. Esto se convierte en una “barrera actual de acceso a los servicios ya que no en todas las ciudades o municipios funcionan IPS de alta complejidad, y no todas las mujeres tienen la capacidad económica para desplazarse a recibir este tipo de tratamientos médicos”⁶⁵. Así, una mujer que vive en zonas apartadas del país con una oferta precaria de servicios de salud debe viajar largos trayectos para someterse al procedimiento de IVE en las ciudades principales de las regiones. Estos traslados implican costos de tiempo y dinero que muchas mujeres no pueden cubrir, lo que las obliga a continuar indefinidamente con sus embarazos por la ausencia de servicios adecuados en sus regiones.

Otro factor que contribuye a la existencia de una oferta institucional reducida se relaciona con el **bajo número de profesionales de la salud disponibles** y capacitados para prestar servicios de IVE. Frente a este tema, es necesario recordar que desde la sentencia C-355 de 2006 se estableció para las EPS la obligación de contar en su red con prestadores capacitados para la realización del aborto en las condiciones delineadas en la jurisprudencia. Asimismo, en la sentencia T-209 de 2008 la Corte fue clara en señalar que las EPS “deben tener de antemano claro, y definida la lista correspondiente, que profesionales de la salud y en que IPS se encuentran, están habilitados para practicar el procedimiento de IVE, a fin de que el transcurso del tiempo no haga ineficaces los derechos fundamentales de las mujeres”. Sin embargo, en la práctica, la realidad parece ser distinta. Las personas expertas entrevistadas por Dejusticia resaltaron que

[...] existen eventos en los que muchos profesionales de la salud no se atreven a practicar o a ordenar servicios de IVE porque **carecen de la formación académica suficiente en los procedimientos modernos para llevarlos a cabo, en el contenido de las causales despenalizadas, y sobre todo en la perspectiva adecuada para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer**⁶⁶.

Las facultades y escuelas de Medicina en Colombia, así como los centros médicos, son las principales responsables de la oferta reducida de profesionales que practican la IVE. A la fecha,

⁶² Ibid.

⁶³ GUZMÁN, Diana et al, *Lejos del Derecho: la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Bogotá: Ediciones Dejusticia, 2013. p. 70.

⁶⁴ Ibid. p. 41.

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid.

muy pocas facultades de Medicina se han comprometido con la enseñanza de procedimientos y métodos para realizar abortos y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esta ausencia de información y capacitación se ha traducido en una doble barrera para las mujeres que buscan acceder a la IVE. Por un lado, se genera una reducción en la oferta de servicios de IVE, pues muy pocos profesionales están en capacidad o disposición de practicar los procedimientos necesarios. Por otro lado, la falta de educación y formación distorsiona el entendimiento del derecho a la objeción de conciencia, “pues algunos médicos deciden declararse como objetores de conciencia para no prestar los servicios de salud requeridos, pese a que no entienden en qué consiste esta figura”⁶⁷.

ii. Ejercicio inadecuado de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia es un derecho fundamental que debe ser garantizado⁶⁸; no obstante, debe limitarse cuando su ejercicio afecta los derechos de las mujeres que están legitimadas para acceder a la IVE. La Corte Constitucional ha determinado que el debido ejercicio de la objeción de conciencia implica, al menos, los siguientes parámetros⁶⁹: (i) no puede ejercerse de manera absoluta; (ii) solo el personal médico cuya función implique la participación directa en la intervención conducente a interrumpir el embarazo puede manifestar objeción de conciencia; por el contrario, esta es una posibilidad inexistente para el personal administrativo, el personal médico que realice únicamente labores preparatorias y el personal médico que participe en la fase de recuperación de la paciente; (iii) debe manifestarse por escrito y debe contener las razones que impiden al funcionario llevar a cabo la interrupción del embarazo; (iv) debe limitarse el ejercicio de la objeción de conciencia cuando su ejercicio imponga una carga desproporcionada a las mujeres legitimadas para acceder a la IVE; (v) las personas jurídicas no son titulares de la objeción de conciencia; por lo tanto, la objeción de conciencia *institucional* no está permitida y, si existe un médico objetor de conciencia en una institución, esta debe garantizar en todo caso el acceso legal a la IVE; (vi) las autoridades judiciales no pueden excusarse en la objeción de conciencia para dejar de cumplir una regla constitucional.

Sin embargo, en la práctica, estas premisas no se cumplen a cabalidad, lo que genera una nueva barrera para la garantía de los derechos de mujeres, niñas y adolescentes. En otras palabras, aunque la objeción de conciencia es un derecho reconocido, puede tornarse en un obstáculo cuando su ejercicio es indebido, institucional y fuera de las normas y reglas que la regulan. Según diferentes estudios, se han presentado casos de objeción de conciencia *informales* (oralmente, sin fundamentación), *colectivos* (a través, por ejemplo, de planillas con firmas múltiples) o *institucionales* (de parte de hospitales como institución y no del médico como individuo)⁷⁰. Estas discrepancias entre la norma y la práctica aumentan las barreras para las mujeres a la hora de acceder a IVE legal, segura y oportuna. Cuando los médicos y centros de salud no están dispuestos a prestar el servicio de IVE, las mujeres deben enfrentar dilaciones en el acceso a este

⁶⁷ GUZMÁN, Diana et al, *Lejos del Derecho: la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Bogotá: Ediciones Dejusticia, 2013, p. 41.

⁶⁸ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-209 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

⁶⁹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-388 de 2009. M.P. Humberto Sierra Porto.

⁷⁰ *Ver*: MOLONEY, Anastasia, *Unsafe abortions common in Colombia despite law change*. *En*: The Lancet, 2007, p. 373; LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, *Un derecho para las mujeres: la despenalización parcial del aborto en Colombia*, Bogotá, 2009; LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*, Bogotá, 2016.

procedimiento, pues deben buscar profesionales que no se escuden inconstitucionalmente bajo la objeción de conciencia.

3.2.3. Obstáculos relacionados con concepciones culturales sobre la IVE

En la sentencia T-388 de 2009, la Corte Constitucional subrayó que “ni las mujeres que optan por interrumpir voluntariamente su embarazo bajo las hipótesis previstas en la sentencia C-355 de 2006, ni quienes atienden su solicitud, pueden ser víctimas de discriminación o de prácticas que limiten de alguna forma o impidan su acceso al lugar de trabajo o a centros educativos o su afiliación al sistema general de salud o riesgos profesionales”⁷¹. Con esto, la Corte prohíbe la estigmatización de quienes acceden y practican la IVE, en el entendido de que se trata de una facultad orientada a la satisfacción de los derechos de las mujeres. Sin embargo, muchas mujeres y prestadores de salud deben enfrentar señalamientos debido a la arraigada oposición cultural contra el aborto.

La mayoría de obstáculos que hemos descrito están marcados por los prejuicios y estigmas que muchos prestadores de salud e instituciones guardan en torno a la IVE. No ha sido suficiente que Colombia haya ajustado su marco jurídico a los estándares internacionales de derechos humanos para que el acceso a la IVE se garantice de forma efectiva, pues aún persisten imaginarios que la condenan incluso en las situaciones más extremas, como las tres que despenalizó la Corte Constitucional en la sentencia C-355 de 2006. Las barreras de acceso a la IVE oportuna “proviene en gran parte de patrones culturales profundamente arraigados en Colombia, donde aún persisten estructuras patriarcales que encasillan a mujeres y hombres en diferentes roles y posiciones sociales y de poder”⁷². La maternidad juega un papel importante como deber y principal fuente de realización personal en el rol social asignado culturalmente a las mujeres, así que la interrupción del embarazo ha sido estigmatizada como un acto reprochable⁷³.

Como resultado de estos sesgos culturales, “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”⁷⁴. El silencio alrededor del aborto crea la idea de que este es una experiencia excepcional y un fenómeno marginal, e impide a terceras personas apoyar públicamente a las mujeres que abortan, lo que a su vez sostiene el estereotipo negativo⁷⁵. En un nivel más práctico, la estigmatización se convierte en discriminación directa y se refleja, por ejemplo, en la negación de servicios médicos adecuados, abusos verbales o físicos, escarnio público, servicios de mala calidad, entre otros⁷⁶.

Por esta razón, las decisiones de muchas mujeres están mediadas por los juicios y percepciones negativas sobre el aborto. Como lo mencionaron diferentes expertos y médicos entrevistados en el estudio de Dejusticia, “las mujeres desisten de la idea de exteriorizar su intención de interrumpir el embarazo, pese a considerar que pueden hacerlo dentro de las causales admitidas, cuando advierten

⁷¹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-388 de 2009. M.P. Humberto Sierra Porto.

⁷² DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013. p. 28

⁷³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 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, 2007.

⁷⁴ DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013. p. 20

⁷⁵ Ibid

⁷⁶ Ibid.

que la IVE sigue siendo una práctica públicamente censurada por varios sectores de la sociedad, e incluso por los familiares cercanos y las parejas sentimentales”⁷⁷. Si bien las redes sociales pueden brindar apoyo a la mujer que decide acceder a la IVE, en muchos casos la familia se convierte en una barrera, ya que aconseja o prohíbe a la mujer acudir a su EPS para solicitar una IVE: “El carácter patriarcal de estas apreciaciones se hace evidente en que quien opina con mayor frecuencia para oponerse a que se solicite un servicio de IVE es “el compañero de la mujer”⁷⁸. Las concepciones culturales, entonces, se convierten en una barrera de acceso en dos niveles. Primero, cuando inciden en la decisión de los prestadores de salud sobre practicar o no un procedimiento de IVE; segundo, cuando disuaden a las mujeres de buscar información, de realizar los trámites para cumplir con los requisitos exigidos legalmente e, incluso, de tomar la decisión de acceder a la IVE.

4. SUMAR UN LÍMITE DE SEMANAS AL MODELO DE CAUSALES EN EL CONTEXTO COLOMBIANO ACENTÚA LOS OBSTÁCULOS EXISTENTES EN EL ACCESO A LA IVE, LO QUE HACE INVIABLE SU GARANTÍA, IMPONE UNA CARGA DESPROPORCIONAL EN LAS MUJERES Y LAS SOMETE A VIVIR TRATOS CRUELES, INHUMANOS Y DEGRADANTES

Como lo mencionamos en la sección anterior, en Colombia existe una discordancia entre el reconocimiento y el ejercicio del derecho a la IVE. Los distintos obstáculos de acceso tienen una consecuencia común: generan una dilación en la garantía del derecho y evitan que las mujeres puedan recurrir a la IVE dentro de las primeras semanas. Es decir, las mujeres usualmente acceden a la IVE ‘tarde’ (en el segundo y tercer trimestre) porque los obstáculos en la prestación del servicio las obligan a hacerlo. Por tal razón, en esta sección señalamos que *enmarcar la garantía de la IVE en términos de semanas es inconveniente porque desconoce el paso del tiempo que generan los obstáculos y crea una barrera adicional*. Si las mujeres no pueden acceder al servicio por cuestiones ajenas a su voluntad y, adicionalmente, se impone una barrera temporal de acceso, no pueden satisfacer su derecho a la IVE en las tres causales que la Corte Constitucional ha avalado. Como consecuencia de los distintos impedimentos y barreras que ya explicamos, las mujeres legalmente facultadas para acceder a la IVE tendrían que llevar a término su embarazo o acceder a abortos clandestinos que atentan contra sus vidas; en palabras de la Corte, esto supondría “una injerencia desproporcionada e irrazonable en la libertad y dignidad de la mujer”⁷⁹ y, por lo tanto, las sometería a “tratos crueles, inhumanos y degradantes”⁸⁰.

En esta sección proponemos dos argumentos que sostienen nuestra afirmación principal. En primer lugar, sostenemos *que imponer un límite de semanas es incompatible con el modelo de causales adoptado y avalado en Colombia*, dado que las situaciones extremas que prevén las causales en muchas ocasiones no son susceptibles de identificarse en las semanas más tempranas de gestación. Por otro lado, destacamos que *imponer un límite de semanas es inconveniente en un contexto en el que existen barreras que limitan el acceso a la IVE*. En Colombia perviven múltiples

⁷⁷ GUZMÁN, Diana et al, *Lejos del Derecho: la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Bogotá: Ediciones Dejusticia, 2013. p. 65.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-355 de 2006. M.P. Clara Inés Vargas

⁸⁰ Ibid.

barreras que no dejan a las mujeres acceder a la IVE a tiempo; al sumarse un límite temporal, la satisfacción del derecho se haría prácticamente inviable y forzaría a las mujeres a acudir a abortos clandestinos o a continuar con un embarazo riesgoso y violatorio de su autonomía y dignidad.

4.1. Imponer un límite de semanas es incompatible con el modelo de causales adoptado y avalado en Colombia

Como lo mostramos en la primera sección, Colombia ha adoptado un modelo de causales o indicaciones, cuya característica distintiva es que permite el aborto en casos excepcionales, tales como el riesgo para la vida o la salud de la mujer, las malformaciones del feto incompatibles con la vida, la violación o el incesto y, cada vez en más países, las condiciones socioeconómicas de la mujer. El fundamento del modelo de causales es que existen situaciones extremas en las que forzar a una mujer a continuar con el embarazo anularía su dignidad, su autonomía y sus derechos sexuales y reproductivos. Varias de estas situaciones pueden darse tanto en semanas tempranas como en semanas tardías de gestación, por lo que resulta poco razonable imponer límites en razón del tiempo. Por esa razón, la generalidad de los sistemas que admiten *causales de aborto legal* no lo somete a un límite temporal, especialmente cuando se trata de peligro para la vida o la salud de la madre o de malformaciones al feto. Distintas jurisdicciones a nivel global que protegen la vida desde la concepción han reconocido que existen circunstancias en las que se justifica avalar el aborto sin límites temporales. Como ya lo mencionamos, sistemas como Alemania y Estados Unidos, entre otros, consideran que el resultado de una ponderación entre los bienes jurídicos en juego conlleva la despenalización del aborto a demanda en las primeras semanas y, de manera excepcional, el resto de la gestación. Por ende, es claro que las situaciones extremas –como las despenalizadas en Colombia bajo el modelo de causales– no pueden condicionarse a un límite temporal, puesto que las condiciones para su diagnóstico pueden darse incluso en el tercer trimestre.

Así lo muestra un estudio publicado en la revista médica *Prenatal Diagnosis* en el que se documentó durante veinte años el acceso de las mujeres a abortos legales. Muchas de las pacientes evaluadas cuyo diagnóstico era malformación del feto o riesgo para la vida o la salud fueron diagnosticadas en la semana 30 de gestación⁸¹. A pesar de esto, tales mujeres habían recibido diagnósticos en las semanas 18-20 en los que no se había detectado ninguna anomalía. De igual forma, el estudio halló que “los embarazos afectados por desordenes genéticos fueron detectados significativamente más temprano que aquellos relacionados con anomalías o afectaciones estructurales que hacían inviable la vida extrauterina del feto”⁸². Como conclusión, el estudio agrega que “las razones de las demoras en el acceso al aborto legal son varias, muchas de las cuales no son previsibles o prevenibles”⁸³. En el mismo sentido, un estudio publicado en el *International Journal of Gynecology and Obstetrics* estableció que “la falta de acceso a servicios tempranos no es la única razón por la cual las mujeres abortan en el segundo o tercer trimestre; los otros factores

⁸¹ HERN, Warren M., Fetal diagnostic indications for second and third trimester outpatient pregnancy termination. *En: Prenatal Diagnosis*, 2014, 34. p. 440.

⁸² *Ibid.*

⁸³ *Ibid.*

incluyen el reconocimiento tardío del embarazo o de las complicaciones del embarazo, la pobreza, las barreras financieras y la falta de conocimiento sobre la regulación del aborto, entre otras”⁸⁴.

En Colombia, por ejemplo, “los casos del malformaciones del feto incompatibles con la vida no se conocen antes de la semana 12, debido a las condiciones de atención prenatal del país. De hecho, es frecuente que no se conozca antes de las semanas 16 o 18, debido al tiempo que transcurre entre las ecografías que se realizan a mujeres embarazadas”⁸⁵. Según un informe de la La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 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 gestación⁸⁶.

En conclusión, un modelo que avala causales extremas como eximentes de la penalización del aborto se convertiría en un sistema restrictivo si se imponen, además, límites de semanas para que las mujeres puedan acceder a la IVE. En tal panorama, las mujeres cuyas condiciones de salud cambien en etapas tardías del embarazo o aquellas con diagnósticos avanzados de malformación incompatible con la vida extrauterina no estarían protegidas por la ley y, por lo tanto, se desconocería la garantía de la IVE tal como la ha reconocido la Corte Constitucional.

4.2. Imponer un límite de semanas es inconveniente en un contexto en el que existen barreras que limitan el acceso a la IVE en semanas tempranas de gestación

El acceso a la IVE en Colombia está cruzado por diferentes obstáculos y barreras que no permiten que las mujeres ejerzan su derecho a tiempo. Muchos de estos obstáculos se deben a la desinformación sobre la regulación de la IVE, a la prevalencia de patrones culturales en contra del aborto legal y a la carencia de servicios médicos suficientes y profesionales capacitados. Todos estos obstáculos (explicados en detalle en la sección 3 de esta intervención) generan una serie de normas informales⁸⁷ en el acceso y la prestación del servicio de IVE. En la práctica, estas normas prevalecen sobre las normas formales que han sido establecidas por la Corte Constitucional y el bloque de constitucionalidad.

La consecuencia directa de este tipo de barreras es que implican retrasos injustificados en el acceso a la IVE, pues “el embarazo es un proceso que cuenta con un tiempo limitado dentro del cual se puede llevar a cabo la interrupción”⁸⁸. Por cada semana que corre, la intervención se vuelve más complicada y riesgosa para la mujer; en caso de realizarse una intervención tardía por cualquier razón, debe garantizarse que se llevará a cabo con las condiciones de seguridad necesarias, algo que solo puede asegurarse en centros médicos certificados y legales. Por estas razones, los atrasos

⁸⁴ BAUM, Sarah et al., Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second-trimester abortion, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2015, 131. p. 288.

⁸⁵ DALÉN, Annika, *La despenalización parcial del aborto en Colombia*, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013, p. 20

⁸⁶ LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, *Un derecho para las mujeres: la despenalización parcial del aborto en Colombia*, Bogotá, 2009.

⁸⁷ Ver: BERGALLO, Paola, *La lucha contra las normas informales que regulaban el aborto en Argentina*. En: *El aborto en el Derecho Transnacional: Casos y Controversias* México DF: Fondo de Cultura Económica, 2016.

⁸⁸ DALÉN, Annika, *La despenalización parcial del aborto en Colombia*, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013, p. 30

causados por obstáculos para el acceso a la interrupción del embarazo vulneran los derechos de las mujeres y, usualmente, dichos atrasos se traducen en una imposibilidad de ejercer el derecho. Hay casos en los que el panorama es incluso peor. Las mujeres que no pueden acceder a la IVE, incluso de forma tardía, están expuestas a escoger entre dos opciones: (i) acceder a un aborto clandestino que no les proporciona seguridad e incluso puede ser mortal; o (ii) continuar con un embarazo que amenaza su vida o su salud, que es inviable, o que es resultado de previas victimizaciones, como lo son la violación y el incesto. Las barreras de acceso truncan la autonomía de las mujeres; por esa razón, las instituciones del Estado, los prestadores de salud y los jueces están en la obligación de considerar la vulneración de los derechos fundamentales que actualmente sufren las mujeres debido a los obstáculos institucionales y culturales que enfrentan.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ilustra de manera adecuada el problema de los obstáculos en el acceso a la IVE. Hasta 2015, la Corte había fallado seis casos en los que, debido a barreras en la prestación del servicio, las mujeres tuvieron que acceder a abortos clandestinos o continuar con el embarazo. Por esta razón, la Corte declaró que el daño estaba consumado, pues la decisión judicial no tenía la potencialidad de remediar el agravio causado por los prestadores de salud. En la sentencia T-946 de 2008, la Corte estudió el caso de una mujer con discapacidad cognitiva que quedó embarazada debido a un acceso carnal violento. Los jueces de primera y segunda instancia manifestaron que la accionante no se encontraba inmersa en ninguna de las tres causales y que se encontraba en una etapa avanzada de gestación. Bajo estos argumentos negaron la protección solicitada. En sede de revisión, la Corte señaló que tanto la EPS como los jueces de primera y segunda instancia vulneraron el derecho fundamental a la IVE, en cuanto impusieron requisitos adicionales y desconocieron la jurisprudencia constitucional en materia de aborto legal.

En 2016, la Corte Constitucional estudió un caso de una mujer embarazada cuyo diagnóstico de malformación incompatible con la vida se dio a las 27 semanas. La mujer solicitó la IVE a su EPS, pero esta no contestó la solicitud de la accionante. Posteriormente, se dirigió a la Sala de Urgencias del Hospital San José, donde negaron la IVE debido a “limitantes técnicas para realizar el procedimiento”. Como producto de las demoras y las barreras que tuvo que enfrentar, la accionante presentó una tutela para proteger sus derechos fundamentales. Este caso ilustra las dos condiciones que hacen inconveniente la imposición de un límite temporal a la IVE. En primer lugar, visibiliza el caso de una mujer cuyo diagnóstico se produjo en una semana avanzada de embarazo (semana 27). Y, en segundo lugar, muestra de qué forma este diagnóstico tardío se ve acentuado por las diferentes barreras de acceso impuestas por los prestadores de salud.

Al revisar este caso, la Corte reiteró que “la jurisprudencia en vigor no impone límites a la edad gestacional para la realización del procedimiento de aborto, siendo esta una circunstancia que deben prever las EPS, y por lo mismo, **es su deber contar en su red con prestadores capacitados para la realización del procedimiento en cualquiera de las etapas del embarazo**”⁸⁹ (negrilla fuera de texto). De la misma forma, la Corte sostuvo que el hecho de que la accionante estuviera en una etapa avanzada del embarazo y que uno de los prestadores de la red no estuviera en capacidad de realizar el procedimiento requerido, “no es excusa válida para relevar a la entidad de su deber de realizar el procedimiento cuando se reúnan los requisitos de la sentencia C-355 de 2006, así como

⁸⁹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-301 de 2016. M.P. Alejandro Linares Cantillo.

tampoco de tener previamente identificados los prestadores para atender abortos en etapas iniciales o tempranas del embarazo, y **también en etapas avanzadas, teniendo en cuenta los protocolos adecuados científicamente a cada uno de los escenarios**⁹⁰ (negrilla fuera de texto). Esta regla ya había sido reiterada en la sentencia T-585 de 2010, en la que Corte señaló que, “en ausencia de una norma legal que establezca una restricción o límite de tiempo para las causales de aborto despenalizadas, no se pueden imponer entonces obstáculos o barreras para la práctica de las mismas”. Por lo tanto, es evidente que la Corte Constitucional ha reconocido que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas y adolescentes no deben limitarse en razón del tiempo, pues ya existen suficientes barreras a las que deben enfrentarse para acceder a la IVE.

En consecuencia, sumar restricciones temporales a las barreras ya existentes genera una nueva carga para las mujeres. Actualmente, muchas de ellas están expuestas a la dilación del tiempo que causan los obstáculos que deben enfrentar. Debido a las fallas estructurales en la prestación del servicio, la IVE se practica tarde o no se practica; por lo tanto, imponer un límite de semanas sería desconocer el contexto colombiano y las múltiples barreras que confluyen en el acceso al aborto legal. Mezclar restricciones de plazo con un sistema de causales en el contexto colombiano tendría un efecto letal sobre el derecho a la IVE de las mujeres: un gran número de mujeres que busquen acceder a un aborto cuando su vida o su salud estén en peligro, cuando el feto tenga malformaciones incompatibles con la vida o cuando el embarazo sea producto de violación o incesto, tendrían que acudirán a un aborto clandestino que pondría en riesgo sus vidas o estarían obligadas a llevar a término un embarazo que atenta contra sus derechos fundamentales.

Obligar a las mujeres a llevar embarazos en las tres causales que están despenalizadas, o alternativamente someterlas a abortos clandestinos, es desconocer su voluntad y desconocer la jurisprudencia de la Corte Constitucional y los estándares internacionales de derechos humanos. Al añadir barreras temporales a barreras institucionales y culturales ya existentes se haría inviable el acceso a la IVE, lo que en la práctica se asimilaría, en la mayoría de los casos, a una penalización *de facto* del aborto. En estos casos, las mujeres estarían sufriendo lo que la Corte Constitucional identificó en la sentencia C-355 de 2006 como daños asociados a la penalización del aborto en causales extremas. Por lo tanto, desconocer el contexto colombiano y agregar límites temporales al aborto solo causaría que las mujeres sufrieran cargas desproporcionales y tratos crueles, inhumanos y degradantes contra su dignidad y autonomía.

5. CONCLUSIÓN Y SOLICITUDES

Aunque no nos referimos explícitamente al caso concreto, en esta intervención mostramos tres argumentos que, en nuestra consideración, pueden ser útiles para que la Corte Constitucional tome una decisión en el caso que la ocupa actualmente. A nuestro juicio, y después de formular previamente los argumentos que creemos relevantes, la Corte debe confirmar la sentencia de primera instancia, la cual ordenó la protección de los derechos de la accionante contra COMPENSAR EPS. La accionante tuvo que sufrir la existencia de distintos obstáculos que la obligaron a continuar indefinidamente con un embarazo que, según un primer diagnóstico, se adecuaba a las causales de despenalización del aborto en Colombia. Por esta razón, solicitamos a la

⁹⁰ Ibid.

Corte Constitucional que **confirme la decisión del juez de primera instancia en la que se protegió el derecho fundamental a la IVE.**

6. ANEXOS

Adjuntamos en formato digital los siguientes anexos en caso de que el despacho decida profundizar en los argumentos presentados en esta intervención:

1. Libro *Lejos del Derecho: La Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Sistema de Seguridad Social en Salud* (publicado por Dejusticia)
2. Libro *La implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia* (publicado por Dejusticia)
3. Libro *Los remedios que da el derecho: el papel del juez constitucional cuando la interrupción del embarazo no se garantiza* (publicado por Dejusticia)

Atentamente,

César Rodríguez Garavito
CC.79.555.322 de Bogotá

Nina Chaparro González
CC. 1.010.168.351 de Bogotá

María Ximena Dávila Contreras
CC. 1.019.093.561

Mauricio Albarracín Caballero
CC. 91.514.122 de Bucaramanga