

Bogotá D.C., 31 de enero de 2020

Honorable magistrado

**ALEJANDRO LINARES CANTILLO**

Corte Constitucional

E.S.D

**Referencia:** Concepto técnico dentro del proceso de constitucionalidad contra el artículo 122 del Código penal (D-13255) sobre las barreras para la garantía plena del derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Nina Chaparro González, María Ximena Dávila Contreras, investigadoras de la línea de género, y Mauricio Albarracín Caballero y Sindy Castro Herrera, subdirector e investigadora del área de litigio, todas nosotras integrantes del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia), identificadas como aparece al pie de nuestras firmas y actuando como ciudadanas, presentamos la siguiente intervención ciudadana en el marco del proceso de constitucionalidad de la referencia. Este concepto se presenta enmarcado en la información solicitada por la Corte en el auto de fecha 17 de enero de 2020 relacionada con una demanda de inconstitucionalidad contra el delito de aborto contenido en el artículo 122 del Código Penal.

Dejusticia es un centro de investigación sociojurídica dedicado a la promoción de los derechos humanos en Colombia y América Latina, a la garantía del interés público y al fortalecimiento del Estado de Derecho. A lo largo de catorce años hemos realizado acciones de investigación, litigio e incidencia en la línea de género con el fin de garantizar el goce efectivo de los derechos de las mujeres y de personas LGBTI, contribuyendo además a combatir la discriminación contra estos grupos. Dentro de la línea de trabajo de género, trabajamos en la promoción de los derechos de las mujeres, en particular los derechos sexuales y reproductivos, como el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE). En virtud de lo anterior, es tanto del interés como de la experticia de Dejusticia presentar concepto técnico en el proceso de la referencia, y en este sentido, respetuosamente solicitamos que los datos y argumentos que presentaremos a continuación sean tenidos en cuenta dentro del análisis del caso constitucional.

En el auto del 17 de enero de 2020, dentro del proceso D-13255, la Corte solicitó a distintas organizaciones de la sociedad civil, expertas y entidades públicas brindar información sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Así, en el marco de la demanda de constitucionalidad contra el artículo 122 del Código Penal, la Corte preguntó sobre los resultados históricos de persecución del delito de aborto, las razones de política criminal que justifican su penalización, los estándares de derecho nacional e internacional que protegen el derecho a la IVE, el porcentaje de EPS e IPS que prestan este servicio y los obstáculos que las personas gestantes enfrentan para interrumpir sus embarazos dentro de las causales despenalizadas, entre otros.

En ese contexto, y considerando las preguntas de la Corte, en este concepto técnico demostramos que **las barreras de acceso a la IVE constituyen violaciones de los derechos reproductivos de las mujeres, en particular, del derecho fundamental a la IVE. Por esta razón, es necesario que la Corte avance en la despenalización del aborto en nuevas circunstancias como lo sería un modelo de plazos que garantiza mejor los derechos de las mujeres tal y como se viven en el contexto actual. El modelo actual que data de hace catorce años, consistente en la despenalización por causales, es insuficiente para eliminar los obstáculos que tienen las mujeres para la garantía plena de la IVE. Esta violación de derechos afecta principalmente a las mujeres rurales y en general aquellas más pobres y vulnerables.** Para sustentar este argumento, la intervención estará dividida en cinco partes. En la primera, presentamos una síntesis del argumento. En la segunda, hacemos una caracterización de los modelos de regulación del aborto a nivel mundial, con el fin de mostrar la tendencia de protección de los derechos de la mujer con la despenalización y liberación del aborto. En la tercera, presentamos evidencia empírica de la distancia que existe entre los estándares de protección de la IVE que ha determinado la Corte Constitucional y el ejercicio de este derecho en la vida cotidiana de las mujeres. Para esto, haremos una síntesis de las principales barreras que enfrentan las mujeres que buscan interrumpir su embarazo. De esta manera demostraremos que el sistema de causales se ha tornado insuficiente para garantizar plenamente los derechos reproductivos de las mujeres. De esta manera, el Estado no está cumpliendo con su obligación de garantizar los derechos de las mujeres sin discriminación, tal y como lo ordena los artículos 2 y 5 de la Constitución Política. En la cuarta, presentamos las conclusiones de la intervención. Y, por último, en la quinta parte solicitamos a la Corte Constitucional que garantice el derecho fundamental a la IVE y, por tanto, que considere adoptar un modelo de plazos en el asunto constitucional de discusión.

## **1. SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN**

En esta intervención sostenemos que en Colombia las mujeres enfrentan múltiples barreras para acceder a la IVE, lo cual ha provocado una sistemática vulneración de sus derechos reproductivos. Aunque la IVE se despenalizó parcialmente en 2006 a partir de un sistema de causales, este sistema ha resultado insuficiente para garantizar los derechos fundamentales de las

mujeres. Por lo tanto, afirmamos que el Estado debe adoptar un modelo de despenalización por plazos, pues es el que logra enfrentar las barreras y garantizar, en mejor medida, el marco constitucional actual, en el que las mujeres tienen un derecho fundamental a la IVE y el Estado unas obligaciones correlativas de protección y garantía. La adopción de este modelo, además, está sustentada en el hecho de que, a nivel comparado, se ha comprobado que se trata del sistema más efectivo para proteger los derechos de las mujeres y, en particular, el acceso a la IVE.

Si bien reconocemos que el modelo de causales sirvió para dar los primeros pasos en el proceso de liberalización de la IVE, hay dos situaciones nuevas y estructurales que deben ser consideradas por parte del juez constitucional al estudiar nuevas hipótesis de despenalización del aborto con el fin de garantizar los derechos de las mujeres. La primera, el cambio en el parámetro constitucional que surgió después de la sentencia C-355 de 2006, en el que, en general, se reforzó el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres y, en particular, de la IVE como un derecho fundamental. La segunda, la persistencia de barreras para el acceso a la IVE, que en algunos casos derivan de la insuficiencia de un modelo de causales. Estas barreras son cruciales para comprender la situación actual de despenalización de la IVE en Colombia y deben tenerse en cuenta por parte del juez constitucional, pues constituyen una violación de los derechos fundamentales de las mujeres en el nuevo y creciente marco constitucional de protección de la IVE y de los derechos reproductivos.

Para demostrar lo anterior, en la presente intervención hacemos un análisis comparado de los modelos de despenalización y liberalización del aborto, demostrando con esto que el modelo de plazos en el más cercano al reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres. Luego, exponemos el reconocimiento que la Corte ha hecho de la IVE como un derecho fundamental y la relación entre las barreras de acceso a la IVE y el modelo de causales. Con esto, argumentamos que al tiempo que se iba generando un nuevo marco constitucional de garantía de los derechos de las mujeres, la implementación del modelo de causales generó unas barreras que constituyen una nueva violación de los derechos de las mujeres que debe ser tomada en cuenta dentro del análisis de constitucionalidad. Por último, sostenemos que el modelo de plazos es el adecuado para superar los obstáculos que generó el modelo de casuales y que configuran en la actualidad una violación del marco constitucional en el que el derecho a la IVE de las mujeres tiene carácter de fundamental.

## **2. MODELOS DE REGULACIÓN DEL ABORTO: LA TENDENCIA HACIA LA LIBERALIZACIÓN**

En esta sección exponemos los modelos predominantes de regulación de la IVE en el marco internacional y regional, con el fin de caracterizar el proceso de liberalización del aborto que ha tenido lugar en las últimas décadas, y mostrar que el sistema de plazos es el modelo que mejor protege los derechos de las mujeres y personas gestantes.

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 a demanda*; 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”<sup>1</sup>.

La *penalización sin considerar excepciones de manera expresa* fue el primer modelo de regulación del aborto. Este fue aplicado por España hasta 1985, Colombia hasta 2006, Chile hasta 2017, Irlanda hasta 2018 y aún predomina en países como El Salvador y Nicaragua. Sin embargo, bajo este régimen era usual apelar al estado de necesidad para permitir un aborto en caso de peligro para la vida de la mujer, esto sucedió en Chile, Irlanda y Colombia antes de la despenalización<sup>2</sup>. 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 en razón del género<sup>3</sup>. Este organismo también ha manifestado que para proteger los derechos de las mujeres es necesario garantizar el acceso al aborto en casos en los que exista una amenaza para la vida o la salud de la mujer, incompatibilidad del feto con la vida extrauterina o cuando el embarazo sea el resultado de una violación o incesto<sup>4</sup>. De la misma forma, su jurisprudencia ha sido enfática en solicitar a diversos Estados la legalización del aborto en ciertas circunstancias extremas<sup>5</sup>. Por ese motivo, 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 de *permisos o de causales de excepción a la punibilidad*. En este se prevén 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

---

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

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

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

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

<sup>5</sup> *Ibid.*

de excepción usualmente aceptadas son el peligro para la vida de la mujer, el riesgo de su salud física y/o mental, la incompatibilidad del feto con la vida extrauterina, 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 los países de América Latina (Argentina, Chile, Ecuador, Perú, entre otros) y fue avalado en Colombia en 2006 por la Corte Constitucional en sentencia C-355 de 2006. En esta providencia, 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 aun, la Corte sostuvo que, en casos de riesgo para la vida, la salud física o mental de la mujer, violencia sexual e incompatibilidad del feto con la vida, el aborto debe encontrarse legalmente disponible.

Sin embargo, como ya lo han explicado algunas académicas latinoamericanas, se ha demostrado que el sistema de causales no ha resultado efectivo para garantizar los derechos a la salud, la autodeterminación reproductiva y la vida de las mujeres. En el libro *El aborto en América Latina* (2018) editado por Paola Bergallo, Isabel Cristina Jaramillo y Juan Marco Vaggione se explica que el modelo de causales en América Latina es una solución que, a mediano y largo plazo, resulta inviable. En particular, las autoras señalan que el modelo de causales ha generado al menos tres déficits en países de la región como Chile, Argentina y Colombia<sup>6</sup>. Primero, ha provocado un *déficit regulatorio*<sup>7</sup>. La incertidumbre sobre la naturaleza y el estatus jurídico del aborto (que oscila entre derecho y crimen) ha provocado dificultades para regular la interrupción del embarazo, ya sea por la ausencia de una regulación marco o por la desregulación o subregulación de algunos campos.

Segundo, las autoras atribuyen al sistema de causales un *déficit de información*<sup>8</sup>. Según los hallazgos del libro, los países que adoptan estos modelos tienen mayores dificultades para generar información pública, completa, sistemática y accesible sobre la prestación de servicios de interrupción del embarazo. Además, la incertidumbre regulatoria que genera el sistema de causales contribuye, a su vez, a la desinformación de médicos, pacientes y prestadores de salud. Y, tercero, las autoras sostienen que en los países que abrazan un modelo de causales existe un *déficit de desjudicialización*<sup>9</sup>. Es decir, que los estados con modelos de causales enfrentan mayores retos para garantizar el derecho a la IVE sin la intervención del sistema judicial. En efecto, se ha demostrado que, ante las recurrentes barreras del sistema de salud, las pacientes deben acudir constantemente a los jueces para poder acceder a este derecho. La judicialización de este derecho tiene efectos nocivos al menos en dos sentidos. Por un lado, sobrecarga el sistema judicial y, por

---

<sup>6</sup> BERGALLO, Paola; JARAMILLO, Isabel Cristina; VAGGIONE, Juan Marco. *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2018, p. 155-167.

<sup>7</sup> Ibid, p. 161.

<sup>8</sup> Ibid, p. 162.

<sup>9</sup> Ibid, p. 163.

otro lado, obliga a las mujeres a esperar a la decisión de un juez para poder acceder a un servicio fundamental. En consecuencia, estos déficits hacen que el sistema de causales que predomina en América Latina se vea, desde los ojos de expertos y expertas, como un sistema ineficiente en la práctica e inviable como modelo regulatorio de la región.

El tercer modelo, denominado como *modelo plazos o de aborto a demanda*<sup>10</sup> se acerca a un sistema más coherente con los derechos de las mujeres 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 los países que adoptan el modelo de plazos o aborto a demanda 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 como Uruguay, Sudáfrica, Estados Unidos, Canadá y la mayoría de los estados de Europa, entre otros, permiten el aborto a demanda durante las primeras semanas (generalmente durante el primer trimestre). Superado el plazo que determine cada sistema jurídico, solo se permite el aborto en situaciones como riesgo a la vida y a la salud de la mujer, violencia sexual o inviabilidad del feto<sup>11</sup>. Los países que adoptan este modelo, por lo tanto, se encuentran en un punto más cercano a la liberalización y cuentan, además, con regulaciones más completas y garantistas para las mujeres que buscan interrumpir su embarazo. Algunos países, como Alemania, han adoptado una variación de este modelo de plazos al que algunas autoras y juristas llaman el *modelo de asesoramiento*<sup>12</sup>. Su particularidad radica en que las mujeres deben pasar por un servicio de asesoramiento en el que un trabajador social informa de las alternativas que tienen en caso de que decidan no interrumpir su embarazo<sup>13</sup>. Sin embargo, este asesoramiento no es vinculante y la decisión final está ligada a la autonomía de la mujer. Algunos estados que han adoptado el modelo de plazos han incorporado el sistema de asesoramiento como medio para conciliar la protección de la expectativa de vida y la garantía de los derechos de la mujer.

El modelo de plazos generalmente logra superar las barreras que se enfrentan con el sistema de causales. Este sistema garantiza que las personas puedan acceder a servicios de interrupción del embarazo en las primeras semanas sin tener que mostrar requisitos para sustentar una causal y sin estar sometidas a la confusión y el déficit de información que genera el sistema de causales. A su vez, los datos muestran que cada vez más países y estados federales deciden reemplazar el modelo de causales por el modelo de plazos, debido a que el segundo garantiza plenamente los derechos

---

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

<sup>11</sup> CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS. The World’s Abortion Laws. Disponible en: <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map.pdf>

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid.

de las mujeres. En México, por ejemplo, persiste un modelo de causales en la mayoría de los estados. Sin embargo, desde 2007, la Ciudad de México se desvió de esta tendencia e implementó un modelo de plazos. Según datos del Instituto Guttmacher<sup>14</sup>, el acceso a la IVE sigue siendo limitada en la mayoría de los estados mexicanos que continúan con el modelo de causales, pero la prestación del servicio en la Ciudad de México mejoró sustancialmente desde la adopción del modelo de plazos.

Otro caso que muestra la tendencia a la liberalización es el de España. En este país, desde 1985 hasta 2010 se adoptó un modelo de causales. Sin embargo, después de enfrentar los obstáculos propios de este sistema, en 2010 se adoptó un modelo de plazos que permite acceder a la IVE de manera libre –sin causales– hasta la semana 18. Desde esta semana, las mujeres pueden solicitar la interrupción del embarazo si se encuentran dentro de determinadas causales. Así, desde hace diez años, España cuenta con un sistema similar al de sus naciones vecinas de Europa.

Finalmente, el caso de Alemania es interesante porque puede ilustrar de forma adecuada cómo el sistema de plazos, en su versión de *asesoramiento*, ha sido una solución razonable incluso para los países que reconocen la vida desde la concepción<sup>15</sup>. En este país, el Tribunal Constitucional 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 aborto<sup>16</sup>. En 1992, luego de la reunificación y después de ver los obstáculos a los que se enfrentaban las mujeres, el Tribunal aceptó que, incluso por fuera de las causales en que una mujer podía abortar en ese momento (violencia sexual, riesgo a la vida y salud de e incompatibilidad del feto), la ley podía autorizar la interrupción del embarazo, de forma libre, durante las primeras 12 semanas. 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.

<b>Modelo de penalización total (más punitivo)</b>	<b>Modelo de causales o indicaciones (punitivo medio)</b>	<b>Modelo de plazos o aborto a demanda</b>
--	---	--

<sup>14</sup> INSTITUTO GUTTMACHER. El aborto inducido en México DF. Disponible en: [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/FIB\\_IA\\_Mexico\\_sp.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/FIB_IA_Mexico_sp.pdf)

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> BERGALLO, Paola. Aborto y Justicia Reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado, *En: Revista Cuestión de Derechos*, 2011, No. 1, p. 25.

El Salvador	Argentina	Alemania
Nicaragua	Colombia	Estados Unidos
España hasta 1985	Brasil	Uruguay
Colombia hasta 2006	Ecuador	México DF
Chile hasta 2017	Perú	Francia
(entre otros)	(entre otros)	Austria
		Bélgica
		(entre otros)

**Tabla 1. Modelos de regulación del aborto. Fuente:** Bergallo (2011)

Como vimos, cada uno de estos modelos se ajusta a una lógica distinta. Por un lado, el modelo de penalización sin excepciones, por ejemplo, desconoce por completo los derechos a la autonomía reproductiva de las mujeres, lo que las obliga a llevar embarazos no planeados, no seguros y, en ocasiones, mortales. Por otro lado, el modelo de 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 desproporcionada e irracional. Sin embargo, este modelo crea problemas prácticos de implementación que se expresan en barreras, por lo que varios países han transitado a modelos menos restrictivos, como el de plazos. Y, finalmente, el modelo de plazos o aborto a demanda, que reconoce plenamente los reproductivos de las mujeres, 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*<sup>17</sup>.

La descripción de estos modelos y las lógicas que los subyacen ayudan 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.). De igual forma, la exposición de los modelos es un medio preciso para entender el espectro de criminalización en el que se ubica cada uno. Tanto el modelo de causales como el modelo de plazos o aborto a demanda son tendientes a la legalización y regulación; sin embargo, empíricamente se ha mostrado que el primero adolece de algunos déficits para garantizar el derecho a la IVE de las mujeres que el segundo puede subsanar.

<sup>17</sup> 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.

### **3. EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA IVE EN COLOMBIA: RECONOCIMIENTO Y OBSTÁCULOS DESPUÉS DE CATORCE AÑOS**

En esta sección hacemos una síntesis de la regulación y la garantía del ejercicio a la IVE en Colombia desde la sentencia C-355 de 2006. A partir de este recuento argumentamos que, si bien la jurisprudencia constitucional ha determinado que la IVE es un derecho fundamental y ha establecido estándares para su garantía, en la práctica las mujeres enfrentan barreras estructurales que vulneran sus derechos, sin que el Estado haya tomado las medidas adecuadas para enfrentar esta situación. Catorce años después de la despenalización parcial, las mujeres, en especial las que viven en sectores rurales<sup>18</sup>, sufren grandes barreras para interrumpir su embarazo, lo cual las obliga a enfrentarse a dos opciones igualmente nocivas: tener una maternidad forzada o recurrir a servicios clandestinos que ponen en peligro su salud y su vida. Por lo tanto, retomando el argumento del apartado anterior, afirmamos que debe considerarse la viabilidad del modelo de causales que actualmente rige la regulación de la IVE en Colombia y adoptar el modelo de plazos, pues este el que más se ajusta al marco constitucional actual, según el cual la IVE es un derecho fundamental y por tanto existen obligaciones correlativas que el Estado debe cumplir para su protección. Con tal propósito, esta sección estará dividida en tres partes. En la primera, exponemos de forma breve las razones para la despenalización del aborto en 2006. En la segunda, abordamos la descripción de los distintos obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a la IVE, con el fin de mostrar la brecha entre la regulación y la práctica de este derecho. Finalmente, en la tercera parte, reflexionamos sobre forma en que el modelo de causales, si bien ha sido un mecanismo de liberalización de la IVE en Colombia, es insuficiente para contrarrestar las barreras en la garantía de este derecho fundamental y está produciendo nuevas violaciones de derechos constitucionales de las mujeres.

#### **3.1 La despenalización parcial de 2006 y el reconocimiento de la IVE en Colombia**

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*

---

<sup>18</sup> CHAPARRO, Nina; DÁVILA, María Ximena; MARTÍNEZ, Margarita. Un camino truncado: derechos sexuales y reproductivos en Montes de María. Bogotá: Documentos Dejusticia, 2019.

*sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto*<sup>19</sup>.

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”*. Además, considero 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 da 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)<sup>20</sup>.

Con estos argumentos en la sentencia C-355 de 2006 se estableció 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, se abre un cambio en el marco constitucional existente respecto de los derechos reproductivos de las mujeres. En tal sentido, desde el año 2010<sup>21</sup> se 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 y, en consecuencia, que el Estado tiene una serie de obligaciones correlativas dirigidas a garantizarlo, entre estas: (i) la no intervención en los asuntos concernientes a aspectos reproductivos de las personas; (ii) 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<sup>22</sup>. A su vez, debido a las múltiples acciones de tutela que han sido presentadas para garantizar el acceso a este derecho, la Corte ha cualificado su entendimiento de este derecho y ha desarrollado una serie de estándares para su

---

<sup>19</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-355 de 2006. M.P. Clara Inés Vargas

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> La categorización de la interrupción voluntaria del embarazo como derecho fundamental autónomo ha sido reconocida en las sentencias T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-627 de 2012, C-754 de 2015, T-301 de 2016 y C-093 de 2018

<sup>22</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia SU-096 de 2018. MP José Fernando Reyes Cuartas

protección. A continuación, presentamos la lista de estándares constitucionales que la Corte ha considerado fundamentales para garantizar el derecho al IVE en Colombia.

**Tabla 2. Estándares de protección del derecho a la IVE en Colombia (construcción propia teniendo como referencia la sentencia SU-096 de 2018)**

- |        |   |
|--------|---|
| (i)    | El deber de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva.  |
| (ii)   | El deber de disponibilidad de los medios necesarios para la materialización de la IVE en todo el territorio nacional, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo.  |
| (iii)  | El derecho a la intimidad en materia reproductiva y el deber de confidencialidad de los profesionales de la salud.  |
| (iv)   | El derecho de las mujeres a decidir libre de apremios sobre la IVE, en las causales previstas en la sentencia C-355 de 2006.  |
| (v)    | La mujer gestante tiene de derecho a un diagnóstico oportuno y actual sobre el estado y condiciones de su embarazo. La prohibición de dilaciones en la práctica de la IVE: Significa que el plazo razonable para dar respuesta y llevar a cabo la IVE –si ello es médicamente posible- es de cinco (5) días calendario.   |
| (vi)   | Del certificado médico: (i) La emisión de certificado corresponde a los profesionales de la salud, quienes deberán actuar conforme los estándares éticos de su profesión. (ii) Solo será posible controvertir un certificado emitido por un médico externo si se basa en argumentos científicos y dentro de los cinco días desde la emisión del certificado. (iii) Una vez se cuenta con el certificado –que bien podrá constar en la historia clínica, valoraciones o exámenes médicos-, la EPS deberá derivar a la mujer a una IPS con capacidad técnica para efectuar el procedimiento de acuerdo con la edad gestacional. (iv) Los psicólogos son profesionales de la salud, y por ende, están en capacidad de evaluar el impacto que un embarazo tiene en la salud mental. Por lo tanto, sus dictámenes son válidos para la certificación de la IVE en los casos de peligro para la vida o la salud de la mujer. |
| (vii)  | El marco normativo no impone límites a la edad gestacional para la realización de la IVE.   |
| (viii) | Las menores de edad tienen plena autonomía para decidir sobre la IVE.   |
| (ix)   | Sobre el derecho a la objeción de conciencia: En principio, los profesionales de la medicina podrán eximirse de practicar la IVE por motivos de conciencia sí y solo sí se garantiza la prestación de este servicio en condiciones de calidad y de seguridad, sin imponer barreras ni cargas desproporcionadas a las mujeres. La objeción de conciencia se predica únicamente del personal que realiza directamente la intervención médica para interrumpir el embarazo. Esto significa que no podrá hacer uso de este derecho el personal que realiza funciones administrativas, actividades médicas preparatorias o posteriores a la intervención, o los/as   |

psicólogos que brindan atención. Las personas jurídicas no son titulares del derecho la objeción de conciencia y, por tanto, a las EPS no les es permitido oponerse a la práctica de la IVE.

### **3.2 En la práctica, la IVE en Colombia está marcada por obstáculos institucionales y culturales que vulneran los derechos reproductivos de las mujeres**

A pesar de que la jurisprudencia constitucional ha dado lineamientos claros de cómo se debe proteger el derecho fundamental a la IVE, cuyo acceso debe ser garantizado tanto por el Estado como por los prestadores de servicios médicos, en la práctica su implementación ha enfrentado una larga lista de barreras<sup>23</sup> que muestran los límites constitucionales del modelo. Estas barreras deben ser considerados como situaciones fácticas nuevas que vulneran los derechos constitucionales de las mujeres, en particular el derecho al IVE como derecho reproductivo.

Debido a las múltiples barreras que enfrentan las mujeres para acceder a la IVE, muchas de ellas deben recurrir a abortos clandestinos<sup>24</sup>. 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. Si bien es difícil encontrar cifras exactas y confiables sobre la práctica de abortos, pues aún prevalece una cultura de clandestinidad y tabú frente a este tema, las que existen muestran la poca garantía en el ejercicio del derecho y obligan a pensar en la adopción de nuevas regulaciones que resulten efectivas. Según datos del DANE, es posible calcular que la mortalidad registrada por aborto en 2010 representaba el 4,3% de todas las muertes maternas<sup>25</sup>. Estas cifras son alarmantes, pues las muertes que se registran por abortos serían evitables con acceso a servicios legales, seguros y oportunos<sup>26</sup>. 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 pobres<sup>27</sup>. 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

---

<sup>23</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencias T-208 de 2009. M.P. Clara Inés Vargas Hernández; T-585 de 2010. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto

<sup>24</sup> PRADA, Elena et al., Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.

<sup>25</sup> DANE, Defunciones maternas por grupos de edad. Año 2010, 2011.

<sup>26</sup> DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013. p. 16.

<sup>27</sup> PRADA, Elena et al., Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.

métodos más inseguros, tienen menos oferta a su disposición y usualmente tienen un restringido acceso a la información sobre IVE<sup>28</sup>.

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 IVE<sup>29</sup>. Segundo, que, debido a la falta de información, restricciones y barreras de acceso, muchas mujeres acuden a procedimientos 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 catorce 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 un trato cruel y degradante. 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”*<sup>30</sup>. 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 cuatro grupos: obstáculos relacionados con la ausencia y tergiversación de la información (3.2.1); obstáculos relacionados con las fallas en la prestación del servicio (3.2.2); obstáculos relacionados con concepciones culturales sobre la IVE (3.2.3); y obstáculos relacionados con la dispersión normativa (3.2.4).

### **3.2.1 Obstáculos relacionados con la ausencia y tergiversación de la información**

---

<sup>28</sup> Ibid. CHAPARRO, Nina; DÁVILA, María Ximena; MARTÍNEZ, Margarita. Un camino truncado: derechos sexuales y reproductivos en Montes de María. Bogotá: Documentos Dejusticia, 2019.

<sup>29</sup> DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013. p. 17.

<sup>30</sup> Ibid, p. 7.

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: desconocimiento de los alcances de la jurisprudencia vigente en materia de IVE (3.2.1.1); brechas de información en mujeres sobre reconocimiento de su derecho a la IVE (3.2.1.2); y exigencia de requisitos adicionales para acceder a la IVE (3.2.1.3).

### **3.2.1.1 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 mujeres<sup>31</sup>, 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*”<sup>32</sup>; 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<sup>33</sup>.

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 y que como consecuencia quedó en embarazo. La madre de la menor

---

<sup>31</sup> 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.

<sup>32</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-355 de 2006. M.P. Clara Inés Vargas

<sup>33</sup> “Como 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 vinculante” Ver, CHAPARRO, Nina; DALEN, Annika, Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE, Bogotá: Ediciones Dejusticia, 2015, p. 14

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”*<sup>34</sup>.

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”*<sup>35</sup>. 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”*<sup>36</sup>. 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.

De igual forma, un estudio de 2016 de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres<sup>37</sup> 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*

---

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-209 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS MUJERES, Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo Bogotá, 2016.

*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*<sup>38</sup>. 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*”<sup>39</sup>.

Tanto en los casos que ha abordado la Corte como en los casos que ha recogido 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 mujer<sup>40</sup>; que es necesario proteger la intimidad y dignidad de quienes acceden a este procedimiento<sup>41</sup>; y que solicitar requisitos adicionales está prohibido y genera la vulneración de este derecho<sup>42</sup>. 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.

### **3.2.1.2 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*”<sup>43</sup>. A raíz de tal conclusión, ordenó a varias entidades estatales diseñar e implementar “*campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos*”<sup>44</sup> para contribuir a asegurar el libre y efectivo ejercicio de estos

---

<sup>38</sup> Ibid, p. 25.

<sup>39</sup> Ibid, p. 25.

<sup>40</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-946 de 2008. M.P. Jaime Córdoba Triviño.

<sup>41</sup> Ibid.

<sup>42</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-209 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

<sup>43</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-388 de 2009. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

<sup>44</sup> 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 ejercerlos<sup>45</sup>.

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 aborto<sup>46</sup>. 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*”<sup>47</sup>. 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 alto<sup>48</sup>, 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

---

<sup>45</sup> 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.

<sup>46</sup> 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>

<sup>47</sup> 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.

<sup>48</sup> 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>

seguro y oportuno de IVE<sup>49</sup>. Asimismo, como lo mostramos en nuestra publicación *Un camino truncado: derechos sexuales y reproductivos en Montes de María*, las mujeres que viven en zonas rurales están expuestas, en mayor medida, a la desinformación de los centros de salud y a los imaginarios culturales que cierran los espacios a una educación sexual de calidad. Como se retrata en el documento, el nivel de desinformación en esta región es tal que muchas mujeres consideran la IVE, *de facto*, como una práctica ilegal<sup>50</sup>.

### 3.2.1.3 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 salud de la mujer*, debe certificarse por parte de un médico o psicólogo<sup>51</sup> 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”<sup>52</sup>. 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 vigentes<sup>53</sup>. 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 denuncia<sup>54</sup>. 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-

---

<sup>49</sup> 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.

<sup>50</sup> CHAPARRO, Nina; DÁVILA, María Ximena; MARTÍNEZ, Margarita. *Un camino truncado: derechos sexuales y reproductivos en Montes de María*. Bogotá: Documentos Dejusticia, 2019.

<sup>51</sup> 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.

<sup>52</sup> 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>

<sup>53</sup> 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.

<sup>54</sup> 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.

388 de 2009, declaró la importancia de evitar la exigencia de determinados requisitos, como 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<sup>55</sup>.

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.

Como lo documentan dos informes de 2009 y 2016 de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres<sup>56</sup>, 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 prolongándose<sup>57</sup>. 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 IPS<sup>58</sup>. 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.

---

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

56 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).

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

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

### **3.2.2 Obstáculos relacionados con las fallas en la prestación del servicio**

En un estudio realizado por Dejusticia durante 2013<sup>59</sup> 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 prestadoras de salud, clínicas, centros de salud y hospitales: disponibilidad de servicios, centros médicos y profesionales capacitados (3.2.2.1); y (ii) ejercicio inadecuado de la objeción de conciencia por parte de médicos e instituciones prestadoras de salud (3.2.2.2).

#### **3.2.2.1 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 mifepristona<sup>60</sup>. 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

---

<sup>59</sup> 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.

<sup>60</sup> 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1)

desigualdad en el acceso al servicio<sup>61</sup>. 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 OMS<sup>62</sup> 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 AMEU”<sup>63</sup>.

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%)<sup>64</sup>. Los resultados también muestran que hay discordancias regionales en la prestación del servicio: en Bogotá el 23% de las instituciones ofrecían el servicio, mientras que en la Costa Atlántica solo el 8% cumplían con este deber<sup>65</sup>. 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”<sup>66</sup>.

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

---

<sup>61</sup> Annika Dalén, *La despenalización parcial del aborto en Colombia*, (Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013), p. 20

<sup>62</sup> 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.

<sup>63</sup> 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.

<sup>64</sup> PRADA, Elena et al., *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011

<sup>65</sup> Ibid.

<sup>66</sup> 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.

*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”*<sup>67</sup>. 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*”<sup>68</sup>. 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**”*<sup>69</sup>.

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, 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

---

<sup>67</sup> Ibid. p. 41.

<sup>68</sup> Ibid.

<sup>69</sup> Ibid.

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 objetores de conciencia para no prestar los servicios de salud requeridos, pese a que no entienden en qué consiste esta figura*”<sup>70</sup>.

### 3.2.2.2 Ejercicio inadecuado de la objeción de conciencia

La objeción de conciencia es un derecho fundamental que debe ser garantizado<sup>71</sup>; 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 parámetros<sup>72</sup>: (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)<sup>73</sup>. Estas discrepancias entre la norma y la práctica aumentan las barreras para las mujeres a la hora de

---

<sup>70</sup> 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.

<sup>71</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-209 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas Hernández.

<sup>72</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-388 de 2009. M.P. Humberto Sierra Porto.

<sup>73</sup> *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.

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 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”<sup>74</sup>. 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 los 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”<sup>75</sup>. 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 reprochable<sup>76</sup>.

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”<sup>77</sup>. 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

---

<sup>74</sup> CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-388 de 2009. M.P. Humberto Sierra Porto.

<sup>75</sup> DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013. p. 28

<sup>76</sup> 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.

<sup>77</sup> DALÉN, Annika, La despenalización parcial del aborto en Colombia, Bogotá: Documentos Dejusticia, 2013. p. 20

negativo<sup>78</sup>. 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 otros<sup>79</sup>.

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 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”<sup>80</sup>. 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””<sup>81</sup>. 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.

### 3.2.4 Obstáculos relacionados con la dispersión normativa

La regulación de la IVE en Colombia se ha dado primordialmente desde la jurisprudencia y los actos administrativos. Por esa razón, los prestadores y funcionarios de salud, así como las mujeres en búsqueda de la interrupción de su embarazo encuentran dificultades en extraer las reglas que necesitan para su ejercicio particular. A diferencia de otros derechos, las normas que regulan la IVE no se encuentran en una ley, sino que están dispersas a lo largo de sentencias de la Corte Constitucional y actos administrativos de las entidades del sector salud. Como se explica en el texto *No interrumpir el derecho: facultades de la Superintendencia de Salud en materia de IVE, la dispersión normativa* genera efectos negativos en la prestación de los servicios relacionados con interrupción del embarazo.

En un reciente estudio realizado por las investigadoras Diana Guzmán y Ana Cristina González Vélez se mostró que, únicamente en el tema de IVE y seguridad materna había aproximadamente 108 cuerpos normativos (incluyendo sentencias de la Corte) dispersos a lo largo

---

<sup>78</sup> Ibid

<sup>79</sup> Ibid.

<sup>80</sup> 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.

<sup>81</sup> Ibid.

y ancho del sistema jurídico colombiano. En efecto, durante los últimos años, Colombia ha experimentado un intenso proceso de producción normativa no solo en temas de IVE sino, en general, en salud sexual y reproductiva. Sin embargo, como lo muestran las investigadoras, más normas no han significado mejor regulación e incluso el volumen normativo ha generado tensiones y contradicciones que para los prestadores de salud es difícil resolver en la práctica. Esta situación, a su vez, ha contribuido a crear entre los prestadores y funcionarios la percepción de que es cada vez más difícil conocer las medidas aplicables y por tanto tomar decisiones que respeten el marco regulatorio. Si, como ya lo mencionamos, los funcionarios no saben con exactitud el alcance de la obligatoriedad de la jurisprudencia constitucional o las tareas que deben cumplir con respecto a la IVE, la consecuencia será que, en la práctica, la prestación del servicio responderá a arbitrariedades que ya hemos mencionado: solicitud de requisitos adicionales a los que solicita la jurisprudencia, desconocimiento de sus obligaciones en la prestación de la IVE y abuso del derecho a la objeción de conciencia, entre otros.

Todo lo anterior permite demostrar que el sistema de causales actual no constituye una respuesta suficiente ante los obstáculos que aún subsisten en la garantía del derecho fundamental a la IVE.

Varios de los obstáculos reseñados en esta sección tienen causas estructurales como la incapacidad del Estado para prestar servicios de calidad en regiones rurales o la existencia de un sistema de salud fragmentado y desfinanciado. En estos casos, sin duda, la solución no parece ser otra que aumentar la capacidad y el alcance de los servicios públicos, con el fin de que más personas en más lugares puedan tener acceso a procedimientos de salud sexual y reproductiva como la IVE. Sin embargo, hay otros obstáculos que se han reproducido durante los trece años de despenalización parcial y que parecen responder, más que a aspectos de capacidad e infraestructura, a arbitrariedades y concepciones erróneas sobre el marco jurídico de la IVE. Si bien el modelo de causales adoptado en la Sentencia C-355 de 2006 fue un logro jurídico importante que dejó atrás el sistema de criminalización absoluta, los datos muestran que, trece años después, este modelo parece ser insuficiente para superar varios obstáculos que las mujeres enfrentan, especialmente aquellos que no derivan de fallas estructurales del Estado y del sistema de salud.

En particular, hay algunos ejemplos de obstáculos que, a nuestro criterio, se desprenden de las dificultades que crea un modelo exclusivamente de causales o excepciones. Como ya lo mencionamos en esta sección, uno de los mayores obstáculos tiene lugar cuando los prestadores de salud exigen requisitos adicionales a los establecidos por la Corte Constitucional y generan cargas desproporcionadas en las mujeres. Como lo sugieren algunos estudios recientes<sup>82</sup>, uno de

---

<sup>82</sup> BERGALLO, Paola; JARAMILLO, Isabel Cristina; VAGGIONE, Juan Marco. El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2018, p. 155-167.

los grandes defectos del modelo de causales es precisamente que somete la decisión de las mujeres, durante los nueve meses, a la presentación de ciertos requisitos formales que, en ocasiones, pueden resultar en grandes cargas prácticas. Veamos el caso de la violencia sexual. Según la Sentencia C-355 de 2006, las mujeres cuyo embarazo sea producto de violencia sexual o incesto deben presentar la denuncia formal de la Fiscalía para acceder a la IVE. Sin embargo, en la práctica, el reconocimiento del derecho a la IVE para las víctimas de violencia sexual puede acarrear serias dificultades. Por ejemplo, la víctima puede enfrentarse a la desidia de las autoridades, quienes pueden desestimar su denuncia o no creerle. Asimismo, su contexto familiar y personal puede servir como mecanismo disuasorio de la denuncia: puede verse amenazada por el agresor, puede enfrentarse a prohibiciones dentro de su entorno familiar o simplemente decide no hacerlo por miedo o desconocimiento de los procedimientos. De ese modo, en la vida cotidiana de las personas que deciden abortar, la denuncia parece no ser el medio más proporcional, más aún si se trata de menores de edad, personas con discapacidad o personas en estado de vulnerabilidad socioeconómica.

Este ejemplo, entonces, nos permite llegar a dos conclusiones preliminares sobre la inviabilidad del sistema de causales durante los nueve meses de gestación. Primero, que este sistema somete a las mujeres a requisitos que, aunque parezcan razonables en la ley, pueden resultar desproporcionados en la práctica. Segundo, al someter a las mujeres a mostrar un requisito para poder acceder a la IVE, este sistema abre la puerta a que los funcionarios y prestadores de salud malinterpreten las normas o se aprovechen de la dispersión normativa para exigir requisitos adicionales y así obstaculizar el acceso a un derecho fundamental.

Otro de los obstáculos que mencionamos en esta intervención es el desconocimiento del alcance de la jurisprudencia vigente sobre IVE. Un buen ejemplo para mostrar por qué un sistema exclusivo de causales reproduce este obstáculo es el caso de la causal de riesgo para la vida o la salud de las mujeres. Como lo ha manifestado la Corte Constitucional en varias decisiones, esta causal no solo protege la salud física, sino también la salud mental, psíquica y, en general, un estado pleno de bienestar. Sin embargo, algunos operadores de salud suelen interpretar de forma restrictiva esta causal y la entienden únicamente como salud física, lo que deja de lado una gran cantidad de afectaciones. El modelo de causales, de forma indirecta, perpetúa este tipo de obstáculos. Sumado al desconocimiento estructural de la normativa, este modelo permite que los funcionarios se apeguen a la noción de excepcionalidad de las causales y las interpreten según su parecer. En un modelo de plazos, en el que la IVE es de acceso libre, este tipo de obstáculos podrían encontrar solución. Al entenderse que es un procedimiento libre durante los primeros meses o semanas, los médicos y prestadores de salud no tendrían vía libre para interpretar las causales a su modo (pues no existirían) o para exigir algún tipo de requisito (pues no serían necesarios).

Así, el tiempo y los datos no fundamentan la eficacia de un modelo exclusivo de causales. Tal como lo han señalado juristas de otras latitudes<sup>83</sup>, el régimen de causales ostenta una limitación estructural que es consecuencia del reconocimiento de derechos a través de excepciones a una norma que criminaliza una conducta. A su vez, este modelo causa una suerte de inseguridad jurídica en la práctica que limita sus posibilidades como estrategia regulatoria. Es difícil garantizar una oferta segura y viable cuando, por ejemplo, quienes deben prestar el servicio temen ser denunciados penalmente porque no saben cuándo están garantizando un derecho y cuándo cometiendo un delito. Como lo menciona la profesora argentina Paola Bergallo, incluso cuando los médicos conocen el marco normativo y son los profesionales más responsables, “la mera denuncia por parte de un tercero, ante la duda honesta o la voluntad de hostigar, podría implicar un extenso proceso penal que, aunque concluyera con su absolución, habría causado costos inestimables en la reputación de quienes se habían propuesto cumplir sus mandatos ético-jurídicos para con los derechos de la mujer”<sup>84</sup>.

En síntesis, aunque el modelo de causales sugiere un proceso de liberalización gradual, las condiciones reales del servicio de salud de IVE muestran grandes desafíos en su implementación y obstáculos sistemáticos que aún no han sido superados. Por esa razón, a mediano y largo plazo se trata de un modelo inviable para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia. Un modelo alternativo, como el modelo de plazos adoptado en la mayoría de los países del Norte Global, podría ser una salida efectiva para aminorar las barreras que hoy enfrentan las mujeres. Al poder acceder libremente a la IVE durante las primeras etapas de gestación, las mujeres no estarían sometidas a la presentación de requisitos, a la solicitud de exigencias adicionales y desproporcionadas o a la interpretación errónea de las causales. Como lo mostramos en la caracterización de los obstáculos, entre más límites enfrenten las mujeres, más tiempo se dilata su espera para acceder a la interrupción del embarazo. Con un modelo de plazos, muchas barreras podrían disiparse y, así, garantizar que más mujeres pudieran acceder a la IVE en las primeras semanas y meses. Esto haría que solo en casos verdaderamente excepcionales tuvieran que acceder a este procedimiento en las etapas más tardías, en las cuales regiría, de acuerdo con los sistemas comparados, un modelo de causales.

#### **4. CONCLUSIÓN**

En esta intervención argumentamos que el sistema de despenalización de la IVE a partir de causales resulta insuficiente para garantizar plenamente los derechos de las mujeres y carece de eficacia para eliminar las barreras de acceso y garantía que enfrentan las mujeres. Aunque en la

---

<sup>83</sup> BERGALLO, Paola; JARAMILLO, Isabel Cristina; VAGGIONE, Juan Marco. El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2018, p. 155-167.

<sup>84</sup> Ibid.

jurisprudencia se ha reconocido que la IVE es un derecho fundamental, en la práctica las mujeres se enfrentan a barreras institucionales, normativas y culturales que desconocen este derecho. Estas barreras generan un total desconocimiento del actual marco constitucional sobre IVE, el cual se ha desarrollado y tecnificado gracias a los estándares desarrollados por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y ha establecido obligaciones de protección por parte del Estado. Muchas de estas barreras responden, además, a las características de un sistema de despenalización basado en la excepcionalidad y en el reconocimiento de causales que abren la puerta a la desinformación y arbitrariedad de los prestadores de salud. Por esa razón, mostramos que a nivel comparado existe una tendencia a la adopción de sistemas de despenalización por plazos, los cuales han demostrado ser más efectivos a la hora de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En ese sentido, el Estado debe cumplir con las obligaciones que el nuevo marco constitucional ha establecido respecto a la IVE. De lo contrario, estaría desconociendo los artículos 2 y 5 de la Constitución, en tanto la protección de los derechos de las mujeres estaría en déficit con respecto a la protección de los derechos del resto de la población y por tanto nos encontramos ante una situación discriminatoria. Como consecuencia de lo anterior, solicitamos a la Corte Constitucional que considere, en su decisión, la adopción de un modelo de despenalización de la IVE por plazos. Como lo muestran los casos comparados, bajo este sistema las mujeres puedan interrumpir su embarazo de forma libre hasta el primer trimestre y, durante el segundo y tercer trimestre, aplica un sistema de causales.

## **5. PETICIÓN**

- 1.** Con base en los argumentos presentados en esta intervención solicitamos a la Corte Constitucional que, al revisar la constitucionalidad del artículo 122 del Código Penal, garantice el derecho fundamental a la IVE y, por lo tanto, considere la adopción de un modelo de despenalización por plazos. Para evitar las violaciones derechos constitucionales que sufren así mujeres como resultado del delito de aborto tal y como está regulado, la Corte puede examinar una nueva situación de despenalización consistente en que las mujeres puedan solicitar la IVE durante el primer trimestre de forma libre –sin estar restringidas por causales– y, durante el segundo y tercer trimestre, puedan acceder a este derecho mediante un sistema de causales.

## **6. ANEXOS**

Adjuntamos en formato físico para el expediente y 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)
4. Libro *Un Camino Truncado: derechos sexuales y reproductivos en Montes de María* (publicado por Dejusticia)

Atentamente,

Nina Chaparro González  
Coordinadora línea de género

Mauricio Albarracín Caballero  
Subdirector

María Ximena Dávila Contreras  
Investigadora línea de género

Sindy Castro Herrera  
Investigadora área litigio