

# Reflexiones y datos sobre el aborto en Colombia\*

## *Reflections and data on abortion in Colombia*

*Ever David Mier Corpas\*\**

---

\* El presente artículo se realiza en el contexto de la Asignatura de Investigación Socio Jurídica I y II de la Universidad de Pamplona, adscrita al grupo de investigación “Instituciones Jurídico Procesales y Filosofía de la Modernidad”.

\*\* Egresado de la Universidad de Pamplona.  
Correo electrónico: emierk21@gmail.com.

## Resumen

Antes del año 2006 Colombia se debatía en un dilema social, moral y ético sobre la despenalización del aborto en pro de la mujer y aun después de aprobada jurisprudencialmente sólo en tres aspectos. El país todavía se encuentra parcializado y se escuchan voces, que sustentan sus argumentos en doctrinas que argumentan la libertad de la mujer como norma absoluta olvidándose que la persona tiene derechos desde que empieza a ser concebida. Por otro lado, hay quienes defienden o intentan demostrar que el aborto en sus tres formas es innecesario, proponiendo soluciones de diversa índole al problema, estas pueden ser alternativas morales, éticas y hasta religiosas.

El propósito de este escrito es mostrar los logros y los desaciertos de una manera muy objetiva, en la aprobación del aborto en sus tres formas establecidas por la Corte Constitucional de Colombia, los avances y las soluciones al problema.

**Palabras clave:** aborto, embarazo, terapéutico, eugenésico, clasificación.

## Abstract

Before 2006 Colombia was discussed in a social, moral and ethical dilemma on the decriminalization of abortion in favor of women and even after approved only jurisprudential three aspects. The country is still biased and voices that support their arguments doctrines argue freedom of women as absolute standard forgetting that the person has rights from the start to be conceived heard. On the other hand, there are those who defend or try to prove that abortion in its three forms is unnecessary, proposing solutions to the problem of various kinds, they can be moral, ethical and even religious alternatives.

The purpose of this paper is to show the successes and failures in a very objective manner, the approval of abortion in its three forms established by the Constitutional Court of Colombia, progress and solutions to the problem.

**Keywords:** abortion, pregnancy, therapeutic, eugenic, classification.

## Introducción

**M**etodología. Para la elaboración de este trabajo se recurrió a los **M**argumentos jurisprudenciales de la Corte Constitucional en materia de aborto, así mismo se tomaron algunos conceptos y cifras relevantes de diversos autores. Se clasificaron de forma documental confrontando las posiciones de los tratadistas con los argumentos constitucionales, de lo cual se destaca la disposición que existe en el país desde el punto de vista jurídico para abrir la brecha que permanece en torno al aborto legal, en contraste con la poca aplicación que los entes gubernamentales le vienen dando al asunto.

### 1. Concepto de aborto

Sobre el asunto, el Doctor Carlos Mario Molina Betancur (2006: 51), cita lo siguiente: “la palabra aborto procede del latín *abortus* o *aborsus*, compuestos de las palabras *ab*= mal o muerte, y de *ortus*= nacimiento, del cual se deriva *orior*, nacer”; es decir, parto anticipado, privación del nacimiento, de lo cual proviene toda la legislación de represión.

En derecho se define el aborto como la interrupción del embarazo antes de que la persona pueda desarrollar vida independiente.

Eduardo López Betancourt (citado por Caron y Riela, 2011), define el aborto como “la expulsión del producto de la concepción antes de las veinte semanas de gestación y que pese más de quinientos gramos”. Lo que suceda después de ese lapso es reconocido como “parto prematuro”.

De igual forma, el aborto, según la Organización Mundial de la Salud, OMS, (Informe Técnico No. 461), es “la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable”, médicamente, es decir, la terminación espontánea o inducida de la gestación: antes de la semana 22 o la expulsión de un feto con peso menor o igual a 500 gramos, y 25 centímetros de talla, cuando no se conoce su edad gestacional. (Penagos, 2013).

## 2. De las cifras de aborto

Si bien no se puede determinar con exactitud el número de abortos registrados tanto en el mundo como en Colombia, varias instituciones, asociaciones, como también estudios cuyo objeto es la preservación de la salud pública, han indicado que de los 41,6 millones de abortos estimados realizados a nivel mundial en 2003, cerca de 21,9 millones fueron realizados en condiciones seguras; el resto de los procedimientos, 19,7 millones, corresponde a abortos inseguros y prácticamente todos fueron realizados en países menos desarrollados y con leyes de aborto restrictivas. Las tasas promedio de aborto también son bastante similares en cuatro de las seis regiones más grandes del mundo:

- 31 por 1.000 en América Latina y el Caribe,
- 29 por 1.000 en África y Asia,
- 28 por 1.000 en Europa.
- Sólo en Europa Occidental la tasa de aborto es inferior a 15 por 1.000.
- Sólo en otras pocas regiones (Oceanía) y subregiones (Europa del Norte y del Sur) se sitúa entre 15 y 20.
- En América del Norte, la tasa es de 21 por 1.000 mujeres. (Guttmacher, 2009).

En el caso colombiano, nos dice la fundación Apóyame (2010): el 23 de agosto del 2006, en el Hospital Simón Bolívar de Bogotá, se practicó el primer aborto legal en Colombia, a una niña de 11 años víctima de violación.

De acuerdo con cifras del Ministerio de Protección Social, desde el 10 de mayo de 2006 hasta el 31 de diciembre del 2009, en Colombia se habían realizado 623 abortos legales, esto es, dentro de las tres causales despenalizadas por la Corte; 219 fueron en Bogotá. La mayoría de las interrupciones voluntarias de embarazos se han practicado a mujeres de 18 años o mayor (85%), seguido de las adolescentes entre 15 y 17 años (9%) y niñas de 14 años o menos (6%). Esta última cifra es aberrante, teniendo en cuenta que todas ellas son violaciones. (Cuidado de la mujer, 2011).

### 3. Situación de los embarazos no planeados, y su consecuente aborto inducido

Para Prada E. et al. (2011), el aborto inducido es difícil de analizar debido a su práctica clandestina y el estigma que lo rodea. Pese a que la sentencia de la Corte Constitucional promulgada en 2006 legaliza parcialmente el aborto, sólo una muy pequeña proporción del total de abortos inducidos que ocurren en Colombia son legales; aquellos que no lo son pueden significar un grave riesgo para la salud y bienestar de las mujeres.

Así mismo ha habido avance en muchos frentes:

En 2010, una alta proporción cercana al 80% de las mujeres colombianas, en algún tipo de relación, manejaba anticoncepción, incluyendo 73% que usaban métodos modernos y 6% que usaban métodos tradicionales menos efectivos.

El mayor uso de anticonceptivos es un factor esencial que subyace a las tendencias de fecundidad del país: el tamaño promedio de la familia, que ha estado disminuyendo a un ritmo constante a lo largo de las últimas dos décadas, está ahora a nivel de reemplazo (2.1 hijos por mujer). (Ídem).

Sin embargo, los embarazos y nacimientos no planeados siguen siendo frecuentes. Cada año en Colombia, se estima que hay 89 embarazos no planeados por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (i.e., los que son deseados pero no todavía o que son no deseados porque la mujer no quiere más hijos). Las tasas varían ampliamente en las cinco principales regiones del país, de 67 por 1.000 en las regiones Central y Oriental, hasta cerca del doble en Bogotá; 113 por 1.000. (Ídem)

A pesar de los grandes avances en el uso de anticonceptivos en las últimas dos décadas, la creciente motivación por tener menos hijos lleva a que durante ese período, la proporción de embarazos no planeados haya aumentado de la mitad a dos terceras partes del total de embarazos. El embarazo no planeado con frecuencia conduce a nacimientos no planeados. La proporción de nacimientos recientes que no fueron

planeados ha aumentado dramáticamente, de 36% en 1990, a 51% en 2010, con poca diferencia entre regiones en este último año. De igual forma, muchos embarazos no planeados y no deseados terminan en aborto. (Ídem).

Se estima que el 44% de los embarazos no planeados en Colombia terminan en un aborto inducido. Esto se traduce en unos 400.400 abortos inducidos cada año. En 2008, 322 (0.08%) de estos abortos fueron Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) practicadas en las instituciones de salud, dado que cumplieron con uno de los tres criterios legales. (Ídem).

El número absoluto de abortos aumentó en cerca de 40% de 1989 a 2008, en gran parte debido a que en la actualidad hay muchas más mujeres en edad reproductiva en comparación con las que había hace dos décadas. La tasa anual de aborto en el país aumentó ligeramente en ese período, llegando a 39 abortos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años en 2008, comparado con 36 por 1.000 en 1989. Las tasas de aborto presentan una amplia variación, de 18 por 1.000 en la región Oriental a 66 por 1.000 en Bogotá, lo que probablemente es un reflejo de las diferencias relacionadas con la motivación de las mujeres para evitar tener hijos no deseados. En la actualidad hay 52 abortos por cada 100 nacidos vivos, un aumento sustancial en relación con los 35 por 100 en 1989. (Ídem)

Un aborto inducido, realizado por fuera de la ley, puede ser inseguro. Se estima que una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto ilegal desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento en una institución de salud. La tasa de complicaciones en las mujeres pobres del medio rural es la más alta de todos los subgrupos (53% vs. 24-44%).

Desafortunadamente, una quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones post-aborto no reciben tratamiento alguno, y esas mujeres no tratadas son especialmente propensas a sufrir consecuencias de largo plazo. (Ídem)

De conformidad a lo anterior, cada año el sistema de salud colombiano ofrece tratamiento post-aborto a 93.000 mujeres cuyas complicaciones evitables están gastando los escasos recursos médicos. Así las cosas, en la actualidad, nueve mujeres por 1.000 reciben atención post-aborto en instituciones de salud. La tasa más alta de tratamiento —y la mayor carga de atención para el sistema de salud— ocurre en la región Pacífica, en donde cada año, 16 de cada 1.000 mujeres reciben tratamiento post-aborto. (Ídem).

Se estima que la mitad de todos los abortos en Colombia son inducidos mediante el uso del medicamento misoprostol<sup>1</sup>. El inadecuado conocimiento de los proveedores sobre protocolos basados en evidencia, así como la falta de información de las mujeres sobre cuándo y cómo usar el medicamento, pueden conducir a la tasa de complicaciones innecesariamente alta (32%), por cuanto el uso de este tipo de medicamentos en muchos casos trae como consecuencia el sangrado abundante o aborto incompleto, que hace que las mujeres busquen atención en instituciones de salud. Las mujeres que son pobres y viven en áreas rurales tienen mayor probabilidad de recurrir a parteras tradicionales o a auto-inducirse un aborto por otros medios, en lugar de usar misoprostol. En general, las tasas de complicaciones más altas del total corresponden a los abortos no inducidos por misoprostol que realizan proveedores de servicios no capacitados o la propia mujer (54-65%). (Ídem).

Las actuales tasas de aborto varían mucho por región, desde 18 abortos por 1.000 mujeres en la región Oriental, hasta 66 por 1.000 en Bogotá. (Ídem). Ver Gráfico 1:

---

<sup>1</sup> El misoprostol es un medicamento que se usa para la interrupción del embarazo ya que provoca la inducción del parto al promover las contracciones uterinas y la preparación del cuello uterino para el trabajo del parto. Ver: <http://es.wikipedia.org/wiki/Misoprostol>.

Gráfico 1



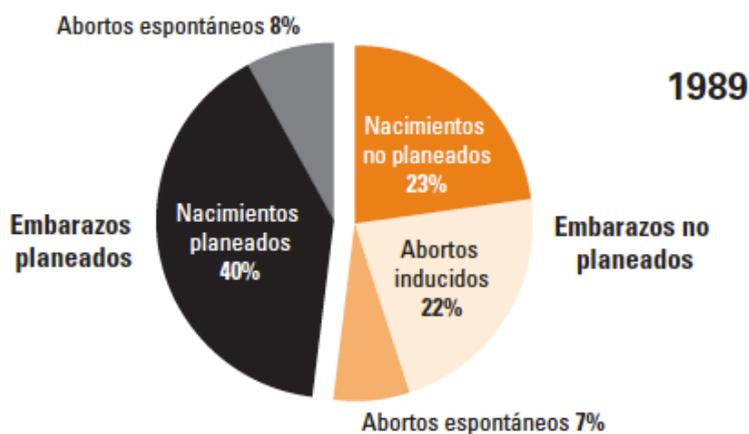
Fuente: <https://www.gutmacher.org/pubs/FB-aborto-en-Colombia.html#grafico1>

Pese a los logros en el uso de anticonceptivos a lo largo de las dos décadas anteriores, en 2008 el 67% del total de embarazos en Colombia fueron no planeados, lo que representa un aumento sustancial con respecto al 52% registrado en 1989. (Ídem). Ver gráfico 2:

Gráfico 2

## Resultados de embarazo en Colombia

En las últimas décadas, la proporción de embarazos que fueron no planeados aumentó de la mitad en 1989 a dos terceras partes en 2008.



Fuente: <https://www.guttmacher.org/pubs/FB-aborto-en-Colombia.html#grafico2>

De manera similar, la proporción total de embarazos que terminaron en aborto inducido, aumentó en una tercera parte de 1989 a 2008. Estos aumentos probablemente se deben a la creciente motivación de las mujeres para evitar los nacimientos no planeados, la cual no ha ido a la par con el uso eficaz y consistente de los métodos modernos. (Ídem).

Por otra parte, a pesar del peligro que representa para la vida y la salud, el aborto inseguro sigue siendo un recurso utilizado para terminar con embarazos no deseados por muchas mujeres, por lo que cada año fallecen en el mundo aproximadamente 47.000 mujeres por causas relacionadas con embarazo, parto o puerperio<sup>2</sup>, de las cuales el 13% fallece como resultado de abortos inseguros. Estas muertes sólo representan una fracción de la carga de enfermedad causada por el aborto inseguro; son muchas más las mujeres que sobreviven, pero la mayoría sufre de morbilidad<sup>3</sup> aguda y crónica, es decir, que además de las 70.000 mujeres que mueren por año, decenas de miles sufren consecuencias a largo plazo, incluyendo infertilidad (OMS, 2003).

#### 4. De los abortos inseguros

El 33% del total de mujeres que tienen abortos clandestinos sufren complicaciones que requieren atención médica, pero la tasa de complicaciones alcanza a ser del 53% en las mujeres pobres del medio rural. Sin embargo, aproximadamente una quinta parte del total de las mujeres con complicaciones postaborto no recibe la atención médica que requiere. De las mujeres pobres del medio rural que sufren complicaciones, casi la mitad no recibe tratamiento. (Ídem).

---

<sup>2</sup> Puerperio: *m. MED.* Período que abarca más o menos las seis semanas que siguen al parto y durante el cual el útero recupera su estado normal y se inicia la secreción láctea.

<sup>3</sup> Morbilidad: se entiende por morbilidad la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. Ver: <http://es.wikipedia.org/wiki/Morbilidad>.

La gran mayoría de instituciones prestadoras de salud (IPS) que ofrecen atención post-aborto (93%), utiliza más comúnmente la técnica de dilatación y curetaje (D&C). Sólo el 7% de las IPS usa con mayor frecuencia la aspiración manual endouterina<sup>4</sup> (AMEU), pese a que ésta es una técnica más segura, menos invasiva y menos costosa que la D&C. (Ídem).

Las tasas más altas de complicaciones se presentan en las mujeres que no recurren al misoprostol y se auto-inducen el aborto (65%) o buscan la ayuda de una partera (54%).

La tasa más alta de complicaciones a nivel regional se encuentra en la región Pacífica, un área relativamente pobre. De las mujeres de esa región que tienen un aborto, el 40% sufren complicaciones. La tasa más baja (25%) se encuentra en Bogotá, región sustancialmente más próspera. (Ídem).

Según datos ajustados de 2008, se estima que en 2012 aproximadamente 102.000 mujeres fueron tratadas por complicaciones de aborto en instituciones de salud de más alto nivel en Colombia (71% en instituciones de segundo nivel y 29% de tercer nivel).

La prestación de servicios de atención post-aborto le cuesta al sistema de salud colombiano aproximadamente \$14.4 millones de dólares al año (sólo en costos directos). (Ídem).

Pese a todo, existen soluciones a corto y largo plazo para disminuir las cifras:

Hay que trabajar en la atención pos-aborto, mejorar la cobertura, la calidad y capacitar al profesional médico en técnicas modernas como la aspiración manual endouterina. El estudio demostró que solo el 7 por

---

<sup>4</sup> La aspiración manual endouterina consiste en aspirar el contenido del útero, y puede realizarse manualmente o con la ayuda de un dispositivo eléctrico. Ver: <https://www.gire.org.mx/component/content/article?id=336:metodosquirurgicos>.

ciento de las instituciones usa esta técnica y el resto usa el legrado, que es más caro y más arriesgado. (Semana, 2011).

## 5. Despenalización del aborto en Colombia, avances jurisprudenciales

En 2006, el debate sobre el aborto en Colombia revivió, a través de una campaña integral llamada Laicia —Litigio de Alto Impacto en Colombia—: la inconstitucionalidad del aborto que llevó al fallo de la Corte Constitucional, que declaró parcialmente exequibles los artículos del Código Penal que lo criminalizaban sin excepción. El 10 de mayo de 2006, la Corte emitió la sentencia C-355/06 en el caso del litigio de la inconstitucionalidad, en un contexto de mucha polémica social. El litigio fue presentado por la abogada Mónica Roa, quien fue respaldada por la ONG Women's Link Worldwide y varias organizaciones, tanto nacionales como internacionales. La presentación de la demanda fue acompañada por una demanda que no sólo buscaba una despenalización, sino también una transformación del debate para que llegara a plantear el aborto como una problemática social. (Dalén, 2011: 9).

Ya en el pasado, se habían presentado proyectos para despenalizar el aborto: el primer intento de despenalización del aborto fue en 1975, mediante un proyecto de ley presentado por el senador Iván López Botero; el segundo intento por despenalizar el aborto bajo el código penal de 1976, fue encabezado por la representante a la Cámara Consuelo Lleras. Estos dos proyectos fueron presentados en la década de los 70, cuando nacían los grupos feministas en Colombia, pero ninguno de los dos fue aprobado. En la década de los 80, se presentaron dos nuevos proyectos de despenalización del aborto, el primero en 1987 por Eduardo Romo Rosero y el otro en 1987 por Emilio Urrea. Desde 1993 a 1997 se presentaron tres proyectos de ley que buscaron despenalizar el aborto, con novedades en salud pública y en el derecho a la libre opción a la maternidad, entendido así el aborto como un derecho sexual y reproductivo. (Dalén, 2011:15-16-18).

Finalmente, en el año 2006 surge el precedente jurisprudencial contenido en la Sentencia C-355 del 2006 sobre los derechos de la mujer a abortar libremente, considerado como la sentencia base para la despenalización del aborto pero solamente bajo tres causales o circunstancias:

- Por malformación del feto, condición de salud (discapacidad física o mental) de la mujer que se encuentra en estado de embarazo,
- Por acceso carnal violento (violación),
- Por incesto o inseminación artificial no consentida.

La jurisprudencia nacional ha seguido reiterando y ampliando los derechos de las mujeres a abortar bajo las tres causales despenalizadas en nuestro país, es así como en la sentencia T-171 del 2007 se reitera el deber de las entidades judiciales y de salud de proteger el derecho a la IVE<sup>5</sup> de una mujer que presenta embarazo con grave malformación del feto y hace inviable su vida fuera del útero, y en la sentencia T-988 del 2007, la Corte Constitucional reitera el derecho a la IVE por causal violación para una mujer con discapacidad, impedida de expresar su voluntad:

[...] en esa eventualidad, la solicitud de interrupción del embarazo puede efectuarla cualquiera de los padres de la mujer que se halle en esa situación u otra persona que actúe en su nombre sin requisitos formales adicionales al denunciado penal por acceso carnal violento o no consentido o abusivo. (Corte Constitucional, Sentencia T-988/2007).

Por otra parte, se destaca de la sentencia T-209 del 2008, en la cual se definen las condiciones para apelar a la objeción de conciencia, como un recurso individual del médico, que sólo se podrá hacer uso de él, garantizando una remisión efectiva para la prestación del servicio de IVE a otro profesional competente:

La objeción de conciencia solo puede fundamentarse en convicciones religiosas y no en la opinión del médico tratante. Por lo tanto, el médico

---

<sup>5</sup> I.V.E.: Interrupción Voluntaria del Embarazo.

que se abstenga de practicar un aborto con fundamento en la objeción de conciencia tiene la obligación de remitir inmediatamente a la mujer a otro médico que sí pueda llevar a cabo el procedimiento. (Corte Constitucional, Sentencia T-209/2008).

En la sentencia T-946 del 2008 se reitera que el único requisito para acceder al derecho de la IVE en caso de violación, incesto o inseminación artificial no consentida, es la denuncia del hecho, y considera cualquier otro requisito como barrera para el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La sentencia T-009 del 2009, señala que el derecho a la dignidad humana se viola si se irrespeta la autonomía de una mujer para tomar la decisión de la IVE y enfatiza en que la mujer afectada es la única persona que puede decidir al respecto. En la sentencia T-388 del 2009, se reitera que las consecuencias en la salud no están referidas únicamente a la salud física, certificada por un médico, sino también a la afectación de la salud mental certificada por los psicólogos. Además ordena la implementación de procesos masivos de educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

La sentencia T-585 del 2010, establece que los derechos sexuales y reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la constitución de 1991:

[...] En este sentido, los derechos reproductivos, con ellos la IVE, están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros. (Corte Constitucional, Sentencia T-585 de 2010).

Reitera la sentencia T-636 del 2011 sobre la responsabilidad de la EPS para evaluar si la IVE es procedente en cada caso concreto bajo criterios científicos y con observancia de la jurisprudencia:

[...] No corresponde a la EPS censurar las decisiones autónomas de las mujeres sobre su salud y su autonomía sexual y reproductiva sino evaluar, desde el punto de vista de la prestación efectiva del servicio y la garantía del derecho al acceso a la salud, si la IVE es procedente en cada caso concreto, bajo criterios científicos y con observancia plena de la jurisprudencia de esta Corporación. (Corte Constitucional, sentencia T-636 de 2011).

En la sentencia T-841 del 2011, se manifiesta que el riesgo para salud mental de la mujer es razón suficiente para llevar a cabo una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se reitera un plazo de 5 días para que las EPS atiendan las solicitudes de IVE y lleven a cabo los procedimientos en los casos en los que se encuentran permitidos.

Por último, la sentencia T-627 de 2012 establece que el misoprostol debe estar incluido en el plan obligatorio de salud. Está autorizado para ser usado en los casos de IVE por parte del Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, que la OMS lo incluye en la lista de medicamentos esenciales. Sugiere su uso para el manejo de aborto incompleto y espontáneo, además lo considera como un método efectivo de realizar una IVE. Así mismo, que su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud “POS”, tiene un efecto patrimonial neutro sobre el sistema de salud.

## 6. Opiniones sobre la despenalización del aborto en Colombia

Para cuestionar sobre lo que ha ocurrido desde el año 2006 con el aborto legal en Colombia, Pro familia (2014) nos muestra los siguientes aspectos:

- Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Pro familia, el 52% de los embarazos que ocurren en Colombia no son deseados.
- El embarazo no deseado es la principal causa de aborto en Colombia.

- Un 25% de las mujeres no conoce los casos en los que se puede interrumpir el embarazo de manera voluntaria.

Según *La Mesa por la vida y la salud de las mujeres* (2011), los obstáculos más frecuentes que se presentan a las mujeres para acceder legalmente al aborto son:

- El desconocimiento que los proveedores de salud tienen de la sentencia C-355 y de la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud.
- La información que tienen las mujeres sobre la IVE es parcial o equivocada.

Según La Mesa, una parte de las mujeres a quienes les han brindado asesoría se enteraron por medio de la información que circula en internet, otra parte a través de proveedores de servicios privados, o por amigas o familiares que tenían conocimiento. Sin embargo, todas las mujeres que acudieron al servicio jurídico de La Mesa sólo se informaron del derecho a la IVE, única y exclusivamente cuando se enfrentaron a un embarazo no deseado (por cualquiera de las tres circunstancias autorizadas por la Corte), y no porque recibieran información y educación integral y preventiva. Pese a que la Corte Constitucional en la Sentencia T-388 de 2009 ordenó desarrollar campañas educativas e incluir información sobre la IVE en las clases de educación sexual, hasta la fecha no se ha dado cabal cumplimiento a este mandato. La falta de entrenamiento médico en los lineamientos indicados en las normas técnicas internacionales, afecta la disponibilidad del servicio en los primeros niveles de atención; por esto, las mujeres se ven obligadas a acudir a atención de alta complejidad, lo que eleva los costos de la prestación de servicios para el sistema de salud y dilata el trámite para la solicitud y la asistencia médica.

La objeción de conciencia está siendo mal empleada, pues se ha convertido en un instrumento para obstaculizar el ejercicio de los derechos de las mujeres; se realiza sin el cumplimiento de los requisitos legales, es decir, negándose a brindar información, intentando persuadir a la mujer y sin

la remisión efectiva que es requerida, cometiendo actos de maltrato o discriminación y vulnerando la confidencialidad de la paciente, así como el secreto profesional. Se han presentado casos en los que funcionarios judiciales se niegan a proteger los derechos de las mujeres que están reconocidos, objetando conciencia para evitar emitir un fallo. Este comportamiento constituye una falta gravísima contra el derecho a la justicia y al debido proceso.

Luego de siete años de haber sido despenalizado el aborto dentro de las tres causales, continúan existiendo obstáculos para acceder a servicios de salud que garanticen el derecho a interrumpir el embarazo, motivo por el cual el aborto inseguro sigue siendo una práctica que pone en riesgo la salud y la dignidad de las mujeres en Colombia. (La mesa por la vida y la salud de las mujeres, 2013).

Los únicos requisitos para solicitar el servicio de aborto legal en Colombia son: la certificación de un profesional de la salud en los casos de riesgo para la vida o la salud de la mujer, entendiendo la salud como el mayor bienestar físico, mental y social; o en el caso de un feto inviable, es decir, con imposibilidad de supervivencia fuera del vientre materno. En el caso de una violación, el único requisito es la denuncia ante Policía o Fiscalía. Más exigencias que éstas por parte del prestador de salud, están prohibidas. Muchas mujeres que requirieron una interrupción del embarazo dentro de las causales de ley y les negaron el servicio, han acudido a la acción de tutela; algunas han ido a otras IPS para que les presten el servicio, y muchas han puesto en riesgo su vida por tratar, a toda costa y de manera insegura, interrumpir el embarazo. (Fundación Apóyame, 2010).

Para Prada E. et al. (2011), hay una enorme necesidad de mejorar la implementación de la Sentencia C-355 de 2006 y de asegurar que se respeten las directrices para la prestación de servicios de IVE, que se eliminen las barreras para los servicios legales, y que se mejore la difusión de la información sobre criterios legales entre mujeres, jueces y personal médico.

Es necesario mejorar la cobertura y calidad de la atención post-aborto, así como alentar el uso generalizado de la AMEU. El costo de proveer servicios tanto de atención post-aborto como de aborto legal, se reduciría significativamente si en lugar de D&C, se utilizaran más ampliamente la AMEU y el aborto con medicamentos en instituciones de salud de primer nivel. Debe dedicarse especial atención a las mujeres pobres y del medio rural, quienes son las que tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones y menor probabilidad de recibir atención médica. (Ídem).

En la actualidad, las mujeres colombianas desean tener menos hijos que en el pasado. Los servicios de anticoncepción de alta calidad incluida, la consejería dirigida a mejorar la regularidad y efectividad del uso actual de anticonceptivos, así como un mayor acceso a la anticoncepción de emergencia, reducirán los embarazos no planeados y la necesidad que tienen las mujeres de recurrir al aborto. (Ídem).

## Conclusiones

Pese a haber sido despenalizado el aborto bajo tres causales, queda el sinsabor de que las instituciones prestadoras de servicios de salud en nuestro país, no han aplicado los mecanismos suficientes para implementar la interrupción voluntaria del embarazo. Hace falta más publicidad respecto al tema. Se necesita por parte del Ministerio de Salud y de las entidades autorizadas, prestar el apoyo suficiente para que se protejan los derechos de las mujeres cuya situación de embarazo se encuentre amparada por cualquiera de las causales legales.

Ha sido insuficiente la implementación que se le ha dado a la sentencia C-356 del 2006 hasta la fecha, se generan obstáculos al momento de acceder a los servicios de salud, en algunos casos las mujeres han recurrido por vía de tutela para amparar sus derechos, y es cierto que muchas mujeres no conocen del tema e ignoran que tienen derechos, por lo que se debe generar más publicidad al tema por parte de quienes están encargados, así mismo deben propender para que las condiciones de

acceso sean más sencillas, sin obstáculos para acceder a la interrupción legal y voluntaria del embarazo.

## Bibliografía

- Apóyame. (2010). *Aborto Legal en Colombia*. Recuperado de: <http://www.apoyame.org.co/>. En: 26- mayo-2014.
- Caron, Cecilia y Riel, Ceferino. (2011). “Aborto: una realidad oculta”. En: Blog: *Derecho a réplica. Espacio crítico sobre Sistema Penal, Estado y Sociedad*. (25-octubre-2011). Recuperado de: [http://derecho-a-replica.blogspot.com/2011/10/aborto-una-realidad-oculta\\_25.html](http://derecho-a-replica.blogspot.com/2011/10/aborto-una-realidad-oculta_25.html). En: 23- mayo-2014.
- Cuidado de la mujer. (2011). *Aborto legal en Colombia*. Recuperado de: <http://cuidadodelamujerufps.blogspot.com/>. En: 18-noviembre-2011.
- Dalén, Anikka. (2011). *El aborto en Colombia. Cambios legales y transformaciones sociales*. Bogotá: Tesis de Estudios de Género, facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.
- Prada E. et al. (2011). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute. Recuperado de: <http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.html>. En: 26-mayo-2014.
- La mesa por la vida y la salud de las mujeres. (2013). *Siete años de la despenalización parcial del aborto en Colombia*. Recuperado de: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/10-de-Mayo-de-2013-Siete-anos-de>. En: mayo-20-2014.
- Molina Betancur, Carlos. (2006). *El derecho al aborto en Colombia: pt. El concepto jurídico de vida humana*. Medellín: Universidad de Medellín. Recuperado de: [http://books.google.com.co/books?id=NGhsrQKC3jQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=NGhsrQKC3jQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) En: 07-abril-2015.
- Penagos, Gloria. (2013). “El aborto en Colombia: un problema social, de salud pública y de salud de las mujeres”. 2013. Recuperado de: <https://majonaly2710.wordpress.com/2013/10/31/el-aborto-en-colombia-un-problema-social-de-salud-publica-y-de-salud-de-las-mujeres/>. En: 22- mayo-2014.

Profamilia. (2013). *Despenalización del aborto en Colombia 2006 – 2012: seis años de trabajo contra viento y marea*. Recuperado de: [http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=591:despenalizacion-del-aborto-en-colombia-2006-2012](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=591:despenalizacion-del-aborto-en-colombia-2006-2012). En: 22-mayo-2014.