

Bogotá, 12 de agosto de 2019.

Honorable Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA

Bogotá D.C.

Referencia: Acción pública de inconstitucionalidad contra los artículos 90, 91 y 93 del Código Civil.

Expediente: D-13225.

Accionante: Natalia Bernal Cano.

Asunto: Intervención Grupo Médico por el Derecho a Decidir.

Honorables Magistrados,

Dando cumplimiento al auto del 22 de julio de 2019 de la Corte Constitucional ejecutoriado el 29 de julio de 2019, de la manera más respetuosa nos permitimos presentar a esta Honorable Corte Constitucional algunos elementos que consideramos relevante para la decisión del presente proceso.

I. ANTECEDENTES

- 1- El 15 de mayo de 2019, la ciudadana Natalia Bernal Cano (en adelante, la demandante o la accionante), presentó **acción pública de inconstitucionalidad**

contra los artículos 90, 91 y 93 del Código Civil. El proceso se repartió al Magistrado Alejandro Linares Cantillo.

2- El 20 de mayo de 2019, la demandante presentó escrito de recusación contra el Magistrado Alejandro Linares Cantillo.

3- Mediante auto de Sala Plena 332/19 del 19 de junio de 2019, se dispuso:

"...Primero. RECHAZAR por falta de pertinencia las recusaciones presentadas contra el Magistrado Alejandro Linares Cantillo, por la abogada Natalia Bernal Cano".

4- Mediante auto del 22 de julio de 2019, se dispuso:

"...Primero.- ADMITIR la demanda de inconstitucionalidad presentada por la ciudadana Natalia Bernal Cano, contra los artículos 90, 91 y 93 del Código Civil (...)".

5- El anterior auto quedó ejecutoriado el 29 de julio de 2019, por lo que la presente intervención se presenta en términos.

II. CONSIDERACIONES

1. El Grupo Médico por el Derecho a Decidir (GMD), es un colectivo interdisciplinario de médicos y médicas que dedican su ejercicio profesional a proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres en todos los asuntos relativos a su reproducción, y a respetar su autodeterminación.
2. Somos parte de una red global de médicos que abogan por los derechos reproductivos y el pleno respeto a la autonomía de las mujeres. Nos dirigimos a ustedes con preocupación, dado que hemos tenido conocimiento de la demanda que cursa en contra del derecho de aborto en Colombia, como también de la campaña que la

demandante (Natalia Bernal Cano) hace entre los médicos colombianos valiéndose de información falsa o tergiversada, con el fin de recabar apoyo a sus pretensiones.

3. Mediante este documento hacemos uso de nuestro derecho a presentar argumentos en contra de la demanda, los cuales esperamos sean tomados en cuenta por ustedes. La mayoría de estos argumentos ya hacen parte de la sentencia C355 de 2006 y varias sentencias subsecuentes, en los cuales se protege el derecho de aborto en las tres causales, como derecho fundamental de las mujeres en conexidad con el derecho a la vida, la integridad personal, el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a no ser sometido a tratos inhumanos y degradantes, entre otros.
4. La demanda pretende conseguir un retroceso que sería histórico en materia de derechos para las mujeres, y estaría el contra del principio de que no se pueden negar los derechos adquiridos, por el contrario en materia de derechos sexuales y reproductivos, las recomendaciones de diferentes instancias internacionales propenden por la eliminación de todas las leyes restrictivas en materia de aborto, reabrir el debate de aborto en Colombia con el fin de conseguir un retroceso en derechos y en el cumplimiento de los estándares de salud¹, y de las reiterativas recomendaciones internacionales¹, es desde todo punto de vista impertinente.

Entre los argumentos poco veraces que ha difundido la demandante encontramos algunos que sobresalen:

- **La prestación del servicio de aborto obstruye el servicio médico y atenta contra la tranquilidad de los médicos:** la prestación del servicio de aborto no obstruye de manera alguna la prestación de otros servicios de salud, de hecho debe ir de la mano con políticas de cuidado del embarazo deseado como el control prenatal o la atención del parto. Por la OMS y diferentes entes internacionales es claro que estos servicios hacen parte de la prevención de la mortalidad materna evitable y la preservación de la salud de las mujeres. Por otro lado, la prestación del servicio de aborto no atenta

ⁱ Recomendaciones del Comité de vigilancia del Pacto internacional de derechos económicos sociales y culturales (PIDESC). Ratificado por Colombia el 29 de octubre de 1969. Recomendación General No. 24 sobre mujer y salud, de la Comisión encargada de la vigilancia de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), ratificada por Colombia el 19 de enero de 1982. Recomendaciones a Colombia del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, encargado de monitorear la CEDAW. Recomendaciones a Colombia del Comité de Derechos del niño/a, encargado de monitorear la Convención por los Derechos del Niño/a. Recomendaciones del Comité de monitoreo de la Convención internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación racial (CCDR). Ratificada por Colombia el 2 de septiembre de 1981. Recomendaciones del Comité de monitoreo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes (Convención contra la Tortura) (CCT). Ratificada por Colombia el 8 de diciembre de 1987.

contra la tranquilidad de los médicos en general, sino contra los valores específicos de colegas que por sus creencias religiosas, como el caso de la demandante, son objetores de conciencia. Para salvaguardar la tranquilidad de quienes tienen conflictos morales, existe ya el derecho a la objeción de conciencia el cual no es razón para negar servicios de salud a las mujeres. De hecho existen muchos médicos que prestan servicios de interrupción voluntaria del embarazo por razones de concienciaⁱⁱ. Tanto la demanda como la carta difundida por la demandante contribuyen a aumentar el estigma y la discriminación ya sufridos por los profesionales que prestan el servicio².

- **El aborto es violencia contra la mujer y contra el hijo por nacer:** el aborto forzado desde luego es una forma aberrante de violencia contra la mujer, así como también lo es la continuación forzada del embarazo no deseado; ambas formas crueles que atentan contra la autonomía reproductiva. El aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo no son una forma de violencia contra las mujeres, por el contrario sí lo es la maternidad forzada, en particular en el caso de las tres causales despenalizadas por la corte. También son formas de violencia contra las mujeres las prácticas de violencia obstétrica relacionada con la prestación del servicio de aborto.³
- **Sobre el dolor o sufrimiento fetal:** es falso lo que se pretende demostrar con imágenes y estudios sin peso científico sobre el supuesto sufrimiento o dolor fetal; se pretende impresionar a los honorables magistrados mostrándoles imágenes de fetos que no prueban nada en sí mismas. Las conexiones neuronales necesarias para el dolor empiezan a desarrollarse en el feto por encima de las 26 a 29 semanas gestacionales, aún así según la experiencia de dolor tal como la conocemos requiere del desarrollo de la conciencia, la cual solo está presente en quien nace e interactúa con el medio exterior⁴. Sin embargo, por razones éticas los procedimientos de interrupción de gestaciones tardías, se pueden realizar con sedación materna y fetal, para evitar justamente cualquier posibilidad de sufrimiento o dolor^{5,6, 7, 8,9}
- **Practicar abortos viola el juramento hipocrático:** el juramento hipocrático original es un juramento simbólico que data de tiempos antiguos y que difícilmente se puede aplicar a la actualidad. Aún así su principal principio es el de beneficencia, es decir, de hacer lo posible por el beneficio de nuestra paciente. Este juramento tiene una actualización que es la Declaración de Ginebra de 1948¹⁰, en la cual se elimina el juramento de no proveer aborto o eutanasia y se destaca “NO EMPLEAR MIS CONOCIMIENTOS médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas”. Esta declaración se actualizó en 2017 e incluyó el respeto a la autonomía y dignidad de pacientes,

destacando como parte del juramento “RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes”ⁱⁱⁱ. De igual forma en la actualidad la ética médica está regida por principios y elaboraciones más acordes al ejercicio actual, como se muestra en el documento de la FIGO del 2012¹¹, documento en el que se disertó sobre diferentes aspectos éticos relacionados con la práctica de la ginecoobstetricia entre ellos: el papel de los Obstetras y Ginecólogos en la defensa de la salud de la mujer, el lugar de la objeción de conciencia, directrices éticas relativas al aborto provocado destacando la recomendación de que “tras la debida consejería, las mujeres deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, y que los servicios sanitarios tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad”.

- **El aborto sería un procedimiento cruel e inhumano por sus riesgos y complicaciones:** toda la evidencia disponible demuestra que es el aborto inseguro producto de legislaciones restrictivas el que lleva a mayores riesgos, las complicaciones y procedimientos inadecuados, peligrosos o dolorosos se evitan justamente con la despenalización total y la prestación del servicio por personal de salud entrenado. El riesgo de muerte y complicaciones de un aborto siempre será más bajo que el de un parto o cesárea a término, y en cualquier caso, como ya lo ha manifestado la honorable corte, es la propia mujer la que decide que riesgos es capaz de asumir.¹²
- **La mujer sufre daño moral y emocional difícil de corregir:** los pocos estudios clínicos que sugieren la existencia de un síndrome mental posaborto son de baja calidad¹³ (con conocidas e incontables fallas metodológicas y éticas), y patrocinados por entidades religiosas cuya agenda es claramente sesgada. Por el contrario, evidencia de la mejor calidad desmiente la existencia del síndrome posaborto¹⁴, las mujeres pueden sufrir daño emocional como resultado de abortar en condiciones de clandestinidad por miedo a las represalias. Existe en cambio un acervo importante de evidencia disponible

ⁱⁱⁱ Promesa médica. Como miembro de la profesión médica:

Prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad; velar ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes; respetar la autonomía y la dignidad de mis pacientes; velar con el máximo respeto por la vida humana; no permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes; guardar y respetar los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes; ejercer mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica; promover el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; Otorgar a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen; compartir mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud; cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel; no emplear mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza. Hago esta promesa solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor.

que demuestra los daños psicológicos de la continuación forzada del embarazo no deseado, en particular en mujeres a quienes se ha negado el aborto¹⁵, entre las cuales están mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad a lo largo de la vida.¹⁶

- **Los fetos de más de 21 semanas son equivalentes a un recién nacido pretérmino extremo, y son personas con los mismos derechos:** en primer lugar es falso que haya sobrevivida de nacidos a las 21 semanas de gestación, en Colombia con la mayor técnica disponible no hay sobrevivida de pretérminos extremos por debajo de las 24 semanas. No obstante, aún si la hubiera no se pueden nunca equiparar los derechos del nacido con los que está por nacer, ni menos se puede considerar persona al nonato. La persona jurídica es quien ha nacido y es separado de la madre. Tampoco se puede equiparar el valor que tiene para la sociedad el producto del embarazo no deseado con el del no deseado o forzado.
- **Las salas de maternidad estarían previstas para recibir a los niños con alegría y no para atentar contra ella (ver carta de la demandante dirigida a los profesionales médicos rosaristas):** este argumento que no tiene nada de legal ni de científico demuestra que las pretensiones de la demandante son las de forzar el marco normativo para adecuarlo a sus creencias particulares, valiéndose de argumentos psicológicos que intentan manipular la opinión pública. En primer lugar, no siempre y no para todas las mujeres es una alegría el nacimiento de un hijo, en particular cuando es no deseado, producto de una violación, o tiene una malformación que lo condena a la muerte pronta. Tampoco hay mucha alegría cuando los médicos atendemos al parto de óbitos fetales (fetos muertos en el útero) y los abortos de embarazos no deseados, y no por no ser acontecimientos alegres cerramos la puerta a ellos en la sala de obstetricia.

Estamos desde todo punto de vista en contra no solo de la demanda presentada, sino también de la difusión de información falsa para conseguir apoyos a la misma y nos oponemos a la amenaza, la falacia o la coacción moral en el debate público como el que se refleja en el uso de formatos y cartas colectivas que violan el derecho a la información del cuerpo médico y que terminan originando acciones de objeción de conciencia colectivas a todas luces contrarias a lo establecido previamente por la Corte Constitucional.

También es importante reiterar el hecho probado de que la prohibición no evita o disminuye la práctica del aborto¹⁷, por lo que es completamente ineficaz para el objetivo de proteger la vida como bien jurídico, por el contrario aumenta las muertes de mujeres relacionadas con prácticas de aborto inseguro. La vida del nonato y el embarazo deseado deben ser protegidos por el Estado por medio de la prestación adecuada del servicio de salud para quienes desean ser

madres, y la provisión de las condiciones económicas y sociales para el ejercicio de la maternidad. Considerar al nonato como persona, sujeto de iguales derechos constitucionales que la persona nacida, es finalmente la negación del estatus de persona de las mujeres quienes terminan convertidas en incubadoras. La vida no puede considerarse un valor absoluto, por el contrario debe ponderarse con los derechos de la persona formada, es decir, la mujer.

En conclusión, la demanda carece de claridad, certeza, especificidad, pertinencia y suficiencia en tanto no presenta de manera adecuada los elementos de juicio -argumentativos y probatorios- necesarios para que la Corte emita un pronunciamiento de fondo. En consecuencia, se solicitará a la Corte inhibirse de emitir un pronunciamiento de fondo y declarar la ineptitud sustantiva de la demanda.

SOLICITUD

En atención a lo señalado en el presente escrito, solicitamos respetuosamente a la Honorable Corte Constitucional:

- INHIBIRSE de emitir un pronunciamiento de fondo por ineptitud sustantiva de la demanda.
- DECLARAR la exequibilidad de las disposiciones acusada.

Del señor Magistrado,

Grupo Médico por el Derecho a Decidir- Colombia

-
- ¹ Guía Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Organización mundial de la salud, 2012.
- ² Vivas MM, Valencia S, Gonzalez AC. El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud. Grupo médico por el derecho a decidir. 2018. <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Stigma-in-abortion-provision-protecting-providers-2.pdf>
- ² Negación de servicios por razones de conciencia. Gonzalez AC. Grupo Médico por el derecho a decidir. 2016 https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/DocPos03_Objeci%C3%B3n-de-conciencia.pdf
- ³ Violencia Obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia. Tamayo J. Restrepo CM, Gil L, Gonzalez AC. Grupo médico por el derecho a decidir 2015 https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/GDC_Obstetric-Violence_ES-1.pdf
- ⁴ Interrupción voluntaria del embarazo y edad gestacional: Razones y ventajas de un marco legal garantista. Houghton MP, Gil L, González AC. Grupo médico por el derecho a decidir, 2014. <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Documento-posicio%CC%81n-EDITADO-IVE-y-edad-gestacional-E.pdf>
- ⁵ Fetal Pain: a Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence. Lee SJ et al. 2005, JAMA 294: 947-54.
- ⁶ The Importance of "Awareness" for Understanding Fetal Pain. Mellor DJ et al. 2005, Brain Res Rev, Nov 49(3): 455-71.
- ⁷ Fetal Pain: Do we Know Enough to Do the Right Thing? Derbyshire SW et al. 2008, Reprod Health Matters, May (16) 31 supl: 117-26.
- ⁸ The Definition of Pain. H, Merskey. 1991, Eur Psychiatry, 6:153-9.
- ⁹ Fetal Awareness. Review of Research and Recommendations for Practice. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, Londres 2010
- ¹⁰ 2ª Asamblea General de la AMM Ginebra, Suiza, Septiembre 1948. Enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994. Revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006, Enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017.
- ¹¹ Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. Comité Para El Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana. Federación Internacional de ginecología y Obstetricia. Octubre 2012 <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/Spanish%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>
- ¹² Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-009 del 16 de Enero de 2009.
- ¹³ Robinson GE, Stotland NL, Russo NF, Lang JA, Occhiogrosso M. Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. Harv Rev Psychiatry. 2009;17(4):268-90
- ¹⁴ Civil action case no. 1:11-cv-00486-ss declaration of Nada Stotland, MD, MPH, in support of plaintiffs' motion for preliminary injunction, Nueva York, julio 2011.
- ¹⁵ Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry. 2017 Feb 1;74(2):169-178
- ¹⁶ Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. Grupo médico por el derecho a decidir 2011. https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/DocPosici%C3%B3n-salud-mental-y-embarazo-no-deseado-final-final_v03.pdf
- ¹⁷ Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet. 2017 Nov 25;390(10110):2372-2381.