

Cárcel o muerte

El secreto profesional
como garantía
fundamental en
casos de aborto

Ana Jimena Bautista Revelo
Anna Joseph
Margarita Martínez Osorio

DOCUMENTOS 40

DOCUMENTOS 40

ANA JIMENA BAUTISTA REVELO

es abogada de la Universidad del Cauca, con especialización en Derecho Constitucional de la Universidad Externado de Colombia, y maestría en Derechos Humanos y Democracia en América Latina de la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador. Actualmente es estudiante de maestría de Sociología de la Universidad Nacional de Colombia. Ha trabajado en organizaciones no gubernamentales y como asesora en el Congreso de la República en temas relacionados con la defensa de los derechos humanos de las mujeres, derechos de las víctimas del conflicto armado y conflictos territoriales / ambientales. Actualmente se desempeña como investigadora principal en Dejusticia coordinando la sublínea de Género, y en el área de Litigio. Sus publicaciones más recientes son: *Corazón del desafío para la paz: tierra, territorios sin violencias y participación para las mujeres*, y *La restitución de tierras en Colombia ¿realidad o ficción?*

ANNA JOSEPH

fue una Harvard Sheldon Fellow en la sublínea de Género de Dejusticia desde agosto de 2016 hasta junio de 2017. Se graduó de Claremont McKenna College y de la *Escuela de Derecho de Harvard*. Trabajó en la Defensoría Pública Federal del Distrito de Puerto Rico, la Sociedad para la Asistencia Legal, y la Unión Americana para las Libertades Civiles (ACLU). Ha publicado artículos en temas de género en medios de comunicación y revistas académicas; su producción más reciente es *Behind closed [blue] doors: Officer-involved domestic violence and § 1983's potential* en el *Journal of Law & Public Affairs*.

MARGARITA MARTÍNEZ OSORIO

es filósofa e historiadora de la Universidad del Rosario. Sus intereses se centran en temas de género, teoría política y feminismos. Se desempeña como docente de la Universidad del Rosario, y actualmente es investigadora del área de Género en Dejusticia. Sus más recientes publicaciones son: *Negociando desde los márgenes. La participación política de las mujeres en los procesos de paz en Colombia (1982-2016)*, *El ejercicio de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco del conflicto armado* y *Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: una guía para la reforma de políticas en Colombia*.

Cárcel o muerte

**El secreto
profesional
como garantía
fundamental
en casos de aborto**

Ana Jimena Bautista Revelo

Anna Joseph

Margarita Martínez Osorio

Documentos Dejusticia 40

CÁRCEL O MUERTE

El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto

ISBN: 978-958-5441-13-2 Versión digital

Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia

Carrera 24 N° 34-61, Bogotá, D.C.

Teléfono: (57 1) 608 3605

Correo electrónico: info@dejusticia.org

<http://www.dejusticia.org>

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

Creative Commons Attribution-Non Commercial Share-Alike License 2.5.



Revisión de textos: Isabel de Brigard- María José Díaz Granados

Preprensa: Marta Rojas

Cubierta: Alejandro Ospina

Bogotá, octubre de 2017

Contenido

Agradecimientos	9
Introducción	11
PRIMERA PARTE	
CONTEXTO DE LOS ABORTOS CLANDESTINOS Y SISTEMAS DE CREENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD	15
Contexto de los abortos clandestinos en Colombia	18
Profesionales de la salud: sistema de creencias, obstáculos y posibilidades para acceder a la IVE	22
SEGUNDA PARTE	
IMPLICACIONES DE LA VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD Y DEL SECRETO PROFESIONAL EN CASOS DE ABORTO EN COLOMBIA	29
Test de proporcionalidad: entre el derecho a la intimidad de las mujeres y el deber de denuncia de las y los profesionales de la salud	29
Consecuencias dentro del proceso penal	34
Violación del secreto profesional como falta disciplinaria	46
TERCERA PARTE	
RESPUESTA DEL DERECHO COMPARADO Y DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD EN CASOS DE ABORTO	49
Derecho a la intimidad/ privacidad y secreto profesional en organismos internacionales de protección de derechos humanos	49

Protección del secreto profesional en Argentina y Uruguay.....	57
CONCLUSIONES	63
REFERENCIAS	67
ANEXO	70

Agradecimientos

Durante la elaboración de esta investigación contamos con la generosa ayuda de personas a las que hoy queremos agradecer.

Queremos mencionar de manera especial a Alejandra Cárdenas y a Cristina Rosero, exdirectora en Colombia y abogada de Women's Link Worldwide, por la información compartida sobre casos de mujeres denunciadas por profesionales de la salud, y por su lectura de un documento previo del presente libro. También agradecemos a Mariana Medina, funcionaria de la Defensoría del Pueblo, quien nos advirtió de manera acertada, desde el inicio de la investigación, sobre los retos aún vigentes en materia del secreto profesional en casos de IVE. Esta valoración está basada en su experiencia en la delegación de Asuntos Constitucionales, desde donde se trabaja por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

A Rodrigo Uprimny, Vivian Newman, María Adelaida Ceballos, Carolina Villadiego, Lucía Ramírez, María Paula Ángel y María Ximena Dávila, investigador e investigadoras de Dejusticia, por la lectura juiciosa del documento previo a esta publicación, en desarrollo del principio de colaboración que caracteriza el trabajo de Dejusticia. Sus comentarios nos permitieron precisar varios de los argumentos que exponemos. A Elvia Sáenz, por las tareas administrativas desarrolladas, que hacen posible la existencia de este libro.

Por último, agradecemos el apoyo financiero de Privacy International en la realización de este documento, así como a los demás financiadores que han confiado de manera continua en el trabajo investigativo que realizamos desde la sublínea de Género de Dejusticia.

Introducción

El 10 de mayo de 2006, la Corte Constitucional de Colombia despenalizó el aborto en tres circunstancias concretas. A través de la Sentencia C-355 de 2006 se estableció que las mujeres quedan exentas de responsabilidad penal en casos de aborto: i) cuando la continuación del embarazo representa un peligro para la vida o la salud de la mujer –incluida la salud mental–, ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, y iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. La Corte afirmó que pedir la continuación del embarazo en el marco de alguna de estas tres situaciones es una exigencia desproporcionada, que va en detrimento de la vida y la salud de las mujeres, por lo que, en estos casos, prima su decisión de interrumpir o no el embarazo.¹ A partir de esta disposición de la Corte, y de los subsiguientes conceptos emitidos por la jurisprudencia constitucional, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se considera un derecho fundamental.²

El óptimo cumplimiento de la sentencia de la Corte depende de que los otros derechos asociados a la IVE se encuentren debidamente

-
- 1 La Sentencia C-355 de 2006 establece que exigir a una mujer que se encuentre dentro de alguno de los tres casos despenalizados por la Corte la continuación del embarazo es una demanda desproporcionada en tanto que afecta gravemente su dignidad y proyecto de vida, al considerarla un “mero receptáculo de la vida en gestación”, negando las afectaciones que el embarazo le puede acarrear a su integridad física y mental.
 - 2 Aunque en este texto nos referimos de manera recurrente a las mujeres en embarazo, es importante recordar que existen personas embarazadas que no son mujeres, tal y como ocurre con las personas transgénero; sin embargo, en este texto usaremos la denominación “mujeres” porque representan la mayoría de los casos estudiados.

garantizados. Así, por ejemplo, los derechos a la salud y a la intimidad son indispensables para que el derecho a la IVE se pueda ejercer en condiciones adecuadas y sin trabas que lo restrinjan. Sin embargo, existen tensiones entre bienes jurídicos protegidos que restringen la satisfacción de esos derechos que permiten el acceso al derecho fundamental a la IVE.

Una de dichas tensiones es la que se presenta entre el derecho de las mujeres a la intimidad en casos de aborto y el deber de los médicos o profesionales de la salud, en tanto ciudadanos, de denunciar la ejecución de un presunto delito. ¿Se justifica la violación del secreto profesional en estos casos? ¿A cuál dimensión de la tensión se le debe dar prioridad: al deber de denuncia de las y los profesionales de la salud o al derecho a la intimidad de las mujeres? ¿Cuáles son las consecuencias dentro del proceso penal de usar información que se obtiene violando el secreto profesional? ¿Qué impactos tiene esto sobre el derecho a la intimidad? ¿Cómo se ha resuelto esta tensión en el derecho comparado y en los sistemas de protección de derechos humanos? El presente texto se propone responder estas preguntas.

Este documento, al igual que el texto “Intimidad y acceso a la información, los casos difíciles en la interrupción voluntaria del embarazo”³ –que es el punto de partida para la realización del presente trabajo–, parte del objetivo de maximizar los bienes jurídicos protegidos en tensión, y busca ser útil para atender las particularidades y complejidades de los casos concretos en los que se produzca la tensión entre el derecho a la intimidad y el deber de denuncia de los médicos y profesionales de la salud.

3 El texto “Intimidad y acceso a la información, los casos difíciles en la interrupción voluntaria del embarazo” fue escrito por las investigadoras de Dejusticia Nina Chaparro, Diana Esther Guzmán y Silvia Rojas en 2014. El objetivo central de ese documento es abordar dos tensiones presentes en el paquete de derechos que permiten el acceso a la IVE: en primer lugar, la tensión entre el derecho a la intimidad de las mujeres que solicitan la IVE y el derecho al acceso a la información en el marco de contextos judiciales; y, en segundo lugar, la tensión entre el deber de denunciar de los funcionarios públicos cuando están en presencia de un presunto delito y el derecho al acceso a la IVE de las mujeres. El presente texto extiende las reflexiones planteadas por Chaparro, Guzmán y Rojas con respecto a la segunda tensión, y hace énfasis en los médicos y profesionales de la salud, y en si se justifica o no la violación del secreto profesional en los casos de denuncia de abortos.

El texto que se presenta a continuación consta de tres partes: en la primera abordaremos el contexto de los denominados abortos clandestinos⁴ en Colombia y la dimensión de estos casos, los derechos en juego y las tensiones que resultan de un contexto de difícil aplicación de la sentencia que despenaliza el aborto. Con base en esto estudiaremos la tensión que se presenta entre la garantía del derecho a la intimidad de quienes acuden al sistema de salud después de haberse practicado un aborto de manera clandestina, y el deber de denuncia del personal de salud, haciendo énfasis en algunos rasgos sociológicos que están presentes entre quienes atienden este tipo de casos en Colombia.

En la segunda parte retomaremos el test de proporcionalidad –elaborado por Chaparro, Guzmán y Rojas– entre el deber de denuncia del personal médico y el derecho a la intimidad de las mujeres. Este test funciona como un instrumento hermenéutico que permite establecer si la denuncia por parte del personal de salud (médicos y personal de enfermería) es una medida que busca una finalidad acorde con nuestro marco normativo, si es necesaria para el logro de la finalidad perseguida, y si es proporcional en sentido estricto, es decir, si dicha medida no implica el

4 A lo largo del texto trabajaremos con las siguientes definiciones: en primer lugar, entenderemos por “abortos inseguros o peligrosos” aquellos que, tal y como la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado, se producen cuando “una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace [el aborto] en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias” (2016). En segundo lugar, los abortos clandestinos son aquellos que se realizan por fuera del marco del sistema de salud; sin embargo, no todos los abortos clandestinos son peligrosos, pues algunos de estos pueden practicarse en condiciones seguras y su nivel de riesgo puede variar de acuerdo con los recursos económicos de la mujer y la disponibilidad de servicios seguros en la zona en la que habita, por ejemplo. En tercer lugar, los abortos clandestinos y los abortos inseguros no son necesariamente ilegales, pues, a pesar de que se hacen por fuera del marco y las garantías del sistema de salud, puede tratarse de casos cobijados por la Sentencia C-355 de 2006. Finalmente, las mujeres que acuden a los centros de salud por complicaciones de salud derivadas de la práctica de abortos inseguros y clandestinos pueden padecer alguna o varias de estas complicaciones: “(i) aborto incompleto: cuando no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios; (ii) hemorragias; (iii) infecciones; (iv) perforación uterina: cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado; (v) daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos tales como varillas, agujas de tejer o vidrio roto en la vagina o el ano” (2016).

sacrificio de valores, principios o derechos de mayor entidad constitucional para el caso que se analiza.

Posteriormente, partiendo de los resultados del test de proporcionalidad que estipulan la prevalencia del derecho a la intimidad sobre el deber de denuncia, nos concentraremos en el análisis del proceso penal en este tipo de casos, analizando las consecuencias en la recepción de la denuncia, la recolección de los elementos materiales probatorios, y la práctica y valoración de las pruebas obtenidas violando el secreto profesional y del derecho a la intimidad para el caso colombiano.

Por último, estudiaremos cuál ha sido la postura frente a este tipo de casos dentro de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, y daremos una breve mirada a algunos países latinoamericanos en donde se ha creado una protección especial al secreto profesional para estos casos.

PRIMERA PARTE

CONTEXTO DE LOS ABORTOS CLANDESTINOS Y SISTEMAS DE CREENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD

En 2016, la Fiscalía General de la Nación, bajo la dirección de Eduardo Montealegre Lynett, emitió la Directiva 006, “por medio de la cual se adoptan directrices para la investigación y juzgamiento del delito de aborto” (2016). El contexto en el que se enmarca la elaboración de esta directiva, según el entonces fiscal Montealegre, se caracterizaba por la existencia de más de 1.100 procesos penales abiertos en contra de mujeres que se practicaron abortos, muchos de los cuales, señaló el exfiscal, llegaron a la institución en razón de la denuncia interpuesta por los médicos o profesionales de la salud que atendieron a las mujeres (Caracol Radio, 2016).

De 2005 a diciembre de 2016, la Fiscalía tenía 4.779 investigaciones por el delito de aborto,¹ de las cuales 1.331 llegaron a esta institución por la vía de denuncia. De la totalidad de los procesos, en febrero de 2017 estaban activos 1.604, se habían expedido 200 sentencias condenatorias y 14 sentencias absolutorias (Fiscalía General de la Nación, 2017).

Si bien los datos oficiales no proporcionan información concreta acerca de si los procesos llegaron a la Fiscalía por la vía de la denuncia de algún miembro del personal de salud que atendió a las mujeres, sí muestran que casi el 28 % de los casos que investiga la Fiscalía sobre el delito de aborto están allí porque alguien interpuso una denuncia. En este contexto habría que preguntarse por las condiciones en las que se desarrollaron estos procesos: ¿cómo se obtuvo la información de los hechos presentados en la denuncia? ¿Quién interpuso la denuncia? ¿Los casos de aborto

1 Congreso de Colombia. Ley 906 de 2004. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. Artículo 122.

denunciados pertenecían a alguna de las tres causales despenalizadas en la Sentencia C-355 de 2006, así se hubiesen realizado de manera clandestina? ¿Aun estando por fuera de las tres casuales despenalizadas por la Corte, debe primar el deber de denuncia sobre el derecho a la intimidad y a la salud de las mujeres?

Para la elaboración de este documento se hizo una breve revisión de prensa, a través de la cual localizamos casos en los que las mujeres fueron denunciadas por el delito de aborto por parte de personal médico. Esta revisión fue completada con información puntual suministrada por las organizaciones Women's Link Worldwide y Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. En total fue posible identificar 16 casos ocurridos entre 2011 y 2016.² Del análisis de los casos recolectados en prensa es posible caracterizar de manera general algunas de las condiciones en las que se genera la denuncia cuando un profesional de la salud es quien la interpone, y cómo estas impactan en el acceso al derecho a la IVE.

De los 16 casos consultados en prensa, en 13 de ellos las mujeres acudieron a una institución prestadora de servicios de salud para solicitar atención médica por complicaciones derivadas de un procedimiento incompleto o fallido de aborto, practicado por fuera de los mecanismos proporcionados por el sistema de salud colombiano. En 12 de los casos los relatos señalan explícitamente que los médicos o profesionales de la entidad interpusieron denuncias por aborto en contra de sus pacientes; en los casos restantes no se afirma de manera explícita si fueron los médicos o funcionarios del hospital quienes denunciaron, pero se abren investigaciones penales a las mujeres consultantes inmediatamente después de su ingreso a la entidad de salud, por lo que es posible inferir que la información proporcionada por la entidad fue detonante o determinante en la apertura de la investigación. En 4 casos se aplicaron medidas de restricción efectiva de la libertad para las mujeres, al parecer argumentando flagrancia. Finalmente, y aunque no es posible establecer conclusiones generales frente al perfil de las mujeres que llegan a las entidades de salud y que son denunciadas por el delito de aborto, en 7 de los casos consultados la edad de las mujeres oscilaba entre 14 y 23 años –de los otros casos no tenemos datos al respecto–.

Aunque los casos estudiados no son representativos del fenómeno que se estudia, su análisis cualitativo permite evidenciar dos hechos que

2 Ver anexo.

se presentan cuando las mujeres acuden a los hospitales y son denunciadas por profesionales de la salud: por una parte, las mujeres acuden a dichos lugares por complicaciones de salud derivadas de procedimientos de aborto realizados por fuera del sistema de salud y, en este sentido, están reclamando su acceso al derecho a la salud, el cual se ve comprometido por los riesgos involucrados en la realización de abortos clandestinos, que en su gran mayoría son peligrosos.³ Por otra parte, el contexto en el que se interpone la denuncia tiene dos características en lo que respecta al personal de salud y a sus decisiones: en primer lugar, las y los profesionales de la salud que denuncian a las mujeres parecen partir del supuesto de que las mujeres que acudieron a un aborto clandestino son culpables de un delito, sin considerar la posibilidad de que sus casos estén cobijados por alguna de las tres causales despenalizadas a través de la Sentencia C-355 de 2006.⁴ Y, en segundo lugar, el proceso de interponer la denuncia implica la violación del secreto profesional, pues en estos casos la información suministrada por los médicos y profesionales de la salud se adquiere en el marco de su relación profesional, y se usa como medio para iniciar el proceso penal.

Así las cosas, el presente apartado se compone de dos secciones: en la primera, exploramos el contexto de los abortos clandestinos en Colombia a partir de información secundaria, y mostramos cómo los altos índices de esta práctica en el país son producto de las múltiples barreras que enfrentan las mujeres para acceder a la IVE de manera legal. La reconstrucción de este contexto también permite identificar algunos de los elementos que influyen para que las mujeres en Colombia acudan a procedimientos clandestinos e inseguros que ponen en alto riesgo su vida y su salud, antes de recurrir al sistema de salud, así se encuentren dentro de las tres causales autorizadas por la sentencia de la Corte; como parte de

3 De acuerdo con la OMS, “se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo. Se calcula que en 2008 se produjeron 47.000 defunciones a causa de abortos peligrosos. África se ve desproporcionadamente afectada, ya que dos tercios de todas las defunciones relacionadas con el aborto tienen lugar en ese continente” (OMS, 2016).

4 Sobre este aspecto es importante tener presente la Sentencia T-585 de 2010, en donde queda claro que el hecho de que alguien se realice un aborto clandestino no es razón suficiente para demostrar que se está ante un caso que se encuentre por fuera de los tres casos despenalizados por la Corte Constitucional.

esto, identificamos el temor a la denuncia de los médicos como uno de esos factores que desincentiva el ejercicio de la IVE en las condiciones amparadas por la Constitución. En la segunda sección caracterizamos el modo en que los sistemas de creencias y las posturas de los médicos frente al aborto impactan en las posibilidades o limitaciones para que las mujeres accedan a su derecho a interrumpir el embarazo. A partir de este análisis exploramos los elementos que parecen primar en la decisión de los médicos en el momento de desconocer el secreto profesional y denunciar a las mujeres.

Contexto de los abortos clandestinos en Colombia

Una investigación elaborada por el Instituto Guttmacher en 2013 evidencia que, si bien la sentencia de la Corte garantiza el derecho a la IVE en tres circunstancias concretas, en la práctica los abortos clandestinos son la constante. De los 400.400 abortos estimados practicados en 2008 en Colombia, tan solo 322 se realizaron en el sistema de salud en el marco de la Sentencia C-355 de 2006 (Guttmacher Institute, 2013);⁵ de los abortos restantes no se tiene información sobre si pertenecían o no a alguna de las tres causales permitidas por la Corte, lo cual indica que, al margen de esta sentencia de la Corte Constitucional, las mujeres tienden a no acudir al sistema de salud como primera opción para practicarse un aborto.

En efecto, según el Instituto Guttmacher, las barreras que persisten para que las mujeres puedan acceder a su derecho a la IVE en condiciones adecuadas y de manera legal llevan a que busquen alternativas clandestinas e inseguras, con graves impactos para su salud. El 33 % de las mujeres que se practican un aborto clandestino tienen complicaciones de salud posteriores que requieren atención médica; esta cifra llega a ser de 53 % cuando se trata de mujeres en zonas rurales. 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 reciben tratamiento”. En este contexto, alrededor de 70 mujeres mueren cada año por las complicaciones generadas como consecuencia de los abortos clandestinos en Colombia (Guttmacher Institute, 2013).

5 No contamos con datos posteriores a este estudio que nos permitan conocer si se ha modificado la cantidad de los abortos clandestinos.

El 50 % de los abortos que se realizan en Colombia se practican con el medicamento misoprostol, que tiene una alta eficacia y, usado adecuadamente, reduce las complicaciones y los riesgos del procedimiento. Sin embargo, “el inadecuado conocimiento sobre cómo y cuándo usarlo correctamente, tanto en las mujeres como en los proveedores, resulta en una alta tasa de complicaciones (32 %, principalmente por sangrado y aborto incompleto)” (Guttmacher Institute, 2013). El uso del misoprostol es más extendido en las zonas urbanas y es fácilmente adquirible en el mercado negro, por lo que muchos de los abortos clandestinos que se practican en las ciudades se realizan usando este medicamento sin las indicaciones sobre su adecuado uso. De ahí que en varios de los casos recolectados las mujeres lleguen al hospital por complicaciones de salud derivadas de abortos incompletos o sangrados.

En el caso de las mujeres que viven en zonas rurales y las mujeres de bajos recursos en las ciudades, el misoprostol no es la primera opción para la práctica de abortos clandestinos, pues su precio es alto y no es fácil encontrarlo en zonas alejadas de los centros urbanos. Según el Instituto Guttmacher, “los abortos que no son inducidos por misoprostol son realizados por una variedad de proveedores de servicios que incluyen médicos (utilizando técnicas quirúrgicas principalmente), personal farmacéutico (altas dosis de anticonceptivos orales), personal de enfermería (inyecciones de oxitocina e inserción de sondas) y parteras (inserción de sondas u objetos filosos en la vagina, masajes o uso de menjurjes y brebajes herbales)” (Guttmacher Institute, 2013). Estos procedimientos muchas veces se practican en condiciones riesgosas que comprometen gravemente la salud de las mujeres.

¿Cuáles son las barreras que impiden a las mujeres acceder a la IVE a través del sistema de salud? ¿Por qué existe una alta tasa de abortos clandestinos, cuando un procedimiento de este tipo supone tantos riesgos para la salud? El texto *Lejos del derecho, la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* reconstruye algunos de los principales obstáculos que las mujeres encuentran a la hora de acceder a su derecho a la IVE. En primer lugar, “uno de los aspectos más influyentes en la decisión de la mujer de buscar servicios de IVE tiene que ver con los juicios y las percepciones, a menudo negativas, que se emiten sobre su práctica y sobre sus prestadores” (Chaparro *et al.*, 2013, pp. 62-63). Las creencias y los prejuicios que califican al aborto como inmoral y como una práctica altamente reprochable tienen un peso sobre la decisión

de las mujeres de practicarse o no un aborto, o de hacerlo en el marco de la sentencia o de manera clandestina. Dentro del universo de creencias y percepciones sobre el aborto, tienen un particular impacto sobre las decisiones de las mujeres aquellas que provienen del entorno familiar o de sus redes sociales y afectivas; el rechazo o estigma familiar y social pueden ser determinantes en el curso de acción de las mujeres que están pensando en acceder a la IVE.

Aunque esta barrera hace énfasis en las redes familiares y sociales, también habría que señalar que los prejuicios y las concepciones negativas sobre el aborto pueden persistir en todas las etapas del proceso para hacer efectivo el derecho a la IVE. La interacción con personas, médicos o instituciones en las diferentes fases para acceder al procedimiento puede estar atravesada por este contexto de prejuicios y estigmas, lo que aumenta las barreras para mantener la decisión de acceder a la IVE por la vía de la sentencia.⁶

El segundo obstáculo identificado se refiere al desconocimiento de las mujeres del contenido y alcance de la sentencia que despenaliza el aborto en tres circunstancias. En efecto, aunque “un sector significativo de las mujeres parece conocer que existen algunas causales de IVE despenalizadas”, los detalles de la decisión judicial no son ampliamente conocidos y existe un extendido desconocimiento sobre “el conjunto preciso de facultades que les reconoce el fallo, 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 SGSSS” (Chaparro *et al.*, 2013, p. 66). Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2016, el 56,1 % de mujeres y el 47,2 % de hombres entre los 13 y 49 años tienen conocimiento de la despenalización parcial del aborto en Colombia. Con respecto a las causales despenalizadas, más del 85 % de las mujeres conoce la causal de malformación fetal; el 89,9 % la de violencia sexual; y el 62 % la referida al riesgo para la salud física de la madre. Pero “menos del 41 % conoce que la causal salud incluye riesgo para la salud mental de la mujer” (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2016, p. 64).

6 Un ejemplo de este tipo de barrera está planteado en la Sentencia T-636 de 2011, en la cual se relata la situación de una mujer que solicitó la IVE y se vio afectada por los múltiples juicios morales reprobatorios del personal médico que la atendía.

Adicionalmente, las mujeres tienden a no reconocer en la IVE un derecho sexual y reproductivo que debe ser garantizado por el Estado y al que deberían poder acceder sin obstáculos.⁷ En razón del desconocimiento de lo establecido por la sentencia, muchas mujeres también dudan de si su caso encaja o no en alguna de las tres circunstancias despenalizadas y, por ello, prefieren someterse a un procedimiento clandestino, antes que arriesgarse a ser denunciadas o a involucrarse en un proceso en el que es posible encontrar los fuertes prejuicios y estigmas mencionados.

El desconocimiento de los alcances y el contenido de la sentencia también se extienden al personal encargado de prestar servicios de salud. Este es el tercer obstáculo identificado en *Lejos del derecho* para el acceso al derecho a la IVE. Por una parte, muchos profesionales de la salud no tienen claro en qué casos la IVE es un derecho, ni cuáles son los alcances de las tres causales; por ejemplo, la causal que despenaliza el aborto cuando hay riesgo para la salud física o mental de las mujeres es objeto de múltiples controversias entre los médicos y profesionales de la salud debido a que muchos “consideran que la afectación de orden psicológico no es criterio suficiente para justificar la interrupción del embarazo pues se trata de una categoría amplia que permite la inclusión de todo tipo de ‘caprichos’ de las mujeres que la invocan” (Chaparro *et al.*, 2013, p. 83). En virtud de esto, los médicos pueden imponer requisitos adicionales y barreras para que una mujer que solicita la IVE por esa causal pueda acceder a su derecho.

Por otro lado, además del desconocimiento de los profesionales de la salud sobre los pormenores de la sentencia, también persisten otros obstáculos referentes a las falencias del sistema de salud colombiano. En primer lugar, la oferta de hospitales en el país y, en particular, en las zonas rurales, es escasa. En segundo lugar, “otro factor que contribuye a la existencia de una oferta institucional reducida tiene que ver con el bajo número de profesionales de la salud disponibles y capacitados para prestar servicios de IVE” (Chaparro *et al.*, 2013, p. 73). Finalmente, las trabas institucionales y administrativas que muchos funcionarios de los hospitales les imponen

7 Dentro de los obstáculos vigentes se encuentra el desconocimiento de que los procedimientos de aborto, en aquellos casos despenalizados por la Corte, están incluidos en el plan obligatorio de salud (POS), tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado; sin embargo, no existen suficientes estudios sobre este tema que impacta en mayor medida a mujeres en situación de pobreza.

a las mujeres para poder ejercer su derecho también retrasan y complican el procedimiento.

Lo anterior evidencia que, a pesar de que la sentencia de la Corte representa un avance en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en el ejercicio de su autonomía, en la práctica persiste un contexto que impone numerosas barreras para el acceso de las mujeres a su derecho a la IVE y que estigmatiza, reprueba y sospecha de aquellas que solicitan su acceso a este procedimiento. Es muy probable que como consecuencia del peso de este contexto sobre la vida de las mujeres muchas prefieran practicarse un aborto clandestino, antes que acudir a los servicios médicos legales, aun cuando se encuentren dentro de las tres causales despenalizadas. En este sentido, aunque la despenalización del aborto en tres causales proviene de un compromiso con la salud y la vida digna de las mujeres, la existencia de un contexto estigmatizador pone en riesgo ese objetivo, al comprometer fuertemente la integridad física y psicológica de quienes deciden abortar.

Profesionales de la salud: sistema de creencias, obstáculos y posibilidades para acceder a la IVE

Los profesionales de la salud están presentes en varias etapas del proceso para acceder a un aborto legal, por lo que sus creencias, valores y juicios sobre la IVE, sobre cómo deben comportarse mujeres y hombres, sobre las protecciones que deberían o no tener las mujeres embarazadas y los fetos, entre otros, influyen en las posibilidades o limitaciones de las mujeres para ejercer su derecho a interrumpir el embarazo en las circunstancias despenalizadas. En los casos en que un profesional de la salud decide interponer una denuncia por aborto es preciso evaluar los efectos de esta decisión sobre el acceso al derecho a la salud y la manera en que esto se relaciona con el contexto de los abortos clandestinos reseñado en la sección anterior. Para ello, caracterizaremos algunos elementos del universo de creencias que parecen primar en las decisiones de los médicos en lo que concierne al aborto, para luego mostrar la articulación de estas percepciones, juicios y valoraciones de los médicos con la decisión de violar el secreto profesional y denunciar a las mujeres que acuden al hospital por complicaciones de abortos peligrosos.

El estudio del sistema de creencias y juicios valorativos de los médicos o profesionales de la salud y de sus efectos sobre el acceso a la IVE ha sido documentado, en particular, en referencia al problema de la objeción

de conciencia. En un estudio de 2016, el Instituto Guttmacher llevó a cabo una investigación, basada en minuciosas entrevistas con médicos de Bogotá,⁸ que tenía como objetivo caracterizar las diferentes motivaciones y creencias que impulsan a los profesionales de la salud a objetar conciencia cuando se les solicita que practiquen un aborto. Esta investigación surge de una preocupación profunda por el hecho de que “el ejercicio inadecuado de la objeción de conciencia, junto con engorrosas barreras burocráticas, lleva a muchas mujeres a buscar abortos fuera del sector formal, usualmente en condiciones inseguras” (Fink, Stanhope, Rochar y Bernal, 2016).⁹ Por esta razón es importante entender cuáles son las motivaciones de los médicos que objetan conciencia, para evitar que esto se convierta en una barrera sistemática en el acceso a la IVE.¹⁰

A través de las entrevistas, el Instituto Guttmacher identifica tres tipos de objetores de conciencia: los extremos, los moderados y los parciales. Estos tres perfiles de objetores revelan una gama amplia de sistemas de creencias y de valoraciones morales alrededor del aborto. Los médicos y profesionales de la salud divergen en sus ideas sobre cuál es la vida que deben proteger, en qué condiciones debería o no practicarse un aborto, y sobre si esta es una decisión que debe tomarse siguiendo ciertos parámetros religiosos o no. Este variado universo de creencias lleva a que algunos médicos, los objetores moderados, afirmen estar dispuestos a practicar procedimientos de IVE en algunos casos concretos (por ejemplo, cuando la edad gestacional del feto no es muy avanzada o cuando las mujeres han sido víctimas de violencia sexual); a que otros, los objetores parciales, sostengan que la decisión de practicar o no un aborto depende del juicio que ellos mismos hagan, caso a caso, sobre la situación de las mujeres y sobre la veracidad de su historia, y a que se opongán completamente a la causal de salud mental por considerarla caprichosa; y a que otro grupo de

8 Aunque por las características de la muestra es un estudio que no da cuenta de lo que ocurre en las zonas rurales, es indicativo al menos de lo que acontece en ambientes urbanos en Colombia.

9 Traducción de las autoras.

10 De acuerdo con el último estudio de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*, una de las barreras identificadas frente al acceso a la IVE es justamente el uso inconstitucional de la objeción de conciencia, ya sea por la manifestación de objeción de conciencia institucional, colectiva o por el incumplimiento de condiciones legales asociadas a la manifestación de la objeción de conciencia.

médicos, el de los objetores extremos, tenga una postura de total rechazo a cualquier intento de interrumpir voluntariamente el embarazo, por considerarlo un procedimiento inmoral, lo que conduce a algunos, no solo a objetar conciencia, sino incluso a obstaculizar el acceso de las mujeres a su derecho (Fink *et al.*, 2016).

Lo anterior muestra que la manera en que los médicos o profesionales de la salud se posicionan con respecto al aborto y a las condiciones en que debe practicarse determina la posibilidad de que las pacientes que solicitan la IVE puedan o no acceder al procedimiento por la vía establecida en la sentencia. Así, si una mujer que solicita un aborto se encuentra con un objetor moderado o con uno parcial es posible que, bajo determinadas circunstancias, este médico sí lleve a cabo el procedimiento. Sin embargo, es muy probable que al toparse con un objetor extremo no solo aumenten las probabilidades de que el médico se niegue a practicar la IVE, sino que, además, se corra el riesgo de que este interponga barreras para que la mujer acceda a su derecho a través de otros médicos o instancias. Si bien la objeción de conciencia es un asunto con características e implicaciones diferentes a las de los médicos que denuncian a las mujeres por el delito de aborto, el estudio del Instituto Guttmacher contribuye a ubicar a los médicos y a sus sistemas de creencias en un lugar central del proceso para acceder a la IVE y, en este sentido, a evidenciar que las diferentes percepciones, juicios y consideraciones morales que los profesionales de la salud hacen con respecto al aborto y a sus pacientes pueden tener un impacto sobre el ejercicio de los derechos de las mujeres.

En principio, se podría decir que la justificación y razón principal para que los médicos decidan romper su secreto profesional y denunciar a las mujeres que abortan es el deber de todo ciudadano de denunciar cuando se tiene conocimiento de un delito.¹¹ No obstante, lo que llama la atención de los casos en que los médicos denuncian a las mujeres por acudir al hospital en razón de abortos peligrosos o por complicaciones posteriores a un aborto clandestino es el hecho de que los profesionales de la salud parecerían partir del supuesto de que las mujeres son culpables de un delito y, en razón de esto, deciden interponer la denuncia; no parecen considerar la posibilidad de que, a pesar de que la mujer se haya practicado un aborto

11 Congreso de Colombia, Ley 906 de 2004, artículo 67. En la segunda parte de este texto estudiaremos el alcance de esta disposición en el caso de las y los profesionales de la salud.

clandestino, su caso esté efectivamente cubierto por alguna de las tres causales de la sentencia de la Corte. No parecen tampoco detenerse a pensar que en estos casos la denuncia va en contra del secreto profesional y del derecho a la intimidad de las mujeres que acuden a los centros de salud buscando proteger su derecho a la salud e, incluso, su derecho a la vida.

Poner las decisiones de los médicos frente al aborto en el contexto social descrito en el apartado anterior permite identificar algunos de los elementos y principios que pueden estar en juego detrás de la denuncia de los profesionales de la salud ante el caso de una mujer que ha acudido a un aborto inducido de manera clandestina. Aunque se precisa una investigación profunda que pueda dar cuenta de las creencias, motivaciones y razones de los profesionales de salud para actuar como lo hacen, se pueden formular al menos dos hipótesis sobre por qué interponen la denuncia. En primer lugar, teniendo en cuenta que el universo de creencias de los médicos sobre el aborto puede determinar las posibilidades o limitaciones de acceso a la IVE, es probable que un médico que considere que el aborto es una práctica inmoral en todos los casos o, incluso, un asesinato, sea más propenso a entablar una denuncia penal en contra de las mujeres que aborten, haciendo caso omiso del secreto profesional y sin considerar si se encuentran o no cobijadas por las causales de la Corte. En efecto, como lo documenta el Instituto Guttmacher, en el caso de los objetores extremos, a pesar de que el marco legal permita la interrupción del embarazo en tres casos, su posición moral frente al aborto será de absoluta reprobación, lo que los lleva, no solo a negarse a practicar estos procedimientos, sino a interponer barreras para que otros los lleven a cabo. De ahí que podamos plantear que es probable que estos objetores denuncien a una paciente que ingresa al hospital por un aborto clandestino mal practicado.

Los objetores moderados y parciales, por su parte, podrían estar más dispuestos a poner en duda la culpabilidad de la mujer y a abstenerse de denunciarla penalmente. Sin embargo, dado que las decisiones de este tipo de objetores descansan en una evaluación caso a caso, realizada por los mismos médicos con base en sus consideraciones personales y sus propios juicios morales sobre las condiciones en que debe o no practicarse un aborto, el juicio subjetivo que se hace sobre la mujer y su historia de vida es variable, y con ello, la sentencia de la Corte Constitucional (C-355/06), junto con sus requisitos y disposiciones, son objeto de múltiples interpretaciones según el caso. Lo problemático aquí es que la garantía de los derechos fundamentales de las mujeres como la intimidad y la salud,

así como el acceso al derecho al aborto en las circunstancias permitidas se encuentran condicionados en la práctica por el juicio favorable o desfavorable que haga el médico acerca de las circunstancias de cada caso. En este contexto, la decisión de denunciar a una mujer por aborto descansa, en parte, en valoraciones subjetivas que, en ocasiones, pueden ir en contravía de los principios que guían la decisión de la Corte de proteger la salud y la vida de las mujeres.

Por otra parte, también es posible que el desconocimiento del contexto en el que se presentan los abortos clandestinos en el país, y del impacto de esto sobre la vida y la salud de las mujeres lleve a muchos médicos a hacer juicios basados en creencias desinformadas o falsas, lo que finalmente se traduce en la decisión de denunciar o no a las mujeres o en la objeción o no de conciencia. De igual manera, tal y como se analizó en la sección anterior, el desconocimiento también puede ser del contenido y alcance de la sentencia que despenaliza el aborto en tres circunstancias; al no tener claro el marco jurídico y las posibilidades y limitaciones de este, los médicos pueden incurrir en juicios falsos sobre cuándo la interrupción del embarazo es objeto de penalización.¹²

En segundo lugar, además de la variedad de creencias y posturas de los médicos frente al aborto, y del posible impacto de esto en la decisión de realizar o no una denuncia penal contra las mujeres que interrumpen su embarazo en la clandestinidad, también se puede formular otra hipótesis sobre la actitud de los médicos que interponen la denuncia. En *Lejos del derecho* se muestra cómo un contexto institucional reprobatorio del aborto puede llevar a los médicos a abstenerse de practicar la IVE o de asumir posturas contrarias a ella, por el temor a recibir una sanción. Por ejemplo, tal y como lo relata un entrevistado, mientras Alejandro Ordóñez estaba a cargo de la Procuraduría, “exist[ía] todo un contexto de presión política para que más que se vigil[ara] la garantía de la prestación de servicios, se pers[iguiera]; se est[aba] fiscalizando el hecho de que se prest[aran] los servicios” (Chaparro *et al.*, 2013, p. 68). En este escenario sancionatorio, los médicos y el personal administrativo de los hospitales se abstendrían de practicar la IVE por miedo a una posible sanción disciplinaria por parte de la Procuraduría.

12 Frente a estos obstáculos es pertinente resaltar la responsabilidad de las facultades de medicina en el país de formar profesionales capacitados e informados para abordar casos de IVE, que respeten el contenido y los alcances de la sentencia de la Corte.

Este ejemplo permite advertir algunas de las barreras al acceso a la IVE que se pueden interponer desde las instituciones y que pueden definir la postura de los médicos al momento de enfrentarse a un caso de aborto. Si desde la red de instituciones de las que depende el derecho a la IVE se promueven los estereotipos, la estigmatización y la reprobación de estos procedimientos, entonces se vuelve muy difícil para los médicos asumir una postura más receptiva hacia el aborto así sea dentro de las tres causales avaladas por la Corte, pues seguramente temen perder su trabajo, ser sancionados o convertirse en objeto de reprobación social. De ahí, quizás, que la respuesta más segura para algunos de ellos sea denunciar a las mujeres que se practican un aborto, sin considerar proteger el secreto profesional, y sin preguntarse por la posibilidad de que estos casos se encuentren cobijados por la sentencia.

En este escenario, una de las conclusiones principales que se puede plantear frente a las condiciones en las que se interpone la denuncia hacia las mujeres que se practican abortos clandestinos y que acuden a entidades de salud por complicaciones derivadas de ello es que dichas conductas se desarrollan en medio de un contexto que continúa restringiendo las posibilidades de acceso a la IVE de manera formal.

El hecho de que profesionales de la salud denuncien a estas mujeres no es un asunto menor, pues se convierte en otra barrera más para que las mujeres ejerzan su derecho a la IVE, así como en otro elemento que fomenta el alto índice de abortos clandestinos, lo que agrava los riesgos para la salud y la vida de las mujeres. El temor a ser denunciadas por médicos que están dispuestos a romper con su secreto profesional, en medio de un contexto de desconocimiento, estigma y reprobación social e institucional a la IVE, puede ser una razón de peso para que las mujeres –incluso si están dentro de las tres causales despenalizadas por la Corte Constitucional– decidan acudir a procedimientos clandestinos que tienen más probabilidades de poner en riesgo su salud.

Así las cosas, aunque la Sentencia C-355 de 2006 reconoce la IVE como un derecho de las mujeres bajo las tres causales específicas, en la práctica prima un contexto que no permite el acceso en condiciones adecuadas a lo establecido por el marco legal, y las barreras sociojurídicas que las mujeres deben atravesar para hacer efectivo el procedimiento para interrumpir su embarazo incentivan sistemáticamente la opción de la clandestinidad, con los riesgos para la salud y la vida que están implicados en esta alternativa. Por esta razón, es de suma importancia evaluar cuál es el

papel de los médicos en este panorama y generar mecanismos, entre ellos pedagógicos, para que el contexto que fomenta los abortos clandestinos se debilite.

SEGUNDA PARTE

IMPLICACIONES DE LA VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD Y DEL SECRETO PROFESIONAL EN CASOS DE ABORTO EN COLOMBIA

Este capítulo se desarrollará en dos partes: en la primera retomaremos el test de proporcionalidad propuesto en el documento sin publicar “Intimidad y acceso a la información, los casos difíciles en la interrupción voluntaria del embarazo”, de Nina Chaparro, Diana Esther Guzmán y Silvia Rojas, con el fin de recordar los principios y derechos que están en juego en los casos en que los médicos o profesionales de la salud denuncian a las mujeres por aborto; haremos énfasis, por un lado, en el derecho a la intimidad de una mujer que acude a una entidad de salud con un aborto inducido iniciado de manera clandestina, quien es denunciada por el delito de aborto y, por otro lado, en el deber de denuncia del personal de salud.

La principal consecuencia que se deriva de la aplicación del test de proporcionalidad indica que la denuncia de los profesionales de la salud a una mujer que se realizó un aborto constituye una vulneración o limitación injustificada de su derecho a la intimidad. En virtud de esto, en la segunda parte de este capítulo indagamos por las consecuencias de esta violación del derecho a la intimidad dentro del proceso penal, específicamente en relación con la recopilación de la evidencia y de los elementos materiales probatorios, y ofrecemos algunas consideraciones en materia disciplinaria.

Test de proporcionalidad: entre el derecho a la intimidad de las mujeres y el deber de denuncia de las y los profesionales de la salud

Para resolver la tensión que surge entre el deber de denuncia ante presuntos delitos impuesto a todos los ciudadanos –en este caso, a los profesio-

nales de la salud (médicos/as y enfermeros/as)– y la garantía del derecho a la intimidad –en este caso de mujeres que han accedido a abortos peligrosos y entablan una relación médico-paciente bajo la protección del secreto profesional– es posible usar el test de proporcionalidad como un instrumento hermenéutico que permite maximizar la protección de los bienes jurídicos protegidos, buscando que se sacrifiquen en la menor medida posible valores, principios o derechos de entidad constitucional.

Sobre el derecho fundamental a la intimidad es importante recordar que está consagrado en el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia, que se dirige a proteger “el ámbito personalísimo de cada individuo o familia, es decir, a aquellos fenómenos, comportamientos, datos y situaciones que normalmente están sustraídos a la injerencia o conocimiento de extraños”.¹ Así, el derecho a la intimidad “permite a la persona desarrollarse de manera libre y autónoma en su ámbito más privado, con las limitaciones que impone el derecho de los demás y el ordenamiento jurídico” (Chaparro, Guzmán y Rojas, 2014), limitaciones que deben obedecer a un interés general legítimo y debidamente justificado, y además, respetar los principios de razonabilidad y proporcionalidad.

En desarrollo de este derecho existe información protegida que ha sido calificada como privada y reservada. Las historias clínicas² o las comunicaciones privadas gozan de la calificación de información privada a la cual solo es posible acceder por medio de una orden judicial.³ De igual manera, datos sensibles o relacionados con el ejercicio de la sexualidad de las personas también han sido calificados como información reservada que pertenece de manera exclusiva a la persona y no puede ser obtenida por terceros en ningún supuesto.

Ahora bien, en el caso de la obligación de denuncia, esta se deriva del deber de colaborar con la correcta administración de justicia y se encuentra consagrada en el artículo 95 de la Constitución Política de Colombia. Este deber también tiene estatus legal a través del artículo 67 del Código de Procedimiento Penal,⁴ que estipula que “toda persona debe denunciar

1 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-056/95. M. P. Antonio Barrera Carbonell.

2 Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Artículo 34.

3 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-729/02. M. P. Eduardo Montealegre Lynett.

4 Congreso de Colombia. Ley 906 de 2004. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

a la autoridad los delitos de cuya comisión tenga conocimiento y que deban investigarse de oficio”.

Frente a dicha obligación general existen algunas excepciones. Una de ellas se refiere a los médicos, quienes, en principio, están exonerados de dicho deber cuando conocen de un presunto delito en desarrollo de su oficio, en virtud del secreto profesional,⁵ que a su vez goza de protección constitucional.⁶

El artículo 37 de la Ley de Ética Médica define al secreto profesional como “aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa”.⁷ De acuerdo con esto, “el médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales”.⁸ El principio que guía la aplicación de esta disposición es el de preservar el derecho a la salud:

...debido a la relación de confianza que debe haber entre el médico y sus pacientes, que en muchas ocasiones implica la revelación de aspectos enteramente íntimos de las personas –por ejemplo, en lo relacionado con la práctica de su sexualidad– el secreto profesional de los médicos es necesario para que las personas puedan revelar esta información a sus médicos con la garantía de que su derecho a la intimidad será protegido. (Chaparro, Guzmán y Rojas, 2014)

De ahí que la figura de la exoneración sea planteada como una garantía constitucional para que, en este tipo de casos, prime el derecho a la salud sobre el deber de la denuncia.

En el caso del personal de enfermería, de acuerdo con la Ley 911 de 2014, también se establece la obligación de guardar secreto profesional “en todos los momentos del cuidado de enfermería y aún después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas en la ley”,⁹ como mecanismo para garantizar el derecho a la intimidad del sujeto de cuidado.

5 *Ibid.*, artículo 68.

6 Constitución Política de Colombia (1991, art. 47).

7 Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.

8 *Idem.*

9 Congreso de Colombia. Ley 911 de 2014. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Artículo 18.

No obstante, la protección del secreto profesional tampoco es absoluta. La Ley de Ética Médica dictamina que pueden darse excepciones al secreto profesional que se establecen acorde con “lo que dicte la prudencia”,¹⁰ lo que en último término significa que en cada caso el médico debe realizar una evaluación y ponderación de los costos y beneficios de revelar el secreto profesional. Adicionalmente, de acuerdo con el artículo 218 del Código de Procedimiento Penal,¹¹

... quien en hospital, puesto de salud, clínica, consultorio médico u otro establecimiento similar, público o particular, reciba o dé entrada a persona a la cual se le hubiese ocasionado daño en el cuerpo o en la salud, dará aviso inmediatamente a la dependencia de policía judicial que le sea más próxima o, en su defecto, a la primera autoridad del lugar.

La denuncia por parte de profesionales de la salud en casos de presuntos abortos es especialmente problemática al menos por dos razones: en primer lugar porque, tal y como se ha señalado, la realización de abortos por fuera del sistema de salud o de manera clandestina no significa de forma concluyente que la persona se encuentre por fuera de las tres causales despenalizadas por la Corte. En este sentido, es muy difícil establecer una línea clara que distinga cuándo el aborto es un delito y cuándo es el ejercicio de un derecho fundamental. Así lo reconoce la Corte en la Sentencia T-585 de 2010, cuando muestra su preocupación por el hecho de que abrir procesos penales a partir de la violación del secreto profesional es un factor que, además, desincentiva gravemente el acceso a la IVE en las tres causales autorizadas por la Corte y perpetúa patrones de discriminación que históricamente han afectado a las mujeres y su autonomía reproductiva. Así pues, la Corte ha dictaminado que “guardar el secreto profesional se convierte en una obligación de primer orden para los prestadores de servicios de salud en relación con este tópico (IVE)”.¹² La segunda razón que hace problemática la denuncia de profesionales de la salud en presuntos casos de aborto hace referencia al hecho de que personas que se han practicado un aborto y que necesitan atención en salud

10 Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Artículo 38.

11 Congreso de Colombia. Ley 906 de 2004. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

12 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009. M. P. Humberto Antonio Sierra.

por la realización de un aborto inducido peligroso, incluso cuando su caso esté por fuera de las tres causales despenalizadas por la Corte, pueden verse renuentes a buscar ayuda médica que garantice su derecho a la salud y a la vida si ello significa correr el riesgo de ser denunciadas por parte de los profesionales de la salud.

Para resolver esta tensión, siguiendo los lineamientos de la Corte Constitucional para estos casos, es preciso aplicar el test de proporcionalidad con el fin de evaluar si en estas situaciones se justifica o no la restricción del derecho a la intimidad, y si la evaluación de costos y beneficios es necesaria, razonable y proporcionada. El test de proporcionalidad revelará si la actuación de los médicos y profesionales de la salud cumple en estos casos con los requisitos de la Corte sobre la proporcionalidad de la medida.

En la primera parte del test se evalúa la finalidad de la medida. En este caso, la obligación de denuncia sobre los médicos persigue un fin constitucionalmente legítimo, consistente en contribuir con el correcto funcionamiento de la administración de justicia, elemento esencial para la conservación de la integridad del orden jurídico, así como para la garantía de los derechos e intereses legítimos de los habitantes del país.

El segundo elemento del test consiste en evaluar la necesidad de la medida, es decir, si resulta indispensable para el logro del objetivo propuesto, aspecto que generalmente se determina examinando la posibilidad o no de que se implemente otra medida menos gravosa, pero igualmente conducente al propósito esperado. En este caso, la denuncia por parte de los médicos o de profesionales de la salud no cumple con este requisito, pues existen otros mecanismos disponibles para que el Estado inicie las investigaciones correspondientes frente a la existencia de un presunto delito, tales como la investigación iniciada de oficio, o la denuncia por parte de terceras personas.

El hecho de tratarse de una medida que no resulta necesaria ya es razón suficiente para concluir que no supera el test de proporcionalidad y, en consecuencia, afirmar que ante la tensión entre los dos bienes jurídicos protegidos debe primar el derecho a la intimidad de la mujer sobre el deber de denuncia. Sin embargo, también se puede indagar si la medida es proporcional en sentido estricto o no, para lo cual se debe analizar el balance existente entre los beneficios que su aplicación podría reportar y los costos o las dificultades que ello ocasionaría.

Si bien el beneficio de la medida es facilitar la noticia criminal para que la administración de justicia inicie la investigación sobre la existencia

de un presunto delito, dicha actuación no resulta proporcional frente a la vulneración del derecho fundamental a la intimidad, teniendo en cuenta que: 1) violar el secreto profesional al denunciar implica revelar información que goza del carácter de reservada, ya que compromete el ámbito más íntimo de una mujer; 2) como se mencionó, en este tipo de casos no es claro para los profesionales de la salud si se encuentran o no ante un caso despenalizado por la Corte; sin embargo, en aquellas situaciones en las que efectivamente se trate de casos amparados por la sentencia, su actuación traería como consecuencia inevitable la disuasión de mujeres de acceder a la IVE a la que tienen derecho; 3) si se trata de una mujer que se haya practicado un aborto por fuera de las tres causales, la posibilidad de denuncia por parte de los profesionales de la salud no solo desconoce su derecho a la intimidad, sino que –lo que es más grave– también puede poner en gravísimo riesgo su derecho a la salud e incluso su vida, ya que existirán mujeres renuentes a buscar atención en salud para evitar ser judicializadas.

Por todo lo anterior es posible concluir que la denuncia por parte del personal de salud en contra de mujeres que han acudido a la inducción del aborto de manera clandestina resulta desproporcional y, en consecuencia, constituye una vulneración o limitación injustificada a su derecho a la intimidad. Este derecho, como ya se ha mencionado, es requisito esencial para el cabal cumplimiento de otros derechos en juego, como el derecho a la salud y, finalmente, a la IVE en aquellos casos en que corresponda.

De esta manera, surgen nuevas preguntas respecto a las consecuencias de la violación del secreto profesional, en particular, en lo que se refiere al proceso penal y a la legitimidad del mismo. Si las denuncias realizadas en las circunstancias descritas son recibidas por la policía judicial y con base en estas se inicia un proceso penal, y si, además, se retoman las declaraciones realizadas dentro de la recopilación de la evidencia y esto lleva a la posterior práctica y valoración de las pruebas, es preciso preguntarse, de un lado, por las consecuencias de que el testimonio del profesional de la salud entre a valorarse como prueba en el proceso penal y, de otro, por las afectaciones de esto sobre las mujeres y su derecho a la intimidad.

Consecuencias dentro del proceso penal

Retomando los avances del derecho italiano, Luigi Ferrajoli desarrolló el concepto de *garantismo* dentro del derecho penal, como un enfoque destinado a garantizar los derechos subjetivos, que se refleja en parte en

un estricto sometimiento del poder punitivo especialmente a través del “sometimiento a la ley penal del poder penal judicial, y mediante el sometimiento a las normas constitucionales del poder penal legislativo” (Ferrajoli, s.f., p. 165). Lo que se busca con esto es minimizar la violencia del poder punitivo a través de las garantías penales sustanciales (como, por ejemplo, la estricta legalidad, lesividad, materialidad, etc.), y de las garantías procesales y orgánicas (como la contradictoriedad, la paridad entre acusación y defensa, el principio de juez natural, etc.).

El principal pilar del garantismo dentro de nuestro ordenamiento jurídico es el debido proceso, que tiene su origen en el derecho anglosajón, con la cláusula 39 de la Carta Magna (15 de junio de 1215), en donde se consagró la prohibición de arrestar, detener, desposeer de la propiedad o molestar a un hombre libre, salvo en virtud de enjuiciamiento legal de sus pares y por la ley de la tierra (Agudelo, 2005). En nuestro ordenamiento jurídico, dicha figura es entendida como un derecho fundamental y como un “principio inherente al Estado de derecho, cuyas características esenciales son el ejercicio de funciones bajo parámetros normativos previamente establecidos y la erradicación de la arbitrariedad”.¹³ Este principio se encuentra protegido en la Constitución Política de Colombia, en el artículo 29.

En desarrollo del enfoque garantista, y como parte de uno de los elementos del debido proceso, ha existido un amplio desarrollo sobre las condiciones que deben atenderse en el proceso de recolección de los elementos materiales probatorios, evidencias físicas e información legalmente obtenida, así como sobre la práctica y valoración de la prueba dentro de los procesos penales, especialmente a través de la denominada regla de exclusión.

La regla de exclusión tiene su origen en decisiones de la Corte Suprema de Justicia de Estados Unidos a partir de la interpretación de las enmiendas IV, V y XIV¹⁴ de la Constitución. De acuerdo con esta regla,

13 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-034 de 2014. M. P. María Victoria Calle Correa.

14 Constitución de Estados Unidos. Enmiendas IV, V y XIV. “Amendment IV: The right of the people to be secure in their persons, houses, papers, and effects, against unreasonable searches and seizures, shall not be violated, and no warrants shall issue, but upon probable cause, supported by oath or affirmation, and particularly describing the place to be searched, and the persons or things to be seized. Amendment V: No person shall be held to answer for a capital, or otherwise infamous crime, unless on a

dentro del proceso penal es inadmisibles la incorporación de evidencias que se deriven de la violación de los derechos a la no autoincriminación, al debido proceso, a la intimidad y la inviolabilidad del domicilio. En Estados Unidos, para poder aplicar la regla de exclusión se requiere que sea un agente del Estado quien ejecute la acción que produce la violación de los derechos mencionados, pero en América Latina no existe este condicionamiento y solo se requiere que la configuración de la violación de derechos humanos se produzca.

Dentro de las principales decisiones que desarrollaron esta regla están: *Boyd vs. United States* (1886), proceso en el que se violó el derecho a la no autoincriminación; *Weeks vs. United States* (1914) y *Silverthorne Lumber Co vs. United States* (1920) en los que no se respetó la inviolabilidad del domicilio –a partir de este último caso se adoptó la doctrina de los frutos del árbol envenenado de acuerdo con la cual la inadmisibilidad alcanza las denominadas pruebas derivadas–; *Nardone vs. United States* (1939) en el que se violó el derecho a la privacidad; y *Mapp vs. Ohio* (1957) por inviolabilidad de domicilio –a partir de este caso la aplicación de la regla de exclusión se extendió a todos los Estados, y no solamente a los casos del nivel federal– (Caicedo, 2012).

En Colombia, la regla de exclusión goza de rango constitucional; precisamente, en el artículo 29 de la Constitución Política se establece que: “Es nula, de pleno derecho, la prueba obtenida con violación del debido proceso”, precepto que fue desarrollado dentro del Código de Procedimiento Penal en los artículos 23, 455 y 457.¹⁵ El artículo 23 dispone la nulidad de pleno derecho de las pruebas, no solo cuando fueron

presentment or indictment of a grand jury, except in cases arising in the land or naval forces, or in the militia, when in actual service in time of war or public danger; nor shall any person be subject for the same offense to be twice put in jeopardy of life or limb; nor shall be compelled in any criminal case to be a witness against himself, nor be deprived of life, liberty, or property, without due process of law; nor shall private property be taken for public use, without just compensation. Amendment XIV: Section 1. All persons born or naturalized in the United States, and subject to the jurisdiction thereof, are citizens of the United States and of the state wherein they reside. No state shall make or enforce any law which shall abridge the privileges or immunities of citizens of the United States; nor shall any state deprive any person of life, liberty, or property, without due process of law; nor deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the laws”.

15 Congreso de Colombia. Ley 906 de 2004. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

obtenidas con violación del debido proceso, sino cuando fueron obtenidas “con violación de las garantías fundamentales”. Por su parte, el artículo 455 ubicado en el título VI sobre ineficacia de los actos procesales dispone que “Para los efectos del artículo 23 se deben considerar, al respecto, los siguientes criterios: el vínculo atenuado, la fuente independiente, el descubrimiento inevitable y los demás que establezca la ley”, y el artículo 457 aclara que la nulidad por violación de garantías fundamentales se produce por violación del derecho de defensa o del debido proceso en aspectos sustanciales.

Dichas disposiciones normativas han sido objeto de amplio desarrollo jurisprudencial por parte de la Corte Constitucional y de la Corte Suprema de Justicia (Sala Penal), quienes han distinguido dos escenarios de contaminación de la prueba que pueden generar que esta sea ilegal o ilícita/inconstitucional. De acuerdo con la Corte Constitucional, la distinción entre una y otra está en la afectación formal o sustancial que se produzca contra el debido proceso.

En segundo lugar, es necesario considerar el alcance del concepto de debido proceso al cual alude la norma constitucional, esto es, si se refiere exclusivamente a las reglas procesales o si también incluye las que regulan la limitación de cualquier derecho fundamental, como la intimidad, el secreto profesional y la libertad de conciencia. En Colombia, se ha dicho que el concepto de debido proceso es sustancial, esto es, comprende las formalidades y etapas que garantizan la efectividad de los derechos de las personas y las protegen de la arbitrariedad de las autoridades, tanto en el desarrollo de un proceso judicial o administrativo como, además, frente a cualquier actuación que implique la afectación de derechos constitucionales fundamentales.¹⁶

La prueba ilegal es, entonces, aquella que resulta incompatible con el debido proceso por afectar las formas propias de cada juicio, al haber sido practicada, recaudada o valorada en contravía del régimen legal de la prueba, es decir, sin atender al cumplimiento de los requisitos normativos propios de cada medio de conocimiento. Por su parte, la prueba ilícita o inconstitucional es aquella que fue incluida dentro del sumario afectando

16 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-159 de 2002. M. P. Manuel José Cepeda Espinosa.

el debido proceso, por haber sido obtenida por medio de la vulneración de derechos fundamentales.¹⁷

Sobre este último aspecto, si bien la calificación de prueba ilícita tuvo como origen la prevención de obtener una prueba a través de las más graves violaciones de derechos humanos, como por ejemplo, por medio de tortura, desaparición forzada, ejecución extrajudicial, etc., hoy dicha calificación es lo suficientemente amplia como para incluir la comprensión de que no puede producirse mediante la violación de ningún derecho fundamental.

Sobre las consecuencias de la práctica, recaudación o valoración ilícita de las pruebas, de acuerdo con la Constitución y la ley es nula de pleno derecho la prueba obtenida con violación de las garantías fundamentales. Frente a esto, si se tiene en cuenta que, dentro del sistema penal acusatorio, prueba es solamente aquella que se ha descubierto, ha sido admitida, practicada y debatida en juicio, o aquella incorporada anticipadamente en audiencia preliminar ante un juez de garantías, se podría entender que la regla de exclusión solo operaría en dicha etapa procesal.

No obstante, de acuerdo con la Corte Suprema de Justicia, los elementos de prueba recaudados de esa manera antes de ser llevados a juicio pueden reputarse como inexistentes:

Si se encuentra que la Fiscalía ha vulnerado los derechos fundamentales y las garantías constitucionales, el juez a cargo del control no legitima la actuación de aquella y, lo que es más importante, los elementos de prueba recaudados se reputan inexistentes y no podrán ser luego admitidos como prueba, ni mucho menos valorados como tal. En consecuencia, no se podrá, a partir de esa actuación, llevar a cabo la promoción de una investigación penal, como tampoco podrá ser llevada ante el juez de conocimiento para efectos de la promoción de un juzgamiento; efectos éstos armónicos con la previsión del artículo 29 superior, conforme al cual es nula de pleno derecho toda prueba obtenida con violación del debido proceso.¹⁸

17 Corte Suprema de Justicia, Sala Penal. Sentencia del 24 febrero de 2016, radicado 46569. M. P. Gustavo Enrique Malo Fernández.

18 Corte Suprema de Justicia, Sala Penal. Auto del 16 de mayo de 2007, radicado 26310. M. P. Sigifredo Espinosa Pérez.

Sobre este aspecto es importante recordar que la inexistencia no requiere una declaración judicial que así lo establezca, contrario a lo que ocurre con la nulidad.

Así pues, existen diferentes momentos en los que es posible aplicar la regla de exclusión. De acuerdo con el artículo 212 de la Ley 906 de 2004,¹⁹ el fiscal, al estudiar el informe de inicio de labores realizado por la policía judicial, puede ordenar el rechazo de actuaciones que se hayan realizado con violación de derechos fundamentales, e incluso puede advertir de las irregularidades encontradas en el ámbito disciplinario y penal.

Por su parte, si el elemento material probatorio obtenido de manera ilícita llega al juez de control de garantías, este operador también tendría el deber de excluirlas; en consecuencia, no podría valorarlas y deberá proceder a su retiro para que no lleguen al juez de conocimiento, quien también podría proceder a su exclusión en audiencia preparatoria de juicio oral.

De esta manera, la aplicación de la regla de exclusión puede variar dependiendo del caso en concreto. La Corte Constitucional ha sostenido que en términos generales su aplicación no hace al proceso inválido; simplemente, la prueba ilícita no puede ser tomada en cuenta al momento de sustentar una decisión. En contraste, cuando se trate de pruebas que han sido obtenidas “en flagrante desconocimiento de la dignidad humana, tal y como sucede con las confesiones logradas mediante crímenes de lesa humanidad como lo son la tortura, la desaparición forzada o la ejecución extrajudicial”,²⁰ la nulidad se produciría sobre todo el proceso.

Teniendo en cuenta lo anterior podemos afirmar que si dentro del proceso penal las declaraciones de los médicos o enfermeras/os han sido obtenidas con violación del derecho a la intimidad de mujeres que acudieron a ellos en calidad de pacientes, violando el secreto profesional, y probablemente violando la reserva de la historia clínica, estas evidencias tendrían que considerarse inexistentes o ser excluidas del proceso penal por violación del debido proceso. Esto teniendo en cuenta precisamente su carácter ilícito, dada la violación de derechos fundamentales que se desprende de su inclusión.

19 Congreso de Colombia. Ley 906 de 2004. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

20 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-591 de 2005. M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

Regla de exclusión por violación del derecho a la intimidad como consecuencia de la vulneración del secreto profesional por parte de profesionales de la salud

Sobre la aplicación de la regla de exclusión cuando se han obtenido elementos materiales probatorios o pruebas con violación del derecho a la intimidad y, concretamente, por violación del secreto profesional por parte de profesionales de la salud hay dos sentencias de la Corte Suprema de Justicia que es relevante estudiar.

La primera de ellas se originó a partir de la sentencia del Tribunal Superior de Antioquia que condenó a Alba Lucía Rodríguez, mujer campesina víctima de violencia sexual, quien quedó embarazada producto de una violación y dio a luz en el baño de su casa, lugar en donde murió su hija recién nacida. Por dichos hechos fue condenada a 42 años y 5 meses de prisión, después de imputársele el delito de homicidio agravado.

De acuerdo con el testimonio de Alba Lucía, la recién nacida cayó al sanitario y falleció. Sin embargo, según la versión del médico que atendió el caso y que realizó la necropsia de la recién nacida junto a la auxiliar de enfermería, “Alba Lucía Rodríguez Cardona, en el curso de la anamnesis o exploración verbal sobre los motivos de su consulta, les confió que ella había tomado a la criatura por el cuello hasta asfixiarla (fs. 33 y 34). Manifestaciones testimoniales que sirvieron a los juzgadores para probar y reforzar la hipótesis de la estrangulación manual”²¹

En esta sentencia, la Corte Suprema de Justicia explica la importancia y la naturaleza del secreto profesional; aclara que no se trata de un privilegio de los profesionales de la medicina, ni del personal de salud, sino de un derecho de quien confía la información, de quien acude en calidad de paciente. Así lo expresa la Corte:

...la estructura dinámica del secreto profesional es la de un derecho-deber, porque salvaguarda el derecho a la intimidad de la persona que se ve obligada a confiar en el profesional, quien correlativamente tiene el deber de protegerlo y no comunicarlo a terceros, ni aún a las autoridades, tanto por respeto al confidente como en virtud del interés público en el correcto ejercicio de las profesiones.²²

21 Corte Suprema de Justicia, Sala Penal. Sentencia del 7 marzo de 2002, radicado 14043. M. P. Jorge Aníbal Gómez Gallego.

22 *Idem*.

Este derecho / deber, además, está dispuesto para servir de garantía al ejercicio de otros derechos fundamentales. La Sentencia C-264 de 1996 de la Corte Constitucional estudia la exequibilidad del artículo 38, literal d, de la Ley 23 de 1981. Allí se afirma que “el secreto profesional [...] consiste en servir de garantía funcional a otros derechos fundamentales, entre los que se destaca el derecho a la intimidad, a la honra, al buen nombre, a la información, a la libertad etc.”²³

Ahora bien, sabiendo que existen limitaciones a todo derecho, la Corte retoma los casos en donde es posible la revelación del secreto profesional, haciendo alusión al artículo 38 de la Ley 23 de 1981, “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”. De acuerdo con esto, existen cinco eventos²⁴ en los cuales sería posible la revelación del secreto profesional según los consejos que dicte la prudencia, casos entre los cuales no se encuentra de manera expresa el requerimiento judicial como declarante. Además, la Corte Suprema recuerda que la revelación del secreto profesional solo puede darse bajo condiciones de necesidad extrema:

...la última sentencia de constitucionalidad citada, que declaró exequibles los artículos 37 y 38 de la Ley 23 de 1981, señaló que si bien el legislador podía regular todos los derechos y deberes consagrados en la Constitución Política, incluido obviamente el del secreto profesional, no por ello la misma podía autorizar su violación por fuera de las condiciones de necesidad extrema.²⁵

Así, después de valorar las disposiciones de la Ley 23 de 1981,²⁶ dentro de las cuales el secreto profesional también se extiende a las y los auxiliares del servicio médico (art. 39), la Corte Suprema concluye que, en el caso estudiado, las declaraciones realizadas por el médico y la auxiliar de

23 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-264/96. M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

24 a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga; b) a los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento; c) a los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces; d) a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley; e) a los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

25 Corte Suprema de Justicia, Sala Penal. Sentencia del 7 marzo de 2002, radicado 14043. M. P. Jorge Aníbal Gómez Gallego.

26 Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.

enfermería que atendieron a Alba Lucía Rodríguez, fundamentales para sustentar las condenas que se produjeron en las dos instancias, resultan “manifiestamente ilegales” por violación del secreto profesional, con lo que se presentaría un falso juicio de legalidad sobre los testimonios. Este argumento, junto a otros, llevó a la Corte Suprema a casar la sentencia y a absolver a la acusada.

El segundo caso en que se aplicó la regla de exclusión es una sentencia de casación contra el fallo de segunda instancia, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, que confirmó la absolución a favor de Saudiel Orlando López Cruz, emitida por el Juzgado 48 Penal del Circuito de Bogotá, por homicidio agravado en contra de su hija de cuatro años.²⁷

Los hechos que originaron el caso ocurren después de una noche de discusión entre el procesado y su exesposa, quienes a pesar de estar divorciados convivían en la misma residencia. La discusión se originó porque la madre de la niña le reveló al procesado que tenía otra relación y le pidió que se fuera del apartamento.

Luego de discutir toda la noche y de ingerir licor, a la mañana siguiente el procesado se encerró en el estudio y amenazó con suicidarse desde la ventana de un cuarto piso, manifestando que había matado a su hija y que no quería vivir más, razón por la cual acudió la policía a la residencia. Posteriormente se pudo verificar que la niña había sido asesinada. Un día después de los hechos, el procesado fue internado en la Clínica Nuestra Señora de la Paz, en donde estuvo por cuatro años. Allí le diagnosticaron una psicosis con componentes de depresión y de disociación amnésica que, según el diagnóstico médico, lo impulsaba a ser destructivo contra sí mismo y contra los demás. Este diagnóstico se elaboró con base en conversaciones que Saudiel Orlando López tuvo ante profesionales de la salud el día siguiente al homicidio, en las que el procesado manifestó ser el autor del delito en contra de su hija y expresó sus motivos.

En la sentencia de casación, la Corte Suprema declaró al procesado autor penalmente responsable, en calidad de inimputable, por la conducta punible de homicidio agravado; no se le impuso medida de seguridad, con fundamento en el artículo 75 del Código Penal que establece esta posibilidad cuando el trastorno mental transitorio con base patológica haya

27 Corte Suprema de Justicia, Sala Penal. Sentencia del 18 marzo de 2015, radicado 33837. M. P. Eugenio Fernández Carlier.

desaparecido antes de proferirse sentencia. Al margen de la valoración sobre el uso de la figura de inimputabilidad por trastorno mental transitorio, en uno de sus apartados esta sentencia analiza la valoración de la prueba obtenida a partir de las declaraciones realizadas por parte del personal médico que atendió al procesado.

La Corte Suprema retomó el precedente establecido en el caso de Alba Lucía Rodríguez, y consideró que se vulneró del debido proceso al no haberse garantizado el secreto profesional consagrado en el inciso 2° del artículo 74 de la Constitución Política de Colombia, el cual no debe entenderse como un privilegio del profesional, sino, en este caso, del procesado que fungió como paciente, razón por la cual la obligación de reserva prevalece aun cuando el profesional o los auxiliares adscritos a la institución hospitalaria decidan revelar el secreto en forma voluntaria durante la actuación. Así lo sostuvo la Corte:

Tanto la jurisprudencia de la Corte Constitucional como la de esta Corporación han señalado que las informaciones inculpativas brindadas por el paciente a los médicos y que queden registradas en historias clínicas, o que sean reveladas por el profesional de la medicina en el proceso penal, carecen de cualquier eficacia probatoria.²⁸

Además, este pronunciamiento también retoma lo dicho por la Corte Constitucional en la Sentencia C-264 de 1996 que estudia la exequibilidad del artículo 38, literal d, de la Ley 23 de 1981. Según esto, la norma que autoriza al profesional de la medicina a revelar el secreto a las autoridades judiciales es exequible, exceptuando la información que el paciente ha confiado al profesional de la salud y cuya declaración pueda implicar autoincriminación:

En principio, siempre que la prueba o la diligencia en la que interviene un médico hubieren sido válidamente ordenadas por un juez o autoridad competente dentro de un proceso o actuación pública, la presentación del peritazgo o dictamen en cuanto corresponde al cumplimiento de un encargo legal, no puede considerarse violatorio del deber de sigilo. Esta situación, sin duda, es diferente de la que se presentaría a raíz de la declaración que eventualmente se le podría exigir al médico sobre hechos o circunstancias del paciente, conocidos en razón de su relación

28 *Idem.*

profesional, que podrían conducir a su incriminación. En este caso, la condición de ‘alter ego’ que se predica del médico impediría que por su conducto se llegara a dicho resultado y la prueba así practicada no podría tenerse en cuenta (C. P. arts. 29 y 34). En el caso en cuestión la Corte concluye que “las anotaciones relacionadas con la narración del procesado a los profesionales de la salud de la Clínica Nuestra Señora de la Paz no podían valorarse como medios de prueba”.²⁹

La jurisprudencia en materia penal ha señalado que se debe aplicar la regla de exclusión en los casos en los que la prueba haya sido obtenida por personal de la salud en una situación violatoria del derecho a la intimidad a través de la vulneración del secreto profesional. Lo anterior en la medida en que esta vulneración del derecho a la intimidad constituye una violación flagrante al debido proceso. No obstante, tal y como se anotó en el apartado anterior, la exclusión de las declaraciones del personal de salud, a nuestro juicio, debió producirse como consecuencia de la vulneración de un derecho fundamental, debiendo declarar su recepción, práctica y valoración como un procedimiento ilícito y no ilegal.

A la fecha, la Corte Suprema de Justicia no ha conocido de ningún caso de este tipo que se haya originado en un caso de aborto. Sin embargo, creemos que el precedente estudiado es aplicable a aquellas situaciones en donde, violando el secreto profesional, se usan las declaraciones de personal de salud para generar investigaciones, judicializaciones y condenas contra las mujeres que interrumpieron su embarazo. Así lo entendió la Fiscalía General de la Nación, entidad que a través de la Directiva 006 de 2016 “Por medio de la cual se adoptan directrices para la investigación y juzgamiento del delito de aborto” (2016) sistematizó el precedente al que se ha hecho referencia. A continuación presentaremos las principales disposiciones contenidas en dicha directiva alusivas a este tema.

Directiva 006 de 2016 de la Fiscalía General de la Nación

La directiva de la Fiscalía General de la Nación tiene como propósito establecer algunos criterios que deben seguir las y los fiscales en la investigación y juzgamiento de casos que se adelanten en virtud del delito de aborto.³⁰ Esto parte de entender que en las tres causales despenalizadas

29 *Idem.*

30 Congreso de Colombia. Ley 906 de 2004. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. Artículo 122.

por la Corte Constitucional la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho fundamental.

Dentro de dicha directiva tiene un lugar especial el tratamiento dado al derecho a la intimidad de las mujeres procesadas por delitos de aborto. En este sentido, la directiva se pronuncia sobre el secreto profesional y reitera que los fiscales no deben presentar ante el juez medios de prueba que sean ilegales por provenir, por ejemplo, de una denuncia hecha por el médico que atendió a una mujer después de haberse practicado un aborto (Fiscalía General de la Nación, 2016, 5). La directiva incluso se pronuncia sobre el deber que tendría la policía judicial de advertir a los profesionales de la salud que no pueden violar el secreto profesional. De esta manera, las directrices 21 y 22 de la mencionada directiva establecen:

21. Los fiscales deben abstenerse de practicar entrevistas o solicitar testimonio de profesionales de la salud en los que se indague sobre hechos que son de su conocimiento en razón de su ejercicio profesional, ya que estarían conminándolos a violentar el secreto profesional. Sobre esto, “el Código de Procedimiento Penal señala en el artículo 68 que no están obligados a la denuncia de un delito quien tenga conocimiento de la realización de una conducta punible, con ocasión del secreto profesional. De la misma manera, el artículo 385 dispone que no deben rendir testimonio aquellos que tienen noticia de los hechos en razón a su profesión”. (Fiscalía General de la Nación, 2016, 10-11)

22. Los fiscales deben darles instrucciones a los miembros de policía judicial para que, durante la práctica de entrevistas, le informen a los profesionales de la salud que no podrán violar el secreto profesional. Al respecto, es importante recordar que tal como lo ha dicho la Corte Suprema de Justicia “esa calidad de inviolable que atribuye la Carta al secreto profesional, determina que no sea siquiera optativo para el profesional vinculado por él, revelarlo o abstenerse de hacerlo. Está obligado a guardarlo”. (Fiscalía General de la Nación, 2016, 11)

Aunque aún no se tienen datos consolidados sobre los resultados de la aplicación de dicha directiva, especialmente teniendo en cuenta que su expedición se produjo en el momento de salida del anterior fiscal general, en la actualidad, la Dirección Nacional de Seccionales y Seguridad Ciudadana (DNSSC) ordenó la realización de comités técnico-jurídicos para evaluar la posibilidad de archivar indagaciones, solicitar preclusión

o aplicar principio de oportunidad en las investigaciones que se adelantan por el delito de aborto, allí donde sea procedente tomar ese tipo de decisiones. Entre otras razones, estas medidas se justifican por lo problemático que es obtener pruebas violando el secreto profesional, lo que necesariamente, tal y como se ha sostenido, debe conllevar la exclusión de dicho material probatorio dentro de los procesos (Fiscalía General de la Nación, 2016).

Por tanto, a partir de la jurisprudencia de la Corte Suprema y de la interpretación realizada por la Fiscalía para los casos específicos de aborto, pareciera existir un consenso sobre la procedencia de la aplicación de la regla de exclusión como garantía del debido proceso en aquellos casos en donde se utiliza información proveniente del personal de salud, por medio de la violación del secreto confiado por sus pacientes, incluidas mujeres que acuden con abortos inducidos.

Violación del secreto profesional como falta disciplinaria

Para finalizar esta segunda sección, y partiendo del consenso sobre la violación del derecho a la intimidad que se configura como consecuencia de los procesos penales que se abren a partir de las denuncias que se configuran por la violación del secreto profesional, y que son diferentes a una presentación de peritazgo o dictamen en cuanto no corresponden al cumplimiento de un encargo legal, surge la posibilidad de que dichos casos puedan ser conocidos por los Tribunales de Ética Médica.

Como se mencionó en el apartado sobre la aplicación del test de proporcionalidad, el secreto profesional para el caso de las y los profesionales de la salud está regulado por la Ley 23 de 1981 y por el Decreto 3380 del mismo año. Estas disposiciones contemplan la creación y el funcionamiento de los órganos de control y régimen disciplinario, que les dan la facultad al Tribunal Nacional de Ética Médica y a los tribunales seccionales para conocer de los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten en razón del ejercicio de la medicina en Colombia.

Considerando la información consignada en la primera parte del texto sobre la existencia de múltiples denuncias por parte del personal de salud que atiende a mujeres que acuden a los servicios de salud con abortos inducidos, nos preguntamos por la existencia de procesos disciplinarios que se hubiesen adelantado ante el Tribunal Nacional de Ética Médica y ante tribunales seccionales por este tipo de casos.

De una muestra de doce tribunales³¹ en la que se indagó sobre la existencia de casos en los que se resolvieran las quejas disciplinarias por violación del secreto profesional en situaciones de aborto desde la expedición de la Sentencia C-355 de 2006 a la fecha, únicamente en uno de ellos, el de Antioquia, se reportó la existencia de dos casos presentados en los años 2013 y 2016. Uno de ellos ya contaba con decisión en firme y tuvo como resultado que el médico investigado fuera sancionado con la suspensión durante cinco meses del ejercicio de la profesión por no haber guardado y respetado los secretos confiados por su paciente.

Llama la atención el bajo número de quejas disciplinarias que los tribunales de Ética Médica han recibido por este tipo de casos, sin embargo, el estudio de las razones por las cuales las víctimas no han acudido y no acuden a estas entidades escapa a los propósitos de esta investigación.

31 Los doce tribunales seleccionados para la muestra corresponden a aquellos que respondieron el derecho de petición que enviamos desde Dejusticia: Tribunal Nacional de Ética Médica, y tribunales seccionales de Antioquia, Risaralda y Quindío, Valle del Cauca, Bogotá, Meta, Santander, Cundinamarca, Caldas, Tolima, Nariño y Norte de Santander.

TERCERA PARTE

RESPUESTA DEL DERECHO COMPARADO Y DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS A LA VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD EN CASOS DE ABORTO

En la tercera y última parte de este documento presentaremos cuál ha sido la postura de los organismos internacionales de protección de derechos humanos y la tendencia en algunos países de América Latina –concretamente Argentina y Uruguay– cuando entran en tensión el derecho a la intimidad y el deber de denuncia. Haremos especial énfasis en aquellos casos en los que la tensión se concreta en la violación del secreto profesional y en la información obtenida a partir de la relación médico-paciente en las situaciones en que las mujeres acuden a los hospitales a solicitar la IVE o debido a las complicaciones de salud derivadas de abortos incompletos.

Derecho a la intimidad / privacidad y secreto profesional en organismos internacionales de protección de derechos humanos

La importancia del respeto por la confidencialidad, especialmente cuando se trata de casos que comprometen la salud y que, además, pueden producir situaciones de discriminación en relación con el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, ha sido reafirmada por órganos de monitoreo de tratados de derechos humanos, tales como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC, 2000) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Cedaw, 1999, párr. 12 (d), 18 y 31(d)). En el mismo sentido, aunque sin fuerza vinculante, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población

y el Desarrollo (Naciones Unidas, 1994, párrs. 7.23 y 7.24.), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995, c.2 (e)), también afirmaron la importancia de la protección de la confidencialidad en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva.

De manera expresa, frente a la obligación de proteger el secreto profesional, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha afirmado: “Otro ámbito en que puede ocurrir que los Estados no respeten la vida privada de la mujer guarda relación con sus funciones reproductivas, como ocurre, por ejemplo, cuando [...] los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos” (Comité de Derechos Humanos, 2008, párr. 20).

En los reportes de países latinoamericanos, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha enfatizado la importancia del secreto profesional, exhortando a los países a “proteger el carácter confidencial de la información médica” (Comité de Derechos Humanos, 1999, párr. 159), y manifiesta, además, que “el deber jurídico impuesto sobre el personal de salud de informar de los casos de mujeres que se hayan sometido a abortos puede inhibir a las mujeres que quieran obtener tratamiento médico, poniendo así en peligro sus vidas” (párr. 19). De manera reiterada, incluyendo el reporte de Colombia, el Comité ha expresado su preocupación por la permanencia de barreras estructurales, como la falta de confianza en el secreto profesional médico, lo cual impide el uso de los sistemas de salud, forzando a que las mujeres “tengan que someterse a abortos clandestinos de alto riesgo” (párr. 13).

En el mismo sentido, el Código de Ética Médica internacional, en los deberes hacia los enfermos dispone: “El médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente” (Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, 1983).

Con base en las anteriores disposiciones, a continuación se presentarán los principales pronunciamientos que sobre la materia han tenido los organismos regionales de protección de los derechos humanos. En primer lugar, haremos referencia a las decisiones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) y, en segundo lugar, a los pronunciamientos surgidos en el seno del sistema interamericano.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos

El TEDH ha dictado varias sentencias sobre aborto, constatando violaciones del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH).¹ A través de sus diversos pronunciamientos, el Tribunal declaró explícitamente que aunque el aborto no es un derecho protegido directamente por la Convención, cuando es legal en el derecho interno se ha establecido que: “una vez el Estado, actuando dentro de sus límites de apreciación, adopte regulaciones estatutarias que permitan el aborto en algunas situaciones, no debe estructurar su marco jurídico de una manera tal que limite las posibilidades reales de acceder a un aborto” (traducción propia).² De hecho, el Estado tiene una obligación positiva de crear procedimientos que faciliten a las mujeres el ejercicio de su derecho a acceder a un aborto legal.³ Para ello, las regulaciones deben configurarse “de manera coherente, de manera que permitan que los diferentes intereses involucrados sean tenidos en cuenta de forma adecuada y en correspondencia con las obligaciones que se derivan de la Convención” (traducción propia).⁴

En este sentido, el TEDH ha manifestado que los Estados deben tomar medidas para que los profesionales de la salud no impidan el acceso a los servicios legales de salud, y se proteja el artículo 8 del CEDH,⁵ el cual

-
- 1 En situaciones específicas en las que la vida o la salud de la mujer embarazada estaba en peligro, o cuando el embarazo fue la consecuencia de una violación. Por tanto, los Estados son libres de decidir si autorizan o no el aborto, pero una vez que el legislador nacional decide legalizarlo, el Tribunal puede evaluar su marco jurídico para determinar si se garantiza el acceso.
 - 2 “Once the state, acting within its limits of appreciation, adopts statutory regulations allowing abortion in some situations, it must not structure its legal framework in a way which would limit real possibilities to obtain an abortion” (P. y S. vs. Polonia (2012), párr. 99; véanse también Tysiac vs. Polonia (2007), párr. 116; R. R. vs. Polonia (2011), párr. 200).
 - 3 *Ibid.*
 - 4 “In a coherent manner which allows the different legitimate interests involved to be taken into account adequately and in accordance with the obligations deriving from the Convention” (A. B. y C. vs. Irlanda (2010), párr. 249).
 - 5 Artículo 8. Derecho al respeto a la vida privada y familiar: 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia. 2. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las

protege los derechos a la privacidad, y el artículo 3, que prohíbe el trato inhumano y degradante.⁶

Existen varios pronunciamientos sobre la importancia de salvaguardar el secreto profesional como un desarrollo del derecho a la vida privada en casos relacionados con derechos sexuales y reproductivos.⁷ En *I. vs. Finlandia* (2008), “I” trabajó como enfermera en un hospital público y utilizó los servicios del mismo hospital para tratar su infección por VIH. En ese momento, el personal del hospital tenía libre acceso al registro de pacientes, que contenía información sobre su diagnóstico. A principios de 1992, la demandante comenzó a sospechar que sus colegas eran conscientes de su enfermedad, y en 1995 no fue renovado el contrato temporal de “I” al parecer por el acceso de sus superiores a sus expedientes médicos. Los tribunales nacionales decidieron que no había habido violación de su derecho a la vida privada, sin embargo, el TEDH consideró lo contrario. Este Tribunal sostuvo que “es crucial no solo respetar la privacidad de un paciente sino también preservar su confianza en la profesión médica y en los servicios de salud en general” (traducción propia).⁸

Haciendo eco del argumento esgrimido en *Z vs. Finlandia*, otro caso sobre falta de confidencialidad de la situación de una persona con VIH, el Tribunal dijo que “sin esa protección, los que necesitan asistencia médica pueden ser disuadidos de revelar esa información personal e íntima que es necesaria para recibir el tratamiento apropiado e incluso, de buscar asistencia” (traducción propia).⁹ El secreto profesional debe primar en situaciones de información particularmente sensitiva, agrega el Tribunal en *I vs. Finlandia*, reafirmando la regla de *Z vs. Finlandia*, que dio más im-

infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás.

- 6 Artículo 3. Prohibición de la tortura: nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.
- 7 Véase *RR vs. Polonia* (2011), párr. 206. El Tribunal ha dicho que los Estados estaban obligados a organizar sus servicios de salud para garantizar que el ejercicio efectivo de la libertad de conciencia de los profesionales de la salud no impidiera a los pacientes acceder a los servicios a los que tenían derecho legalmente.
- 8 “It is crucial not only to respect the sense of privacy of a patient but also to preserve his or her confidence in the medical profession and in the health services in general” (TEDH, *I. vs. Finlandia*, 2008, párr. 38).
- 9 “...without such protection, those in need of medical assistance may be deterred from revealing such information of a personal and intimate nature as may be necessary in order to receive appropriate treatment and, even, from seeking such assistance... (TEDH, 1997, párr. 95).

portancia a la protección de la información que pueda crear discriminación y perjuicio: “La divulgación de tales datos puede afectar dramáticamente su vida privada y familiar, así como la situación social y de empleo, exponiéndolo al opprobio y al riesgo de ostracismo” (traducción propia).¹⁰

El Tribunal Europeo consideró que la protección de los datos personales, en particular los datos médicos, reviste una importancia fundamental para el disfrute del derecho a la vida privada y familiar garantizado y protegido por el artículo 8 de la Convención. En *I. vs. Finlandia*, el Tribunal hizo énfasis en la protección de la información sensible:

El Tribunal de Primera Instancia observa que el mero hecho de que la legislación nacional le diera a la demandante la oportunidad de reclamar una indemnización por los daños causados por una supuesta divulgación ilícita de datos personales no era suficiente para proteger su vida privada. Lo que se requiere en este sentido es la protección práctica y efectiva para excluir cualquier posibilidad de que se produzca un acceso no autorizado en primer lugar. La Corte no puede sino concluir que en el momento pertinente el Estado incumplió su obligación positiva en virtud del artículo 8 § 1 de la Convención de garantizar el respeto de la vida privada del demandante (traducción propia).¹¹

En *P. y S. vs. Polonia* (2012), una joven de 14 años que había quedado embarazada como consecuencia de una violación trató de poner fin a su embarazo, pero varios profesionales médicos la presionaron para no abortar, y los hospitales públicos locales se negaron a realizar la IVE y emitieron un comunicado de prensa con su decisión. Como resultado de dicho comunicado la joven experimentó la presión y el acoso de varios

10 “The disclosure of such data may dramatically affect his or her private and family life, as well as social and employment situation, by exposing him or her to opprobrium and the risk of ostracism” (TEDH, 1997, párr. 96).

11 “The Court notes that the mere fact that the domestic legislation provided the applicant with an opportunity to claim compensation for damages caused by an alleged unlawful disclosure of personal data was not sufficient to protect her private life. What is required in this connection is practical and effective protection to exclude any possibility of unauthorized access occurring in the first place. Such protection was not given here [...] The Court cannot but conclude that at the relevant time the State failed in its positive obligation under Article 8 § 1 of the Convention to ensure respect for the applicant’s private life” (TEDH, *I. vs. Finlandia*, 2008, párrs. 47 y 48).

grupos, incluidos profesionales médicos, periodistas, un sacerdote y activistas contra el aborto.

La dilación, la confusión, la falta de asesoría y de información apropiada llevaron al Tribunal a concluir que se habían violado los artículos 3 (prohibición de los tratos inhumanos y degradantes) y 8 (derecho al respeto de la vida privada y familiar) de la Convención, por no haber recibido asesoramiento médico objetivo, así como por las dificultades en la aplicación práctica de su derecho a obtener un aborto legal, y la divulgación de sus derechos personales y familiares. El TEDH señaló que los Estados tienen obligaciones positivas de garantizar el respeto efectivo de la vida privada, obligaciones que pueden incluir medidas reglamentarias y de ejecución, destinadas a asegurar la privacidad en las relaciones entre individuos, y particularmente asegurar el secreto médico (TEDH, P. y S. *vs. Polonia*, 2012, párr. 95):

El Tribunal ha declarado anteriormente que la protección de los datos personales, en particular los datos médicos, reviste una importancia fundamental para el disfrute por parte de una persona de su derecho al respeto de su vida privada y familiar garantizado por el artículo 8 de la Convención. Respetar la confidencialidad de los datos de salud es un principio fundamental en los ordenamientos jurídicos de todas las Partes Contratantes en la Convención. La divulgación de tales datos puede afectar dramáticamente la vida privada y familiar de un individuo, así como su situación social y de empleo, exponiendo a esa persona al oprobio y al riesgo de ostracismo (véase *Z vs. Finlandia*, 25 de febrero de 1997, §§ 95-96, Reports 1997-I). Respetar la confidencialidad de los datos de salud es crucial no solo para la protección de la privacidad del paciente, sino también para el mantenimiento de la confianza de esa persona en la profesión médica y en los servicios de salud en general. Sin esa protección, las personas que necesitan asistencia médica pueden ser disuadidas de buscar un tratamiento adecuado, poniendo así en peligro su propia salud (véase *Z vs. Finlandia*, antes citada, § 95 y *Biriuk vs. Lituania*, 23373/03, § 43, 25 de noviembre de 2008) (traducción propia).¹²

12 “The Court has previously held that the protection of personal data, not least medical data, is of fundamental importance to a person’s enjoyment of his or her right to respect for their private and family life as guaranteed by Article 8 of the Convention. Respecting the confidentiality of health data is a vital principle in the legal systems of all the Contracting Parties to

Es importante recordar que el TEDH ha sostenido de manera reiterada que una vez un Estado ha autorizado la IVE “no se debe estructurar un marco legal que limite las posibilidades reales de obtenerla” (traducción propia).¹³ El acceso oportuno, la información completa y confiable, y los servicios de diagnóstico prenatal son fundamentales para que las mujeres puedan acceder a un aborto legal (TEDH, RR vs. Polonia, 2011). Por último, es importante mencionar que, para el Tribunal, el abuso y la humillación de las mujeres en la atención de su salud reproductiva puede llegar a ser un trato inhumano y degradante, de acuerdo con la Convención (TEDH, RR vs. Polonia, 2011).

Sistema interamericano de derechos humanos

Al igual que en el sistema europeo de derechos humanos, en el sistema interamericano se ha considerado que la falta de discreción médica constituye un obstáculo inaceptable para garantizar el derecho de los pacientes a la intimidad.

La Comisión Interamericana Derechos Humanos (CIDH) abordó directamente el tema en un caso que involucra a Colombia. Nos referimos a los hechos relacionados con Alba Lucía Rodríguez, reconstruidos en el segundo capítulo de este texto. Por este caso, el 21 de diciembre de 2000 la CIDH recibió una petición solicitando que se declarara la responsabilidad del Estado colombiano por condenar a prisión de 42 años y 5 meses a Alba Lucía Rodríguez Cardona por el delito de homicidio.

En solución amistosa, las partes del caso resolvieron que la sanción establecida a la señora Rodríguez fue desproporcionada, discriminatoria

the Convention. The disclosure of such data may dramatically affect an individual's private and family life, as well as his or her social and employment situation, by exposing that person to opprobrium and the risk of ostracism (see *Z vs. Finlandia*, 25 February 1997, §§ 95-96, Reports 1997-I). Respecting the confidentiality of health data is crucial not only for the protection of a patient's privacy but also for the maintenance of that person's confidence in the medical profession and in the health services in general. Without such protection, those in need of medical assistance may be deterred from seeking appropriate treatment, thereby endangering their own health (see *Z vs. Finland*, cited above, § 95, and *Biriuk vs. Lithuania*, no. 23373/03, § 43, 25 November 2008)” (P. y S. vs. Polonia. 2012. párr. 128).

13 “... it must not structure its legal framework in a way which would limit real possibilities to obtain it” (TEDH, R.R vs. Polonia, 2011, párr. 116). En el mismo sentido se ha pronunciado el Tribunal en los siguientes casos: *Tysiāc vs. Polonia* (2007) y *A., B. y C. vs. Irlanda* (2010).

y que las pruebas obtenidas en clara violación del secreto profesional por parte del médico y de la auxiliar de enfermería no debieron ser consideradas. El Estado se comprometió a asumir la responsabilidad y a llevar a cabo las medidas de reparación necesarias, incluyendo “capacitaciones con alcance nacional en escuelas de formación de funcionarios judiciales y administrativos, así como para el personal médico, psicológico y psiquiátrico en perspectiva de género y el alcance de secreto profesional” (CIDH, 2014, párr. 29):

... en el proceso contra Alba Lucía se admitieron pruebas que no deberían haber sido consideradas, como las declaraciones sobre supuestas manifestaciones que Alba Lucía habría dado al médico y enfermera que la atendieron, quienes tenían la obligación inviolable de guardar y respetar el secreto profesional sobre todo lo que hubieran conocido por razón del ejercicio de su profesión. En este sentido, el secreto profesional entre médico y paciente sirve como garantía funcional a otros derechos fundamentales, entre los que destaca el derecho a la intimidad, la honra, la información y otros. El hecho de que personal de salud utilice la relación de confianza que existe con un/una paciente para obtener información privada con el fin deliberado de transmitirla posteriormente a otras personas o instituciones, es contrario a la ética médica y vulneró, por tanto, el derecho a la privacidad consagrado en el artículo 11 de la CADH en perjuicio de Alba Lucía (CIDH, 2014, párr. 29).

La CIDH señaló que, bajo la ley internacional y la guía internacional de ética médica, el secreto profesional entre pacientes y profesionales de la salud es inviolable. Asimismo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha sostenido que el secreto profesional debe ser protegido y priorizado sobre temas como el deber de denuncia y la seguridad nacional (2014, art. 11).

En el caso *De La Cruz Flores vs. Perú*, una mujer fue detenida y condenada a veinte años de prisión por el delito de terrorismo, luego de haber brindado atención médica a un integrante de Sendero Luminoso. La Corte estableció que al condenar a De La Cruz Flores por el delito de terrorismo, el Estado peruano incurrió en una violación del principio de legalidad (art. 9 de la Convención Americana),¹⁴ pues penalizó el acto

14 Organización de los Estados Americanos (OEA). Convención Americana de Derechos Humanos. Artículo 9.

médico e impuso a los médicos la obligación de denunciar posibles conductas delictivas de sus pacientes con base en la información que obtuvieran en el ejercicio de su profesión.

Sobre el secreto profesional la Corte entendió que aun cuando hay consideraciones de seguridad o terrorismo, la información que el médico obtiene en ejercicio de su profesión se encuentra protegida por el secreto profesional, recordando las disposiciones del Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial que dispone que “el médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente” (CIDH, *De La Cruz Flores vs. Perú*, 2004, párr. 97). También recordó que el Comité de Derechos Humanos ya había recomendado a los Estados ajustar las leyes nacionales de tal manera que se proteja la confidencialidad de la información médica (CIDH, *De La Cruz Flores vs. Perú*, 2004, párr. 100).

Tal como se ha mostrado hasta este punto existen importantes pronunciamientos de los órganos internacionales de protección de los derechos humanos que ratifican la prevalencia del secreto profesional sobre el deber de denuncia en el caso del personal de salud, en virtud de la función que cumplen y de la protección intrínseca de otros derechos fundamentales que estarían en juego si dicho derecho / deber se viera comprometido. La pregunta que surge a continuación es por el nivel de apropiación de dicha postura dentro de los Estados nacionales. A continuación se presentarán los casos de Argentina y Uruguay como ejemplo de aquellos países que han avanzado de manera decidida en la protección del secreto profesional en materia médica.

Protección del secreto profesional en Argentina y Uruguay

En los países latinoamericanos es posible identificar tres clases de regulación relacionadas con el secreto profesional: 1) las que han dispuesto en toda circunstancia el deber de denuncia de los abortos conocidos en ejercicio de su profesión; 2) las que obligan a los médicos a denunciar en algunas circunstancias específicas, y 3) las que protegen la confidencialidad del secreto profesional (Cavallo, 2011, p. 2). Ejemplos de los países que se encuentran dentro de la primera categoría son: Ecuador, en donde hay casos de mujeres criminalizadas por el sistema de salud; El Salvador, que es famoso por casos de criminalización de mujeres que han tenido abortos espontáneos y Chile, que consagra la obligación de los médicos

de reportar los casos de presuntos abortos (Casas y Vivaldi, 2014, p. 76). Brasil es un ejemplo de la segunda categoría, en donde existe la obligación legal de denunciar en algunas circunstancias. En Brasil, los médicos pueden ser requeridos para compartir información médica sobre abortos ilegales sospechosos, durante investigaciones criminales y procesos jurídicos (O'Neill Institute, 2016, p. 5). Finalmente, dentro de la tercera categoría, Uruguay y Argentina representan aquellos países en donde prevalece la protección del secreto profesional sobre el deber de denuncia.

En este trabajo nos referiremos a los casos de Argentina y Uruguay por ser los países que tienen un mayor desarrollo entre quienes protegen la confidencialidad del secreto profesional. Argentina es un ejemplo de los países en los que la protección de la confidencialidad ha aumentado en los últimos años a través de decisiones judiciales y con modificaciones en su legislación. Mientras en Uruguay la protección al secreto profesional ha sido muy amplia desde hace ya varios años.

Regulación del secreto profesional en Argentina

En Argentina, el Código de Procedimiento Penal¹⁵ establece el deber de denuncia en los casos de “delitos de orden público”, deber que recae sobre: 1) “funcionarios públicos” que conozcan tales delitos mientras se encuentran en ejercicio de sus funciones, y 2) profesionales de la salud, salvo cuando los hechos conocidos estén protegidos por el secreto profesional. Para interpretar la ley que protege el secreto médico la mayoría de los tribunales nacionales se basan en el precedente establecido en el caso de Natividad Frías conocido por la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal en Argentina.

Este caso fue un hito en la interpretación de la ley antes referenciada. Natividad es una mujer que fue denunciada por su médico cuando acudió al hospital luego de haber iniciado maniobras para interrumpir su embarazo (Cámara Nacional, Criminal y Correccional de Argentina, 1966). En la decisión de la Cámara se sostuvo que los profesionales de la salud no tienen el deber de denunciar los abortos que conocieron en ejercicio de su profesión porque no son funcionarios públicos, y si aun así realizaron la denuncia, esta es nula como evidencia contra la mujer que se practicó el aborto. El Pleno de la Cámara sostuvo que ni el interés del Estado en la persecución criminal, ni la idea de “interés público” en el caso que se investiga justifican que una mujer sea expuesta al “inhumano dilema: o la

15 Congreso de Argentina. Ley 23.984. Código Procesal Penal. Artículo 177.

muerte o la cárcel” (Cámara Nacional, Criminal y Correccional de Argentina, 1966, p. 10), al tener que decidir entre morir o buscar asistencia médica por el temor de ir presa. Con este argumento, el fallo estableció que la obligación impuesta a los médicos de denunciar en este tipo de casos viola la garantía de no autoincriminación de las pacientes, pues se usaría una situación desesperada de la paciente para extraerle una confesión del delito, lo cual viola sus derechos constitucionales a no declarar contra sí mismo y el derecho a la vida.

...Aceptar la validez de las manifestaciones inculpativas que el confidente pueda hacer respecto de su asistida lleva a la pérdida de las garantías que para ella representa el deber del secreto reglado. “Para el médico, en efecto, la abortante es antes que nada una paciente a la que está obligado a asistir y procurar curación; obligarle, en tales condiciones, a denunciar a su propia cliente, sobre recargar su conciencia y constituir una flagrante violación del secreto profesional, redundaría a buen seguro en grave perjuicio y riesgo de las asistidas, pues muchas de ellas, ante el fundado temor de que la consulta médica sirviere de antesala a la prisión y al deshonor, preferirían ocultar su estado o seguir entregadas al arbitrio de comadres o curanderos” (Del voto del Dr. Mario H. Pena). (Cámara Nacional, Criminal y Correccional de Argentina, Natividad Frías, 1966, p. 3)

No obstante, pese a la firmeza de la postura en relación con la protección del secreto médico para el caso de la mujer que acude a un aborto, la disposición es distinta frente a terceras personas que pudieron haber colaborado con el aborto. Para el Pleno, mientras la denuncia es nula en un proceso contra la paciente, la prueba podría ser válida para perseguir criminalmente a terceras partes que colaboraron en el aborto (Cavallero, 2011, p. 8), al considerar que terceras personas (autores, coautores, instigadores o cómplices) estarían por fuera de la relación entre el médico y el paciente y no estarán eligiendo entre la muerte o la cárcel (Cámara Nacional, Criminal y Correccional de Argentina, 1966, p. 24).

Una minoría de los tribunales nacionales dicen que se debería proteger el secreto profesional con el argumento de que, de otro modo, se violaría el derecho del paciente contra la autoincriminación (en caso de que se configure esta violación, el testimonio obtenido como parte de la relación médico-paciente debería ser excluido de las pruebas subsiguientes contra el paciente), mientras que otros tribunales sostienen que los

profesionales de la salud son funcionarios públicos y, como tales, tienen el deber de denunciar la comisión de un aborto. Estos jueces argumentan que los profesionales de la salud que trabajan en los hospitales públicos deben considerarse empleados del Estado y, por tanto, tienen el deber general de informar. Todas estas decisiones son minoritarias.

En 2009, el Congreso Nacional de Argentina aprobó una ley que regula el ejercicio de los derechos del paciente. La Ley 26.529¹⁶ (art. 2 literal c, y art. 21) establece como un derecho esencial el derecho a la intimidad y a la confidencialidad. De acuerdo con dicha norma, los médicos que incumplan el deber de guardar discreción pueden recibir una sanción penal y una sanción disciplinaria.

En la misma dirección, en abril de 2010, la Cámara Federal de Casación Penal de la Corte Suprema falló el caso Baldivieso, en el que se reconoció expresamente que la confidencialidad tiene preeminencia sobre el deber de denuncia. Se trata de un caso que ejemplifica el alcance de la norma. En 2002, César A. Baldivieso ingresó al Hospital San Bernardo tras diagnosticársele una obstrucción intestinal, producida por la presencia de cápsulas con cocaína. Sopesando el interés en el secreto profesional entre el personal médico frente al interés del Estado de interponer una acción penal, la Corte declaró que se requería entender el conflicto de intereses en la base del caso concreto: mientras en abstracto podía entenderse como un conflicto entre la confidencialidad de los servicios médicos frente al interés del Estado en la persecución de los delitos, “en concreto y en el caso, se trata nada menos que del derecho a la vida de una persona y ese es interés del Estado” (Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, 2010). Todo esto recordando precisamente el caso de Natividad Frías.

Con este razonamiento, la Corte entendió que en el caso Baldivieso el paciente estaría entre la necesidad de solicitar una intervención médica para evitar su propia muerte por cápsulas en el aparato digestivo o afrontar un proceso penal, con el peligro cierto de su propia muerte:

Siendo claro que la dignidad de la persona es un valor supremo en nuestro orden constitucional, que es claramente personalista y que, por ende, impone que cualquier norma infraconstitucional sea interpretada y aplicada al caso con el entendimiento señalado por ese marco general, cabe agregar que, en consonancia con este, el principio republicano de gobierno impide que el Es-

16 Congreso Nacional de Argentina. Ley 26.529 de 2009. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

tado persiga delitos valiéndose de medios inmorales, como sería aprovecharse del inminente peligro de muerte que pesa sobre el procesado que acude a la atención médica, mediante la imposición de un deber al médico que lo convierta en un agente de la persecución penal del Estado. (Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, 2010, p. 6)

Aunque este caso es relevante para la discusión sobre el aborto, al originarse en un tema de tráfico de sustancias de uso ilícito, aún no es clara su aplicación por parte de los jueces que conocen casos de aborto. No obstante, es un precedente que ha sido destacado por algunos analistas al momento de discutir el avance de la protección del secreto profesional en Argentina.

Regulación del secreto profesional en Uruguay

Uruguay es el país que, en comparación con los demás países en la región, tiene una legislación que protege más el secreto profesional, en concordancia con el proceso de despenalización del aborto. Sin embargo, aún antes de que se hubiese dado la legalización de la IVE en 2012, cuando el aborto era considerado un delito, la información suministrada a personas amparadas por el secreto profesional fue excluida como medio de prueba dentro de los procesos penales (Johnson, López, Sapriza, Castro y Arribeltz, 2011, pp. 121-122).

El artículo 3 de la Ley 9763 de 1938 disponía:

El médico que intervenga en un aborto o en sus complicaciones deberá dar cuenta del hecho, dentro de las cuarenta y ocho horas, sin revelación de nombres, al Ministerio de Salud Pública. El Juez no podrá llegar al procesamiento de un médico por razón del delito de aborto sin solicitar, previamente, informe al Ministerio de Salud Pública, quien se expedirá luego de oír al médico referido.¹⁷

Esta instrucción, al hacer explícita la exclusión de los nombres en el reporte, reconoce y protege el secreto profesional y prioriza mantenerlo sobre el interés del Estado en la persecución de un delito.

En la misma línea, en el 2004 el Ministerio de Salud publicó la Normativa de Atención Sanitaria, con el fin de recolectar información sobre

17 Parlamento de Uruguay. Ley 9763 de 1938. Aborto. Se modifica un capítulo del Código Penal, declarándolo delito.

los abortos y las medidas para eliminar obstáculos frente a su realización. Esta norma estableció que entre los médicos “se respetará el principio de confidencialidad sin perjuicio de comunicar al [Ministerio de Salud Pública], en la forma que indica la ley (antes de las 48 h y sin revelación del nombre de la paciente), cuando intervengan en el tratamiento de las complicaciones de un aborto provocado” (Consejo de la Facultad de Medicina – Universidad de la República, Sindicato Médico del Uruguay y Sociedad de Ginecología del Uruguay, 2004, p. 123). Es decir, en aquellos casos que pueden denominarse como abortos clandestinos. Esta obligación se reforzó con la ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva promulgada en 2008,¹⁸ para proteger “la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones [médicas]”.

Los casos de Uruguay y Argentina permiten ver la adopción de decisiones internas del Estado dirigidas a proteger el secreto profesional en el caso de profesionales dedicados al cuidado de la salud entendiendo que, tal y como se ha sostenido a lo largo de este trabajo, su protección resulta indispensable para la protección no solo del derecho a la intimidad, sino también del derecho a la salud y de la propia vida de mujeres que han decidido interrumpir sus embarazos.

Las decisiones que han sido analizadas por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos y la normatividad interna en algunos países de América Latina, dirigidas a proteger de especial manera el secreto profesional por encima del deber de denuncia en casos de aborto, son instrumentos que buscan eliminar el dilema inhumano al que se enfrentan las mujeres que interrumpen sus embarazos por fuera del sistema de salud, de tener que decidir entre buscar asistencia médica para proteger su salud e incluso para salvar su vida, y exponerse a ser detenidas y judicializadas.

18 Parlamento del Uruguay. Ley 18.426 de 2008. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIONES

Tal y como se ha planteado a lo largo del texto, existe una tendencia internacional, impulsada especialmente por organismos de protección de derechos humanos, hacia la protección del secreto profesional del personal de salud como garantía del derecho a la intimidad, a la salud y a la no autoincriminación de quienes acuden a los sistemas de salud en calidad de pacientes. Esto tiende a primar sobre el deber de denuncia que se les exige a los profesionales de la salud en tanto ciudadanos, que surge del conocimiento que puedan tener de la comisión de presuntos delitos.

La tendencia a priorizar la protección de los derechos a la intimidad y a la salud ha sido acogida, también, dentro del ordenamiento jurídico colombiano, en particular a través de la jurisprudencia penal y constitucional sobre la materia, la cual ha tenido un especial desarrollo para los casos de interrupción voluntaria del embarazo por medio de la Directiva 006 de 2016 de la Fiscalía General de la Nación.

Una de las conclusiones que se deriva del presente texto es que esta tendencia es acertada, pues ante la tensión entre los bienes jurídicos protegidos y como resultado de la aplicación del test de proporcionalidad, el deber de respeto, protección y garantía de los derechos a la intimidad, a la salud y a la vida de las mujeres debe primar sobre la obligación difusa y problemática de denunciarlas. Difusa porque, en muchos de los casos, no se tiene claridad sobre si se está ante un delito o ante el ejercicio de un derecho fundamental; y problemática porque, incluso en aquellos casos en que los médicos están ante el delito de aborto, el riesgo para la salud y la vida de las mujeres es un costo demasiado alto y desproporcionado que no justifica la violación del secreto profesional.

Tal y como se explicó en el primer capítulo, el contexto de abortos clandestinos en Colombia es de tal dimensión que la línea que separa el

ejercicio de un derecho fundamental y la práctica de un delito es borrosa; muchas de las mujeres que deciden abortar de manera clandestina no necesariamente están cometiendo un delito y pueden estar cobijadas por la protección de la sentencia que despenaliza el aborto en tres circunstancias específicas. Pero ante las múltiples barreras que enfrentan las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, muchas prefieren la opción de la clandestinidad, antes que acudir a los mecanismos formales promovidos por la Corte. Por esta razón, el personal de salud que denuncia a una mujer que llega con un aborto incompleto practicado de manera clandestina no puede de ninguna manera asumir que ese aborto fue ilegal. Nuestro sistema jurídico sanciona los abortos que se encuentran por fuera de las tres causales despenalizadas, pero no sanciona *per se* al aborto clandestino.

La tendencia del personal de salud a denunciar a las mujeres tiene como consecuencias directas, por un lado, que mujeres que se encuentran dentro del derecho de acceder a la IVE se abstengan de hacerlo a través de las vías formales por el temor a ser judicializadas y, por otro, que en aquellos casos en los que efectivamente se trate de un delito, las mujeres deban enfrentarse al dilema de poner en alto riesgo su salud o incluso su vida, o someterse a un proceso judicial que las puede llevar a la cárcel. En la práctica, este dilema puede dejar sin efecto la Sentencia C-355/06 de la Corte Constitucional. Adicionalmente, los servicios de salud en casos de postaborto son siempre legales y es una obligación del Estado proporcionarlos; obligación que se pone fuertemente en cuestión cuando los médicos priorizan la denuncia penal sobre el deber de cuidar la salud de las mujeres, incluso de aquellas que han practicado la interrupción voluntaria del embarazo por fuera de las tres causales despenalizadas por la Corte. Si las mujeres tienen miedo de recibir servicios de salud de emergencia por la posibilidad de ser denunciadas, existe una violación directa de su derecho a la salud e incluso de su derecho a la vida.

En segundo lugar, a nivel nacional la jurisprudencia que se ha producido en materia penal sobre la protección del secreto profesional no ha estado relacionada directamente con casos de IVE. A nivel internacional existe también cierta limitación en este mismo sentido. Pese a esta situación, consideramos que teóricamente es clara la exclusión que debe hacerse dentro de los procesos penales de los elementos materiales probatorios y de las pruebas recaudadas con violación del derecho a la intimidad para los casos de aborto, teniendo en cuenta que se habrían producido con violación de derechos fundamentales y, por tanto, se habría desconocido el

debido proceso. Así lo entendió la Fiscalía General de la Nación, entidad que, a través de la Directiva 006 de 2016, acogió dicha tesis. A pesar de esto, consideramos que es deseable fortalecer la jurisprudencia penal en este sentido.

Por otra parte, respecto a la pregunta sobre cómo garantizar la debida protección del secreto profesional, a nuestro juicio resulta urgente articular planes de pedagogía que capaciten a los médicos y profesionales de la salud para tratar los casos de IVE en condiciones dignas y con principios claros. Esto no excluye la posibilidad de establecer sanciones disciplinarias que otorguen consecuencias en términos jurídicos y sociales a las actuaciones del personal de salud que violen el derecho a la intimidad de las mujeres.

La implementación de mecanismos permanentes de capacitación a los operadores jurídicos sobre este tema va en concordancia con lo establecido por la CIDH con respecto al caso de Alba Lucía Rodríguez, en el que señaló como imperativo proporcionar “capacitaciones con alcance nacional en escuelas de formación de funcionarios judiciales y administrativos, así como para el personal médico, psicológico y psiquiátrico en perspectiva de género y el alcance de secreto profesional” (2014, párr. 29). Esta obligación es particularmente importante en tanto que, desde la educación, se pueden discutir y proponer cuestionamientos que interpeleen directamente los sistemas de creencias de los médicos y que, además, conduzcan a una reflexión seria sobre el contexto restrictivo en el que se practican los abortos en Colombia y sobre cuál debería ser el posicionamiento de los médicos frente al cuidado de la vida y la salud de las mujeres en el país.

Referencias

- 35ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (1983). Código de Ética Médica. Venecia, Italia, octubre.
- Agudelo, M. (2005). *El debido proceso*. Medellín: Universidad de Medellín. Recuperado de <http://revistas.udem.edu.co/index.php/opinion/article/view/1307/1283>
- Caracol Radio (2016). Médicos no podrán denunciar a mujeres que se practiquen abortos: Fiscalía. 27 de abril de 2016. Recuperado de http://caracol.com.co/radio/2016/04/27/judicial/1461738809_802484.html
- Caicedo, C. (2012). La regla de exclusión. 14 de abril de 2012. Portafolio. Recuperado de <http://blogs.portafolio.co/juridica/la-regla-de-exclusion/>
- Casas, L. y Vivaldi, L. (2014) Abortion in Chile: the practice under a restrictive regime. *Reproductive Health Matters*, 22 (44), 70-81.
- Cavallo, M. (2011). La confidencialidad médica en materia de aborto en Argentina, Perú y Uruguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Recuperado de https://www.law.utoronto.ca/documents/repro-health/SP28_Confidencialidad_aborto.pdf
- Chaparro, N., García, C., Guzmán, D., Rojas, S. y Sandoval, N. (2013). *Lejos del derecho. La interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Dejusticia. Recuperado de https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_340.pdf
- Chaparro, N., Guzmán, D. E. y Rojas, S. (2014). Intimidad y acceso a la información, los casos difíciles en la interrupción voluntaria del embarazo. Documento de trabajo. Bogotá: Dejusticia (sin publicar).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) (2000). Observación general No. 14. E/C.12/2000/4, CESCR.
- Comité de Derechos Humanos (1999). Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Chile. UN/Doc.CCPR/C/79/Add.104.
- Comité de Derechos Humanos (2001). Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Venezuela. CCPR/CO/71/VEN, párr. 19.
- Comité de Derechos Humanos (2004). Observaciones finales. Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 40 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Comité de Derechos Humanos (2008). Observación general 28.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Cedaw) (1999). Recomendación general No. 24. U.N. Doc. A/54/38/Rev.1

- Consejo de la Facultad de Medicina – Universidad de la República, Sindicato Médico del Uruguay y Sociedad Ginecotológica del Uruguay (2004). *Normativa de atención sanitaria: medidas de protección materna frente al aborto practicado en condiciones de riesgo*.
- Constitución Política de Colombia (1991). Bogotá: Legis.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2016). *Resumen ejecutivo*. Bogotá: Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf>
- Ferrajoli, L. (s. f). *Garantías y proceso penal*. México: Jurídica. Recuperado de <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/juridica/article/view/11437/10482>
- Fink, L., Stanhope, K., Rochar, R., Bernal, O. (2016). “The fetus is my patient, too’: Attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia”. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42 (2), 71-80.
- Fiscalía General de la Nación (2017). Respuesta a derecho de petición. Rad. 20171400000131.
- Fiscalía General de la Nación (2016). Directiva 006, por medio de la cual se adoptan directrices para la investigación y juzgamiento del delito de aborto.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2017). *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Recuperado de <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/2016/12/16/barreras-de-acceso-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en-colombia/>
- Guttmacher Institute (2013). *Datos sobre el embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia*. Guttmacher Institute. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/datos-sobre-el-embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia>
- Johnson, N., López Gómez, A., Sapriza, G., Castro, A. y Arribeltz, G. (2011). *(Des) Penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos*. Uruguay: Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica.
- Naciones Unidas (1994). *Informe Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas*. A/CONF.171/13/Rev.1. El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994.
- Naciones Unidas (1995). *Informe de Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas*. A/CONF.177/20/Rev.1 Beijing, 4-15 de septiembre de 1995.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *Prevención del aborto peligroso*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
- O'Neill Institute for National and Global Health Law at Georgetown University y Ipas. *Betraying women: Provider duty to report, legal and human rights implications for reproductive health care in Latin America*. Marzo, 2016.
- Tribunal de Ética Médica de Antioquia (2017). Respuesta a derecho de petición. Oficio 0050-2017.
- Tribunal de Ética Médica de Caldas (2017). Respuesta a derecho de petición. Oficio 16387-2017.
- Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca (2017). Respuesta a derecho de petición. Oficio 0027-2017.
- Tribunal de Ética Médica del Meta (2017). Respuesta a derecho de petición. Oficio 0031-2017.
- Tribunal de Ética Médica de Nariño (2017). Respuesta a derecho de petición. Oficio 158-2017.
- Tribunal de Ética Médica Risaralda y Quindío (2017). Respuesta a derecho de petición. Oficio 034-2017.
- Tribunal de Ética Médica de Santander (2017). Respuesta a derecho de petición. Oficio 011-2017.
- Tribunal de Ética Médica del Tolima (2017). Respuesta a derecho de petición. Oficio 003-2017.
- Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca (2017). Respuesta a derecho de petición. Oficio 0152-2017.
- Tribunal Nacional de Ética Médica (2016). Respuesta a derecho de petición. Oficio 2590-2016.

ANEXO

Año	Ciudad	Hechos	Fuente
2016	Bogotá	Médicos del Hospital de Bosa denunciaron a una mujer de 17 años por el delito de aborto, quien acudió al hospital por complicaciones de salud.	<i>La Cariñosa</i> Fecha: 14 de junio de 2016 http://www.lacarinosa.com/noticias/jovencita-bosa-habria-incurrido-presunto-aborto-bebe/
2016	Armenia (Quindío)	Una mujer acude a la clínica de Saludcoop en Armenia por las complicaciones de salud derivadas de ingerir el medicamento citotec para abortar. Se abre una investigación penal por el caso.	<i>Crónica del Quindío</i> Fecha: 14 de enero de 2016 http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-beb_de_22_semanas_de_gestacin_naci_vivo_luego_de_un_aborto-seccion-la_regin-nota-95276.htm%20Womens%20Link
2016	Armenia (Quindío)	Una mujer asiste a un hospital de Armenia por las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Los funcionarios del hospital interponen la denuncia por aborto.	Documento de la Fiscalía Recopilado por la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
2016	Ocaña (Norte de Santander)	Mujer asistió al Hospital Emiro Quintero Cañizares por complicaciones derivadas de haber tomado misoprostol, un medicamento abortivo. Los funcionarios del Hospital interponen la denuncia y la mujer es arrestada.	<i>El directorio de Ocaña</i> Fecha: 20 de diciembre de 2015. http://www.xn--ocaavirtual-3db.net/noticias_mas.php?noti_id=3062 .
2015	Moniquirá (Boyacá)	Una mujer asiste a un hospital de Moniquirá debido a las complicaciones de salud generadas por consumir misoprostol, un medicamento abortivo. Los médicos del hospital interponen la denuncia por aborto. La mujer fue arrestada el 2 de diciembre y fue dejada en libertad el mismo día.	<i>Extra</i> Fecha: 2 de diciembre de 2015 http://boyaca.extra.com.co/noticias/judicial/el-aborto-se-le-salio-de-las-manos-y-termino-capturada-en-mo-173627 .

Año	Ciudad	Hechos	Fuente
2015	Armenia (Quindío)	Funcionarios del Hospital San Juan de Dios de Armenia interpusieron una denuncia por el delito de aborto a una mujer que presuntamente tuvo un aborto en el baño del hospital y dejó el feto de 21 semanas de gestación allí. El feto fue recogido por Medicina Legal, para dar inicio a la investigación.	<i>Crónica del Quindío</i> . Fecha: 9 de septiembre de 2015. http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-mujer_que_abort_en_un_bao_pagara_ms_de_4_aos_de_crcel-seccion-la_regin-nota-91709.htm%20La%20Mesa%20por%20la%20Salud%20de%20las%20Mujeres . Recopilado por la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
2015	Armenia (Quindío)	Una mujer de 21 años asiste al Hospital del Sur, de Armenia, por complicaciones de salud generadas a raíz de haber ingerido pastillas de citotec para abortar. Después de atenderla, los médicos del Hospital interponen la denuncia y dejan al feto a disposición de Medicina Legal.	<i>Crónica del Quindío</i> . Fecha: 20 de diciembre de 2015. http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-joven_investigada_por_inducirse_un_aborto-seccion-la_judicial-nota-94679.htmWomens%20Link .
2015	Bogotá	Una mujer asiste a un hospital de Bogotá por las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Los funcionarios del hospital interponen la denuncia por aborto.	Documento de la Fiscalía Recopilado por la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
2015	Bogotá	Una mujer asiste a un hospital de Bogotá por las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Los funcionarios del hospital interponen la denuncia por aborto. La mujer declara haber recibido malos tratos por parte de los funcionarios del hospital y de los funcionarios encargados de recolectar las pruebas para la investigación.	Documento de la Fiscalía Recopilado por la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
2015	Valledupar (Cesar)	Una mujer de 19 años asiste a un hospital de Valledupar por complicaciones de salud producto de un aborto incompleto. La médica que la atiende llama a la policía y la mujer es detenida por tres días.	No hay fuente Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

Año	Ciudad	Hechos	Fuente
2015	Mariquita (Tolima)	Una mujer ingresa al Hospital San Sebastián de Mariquita por complicaciones de salud derivadas de ingerir un medicamento abortivo. Los funcionarios del hospital interponen la denuncia y la mujer es capturada.	<i>Ecos del Combeima</i> Fecha: 26 de febrero de 2015 http://www.ecosdelcombeima.com/judiciales/nota-54102-mujer-fue-detenido-abortar-mariquita
2013	Ibagué (Tolima)	Una mujer de 19 años es denunciada por los médicos de la Unidad de Salud de Ibagué, al llegar a la Unidad Médica de El Salado con complicaciones generadas por haber ingerido citotec, un medicamento presuntamente abortivo.	<i>Ecos del Combeima</i> Fecha: 3 de abril de 2013 http://ecosdelcombeima.com/judiciales/nota-25424-mujer-fue-denunciada-practicarse-aborto-casero .
2013	Barranquilla (Atlántico)	Una mujer de 19 años asiste a la Clínica Adelita de Char por un aborto incompleto provocado por ingerir pastillas abortivas. La mujer quedó a disposición de la Fiscalía.	<i>La Patria</i> Fecha: 26 de abril de 2013 http://www.lapatria.com/nacional/icbf-cuidara-de-bebe-nacida-por-aborto-provocado-por-su-madre-en-barranquilla-32164 .
2013	Armenia (Quindío)	Una mujer de 23 años asistió al Hospital del Sur con dolores de parto. Fue atendida por el personal del hospital y el feto nació muerto. Se abrió una investigación para determinar si la mujer ingirió alguna sustancia abortiva o si el presunto consumo de drogas de la mujer tuvo algún impacto sobre el embarazo.	<i>Crónica del Quindío</i> Fecha: 9 de julio de 2013 http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-autoridades_investigacion_un_aborto_en_armenia-seccion-la_judicial-nota-62435.htm .
2011	Manizales (Caldas)	Médicos del Hospital de Versalles denunciaron a una mujer por el delito de aborto, quien acudió al hospital por complicaciones de salud.	<i>La Patria</i> Fecha: 24 de noviembre de 2015 http://www.lapatria.com/sucesos/la-llevaran-juicio-por-un-supuesto-aborto-en-manizales-227481
2011	La Tebaida (Quindío)	Una niña de 14 años asistió al hospital por complicaciones derivadas de la toma de un medicamento abortivo. Se informó a las autoridades judiciales del caso y se abrió una investigación.	<i>Crónica del Quindío</i> Fecha: 5 de julio de 2001 http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-autoridades_investigacion_caso_de_nina_de_14_aos_de_edad_que_se_indujo_un_aborto-seccion-la_judicial-nota-32528.htm .

• DOCUMENTOS 1

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

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Yukyan Lam
2011

• DOCUMENTOS 2

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

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

• DOCUMENTOS 3

**LA ADICIÓN PUNITIVA:
La desproporción de leyes de drogas en América Latina**

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

• DOCUMENTOS 4

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

Publicación digital e impresa
Yukyan Lam, Camilo Ávila
2013

• DOCUMENTOS 5

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

Publicación digital
Mauricio García Villegas, Jose Rafael Espinosa Restrepo,
Felipe Jiménez Ángel
2013

• DOCUMENTOS 6

ENTRE ESTEREOTIPOS: Trayectorias laborales de mujeres y hombres en Colombia

Publicación digital
Diana Esther Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 7

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

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

• DOCUMENTOS 8

LA REGULACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN COLOMBIA

Publicación digital

Annika Dalén, Diana Esther Guzmán, Paola Molano
2013

• DOCUMENTOS 9

ACOSO LABORAL

Publicación digital

Diana Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 10

ACCESO A LA JUSTICIA: Mujeres, conflicto armado y justicia

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 11

LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DESPENALIZACIÓN PARCIAL DEL ABORTO

Publicación digital e impresa

Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 12

RESTITUCIÓN DE TIERRAS Y ENFOQUE DE GÉNERO

Publicación digital e impresa

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro
2013

• DOCUMENTOS 13

RAZA Y VIVIENDA EN COLOMBIA: la segregación residencial y las condiciones de vida en las ciudades

Publicación digital e impresa

María José Álvarez Rivadulla, César Rodríguez Garavito, Sebastián Villamizar Santamaría, Natalia Duarte
2013

• DOCUMENTOS 14

PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE LAS MUJERES Y PARTIDOS. Posibilidades a partir de la reforma política de 2011.

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 15

BANCADA DE MUJERES DEL CONGRESO: una historia por contar

Publicación digital

Sylvia Cristina Prieto Dávila, Diana Guzmán Rodríguez
2013

• DOCUMENTOS 16

OBLIGACIONES CRUZADAS: Políticas de drogas y derechos humanos

Publicación digital

Diana Guzmán, Jorge Parra, Rodrigo Uprimny
2013

• DOCUMENTOS 17

GUÍA PARA IMPLEMENTAR DECISIONES SOBRE DERECHOS SOCIALES

Estrategias para los jueces, funcionarios y activistas

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Celeste Kauffman
2014

• DOCUMENTOS 18

VIGILANCIA DE LAS COMUNICACIONES EN COLOMBIA El abismo entre la capacidad tecnológica y los controles legales

Publicación digital e impresa

Carlos Cortés Castillo
2014

• DOCUMENTOS 19

NO INTERRUMPIR EL DERECHO

Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE

Publicación digital

Nina Chaparro González, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 20

DATOS PERSONALES EN INFORMACIÓN PÚBLICA: oscuridad en lo privado y luz en lo público

Publicación digital e impresa

Vivian Newman
2015

• DOCUMENTOS 21

REQUISAS, ¿A DISCRECIÓN?

Una tensión entre seguridad e intimidad

Publicación digital e impresa

Sebastián Lalinde Ordóñez
2015

• DOCUMENTOS 22

FORMACIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONFLICTO

ARMADO: una propuesta metodológica para funcionarios

Publicación digital

Silvia Rojas Castro, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 23

CASAS DE JUSTICIA:

una buena idea mal administrada

Publicación digital

Equipo de investigación: Mauricio García Villegas,
Jose Rafael Espinosa Restrepo, Sebastián Lalinde Ordóñez,
Lina Arroyave Velásquez, Carolina Villadiego Burbano
2015

• DOCUMENTOS 24

LOS REMEDIOS QUE DA EL DERECHO.

***El papel del juez constitucional cuando la interrupción
del embarazo no se garantiza***

Publicación digital

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 25

**EL EJERCICIO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO**

Publicación digital

Margarita Martínez Osorio, Annika Dalén,
Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 26

CUIDADOS PALIATIVOS:

***abordaje de la atención en salud
desde un enfoque de derechos humanos***

Publicación digital e impresa

Isabel Pereira Arana
2016

• DOCUMENTOS 27

**SARAYAKU ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO
DE DERECHOS HUMANOS:**

justicia para el pueblo del Medio Día y su selva viviente

Publicación digital e impresa

Mario Melo Cevallos
2016

• DOCUMENTOS 28 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

LOS TERRITORIOS DE LA PAZ.

La construcción del estado local en Colombia

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Javier Revelo Rebolledo, Jose R. Espinosa Restrepo,
Natalia Duarte Mayorga
2016

• DOCUMENTOS 29 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**NEGOCIANDO DESDE LOS MÁRGENES:
*la participación política de las mujeres en los procesos de paz en Colombia (1982-2016)***

Publicación digital e impresa

Nina Chaparro González, Margarita Martínez Osorio
2016

• DOCUMENTOS 30 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**LA PAZ AMBIENTAL:
*retos y propuestas para el posacuerdo***

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Diana Rodríguez Franco,
Helena Durán Crane
2016

• DOCUMENTOS 31 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**ACCESO A LOS ARCHIVOS DE INTELIGENCIA
Y CONTRAINTELIGENCIA EN EL MARCO DEL POSACUERDO**

Publicación digital e impresa

Ana María Ramírez Mourraille, María Paula Ángel Arango,
Mauricio Albarracín Caballero, Rodrigo Uprimny Yepes,
Vivian Newman Pont
2017

• DOCUMENTOS 32

**JUSTICIA TRANSICIONAL Y ACCIÓN SIN DAÑO
*Una reflexión desde el proceso de restitución de tierras***

Publicación digital e impresa

Aura Patricia Bolívar Jaime, Olga del Pilar Vásquez Cruz
2017

• DOCUMENTOS 33

**SIN REGLAS NI CONTROLES
*Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores de edad***

Publicación digital e impresa

Diana Guarnizo Peralta
2017

• DOCUMENTOS 34

**ACADEMIA Y CIUDADANÍA
*Profesores universitarios cumpliendo y violando normas***

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Andrea Ramírez Pisco, Juan Camilo Cárdenas Campo
2017

• DOCUMENTOS 35 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

ESTRATEGIAS PARA UNA REFORMA RURAL TRANSICIONAL

Publicación digital e impresa
Nelson Camilo Sánchez León
2017

• DOCUMENTOS 36 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

SISTEMA DE JUSTICIA TERRITORIAL PARA LA PAZ

Publicación digital e impresa
Carolina Villadiego Burbano, Sebastián Lalinde Ordóñez
2017

• DOCUMENTOS 37

**DELITOS DE DROGAS Y SOBREDOSIS CARCELARIA
EN COLOMBIA**

Publicación digital e impresa
Rodrigo Uprimny Yepes, Sergio Chaparro Hernández,
Luis Felipe Cruz Olivera
2017

• DOCUMENTOS 38 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**COCA, INSTITUCIONES Y DESARROLLO
Los retos de los municipios productores en el posacuerdo**

Publicación digital e impresa
Sergio Chaparro Hernández, Luis Felipe Cruz Olivera
2017

• DOCUMENTOS 39 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**RESTITUCIÓN DE TIERRAS, POLÍTICA DE VIVIENDA
Y PROYECTOS PRODUCTIVOS
Ideas para el posacuerdo**

Publicación digital e impresa
Aura Patricia Bolívar Jaime, Angie Paola Botero Giraldo,
Laura Gabriela Gutiérrez Baquero
2017

Este libro plantea algunas reflexiones jurídicas

sobre la importancia del secreto profesional por parte de las y los profesionales de la salud, en los casos de mujeres que acuden a los centros de salud en busca de ayuda luego de haber interrumpido su embarazo de manera clandestina, poniendo en peligro su salud e incluso su vida. Estas reflexiones surgen de la tensión que se presenta entre el derecho a la intimidad de las mujeres que acuden a los hospitales por complicaciones derivadas de abortos incompletos o inseguros, y la obligación de denuncia de los médicos/as y enfermeros/as cuando están ante la posible presencia de un delito.

¿Se justifica la violación del secreto profesional en estos casos? ¿A cuál dimensión de la tensión se le debe dar prioridad, al deber de denuncia de las y los profesionales de la salud, o al derecho a la intimidad de las mujeres? ¿Cuáles son las consecuencias dentro del proceso penal de usar información que se obtiene violando el secreto profesional? ¿Qué impactos tiene esto sobre el derecho a la intimidad? ¿Cómo se ha resuelto esta tensión en el derecho comparado y en los sistemas de protección de derechos humanos? El presente texto se propone responder estas preguntas.

978-958-5441-13-2



9 789585 441132