

Bogotá, 12 de abril de 2021

**Honorable  
Corte Constitucional  
Ecuador**

**Asunto:** Escrito de *amicus curiae* para el proceso **105-20-IN** sobre despenalización del aborto por violación; con copia a los procesos **109-20-IN**, **115-20-IN**, **105-20-IN** y **0034-19-IN** que también versan sobre la despenalización del aborto por violación.

Nosotras, **Lucía Hernández García** y **Selene Soto Rodríguez**, abogadas de la organización internacional **Women's Link Worldwide** remitimos el presente *amicus curiae* a instancias de la honorable magistratura de la Corte Constitucional de Ecuador, amparadas en lo dispuesto en la Constitución de la República en su artículo 88 en relación con los artículos 12, 39, 40 y 41 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional.

El presente *amicus* se presenta en el marco del proceso 105-20-IN sobre despenalización del aborto por violación. Asimismo, nos permitimos solicitar que se envíe copia de nuestra intervención a los procesos 109-20-IN, 115-20-IN, 105-20-IN y 0034-19-IN que también versan sobre la despenalización del aborto por violación.

## **I. Presentación e interés en la causa**

Women's Link Worldwide es una organización internacional de derechos humanos que promueve el cambio social a través del uso de la incidencia legal, para lograr avances en los derechos de las mujeres y las niñas, especialmente aquellas que enfrentan múltiples inequidades<sup>1</sup>. Para cumplir con esta misión, aplicamos una perspectiva de género y un análisis interseccional al marco legal de los derechos humanos.

En cuanto a la salud de las mujeres y las niñas<sup>2</sup>, hemos trabajado por lograr avances en la garantía y protección de los derechos sexuales y reproductivos en varios países de la región. De esta forma, en el desarrollo de este trabajo, hemos podido constatar que la garantía de estos derechos encuentran mayores amenazas en aquellos Estados en los que la criminalización del aborto es absoluta o las causales para acceder al mismo se interpretan de manera muy restringida. A su turno, hemos podido confirmar que dicho marco normativo ha promovido la ausencia de información oficial sobre los derechos sexuales y reproductivos lo que ha facilitado la desinformación fomentada por algunos sectores de la sociedad. Todo lo cual produce impactos diferenciados y consecuencias negativas para la vida, la salud y la dignidad de las mujeres, además de que estos obstáculos desafían el cumplimiento de tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos de los cuales Ecuador es parte.

Con base en nuestro mandato misional, el propósito de este *amicus* es aportar información sobre los estándares desarrollados por el derecho internacional de los derechos humanos en torno a la

---

<sup>1</sup> Para más información, puede consultarse: <http://www.womenslinkworldwide.org/>

<sup>2</sup> En este documento nos referimos a mujeres y niñas dado que en muchos de los instrumentos internacionales de protección de sus derechos humanos se hace esta referencia. Sin embargo, y en aplicación del principio *pro personae*, los derechos garantizados en estos instrumentos se deben interpretar de la manera más favorable a la persona, lo cual incluye a toda persona con capacidad de gestar.

regulación del aborto y el acceso al mismo, así como exponer el caso colombiano para ejemplificar las dificultades derivadas de mantener regulaciones penales en torno al aborto. Adicionalmente, expondremos la forma en la que la penalización del aborto afecta de manera desproporcionada a mujeres y niñas migrantes a propósito de la actual migración masiva de población venezolana en la región como consecuencia de la emergencia humanitaria compleja que atraviesa el país vecino. Consideramos que esta información resulta de utilidad para los asuntos de referencia que este Honorable Tribunal tiene bajo su consideración y que se relacionan con las normas que penalizan el aborto en Ecuador y se mantienen vigentes.

Para alcanzar el objetivo propuesto, este escrito está dividido en dos secciones: en la primera de ellas se expondrán los estándares desarrollados por el derecho internacional de los derechos humanos en torno a la regulación del aborto, haciendo énfasis en que la protección de la vida en gestación no se garantiza de manera idónea, proporcionada y efectiva mediante el derecho punitivo y; posteriormente se hará referencia al caso colombiano, destacando que si bien en la actualidad están vigentes excepciones al delito de aborto –1) en caso de riesgo para la vida o la salud de la mujer gestante; 2) en caso en el que el feto no pueda sobrevivir por fuera del útero y; 3) en caso de que el embarazo haya sido producto de una violación o incesto–, precisamente el hecho que el delito mismo se mantenga vigente, ha contribuido en la consolidación de barreras estructurales que han imposibilitado el acceso a este servicio de salud a las mujeres y niñas, especialmente aquellas que se enfrentan múltiples formas de vulnerabilidad. Sobre estas afectaciones desproporcionadas traemos a colación la situación de las niñas y mujeres migrantes venezolanas en situación migratoria irregular.

## **II. Estándares desarrollados por el derecho internacional de los derechos humanos en torno a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)**

### **1. Garantizar el acceso al aborto como un servicio de salud es una obligación que se deriva de tratados internacionales que deben cumplir los Estados**

El acceso al aborto seguro y legal puede salvar la vida de mujeres y niñas y, además, facilita su inclusión en pie de igualdad al interior de la sociedad. Como lo han afirmado desde hace décadas organizaciones encargadas de velar por la garantía de los derechos humanos<sup>3</sup>, las decisiones de las mujeres en temas de aborto no tienen que ver solamente con sus cuerpos en términos abstractos, sino que, dicha decisión está directamente vinculada con sus derechos humanos inherentes a su condición de persona. Por ello, la imposición y el favorecimiento de obstáculos en esta materia interfiere con la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos, dando lugar, por un lado, a prácticas clandestinas e inseguras que constituyen una de las principales causas de mortalidad materna en gran parte de la región<sup>4</sup>, y, por otro, a la perpetuación de estereotipos de género en los que la maternidad es el rol preponderante al que está llamado a cumplir las mujeres en la sociedad. La perpetuación de dichos estereotipos promueve la desigualdad y la subordinación de este grupo precarizando así sus condiciones de vida.

En dicho marco, negar el acceso a un aborto seguro y legal pone en riesgo la vida y la salud de mujeres y niñas. Un informe mundial sobre aborto elaborado en 2017 concluyó que anualmente, entre 2010 y 2014, se practicaron 15 millones de abortos inseguros, y que miles de mujeres y niñas mueren debido

<sup>3</sup>Human Rights Watch. (2005). *Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina*. Recuperado de: <https://www.hrw.org/legacy/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf>

<sup>4</sup> Human Rights Watch. *Ibid.* Al respecto, ver: Argentina, Doc de la ONU A/52/38 Rev.1, Parte II (1997); Bolivia Doc de la ONU A/50/38 (1995); Brasil Doc de la ONU CEDAW/C/BRA/6 (2007); Chile Doc de la ONU, A750/38 (1995), entre otros.

a complicaciones derivadas de esta clandestinidad. El informe encontró que entre el 8% y el 11% de las muertes maternas en todo el mundo están asociadas con el aborto inseguro, que provocó de 22.800 a 31.000 muertes prevenibles cada año<sup>5</sup>. Con base en este panorama, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado la eliminación de restricciones al aborto, pues la eliminación de dichas barreras reduce la mortalidad materna<sup>6</sup>.

Por otro lado, la garantía del acceso al aborto es un asunto de igualdad en la medida en que se trata de la posibilidad que tienen mujeres y niñas –y nadie más que ellas– de tomar decisiones libres e informadas sobre su salud y su proyecto de vida, para lo cual es imprescindible garantizar la autonomía sobre sus cuerpos. Dicha posibilidad impone dos obligaciones principales en cabeza del Estado: i) no establecer intromisiones desproporcionadas e injustificadas en la vida de las mujeres y; ii) disponer el diseño institucional de modo que se asegure el pleno ejercicio de los derechos de las mujeres, lo que supone la eliminación de los obstáculos que puedan existir para dicho ejercicio<sup>7</sup>.

Las interpretaciones hechas por distintos órganos de supervisión de los tratados internacionales de derechos humanos han reconocido que garantizar el derecho a un aborto seguro hace parte de las obligaciones del Estado para eliminar la discriminación en contra de las mujeres y garantizar su derecho a la salud, así como a otros derechos fundamentales<sup>8</sup>. Por eso, han recomendado que los Estados eliminen todas las disposiciones punitivas hacia las mujeres que se han practicado un aborto<sup>9</sup> y a que se legalice el aborto al menos en ciertos casos para la garantizar la vida de las mujeres<sup>10</sup>.

Con el propósito de exponer dichas interpretaciones, en esta sección presentamos primero a) los estándares internacionales sobre aborto desarrollados por distintos órganos de supervisión y; posteriormente nos referimos a b) las recomendaciones de estos órganos específicamente al Estado ecuatoriano.

<sup>5</sup> Guttmacher Institute, “Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access”, 2018, págs. 10 y 33.

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, (Ginebra: OMS, 2012), que indica: “La evidencia acumulada demuestra que la eliminación de las restricciones sobre el aborto produce una reducción de la mortalidad materna causada por el aborto inseguro y, en consecuencia, una disminución en el nivel global de mortalidad materna”.

<sup>7</sup> Ver, por ejemplo, Observaciones finales del CDH sobre Jordania, Doc. de la ONU CCPR/C/JOR/CO/5 (2017).

<sup>8</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General No. 24: la mujer y la salud. 20 Sesión de 1999. A/54/38/Rev. 1

<sup>9</sup> Comité de la CEDAW, “Declaración del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre salud y derechos sexuales y reproductivos: CIPD después de 2014” (Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review), 57.º Período de Sesiones (2014), <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/SRHR26Feb2014.pdf>. Organización de Naciones Unidas. Informe para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 14 período de sesiones. A/50/38 de 31 de mayo de 1995. Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales del Examen del cuarto informe periódico de Colombia A/54/38 de 19 de enero de 1999. Informe para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 22 período de sesiones. A/55/38 de 1998.

<sup>10</sup> Ver, por ejemplo, Observaciones finales del CDH sobre Nigeria, Doc. de la ONU CCPR/C/NGA/CO/2 (2019); Mauritania, Doc. de la ONU CCPR/C/MRT/CO/2 (2019); Países Bajos, Doc. de la ONU CCPR/C/NLD/CO/5 (2019); Paraguay, Doc. de la ONU CCPR/C/PRY/CO/4 (2019); Belice, Doc. de la ONU CCPR/C/BLZ/CO/1/Add.1 (2018); Sudan, Doc. de la ONU CCPR/C/SDN/CO/5 (2018); El Salvador, Doc. de la ONU CCPR/C/SLV/CO/7 (2018); Guatemala, Doc. de la ONU CCPR/C/GTM/CO/4 (2018); El Líbano, Doc. de la ONU CCPR/C/LBN/CO/3 (2018); Camerún, Doc. de la ONU CCPR/C/CMR/CO/5 (2017); la República Democrática del Congo, Doc. de la ONU CCPR/C/COD/CO/4 (2017); República Dominicana, Doc. de la ONU CCPR/C/DOM/CO/6 (2017); Jordania, Doc. de la ONU CCPR/C/JOR/CO/5 (2017); Mauricio, Doc. de la ONU CCPR/C/MUS/CO/5 (2017); Honduras, Doc. de la ONU CCPR/C/HND/CO/2 (2017); Madagascar, Doc. de la ONU CCPR/C/MDG/CO/4 (2017); Pakistán, Doc. de la ONU CCPR/C/PAK/CO/1 (2017); Bangladés, Doc. de la ONU CCPR/C/BGD/CO/1 (2017); Marruecos, Doc. de la ONU CCPR/C/MAR/CO/6 (2016); y Ecuador, Doc. de la ONU CCPR/C/ECU/CO/6 (2016); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales sobre Perú, CEDAW/C/PER/CO/7-8 (2014), párr. 36; Declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos: Revisión del CIPD Más allá del 2014 (2014)

a) **Estándares internacionales de derechos humanos sobre la vida y la salud de mujeres y niñas en relación con el aborto**

El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su Observación General No. 6, enfatizó que el derecho inherente a la vida [de la persona humana] no debe ser interpretado de manera restrictiva. Por ello, ha solicitado a los Estados Parte que cuando presenten sus informes acerca del cumplimiento del artículo 6 sobre el derecho a la vida “proporcionen información sobre las medidas que hubiesen adoptado para ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados y para que no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida”<sup>11</sup>. Ello por cuanto ha encontrado una conexión entre abortos ilegales y practicados en condiciones de riesgo con altas tasas de mortalidad materna.

Asimismo, el Comité de Derechos Humanos, en su Observación General sobre el derecho a la vida de 2018, enfatizó que cualquier regulación que un Estado Parte adopte en relación con el aborto no debe violar el derecho a la vida, ni ningún derecho humano de la mujer o niña embarazada conforme al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). En consecuencia, hizo un llamado a los Estados para que eliminen los obstáculos para un aborto legal y seguro, y se cercioren de que las restricciones que impongan no sometan a las mujeres y niñas embarazadas a dolor o sufrimiento físico o mental. A su turno, recomendó a los Estados asegurar un acceso seguro, legal y efectivo al aborto<sup>12</sup>.

De manera reiterada, el Comité también ha manifestado su preocupación por la criminalización del aborto y ha instado a los Estados a que se amplíen las excepciones<sup>13</sup>. Además, en numerosas observaciones finales recientes ha pedido a los Estados que modifiquen su legislación para garantizar el acceso efectivo al aborto seguro y legal como mínimo en las circunstancias identificadas en su comentario general sobre el derecho a la vida, a saber: “[...] para proteger la vida y la salud de las mujeres embarazadas, y en las situaciones en que llevar a término el embarazo causaría a la mujer graves dolores o sufrimientos, sobre todo en los casos en que el embarazo es producto de violación o incesto, o el feto presenta una anomalía grave [...]”<sup>14</sup>.

En el mismo sentido, el Comité que supervisa el cumplimiento de los Estados con la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer (CEDAW), ha solicitado a los Estados Parte garantizar que sus legislaciones estén acorde a las obligaciones contenidas en dicha

<sup>11</sup> Comité de Derechos Humanos, Observación General 28: igualdad de derechos entre hombres y mujeres (art. 3), 68 Sesión de 2000, Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.7.

<sup>12</sup> Observación General del CDH N.º 36 sobre el derecho a la vida, párr. 8. Adoptada por el Comité en su 124ava sesión (octubre 8 – 2 noviembre de 2018).

<sup>13</sup> Ver, por ejemplo, Observaciones finales del CDH sobre Nigeria, Doc. de la ONU CCPR/C/NGA/CO/2 (2019); Mauritania, Doc. de la ONU CCPR/C/MRT/CO/2 (2019); Países Bajos, Doc. de la ONU CCPR/C/NLD/CO/5 (2019); Paraguay, Doc. de la ONU CCPR/C/PRY/CO/4 (2019); Belice, Doc. de la ONU CCPR/C/BLZ/CO/1/Add.1 (2018); Sudan, Doc. de la ONU CCPR/C/SDN/CO/5 (2018); [El Salvador](#), Doc. de la ONU CCPR/C/SLV/CO/7 (2018); [Guatemala](#), Doc. de la ONU CCPR/C/GTM/CO/4 (2018); [El Líbano](#), Doc. de la ONU CCPR/C/LBN/CO/3 (2018); [Camerún](#), Doc. de la ONU CCPR/C/CMR/CO/5 (2017); [la República Democrática del Congo](#), Doc. de la ONU CCPR/C/COD/CO/4 (2017); [la República Dominicana](#), Doc. de la ONU CCPR/C/DOM/CO/6 (2017); [Jordania](#), Doc. de la ONU CCPR/C/JOR/CO/5 (2017); [Mauricio](#), Doc. de la ONU CCPR/C/MUS/CO/5 (2017); [Honduras](#), Doc. de la ONU CCPR/C/HND/CO/2 (2017); [Madagascar](#), Doc. de la ONU CCPR/C/MDG/CO/4 (2017); [Pakistán](#), Doc. de la ONU CCPR/C/PAK/CO/1 (2017); [Bangladés](#), Doc. de la ONU CCPR/C/BGD/CO/1 (2017); [Marruecos](#), Doc. de la ONU CCPR/C/MAR/CO/6 (2016); y [Ecuador](#), Doc. de la ONU CCPR/C/ECU/CO/6 (2016).

<sup>14</sup> Observación General del CDH N.º 36 sobre el derecho a la vida, párr. 8. Adoptada por el Comité en su 124ava sesión (octubre 8 – 2 noviembre de 2018)

Convención<sup>15</sup>. Dicho Comité, al constatar que las leyes restrictivas en materia de aborto, específicamente aquellas que lo penalizan, promueven que las mujeres busquen estos servicios con prestadores ilegales y por lo tanto en condiciones de riesgo<sup>16</sup>, ha hecho un llamado a los Estados a: “legalizar el aborto al menos en los casos de riesgo para la salud de la mujer, violación o incesto y en los casos de malformación grave del feto, y [...] despenali[zarlo] en todos los demás casos”<sup>17</sup>.

Adicionalmente, el Comité CEDAW ha insistido en la obligación de los Estados de “adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica”<sup>18</sup>. El Comité ha explicado en ese sentido que “[e]l acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones”.

En igual sentido, el Comité de los Derechos del Niño, que da seguimiento a la implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), ha señalado que “el riesgo de muerte y enfermedad durante la adolescencia es real, entre otras razones por causas evitables, como [...] abortos peligrosos”<sup>19</sup>. Adicionalmente, el Comité ha constatado que muchas adolescentes están siendo explotadas sexualmente, por lo que se encuentran expuestas a importantes riesgos de salud, entre ellos el aborto inseguro. Por ello, instó a los Estados a “que despenalicen el aborto para que las niñas puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo, así como a que revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto”<sup>20</sup>. Del mismo modo, en distintas observaciones finales ha sido explícito en exhortar a los Estados Parte para que despenalicen el aborto “en todas las circunstancias”<sup>21</sup>.

<sup>15</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19. 26 de julio de 2017.

<sup>16</sup> Ver, por ejemplo: observaciones finales CEDAW sobre Antigua y Barbuda, Doc. de la ONU A/52/38/Rev.1 Parte II; Chile, Doc. de la ONU CEDAW/C/CHI/CO/4.

<sup>17</sup> Ver, por ejemplo, Observaciones finales del Comité CEDAW sobre Chile, Doc. de la ONU CEDAW/C/CHL/CO/7 (2018); Fiyi, Doc. de la ONU CEDAW/C/FJI/CO/5 (2018); Isals Marshall, Doc. de la ONU CEDAW/C/MHL/CO/1-3 (2018); República de Corea, Doc. de la ONU CEDAW/C/KOR/CO/8 (2018); Arabia Saudita, Doc. de la ONU CEDAW/C/SAU/CO/3-4 (2018); Surinam, Doc. de la ONU CEDAW/C/SUR/CO/4-6 (2018); Burkina Faso, Doc. de la ONU CEDAW/C/BFA/CO/7 (2017); Guatemala, Doc. de la ONU CEDAW/C/GTM/CO/8-9 (2017); Kenia, Doc. de la ONU CEDAW/C/KEN/CO/8 (2017); Kuwait, Doc. de la ONU CEDAW/C/KWT/CO/5 (2017); Mónaco, Doc. de la ONU CEDAW/C/MCO/CO/1-3 (2017); Nauru, Doc. de la ONU CEDAW/C/NRU/CO/1-2 (2017); Omán, Doc. de la ONU CEDAW/C/OMN/CO/2-3 (2017); Paraguay, Doc. de la ONU CEDAW/C/PRY/CO/7 (2017); Costa Rica, Doc. de la ONU CEDAW/C/CRI/CO/7 (2017); Níger, Doc. de la ONU CEDAW/C/NER/CO/3-4 (2017); Nigeria, Doc. de la ONU CEDAW/C/NGA/CO/7-8 (2017); El Salvador, Doc. de la ONU CEDAW/C/SLV/CO/8-9 (2017); Irlanda, Doc. de la ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7 (2017); Jordania, Doc. de la ONU CEDAW/C/JOR/CO/6 (2017); Micronesia, Doc. de la ONU CEDAW/C/FSM/CO/1-3 (2017); Ruanda, Doc. de la ONU CEDAW/C/RWA/CO/7-9 (2017); Sri Lanka, Doc. de la ONU CEDAW/C/LKA/CO/8 (2017); Argentina, Doc. de la ONU CEDAW/C/ARG/CO/7 (2016); Bangladés, Doc. de la ONU CEDAW/C/BGD/CO/8 (2016); Bután, Doc. de la ONU CEDAW/C/BTN/CO/8-9 (2016); Burundi, Doc. de la ONU CEDAW/C/BDI/CO/5-6 (2016); Haití, Doc. de la ONU CEDAW/C/HTI/CO/8-9 (2016); Tanzania, Doc. de la ONU CEDAW/C/TZA/CO/7-8 (2016); y Honduras, Doc. de la ONU CEDAW/C/HND/CO/7-8 (2016).

<sup>18</sup> Comité CEDAW, Recomendación general N.º 24 sobre la mujer y la salud, Doc. de la ONU A/54/38/Rev.1 (1999), párr. 17.

<sup>19</sup> Comité sobre los Derechos del Niño, Observación general N.º 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, Doc. de la ONU CRC/C/GC/20 (2016), párrs. 13 y 60.

<sup>20</sup> Comité sobre los Derechos del Niño, Observación general N.º 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, Doc. de la ONU CRC/C/GC/20 (2016), párrs. 13 y 60.

<sup>21</sup> Ver, por ejemplo Observaciones finales del Comité sobre los Derechos del Niño sobre Portugal, Doc. de la ONU CRC/C/PRT/CO/5-6 (2019); Mozambique, Doc. de la ONU CRC/C/MOZ/CO/3-4 (2019); República de Corea, Doc. de la ONU CRC/C/KOR/CO/5-6 (2019); Costa de Marfil, Doc. de la ONU CRC/C/CIV/CO/2 (2019); Tonga, Doc. de la ONU CRC/C/TON/CO/1 (2019); Malta, Doc. de la ONU CRC/C/MLT/CO/3-6 (2019); [Guatemala](#), Doc. de la ONU



Adicionalmente, el Comité de los Derechos del Niño ha manifestado que la exigencia del consentimiento de los padres para la realización de un aborto aumenta el número de abortos inseguros entre las niñas y adolescentes:

[...] Con respecto a la salud de los adolescentes, al Comité le preocupan la alta tasa creciente de los embarazos en la adolescencia y la consiguiente tasa de abortos entre las niñas de menos de 18 años. El Comité observa que varios factores, entre ellos la escasez de anticonceptivos, la poca instrucción sobre salud reproductiva y **la exigencia del consentimiento de los padres han dado lugar al aumento de los abortos ilegales entre las niñas** [...] <sup>22</sup>. (Énfasis fuera del original).

Igualmente, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en su Observación General No. 14 sobre derecho a la salud materno-infantil exigió a los Estados Parte implementar medidas para:

[M]ejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y reproductivos, incluido el acceso a la planificación familiar, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información <sup>23</sup>.

Del mismo modo, ha invitado a los Estados a reformar las leyes restrictivas sobre aborto y ampliar el acceso al aborto legal para reducir las muertes maternas <sup>24</sup>. Al igual que lo han hecho otros Comités, ha instado a los Estados a que eliminen las penas para las mujeres que intentan conseguir abortos y a que legalicen la práctica en determinadas circunstancias <sup>25</sup>. De la misma manera ha expresado su preocupación por las prohibiciones al aborto que no contemplan excepciones <sup>26</sup>. Al respecto, este Comité ha indicado que “[l]os Estados deben reformar las leyes que impidan el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva. Cabe mencionar como ejemplos las leyes por las que se penaliza el aborto...” <sup>27</sup>.

---

CRC/C/GTM/CO/5-6 (2018); [Islas Marshall](#), Doc. de la ONU CRC/C/MHL/CO/3-4 (2018); [Palaos](#), Doc. de la ONU CRC/C/PLW/CO/2 (2018); [Panamá](#), Doc. de la ONU CRC/C/PAN/CO/5-6 (2018); [Islas Salomón](#), Doc. de la ONU CRC/C/SLB/CO/2-3 (2018); [Sri Lanka](#), Doc. de la ONU CRC/C/LKA/CO/5-6 (2018); [Malawi](#), Doc. de la ONU CRC/C/MWI/CO/3-5 (2017); [Arabia Saudita](#), Doc. de la ONU CRC/C/SAU/CO/3-4 (2016); [Sierra Leona](#), Doc. de la ONU CRC/C/SLE/CO/3-5 (2016); Haití, Doc. de la ONU CRC/C/HTI/CO/2-3 (2016); Perú, Doc. de la ONU CRC/C/PER/CO/4-5 (2016); Kenia, Doc. de la ONU CRC/C/KEN/CO/3-5 (2016); e Irlanda, Doc. de la ONU CRC/C/IRL/CO/3-4 (2016).

<sup>22</sup> Ver, por ejemplo: Observación general núm. 4 Doc. de la ONU CRC/GC/2003. Observaciones finales sobre Kirguistán, Doc de la ONU CRC/C/15/Add.127.

<sup>23</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14 (art. 12): el derecho al disfrute del del más alto nivel posible de salud, 22 Sesión de 2000, Doc. de la ONU E/C.12/2000/4.

<sup>24</sup> Ver, por ejemplo, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) sobre la [República de Corea](#), Doc. de la ONU E/C.12/KOR/CO/4 (2017); [Filipinas](#), Doc. de la ONU E/C.12/PHL/CO/5-6 (2016); [Kenia](#), Doc. de la ONU E/C.12/KEN/CO/2-5 (2016); y [Pakistán](#), Doc. de la ONU E/C.12/PAK/CO/1 (2017).

<sup>25</sup> Ver, por ejemplo, Observaciones finales del Comité DESC sobre [Honduras](#), Doc. de la ONU E/C.12/HND/CO/2 (2016); [Polonia](#), Doc. de la ONU E/C.12/POL/CO/6 (2016); [Filipinas](#), Doc. de la ONU E/C.12/PHL/CO/5-6 (2016); [Costa Rica](#), Doc. de la ONU E/C.12/CRI/CO/5 (2016); [Macedonia](#) Doc. de la ONU E/C.12/MKD/CO/2-4 (2016); Kenia, Doc. de la ONU E/C.12/KEN/CO/2-5 (2016); y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Doc. de la ONU [E/C.12/GBR/CO/5 \(2009\)](#).

<sup>26</sup> Ver, por ejemplo, Observaciones finales del Comité DESC sobre [Filipinas](#), Doc. de la ONU E/C.12/PHL/CO/5-6 (2016); [Honduras](#), Doc. de la ONU E/C.12/HND/CO/2 (2016); y El Salvador, Doc. de la ONU E/C.12/SLV/CO/3-5 (2014).

<sup>27</sup> Comité DESC, Observación general N.º 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (2016), párr. 40.

A nivel regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), ha exhortado a los Estados a “adoptar legislación dirigida a garantizar a las mujeres el ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos, en el entendido que la denegación de la interrupción voluntaria del embarazo en determinadas circunstancias constituye una vulneración a los derechos fundamentales de las mujeres, niñas y adolescentes”<sup>28</sup>. En ese sentido, la CIDH manifestó que “[n]egar el acceso de mujeres y niñas a servicios de aborto legal y seguro o de atención post-aborto, puede causar un prolongado y excesivo sufrimiento físico y psicológico a muchas mujeres especialmente cuando se trata de casos de riesgo a la salud, inviabilidad del feto o en embarazos resultantes de incesto o violación. Sin efectivo disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos, las mujeres no pueden ver realizado su derecho a vivir libres de violencia y de discriminación”<sup>29</sup>. De manera similar, en su informe de 2019 sobre *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes*, la CIDH señaló que “la negación de abortos legales constituiría una violación de los derechos fundamentales de las mujeres, niñas y adolescentes”<sup>30</sup>.

En una declaración de 2015 sobre derechos sexuales y reproductivos, la Relatora de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre los derechos de las mujeres cuestionó que las mujeres de la región están enfrentando “obstáculos muy significativos en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos” y que sean obligadas a “continuar con embarazos que ponen en riesgo sus vidas” como resultado de leyes restrictivas sobre aborto”<sup>31</sup>. Ella y otros relatores de la ONU y regionales reiteraron esta inquietud en una declaración conjunta que instó a los Estados a “eliminar las medidas punitivas para las mujeres que se someten a abortos y, como mínimo, legalizar el aborto en casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando seguir adelante con el embarazo ponga en riesgo la salud psíquica o física de la mujer o la vida de la mujer”<sup>32</sup>.

A su turno, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el año 2012, con la sentencia proferida en el caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica* y tras realizar un análisis detallado, realizó varias determinaciones en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Por una parte, la Corte encontró que, conforme a la práctica normativa de la mayoría de los Estados Parte de la Convención, existe un “principio de protección gradual e incremental -y no absoluta- de la vida prenatal y a la conclusión de que el embrión no puede ser entendido como persona”<sup>33</sup>. Por otra parte, y sobre el alcance del referido artículo de la Convención, la Corte Interamericana concluyó que “[...] de las palabras ‘en general’ [del artículo 4.1 de la Convención] que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según

<sup>28</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “CIDH urge a El Salvador a terminar con la criminalización total del aborto”, 7 de marzo de 2018, <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2018/042.asp> (consultado el 29 de enero de 2020).

<sup>29</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “CIDH exhorta a todos los Estados a adoptar medidas integrales e inmediatas para respetar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”, 23 de octubre de 2017, <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/165.asp> (consultado el 29 de enero de 2020).

<sup>30</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes”, 14 de noviembre de 2019, <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf> (consultado el 29 de enero de 2020), párr. 210.

<sup>31</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “En el Día Internacional de la Mujer, CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”, 6 de marzo de 2015, <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2015/024.asp> (consultado el 29 de enero de 2020).

<sup>32</sup> Declaración conjunta de expertos de derechos humanos de la ONU, la Relatora especial sobre los derechos de las mujeres de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y los relatores especiales sobre los derechos de las mujeres y los defensores de derechos humanos de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, septiembre de 2015, <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E> (consultado el 29 de enero de 2020).

<sup>33</sup> Corte IDH. Caso *Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012. Serie C No. 257, párr. 256.

su desarrollo, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general<sup>34</sup>.

También en el ámbito del sistema interamericano y en relación con la Convención Interamericana para Prevenir, Erradicar y Sancionar la violencia contra la mujer (“Convención de Belém do Pará”), el Comité de Expertas del Mecanismo de seguimiento de la Convención (“MESECVI”) ha precisado que las formas de violencia contra las mujeres que los Estados se comprometieron condenar y erradicar con base en ese y otros instrumentos internacionales, incluye “las relativas a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos” y en su *Declaración sobre la violencia contra las niñas, mujeres y adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos*<sup>35</sup> recordó que:

La violación de los derechos sexuales y reproductivos es una forma de violencia de género y en las legislaciones donde estos derechos no son protegidos ni reconocidos, pueden ser gravemente violados, siendo las mujeres que son víctimas de múltiples discriminaciones quienes tienen menos acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva<sup>36</sup>.

Con base en lo anterior, el MESECVI ha indicado que, como parte de las obligaciones que se derivan de la Convención de Belém do Pará en el ámbito de derechos sexuales y reproductivos, los Estados deben, entre otras “legalizar la interrupción voluntaria del embarazo por motivos terapéuticos y el acceso de las mujeres a estos procedimientos, [y] legalizar la interrupción del embarazo producido por violación [...]”<sup>37</sup>.

En síntesis, es claro que mediante este desarrollo de los órganos y mecanismos internacionales de derechos humanos, se ha constatado que las leyes restrictivas en materia de aborto representan un obstáculo para el ejercicio de los derechos de las mujeres y las niñas, lo cual puede generar desde sufrimientos físicos y mentales a las persona gestante hasta su muerte. De ahí que la protección de la vida en gestación no se garantiza de manera idónea, proporcionada y efectiva mediante el derecho punitivo, pues estas formas de regulación exponen a las mujeres a nuevos escenarios de violencia y discriminación.

En línea con lo anterior, es importante destacar que la sola despenalización del aborto no es garantía para su acceso efectivo. Como también ha señalado el Comité de Expertas del MESECVI, los Estados también tienen la obligación de ii) garantizar y proteger “la libertad sexual y su desarrollo [que] constituyen un bien jurídico protegido por el derecho internacional de los derechos humanos”; ii) “garantizar la educación en derechos sexuales y reproductivos en el sistema educativo”; iii) conforme a la Convención de Belém do Pará y el Protocolo de San Salvador “brindar adecuada protección a las mujeres y [...] garantizar que las mujeres accedan a los servicios de salud sin discriminación [...]”; y

<sup>34</sup> Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012. Serie C No. 257, párr. 264.

<sup>35</sup> Cabe destacar que el desarrollo realizado por el MESECVI en dicha Declaración tuvo en cuenta las obligaciones de los Estados en relación con los derechos económicos, sociales y culturales y los derechos civiles y políticos, reconociendo su interdependencia, a la luz de instrumentos como la Convención Americana y el Protocolo de San Salvador, entre otros.

<sup>36</sup> Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). Declaración sobre la violencia contra las niñas, mujeres y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos. OEA/Ser.L/II.7.10MESECVI/CEVI/DEC.4/14. 19 de septiembre de 2014, pág. 4.

<sup>37</sup> Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). Declaración sobre la violencia contra las niñas, mujeres y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos. OEA/Ser.L/II.7.10MESECVI/CEVI/DEC.4/14. 19 de septiembre de 2014, pág. 5.



iv) “garantizar una educación apropiada de acuerdo con la edad sobre salud y derechos sexuales y reproductivos [...]”<sup>38</sup>.

En ese sentido, el Comité DESC ha señalado que el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el aborto, debe garantizarse en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y calidad<sup>39</sup>. De la misma forma, el Comité de Derechos Humanos ha promovido medidas, como establecer sistemas de derivación para mujeres que soliciten servicios de aborto, difundir pautas de salud pública sobre aborto, facilitar el acceso a la información sobre los abortos legales, eliminar los requisitos de autorización judicial previa para practicar abortos, eliminar los requisitos de múltiples autorizaciones médicas, combatir la estigmatización asociada con el aborto y considerar la posibilidad de incorporar el aborto a los sistemas nacionales de seguro de salud<sup>40</sup>.

## 2. Las recomendaciones al Estado ecuatoriano por parte de órganos internacionales de supervisión de tratados internacionales en materia de aborto

Ecuador, como Estado Parte de distintos tratados en materia de derechos humanos del sistema universal y regional, está obligado a respetar, proteger y hacer efectivos los derechos garantizados en dichos instrumentos internacionales. En los últimos años, diversos órganos que monitorean el cumplimiento de varios tratados en el ámbito de las Naciones Unidas han manifestado su preocupación por la disonancia que existe entre el marco legal vigente ecuatoriano sobre aborto y los estándares internacionales en la materia, pues las regulaciones restrictivas tienen efectos adversos sobre la vida, la salud y el ejercicio de otros derechos de los cuales son titulares las mujeres. Muestra de ello fue el informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, sus causas y consecuencias, como resultado de su visita al Ecuador del 29 de noviembre al 9 de diciembre de 2019. En dicho informe señaló que:

El Código Penal tampoco está en consonancia con las normas internacionales en lo que respecta al acceso al aborto seguro, ya que penaliza a las mujeres y las niñas que dan su consentimiento para practicarse un aborto o que se provocan un aborto, incluso en casos de violación [...]. Durante su visita, al Relatora Especial recibió con preocupación informes sobre actuaciones penales, entre 2014 y 2018, contra 134 personas debido a denuncias de interrupción voluntaria del embarazo, mientras que entre 2014 y junio de 2019 se presentaron 286 denuncias por solicitar un aborto. La Relatora Especial también recibió información según la cual podría haber hasta 250 mujeres en prisión o que enfrentan cargos penales [...].<sup>41</sup>

En el mismo informe, también manifestó su preocupación por la tasa de embarazo adolescente en el Ecuador, la cual, según la Relatora “sigue siendo una de las más altas en América Latina”. Al respecto, señaló:

<sup>38</sup> Ver: Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). Declaración sobre la violencia contra las niñas, mujeres y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos. OEA/Ser.L/II.7.10MESECVI/CEVI/DEC.4/14. 19 de septiembre de 2014.

<sup>39</sup> Ver: Comité DESC, Observación general N.º 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (2016).

<sup>40</sup> Ver, por ejemplo, Observaciones finales del CDH sobre [el Líbano](#), Doc. de la ONU CCPR/C/LBN/CO/3 (2018); [Camerún](#), Doc. de la ONU CCPR/C/CMR/CO/5 (2017); [la República Democrática del Congo](#), Doc. de la ONU CCPR/C/COD/CO/4 (2017); Italia, Doc. de la ONU CCPR/C/ITA/CO/6 (2017); Polonia, Doc. de la ONU CCPR/C/POL/CO/7 (2016); Burkina Faso, Doc. de la ONU CCPR/C/BFA/CO/1 (2016); y Ghana, Doc. de la ONU CCPR/C/GHA/CO/1 (2016).

<sup>41</sup> Informe de la Relatora Especial sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Visita a Ecuador. Consejo de Derechos Humanos 44.º Período de sesiones. Doc. de la ONU A/HRC/44/52/Add.2. 22 de mayo de 2020.

[...] En el Ecuador, la tasa de natalidad entre las niñas con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años aumentó de 2,5 por cada 1.000 nacimientos en 2013 a 2,6 por cada 1.000 en 2018. En 2018, más de 2.000 niñas menores de 15 años dieron a luz. En estas estadísticas no se incluyen los casos en los que el embarazo terminó con un aborto espontáneo, un mortinato o un aborto terapéutico o clandestino, lo que significa que es probable que el número total de embarazos en la niñez y la adolescencia en el Ecuador en 2018 haya sido mucho mayor.

Por ello, el informe de la Relatora recomendó al Ecuador:

c) Derogar los artículos 149 y 150 del Código Orgánico Integral Penal (2014) para garantizar que no se puedan presentar cargos penales contra las mujeres y las niñas que se practiquen un aborto o contra los profesionales de la salud habilitados y cualquier otra persona que preste los servicios y ayude a practicar los abortos.

d) Aprobar leyes que prevean la ampliación de las causales de aborto legal, al menos cuando exista una amenaza para la salud física o mental de la embarazada o una grave malformación fetal o cuando el embarazo sea consecuencia de una violación o incesto.

e) Introducir, como medida provisional, una moratoria en la aplicación de las leyes penales relativas al aborto, e interrumpir todas las detenciones, investigaciones y enjuiciamientos penales conexos, incluidas de mujeres que soliciten atención posterior al aborto y profesionales de la salud.

En el mismo sentido, en 2019, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC), en sus observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Ecuador, manifestó su preocupación por “la criminalización del aborto, incluso en casos de violación”<sup>42</sup>. Por ello, recomendó al Estado “[t]omar todas las medidas necesarias para garantizar que la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo sea compatible con la integridad y autonomía de la mujer, en particular a través de la despenalización del aborto en casos de violación”.

Por otra parte, en el año 2017, el Comité de los Derechos del Niño expresó su preocupación por la salud de las adolescentes del Ecuador debido a “los obstáculos de acceso a los servicios de aborto y a la práctica de abortos peligrosos”<sup>43</sup>. En consecuencia, recomendó al Ecuador que, teniendo en cuenta la observación general núm. 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, “[v]ele por que las niñas tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos el aborto terapéutico, y estudie la posibilidad de despenalizar el aborto, prestando especial atención a la edad de la niña embarazada y los casos de incesto o violencia sexual [...]”.

El mismo Comité había expresado en 2010 su preocupación por “los embarazos indeseados como resultado de violación, así como por la prohibición de algunos tipos de anticonceptivos de emergencia, que en algunos casos es motivo de abortos en condiciones insalubres y suicidios”<sup>44</sup>. En esa

<sup>42</sup> Observaciones finales del Comité DESC sobre el cuarto informe periódico del Ecuador, Doc de la ONU E/C.12/ECU/CO/4.

<sup>43</sup> Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Ecuador, Doc. de la ONU CRC/C/ECU/CO/5-6.

<sup>44</sup> Examen del Comité de los Derechos del Niño de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención, Doc. de la ONU CRC/C/ECU/CO/4.

oportunidad, el Comité de recomendó a Ecuador “emprend[er] una investigación minuciosa sobre la cuestión de los abortos en condiciones peligrosas y sus efectos sobre la salud de la mujer (y la niña) y la mortalidad materna, que permita formular medidas legislativas y normativas adecuadas”.

Adicionalmente, durante el 27º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, celebrado del 1 al 12 de mayo de 2017, el Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal del Ecuador dejó constancia en su informe sobre las recomendaciones hechas por otros Estados Parte a Ecuador en materia de aborto en los siguientes términos:

120.17 Impulsar la reforma del Código Penal para despenalizar el aborto (Noruega); derogar las leyes que penalizan el aborto en casos de violación, incesto y malformación fetal grave, y eliminar todas las medidas punitivas (Islandia); reformar el Código Orgánico Integral Penal en relación con la ampliación legal del aborto y su despenalización en casos de violación, incesto y malformación fetal grave (Eslovenia) [...] <sup>45</sup>.

Por su parte, el Comité de Derechos Humanos en sus Observaciones finales sobre el sexto informe periódico del Ecuador “observ[ó] con preocupación que el nuevo Código Orgánico Integral Penal criminaliza la interrupción voluntaria del embarazo, salvo cuando se practique para “evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios” y cuando el embarazo haya sido consecuencia de la violación “en una mujer que padezca discapacidad mental”, lo que habría llevado a muchas mujeres embarazadas a continuar buscando servicios de aborto inseguros que pondrían en peligro su vida y su salud (arts. 3, 6, 7 y 17)”<sup>46</sup>. En consecuencia, recomendó a Ecuador:

[...] revisar el Código Orgánico Integral Penal a fin de introducir excepciones adicionales a la interrupción voluntaria del embarazo, incluyendo cuando el embarazo sea consecuencia de un incesto o una violación, aun cuando la mujer no padezca discapacidad mental, y en caso de discapacidad fatal del feto, y asegurar que las barreras legales no lleven a las mujeres a recurrir a abortos inseguros que puedan poner en peligro su vida y su salud. Asimismo, debe incrementar sus esfuerzos con miras a garantizar que las mujeres y las adolescentes puedan acceder a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva en todo el país y reforzar los programas de educación y sensibilización sobre la importancia del uso de anticonceptivos y los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

A su turno, el Comité CEDAW, después de tomar nota de los esfuerzos realizados por Ecuador para mejorar la situación sanitaria de su población, ha constatado con preocupación:

b) El limitado acceso de la mujer al aborto terapéutico, por lo cual tiene que recurrir a abortos practicados en condiciones peligrosas, así como los casos en que personal de salud denuncia a la policía o al poder judicial a las mujeres que necesitan atención médica después de un aborto o quieren que se practique un aborto, con lo cual incumple su deber de confidencialidad;

<sup>45</sup> Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal del Ecuador, Doc. de la ONU A/HRC/36/4.

<sup>46</sup> Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos sobre el sexto informe periódico del Ecuador, Doc. de la ONU CCPR/C/ECU/CO/6.

c) La negativa expresada durante los debates parlamentarios sobre el Código Integral Penal a despenalizar el aborto incluso en casos de violación, sin tener en cuenta los casos de incesto o de malformaciones graves del feto; [...]<sup>47</sup>.

En consecuencia, este Comité también ha recomendado al Estado “[d]espenali[zar] el aborto en casos de violación, incesto y malformaciones graves del feto, de conformidad con la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité, sobre la mujer y la salud [...]”<sup>48</sup>. Más aún, en su análisis de 2015 sobre Ecuador, el Comité CEDAW constató con preocupación “[e]l limitado acceso de la mujer al aborto terapéutico”, además de la “negativa expresada durante los debates parlamentarios sobre el Código Integral Penal a despenalizar el aborto incluso en casos de violación sin tener en cuenta los casos de incesto o de malformaciones graves del feto”<sup>49</sup>.

Con relación al derecho a la salud de las personas con discapacidad, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad manifestó su preocupación debido a que “el Código Orgánico Integral Penal estable[ce] la posibilidad de que el cónyuge, la pareja, algún familiar íntimo o el representante legal de una mujer con discapacidad intelectual tome la decisión para practicarle un aborto en su nombre, cuando el embarazo sea consecuencia de una violación”<sup>50</sup>. Por ello, recomendó a Ecuador “reformular el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal y cualquier otra legislación análoga que autorice a terceros para tomar decisiones sobre el cuerpo de mujeres con discapacidad”.

Finalmente, en el ámbito regional, el MESECVI señaló en su último informe sobre Ecuador de 2015<sup>51</sup> lo siguiente:

Respecto a la Legislación sobre el aborto hay poquísimos avances, al respecto, todavía no se recogen las recomendaciones generales del Segundo Informe Hemisférico, el Comité ha venido señalando la necesidad de que sea derogada cualquier tipo de norma que penalice el aborto de una mujer en los casos de violencia sexual y en los casos de aborto terapéutico. Se ha destacado el peligro que significa que las normas penales que regulan esta materia afectan el derecho a la vida de las mujeres y de manera especial, la manera como los abortos ilegales e inseguros aumentan las tasas de mortalidad materna [...] El aborto sigue siendo un tabú que los gobiernos no se deciden a tocar, a pesar de los indicadores mortales para las mujeres especialmente las más empobrecidas, por eso es imprescindible continuar insistiendo en la necesidad de abordar con una perspectiva no punitiva el aborto terapéutico o el aborto en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual, la punición no varía significativamente en la región. La recomendación al respecto es la de legalizar la interrupción del embarazo por motivos terapéuticos, sea para salvar la vida de la madre o sea para evitarle un daño grave o permanente a su salud física y mental.

<sup>47</sup> Observaciones finales del Comité CEDAW sobre los informes periódicos octavo y novenos combinados del Ecuador, Doc. de la ONU CEDAW/C/ECU/CO/8-9.

<sup>48</sup> Observaciones finales del Comité CEDAW sobre los informes periódicos octavo y novenos combinados del Ecuador, Doc. de la ONU CEDAW/C/ECU/CO/8-9.

<sup>49</sup> Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Ecuador, Doc. de la ONU CEDAW/C/ECU/CO/8-9.

<sup>50</sup> Observaciones finales sobre el informe inicial del Ecuador del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Doc. de la ONU CRPD/C/ECU/CO/1.

<sup>51</sup> Como parte de la fase de evaluación de la Tercera Ronda de Evaluación Multilateral. Ver: <https://www.oas.org/es/mesecvi/InformesNacionalesTerceraRonda.asp>

De igual manera, el CEVI [Comité de Expertas] ha recomienda legalizar la interrupción del embarazo producido por violación<sup>52</sup>.

En conclusión, los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres han sido unánimes en expresar su preocupación por la regulación penal ecuatoriana en materia de aborto. La legislación penal vigente promueve que los servicios de aborto sean practicados en situaciones de riesgo con graves consecuencias para la vida y la salud de las mujeres y las niñas del territorio ecuatoriano. Por ello, en aras de cumplir con sus obligaciones internacionales, estas instancias han recomendado de manera reiterada y sostenida que Ecuador adecúe su legislación a los estándares internacionales vigentes.

### **III. Las dificultades derivadas de mantener regulaciones penales en torno al aborto: El caso colombiano**

En esta sección nos permitimos aportar a la Honorable Corte Constitucional de Ecuador información, incluyendo datos y estudios realizados en Colombia, que muestra los impactos específicos de mantener la penalización del aborto, incluso cuando la misma se ha flexibilizado.

Así, es importante destacar que en la legislación colombiana se ha reconocido el aborto como un derecho autónomo y fundamental bajo las tres causales en que fue despenalizado en el año 2006 por parte de la Corte Constitucional<sup>53</sup>. No obstante, el aborto que se practica fuera de las causales es considerado una conducta delictiva, de modo tal que el aborto es, en unos casos, un delito y en otros, un derecho fundamental. Parecería que, estando delimitados los dos ámbitos, el del derecho y el del delito, podrían convivir sin interferencias. Sin embargo, este régimen jurídico dual ha generado en la práctica un contexto hostil para la implementación adecuada de los casos despenalizados, que gozan de protección constitucional iusfundamental.

La persistencia de la penalización, así sea parcial, ha obstruido la prestación adecuada del servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el sistema de salud en Colombia. En otras palabras, haber mantenido el uso del derecho penal para regular un procedimiento médico se ha convertido en la principal barrera de acceso impuesta directamente por el mismo Estado a las tres causales ya reconocidas como mínimo exigible, y ello ha significado el incumplimiento del Estado colombiano de su obligación de garantía de este derecho. La obligación de garantía consiste en desarrollar todas aquellas actividades que sean necesarias para que las mujeres que soliciten la IVE en las causales accedan al procedimiento en condiciones de oportunidad, calidad y seguridad. No obstante, lo que ha sucedido en el caso colombiano ha sido que al mantener la penalización parcial, el Estado no está tomando todas las medidas necesarias, pues por el contrario mantiene vigente uno de los principales obstáculos para su materialización, que es la tipificación del delito de aborto. Por ello, habiendo transcurrido más de 15 años desde que se despenalizó el aborto en tres circunstancias, se puede concluir con evidencia, que se debe recurrir a otros medios de regulación distintos al derecho penal que no obstaculicen o dificulten el acceso, sino que por el contrario lo aseguren<sup>54</sup>.

<sup>52</sup> MESECVI. Decimocuarta Reunión del Comité de Expertas 21 de noviembre de 2017 y 27 y 28 de noviembre de 2017. Ecuador. Informe de país. Tercera Ronda. OEA/Ser.L/II.7.10 CONVENCIÓN BELÉM DO PARÁ (MESECVI) MESECVI/CEVI/doc.246/17, párrs. 11-12. Disponible en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/FinalReport2017-Ecuador.pdf>

<sup>53</sup> Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. M.P.: Jaime Araujo Rentenería; Clara Inés Vargas Hernández. 10 de mayo de 2006.

<sup>54</sup> Actualmente en la Corte Constitucional de Colombia fue admitida una demanda de inconstitucionalidad en la que el movimiento Causa Justa, del cual Women's Link Worldwide hace parte, le pide a este alto tribunal eliminar el delito de aborto del Código Penal por



Para explicar las barreras que se han presentado en Colombia en relación con la prestación oportuna y eficiente de servicios de aborto, hay que empezar por referirse al estigma. Varias investigaciones en Colombia y en otros países han encontrado que “el estigma del aborto es una de las principales barreras para las mujeres que buscan interrumpir un embarazo no deseado...”.<sup>55</sup> Este no distingue entre lo que está permitido o no por la ley, sino que lo permea todo afectando la prestación de aquello que es legal:

El estigma asociado al aborto puede resultar en retrasos en la atención en salud o en resultados perjudiciales para la salud, y puede exacerbar otras barreras que experimentan las mujeres en la búsqueda de servicios de abortos seguros... Un estudio cualitativo en 2014... en Uruguay ... encontró que el personal del hospital podía perpetuar el estigma y obstruir el acceso a servicios de salud... Investigaciones en Colombia han encontrado, de manera similar, que las mujeres que buscan un aborto legal temen experimentar maltrato y estigma, y alrededor de un tercio de las mujeres en un estudio en Ciudad de Cabo, Sudáfrica, reportaron buscar servicios de aborto fuera del sistema público de salud por preocupación a sufrir estigma y maltrato por los prestadores de salud del Estado ... Estudios en diferentes contextos también han encontrado que las mujeres anticipan un posible proceso penal por buscar un aborto, y que el miedo a ser juzgadas puede impedir el acceso a un aborto seguro<sup>56</sup>.

Cabe destacar que lo mismo ocurre en otros países de la región. Por ejemplo, en México, que “desde 2007, a partir de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación en la Ciudad de México... ha sido un escenario privilegiado para la investigación sobre aborto...”<sup>57</sup>, se ha encontrado lo mismo:

Transitar el circuito institucional oficial, implica exponer su situación/decisión frente a determinados actores que pueden reaccionar negativamente, o no respetar la confidencialidad y develar ese conocimiento frente a otros. El temor a este develamiento y su consecuente estigmatización es de tal potencia que podría forzar a las mujeres a optar por el inseguro circuito clandestino, aun en contextos de legalidad<sup>58</sup>.

En Colombia, un estudio sobre las experiencias de las mujeres a las que se les ha negado un aborto legal al que tenían derecho encontró que:

Las experiencias de estigmatización a raíz del maltrato por parte de algunos proveedores de servicios en centros de salud a los que se derivaron las pacientes en definitiva evitó que las participantes de este estudio pudieran acceder a los servicios de aborto deseados... Adicionalmente, aquellas que consiguieron acceder a servicios de aborto a pesar de la

---

considerarlo ineficiente e injusto especialmente con las mujeres en situación de vulnerabilidad. Para más información, ver: [Corte Constitucional abre la puerta para discutir la eliminación del delito de aborto](#).

<sup>55</sup> Major B, Gramzow RH. Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment. *J Pers Soc Psychol* October. 1999;77:735-45; Cockrill K, Nack A. 'I'm not that type of person': managing the stigma of having an abortion. *Deviant Behav* December. 2013;34:973-90; Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0597-1>. Traducción propia.

<sup>56</sup> BMC Women's Health. *Experience obtaining legal abortion in Uruguay: knowledge, attitudes, and stigma among abortion clients*. Diciembre 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902415/>.

<sup>57</sup> Zamberlin, N. *El estigma asociado al aborto como objeto de estudio. Los primeros pasos en América Latina*. 2015. p. 180. Disponible en: <http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/675/Estigma%20y%20Aborto.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.

<sup>58</sup> *Ibidem*, pg. 181.

negativa inicial sufrieron abuso físico y psicológico por parte de los proveedores de salud y personal hospitalario, posiblemente debido al entrenamiento inadecuado acerca de la ley y el estigma social asociado con el aborto<sup>59</sup>.

Lo anterior es corroborado por un estudio oficial que encontró que el juzgamiento es una de las barreras con las que más frecuentemente se encuentran las mujeres colombianas al solicitar una IVE<sup>60</sup>, al nivel de que casi el 60% de las mujeres que acudió a una IVE en la red pública expresó haberse sentido juzgada<sup>61</sup>. En suma:

[...] 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<sup>62</sup>. (negrilla fuera del texto original)

Adicionalmente, y retomando lo que se ha dicho desde instancias internacionales, de acuerdo con el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en su informe sobre la tipificación como delito de determinados servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos el aborto, “la penalización genera y perpetúa el estigma”. Al respecto, el Relator explicó que:

Si bien son muchos los factores sociales y culturales que generan y agravan los estigmas, su penalización perpetúa la discriminación y genera nuevas formas de estigmatización...El estigma resultante de la penalización crea un círculo vicioso. La tipificación como delito del aborto empuja a las mujeres a buscar abortos clandestinos, posiblemente en condiciones peligrosas. El estigma resultante de un aborto ilegal y, por consiguiente, de una conducta delictiva, perpetúa la noción de que el aborto es una práctica inmoral y de que el procedimiento es intrínsecamente peligroso, lo que a su vez refuerza la continua penalización de esta práctica<sup>63</sup>.

Así, si bien el tipo penal no es el único factor en el estigma al aborto sí es una pieza central, que además depende directamente del accionar del Estado colombiano que es el obligado a garantizar el derecho

<sup>59</sup> US National Library of Medicine National Institutes of Health. BMC Reproductive Health. *I felt the world crash down on me: Women's experiences being denied legal abortion in Colombia*. 2017 Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5651606/>

<sup>60</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA. *Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas*. 2014. Pág 223 y 224. Disponible en: <https://bit.ly/3a5jGex>.

<sup>61</sup> *Ibidem*, pg. 200.

<sup>62</sup> Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. Bautista Revelo, A. *Cárcel o muerte: El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto*. Octubre de 2017. pág. 22. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/10/Ca%CC%81rcel-o-muerte-Versio%CC%81n-final-PDF-para-WEB.pdf>

<sup>63</sup> Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Interim Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Highest Attainable Standard of Physical & Mental Health to the General Assembly*” UN Doc. A/66/254, 2011. Párr 34-35. En el mismo sentido, Zamberlin, N. *El estigma asociado al aborto como objeto de estudio. Los primeros pasos en América Latina*. 2015. p. 185. Disponible en: <http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/675/Estigma%20y%20Aborto.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.

a la IVE. De acuerdo con la Corte Constitucional colombiana, la obligación de proteger el derecho a la salud implica, entre otros, “la garantía de que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten el derecho a la salud de las mujeres, **en particular el ejercicio de los derechos reproductivos**”<sup>64</sup> (negrillas resaltadas fuera del texto original). El estigma que emana de la tipificación del aborto es una práctica social nociva que afecta la vida, la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, sobretodo de las más vulnerables.

Por otro lado, varios estudios han comprobado que una reducción del uso del derecho penal para regular el aborto, si bien no desaparece el estigma inmediatamente, sí lo empieza a disminuir de forma rápida y por tanto mejora el acceso al servicio legal y seguro. En Uruguay, a solo dos años de la reforma legal de 2012 que despenalizó el aborto bajo un sistema de plazos y causales, un estudio señaló que “...el marco jurídico ha tenido un impacto decisivo en el estigma contra el aborto y ha mejorado significativamente la experiencia de las mujeres al buscar servicios de aborto.”<sup>65</sup> Lo mismo sucedió en la Ciudad de México al permitirse el aborto por voluntad de la mujer hasta la semana doce de gestación.<sup>66</sup>

Una situación similar, en la que la penalización parcial del aborto era un obstáculo para el acceso a lo permitido, fue la que llevó a la Corte Suprema de Justicia de Canadá a eliminar el uso del derecho penal para regular el aborto mediante el caso *Morgentaler, Smoling and Scott v. The Queen* en 1988. La Corte estimó que:

Obligar a una mujer, bajo la amenaza de una sanción penal, a llevar un embarazo a término a menos de que cumpla con ciertos criterios que no están relacionados con sus propias prioridades y aspiraciones, es una profunda interferencia en el cuerpo de la mujer y, por lo tanto, una infracción a la seguridad de la persona. **Una segunda infracción al derecho a la seguridad de la persona ocurre de manera independiente como un resultado de la demora en obtener un aborto terapéutico, causada por los procedimientos exigidos por la s. 251, lo que a su vez resulta en una mayor probabilidad de sufrir complicaciones y un mayor riesgo.** El daño a la integridad psicológica de la mujer que busca un aborto ha sido claramente establecido<sup>67</sup> (negrillas resaltadas fuera del texto original).

<sup>64</sup> Corte Constitucional. *Sentencia C-754 de 2015*. M. P.: Gloria Stella Ortiz Delgado. Párr. 13.

<sup>65</sup> BMC Reproductive Health. “It’s something that marks you”: *Abortion stigma after decriminalization in Uruguay*. 2018. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0597-1>

<sup>66</sup> Flores-Pérez, E. & Amuchástegui-Herrera, A. *Interrupción legal del embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal*. En: Género y Salud en Cifras. México: Centro nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva, 2012. p. 26. En México se encontró que a medida que las restricciones penales al aborto se disminuían aumentaba la opinión favorable a la liberalización. Wilson KS, Garcia SG, Olavarrieta CD, Villalobos-Hernandez A, Rodriguez JV, Smith PS, et al. Public opinion on abortion in Mexico City after the landmark reform. *Stud Fam Plan*. 2011;42(3):175–82. Ver también Flores-Pérez, E. & Amuchástegui-Herrera, A. *Interrupción legal del embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal*. En: Género y Salud en Cifras. México: Centro nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva, 2012. Disponible en: [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen10\\_1/Interrupcionlegaldeembarazo.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen10_1/Interrupcionlegaldeembarazo.pdf). Y, Zamberlin, N. *El estigma asociado al aborto como objeto de estudio. Los primeros pasos en América Latina*. 2015. p. 186. Disponible en: <http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/675/Estigma%20y%20Aborto.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. “Se observa una correlación entre la percepción social del estigma y el estatus legal del aborto. En los contextos de leyes más permisivas, las representaciones colectivas tienden a ser más favorables, respecto de aprobar la interrupción del embarazo en determinadas circunstancias. La evidencia que surge del análisis del proceso que se ha dado en la Ciudad de México abona en este sentido”.

<sup>67</sup> Corte Suprema de Canadá. *Caso Morgentaler, Smoling and Scott v. The Queen*, 1988. Juices: Dickson, Robert George Brian; Beetz, Jean; Estey, Willard Zebedee; McIntyre, William Rogers; Lamer, Antonio; Wilson, Bertha; La Forest, Gérard V. Pp.32-33. Disponible en: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/en/item/288/index.do> (traducción propia).

Con el fin de explicar y caracterizar las barreras que se han estructurado en el caso colombiano como consecuencia de haber mantenido el delito y exceptuar el acceso en algunos casos concretos, a continuación presentamos cinco de las más importantes: i) falta de información oportuna, suficiente y adecuada; ii) falta de disponibilidad del servicio y creación de condiciones para que la objeción de conciencia sea utilizada de manera inconstitucional; iii) violación del derecho a la intimidad y del deber de confidencialidad médica y; iv) dilación en el acceso al servicio. Por otro lado, y atendiendo a la situación actual en la que la crisis humanitaria compleja que viene atravesando Venezuela ha provocado la migración masiva de gran parte de la población en busca de alimentos, medicamentos, y tratamientos médicos, expondremos la forma en la que la penalización parcial del aborto ha impactado de manera desproporcionada a las niñas y mujeres en situación migratoria irregular.

### 1. Mantener el aborto como delito dificulta el cumplimiento del deber de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada

El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha manifestado que la penalización de servicios de salud sexual y reproductiva tiene un “efecto inhibitor en el intercambio abierto de información”<sup>68</sup>. Particularmente sobre la penalización *parcial* del aborto ha indicado que:

Cuando el aborto solo está permitido en casos muy concretos...la penalización podría llegar a bloquear el acceso a la información sobre los servicios de aborto legales. Con frecuencia, las mujeres no conocen esas excepciones debido a que el estigma que rodea a la cuestión del aborto impide que una información tan necesaria como esa se difunda y reciba la debida consideración... La penalización también impide a los profesionales tener acceso a información fidedigna y, cuando la legislación contempla excepciones, el efecto inhibitor generado por el estigma que acarrea el aborto puede disuadir al personal sanitario de solicitar información y capacitación al respecto... Debido al estigma que pesa sobre el aborto, los trabajadores del sector de la salud también han proporcionado información errónea a las mujeres [...] <sup>69</sup>.

En Colombia múltiples estudios han señalado que la falta de información es una de las principales barreras a la IVE, a tal punto de que es generalizada.<sup>70</sup> La legalidad del aborto “parece ser un secreto”<sup>71</sup> y por el contrario se cree que es siempre un delito<sup>72</sup>.

<sup>68</sup> Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Interim Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Highest Attainable Standard of Physical & Mental Health to the General Assembly* UN Doc. A/66/254, 2011. Párr 19.

<sup>69</sup> *Ibidem*. Párr 31-33.

<sup>70</sup> Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, Lejos del Derecho: *La interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. 2013. Pág. 66, 73, 91 Disponible en: [https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi\\_name\\_recurso\\_340.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_340.pdf).

<sup>71</sup> “El tema más común entre las participantes del estudio fue la falta de conocimiento de su derecho al aborto. Solo una participante, una abogada, sabía acerca de la resolución C-355/2006...y esta falta de información fue una barrera para recibir atención oportuna. Estas participantes expresaron su frustración por su falta de conocimiento y cuestionaron por qué la legalidad del aborto parecía ser un secreto... Ocho años después de la despenalización del aborto en Colombia, estas poderosas entidades y personas [EPS y médicos] todavía carecían de una comprensión clara de las leyes sobre aborto.”. Chelsey E. Brack, Roger W. Rochat and Oscar A. Bernal, “Es una carrera contra el reloj”: Un análisis cualitativo de las barreras al aborto legal en Bogotá, Colombia”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 43, No. 4 (December 2017), pp. 14, Disponible en : [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/sp01118.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/sp01118.pdf).

<sup>72</sup> “Casi la mitad de las mujeres y niñas pensaban que el aborto es ilegal en Colombia, lo que les llevó a manejar su deseo de no continuar con el embarazo como algo prohibido, vergonzoso y muchas veces imposible de compartir con su entorno...Las mujeres tienen temor de solicitar los servicios al sistema público. La barrera más frecuente es el desconocimiento de las propias mujeres de sus derechos. Piensan que están haciendo algo ilegal.”. Médicos sin Fronteras. *Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*

En el 73.7% de los casi 1000 casos de IVE acompañados de cerca por La Mesa por La Vida y La Salud de las Mujeres entre 2006 y 2016 “se identificó la falta de información sobre la sentencia [C-355 de 2006] no solo en los profesionales de la salud y de la justicia, sino también por parte de las mujeres.”<sup>73</sup> Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015, apenas el 56.1% de las mujeres y el 47.2% de los hombres refirieron conocer las causales despenalizadas, y menos del 45% manifestaron conocer la causal en casos de incesto, riesgo para la salud mental o cuando se trate de un embarazo en una adolescente de 14 años<sup>74</sup>. Ya de por sí generalizada, la falta de información tiene un efecto multiplicador pues genera otros obstáculos y dilaciones<sup>75</sup>.

En Colombia, la falta de información ha tenido graves consecuencias, en las que se pueden constatar las que indicó el Relator en su informe. De acuerdo con un estudio oficial, “algunas mujeres no intentaron solicitar el servicio ante su [prestador de servicios de salud], por desconocimiento de la Sentencia...tomaron la decisión de realizar la interrupción de manera clandestina, incluso, encontrándose inmersas en una de las causales despenalizadas.”<sup>76</sup> De igual forma “...existen eventos en los que muchos profesionales de la salud no se atreven a practicar o a ordenar servicios de IVE

---

*Aborto no seguro*, mujeres en riesgo. Pg. 21 Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/msf-informe-ive-colombia.pdf>

<sup>73</sup> La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. 2016. Pág. 24. Disponible en: <https://bit.ly/2IZqnTR>. Ver también Intervención ciudadana de Megan, Duffy, Megan y López, Diana en el Expediente No. D13225, Pág. 2, basado en su estudio *Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia ¿Derecho o privilegio?*. 2020. Universidad Metropolitana de Manchester y el Instituto de Innovación Global de la Universidad de Birmingham, en proceso de publicación. En el mismo sentido <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2016.1269365?scroll=top&needAccess=true>. También, Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, Lejos del Derecho: *La interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. 2013. Pág. 62 Disponible en: [https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi\\_name\\_recurso\\_340.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_340.pdf). En un estudio de 2018, que cubre cuatro universidades en Bogotá se observó, sobre el conocimiento de estudiantes de medicina que, “en general, hay conocimiento de las causales de despenalización del aborto (Sentencia C-355 de 2006), pero se desconocen los contenidos y aplicación de la guía Prevención del aborto inseguro en Colombia: Protocolo para el sector salud”. La Mesa por la vida y la salud de las mujeres. *Resumen Visión del plan curricular, los microcurrículos, las estrategias pedagógicas y el desarrollo de competencias en Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en cuatro facultades de Medicina*. Universidad de los Andes-Facultad de Medicina pág 11. Disponible en: [https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/03/14-Resumen\\_revision\\_del\\_plan\\_curricular.pdf](https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/03/14-Resumen_revision_del_plan_curricular.pdf). Específicamente sobre el Tribunal Nacional de Ética Médica, se encontró en un estudio reciente que “...en casos de violencia sexual, violencia ginecobstétrica e IVE, el precedente del TNEM ha sido, a falta de una mejor palabra, incierto. Notamos que la mayoría de los fallos carecían de un fundamento legal adecuado y no reconocían el marco jurídico que protege los derechos sexuales y reproductivos —que han sido reconocidos como derechos fundamentales—. De hecho, en ninguna decisión se enmarcó la discusión como un caso de este tipo de derechos y las categorías, conceptuales y jurídicas, de violencia sexual, violencia ginecobstétrica e IVE no se han aplicado lo suficiente”, Dávila, María A *Entre la bata y la toga. El rol de los Tribunales de Ética Médica en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos*/ Dávila, María Ximena, Nina Chaparro. -- Bogotá : Editorial Dejusticia, 2020. pág. 89. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2020/04/Docs56-BataToga-Web.pdf>.

<sup>74</sup> Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015*. Tomo I. Componente Demográfico. 2015. En el mismo sentido, ver Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA. *Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas*. 2014. Pags. 174, 177, 215, 216, 220, 223, Disponible en: <https://bit.ly/3a5jGex>.

<sup>75</sup> “Las participantes en el estudio que desconocían la ley experimentaron los tres tipos de retrasos: en la decisión de buscar atención, en llegar a un centro de salud y en recibir la atención adecuada”. Chelsey E. Brack, Roger W. Roach and Oscar A. Bernal, “Es una carrera contra el reloj”: Un análisis cualitativo de las barreras al aborto legal en Bogotá, Colombia”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 43, No. 4 (December 2017), pp. 14, Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/sp01118.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/sp01118.pdf). En especial ver la figura 1 [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/attachments/brack\\_figure\\_1.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/attachments/brack_figure_1.pdf).

<sup>76</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA. *Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas*. 2014. Pág 168. Disponible en: <https://bit.ly/3a5jGex>. En el mismo sentido, Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. Bautista Revelo, A. *Cárcel o muerte: El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto*. Octubre de 2017. pág. 21. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/10/Ca%CC%81rce-l-o-muerte-Versio%CC%81n-final-PDF-para-WEB.pdf>.



porque carecen de la formación...en el contenido de las causales despenalizadas...”<sup>77</sup> y “...los médicos y funcionarios de las [prestadoras de servicios de salud] temen que si divulgan y llevan a cabo abiertamente el procedimiento de IVE, pueden ser susceptibles de recibir algún tipo de sanción disciplinar...”<sup>78</sup>.

Otro incumplimiento del deber de información que se ha detectado en Colombia es la entrega de información falsa a las mujeres que buscan una IVE indicándoles que es ilegal.<sup>79</sup> Un estudio en 2014 sobre Bogotá encontró que médicos “...proporcionaron información médica y legal engañosa o falsa, para evitar que las mujeres tuvieran acceso a abortos a los cuales legalmente tenían derecho.”<sup>80</sup> La situación parece no haberse modificado pues vuelve a aparecer en un reciente estudio sobre barreras de acceso al aborto en Colombia<sup>81</sup>. En este orden de ideas:

La naturaleza limitada de la descriminalización abre la puerta para que los objetores bloqueen el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro, diciéndoles que sus casos no se ajustan a los criterios legales...Proveer asesoramiento legal inexacto es claramente falta de ética, pero la limitada descriminalización da a los objetores un falso sentido de control sobre el acceso de cada mujer a la atención médica. [...] Permitir el aborto sobre la base de la elección no afectaría los actuales derechos de los objetores, pero reduciría su poder de actuar como barreras para la atención en salud legal y segura<sup>82</sup>.

Las mujeres colombianas tampoco tienen información precisa sobre a dónde acudir a solicitar un aborto legal y seguro y tienen dificultades para obtenerla, con graves consecuencias. Un estudio en Bogotá determinó que esta falta de conocimiento sobre los puntos de atención les generó retrasos y, más grave aún, que varias mujeres que finalmente pudieron acceder, después de muchas barreras, a un aborto legal y seguro, acudieron primero a métodos inseguros de aborto o a lugares clandestinos debido esta falta de información<sup>83</sup>. En otras zonas del país (Tumaco, Buenaventura, Arauca, Chocó y

<sup>77</sup> Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, *Lejos del Derecho: La interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. 2013. Pág. 73, 91 Disponible en: [https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi\\_name\\_recurso\\_340.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_340.pdf).

<sup>78</sup> Chaparro González. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. El ejercicio de la interrupción Voluntaria del embarazo en el marco del conflicto armado Págs. 36. Disponible en: [https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/02/fi\\_name\\_recurso\\_796.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/02/fi_name_recurso_796.pdf).

<sup>79</sup> “Al 8% se les negó el servicio de IVE al alegar el personal de salud que era un procedimiento ilegal...” Médicos sin Fronteras. Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia Aborto no seguro, mujeres en riesgo. Pag 23 Disponible en:

<https://www.msf.es/sites/default/files/documents/msf-informe-ive-colombia.pdf>. Ver también, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. 2016. Pág. 26. Disponible en: <https://bit.ly/2IZqnTR>.

<sup>80</sup> Lauren R. Fink, Kaitlyn K. Stanhope, “El feto también es mi paciente”: *Actitudes hacia el aborto y la referencia entre médicos objetores de conciencia en Bogotá, Colombia*. 2017. Pág. 1 Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/471-42e1016sp.pdf>

<sup>81</sup> “Los participantes en la investigación se refirieron en detalle a la falsa creencia entre las mujeres de que el aborto estaba prohibido, a menudo reforzado por las reacciones negativas de los médicos, médicas y otros profesionales de la salud, así como sus propias interpretaciones del marco legal basadas en prejuicios.” Intervención ciudadana de Megan, Duffy, Megan y López, Diana en el Expediente No. D13225, Pág. 3 y 8, basado en su estudio *Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia ¿Derecho o privilegio?*. 2020. Universidad Metropolitana de Manchester y el Instituto de Innovación Global de la Universidad de Birmingham, en proceso de publicación.

<sup>82</sup> Lauren R. Fink, Kaitlyn K. Stanhope, “El feto también es mi paciente”: *Actitudes hacia el aborto y la referencia entre médicos objetores de conciencia en Bogotá, Colombia*. 2017. Pág. 9 Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/471-42e1016sp.pdf>

<sup>83</sup> Chelsey E. Brack, Roger W. Rochat and Oscar A. Bernal, “Es una carrera contra el reloj”: Un análisis cualitativo de las barreras al aborto legal en Bogotá, Colombia”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 43, No. 4 (December 2017), pp. 14-15, [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/sp01118.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/sp01118.pdf).

Norte de Santander) también se ha encontrado que las mujeres recurrieron a métodos alternativos no seguros antes de encontrar dónde hacerse un aborto seguro<sup>84</sup>.

En conclusión, en la experiencia colombiana mantener el delito ha llevado a que el Estado incumpla con el deber de garantizar el derecho a la IVE pues impide que se cumpla con el deber de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada. Al generar estigma y miedo a la criminalización: (i) dificulta que la información sobre la IVE se difunda entre las mujeres y profesionales de la salud; (ii) se presta para inducir fácilmente a error; y (iii) desincentiva que las mujeres y los profesionales de la salud soliciten información. Otros mecanismos de regulación –distintos a las normas penales– favorecerían un mayor y mejor conocimiento y transmisión de información sobre el aborto legal y seguro<sup>85</sup>.

## 2. Mantener el aborto como delito dificulta la garantía de disponibilidad porque crea condiciones para que la objeción de conciencia pueda ser utilizada de manera inconstitucional

Estudios que se han llevado a cabo a nivel nacional en Colombia<sup>86</sup> han indicado que la falta de disponibilidad de acceso al aborto expone a las mujeres más pobres y alejadas de los servicios a otras barreras como las demoras, los costos de desplazamiento y alojamiento y aquellas relativas a las cargas de cuidado y laborales que les dificultan y encarecen desplazarse para acceder al servicio. Es decir que esta barrera tiene un efecto multiplicador<sup>87</sup>.

Al respecto, según datos de una encuesta nacional realizada por el Grupo Médico por el Derecho a Decidir en 2015 a miembros de FECOLSOG<sup>88</sup> -en la que participaron 273 gineco-obstetras de 23 ciudades-, la mayoría han recibido solicitudes para practicar un aborto, pero 59% de los gineco-obstetras no han realizado nunca una IVE, y cerca del 65% no la realizan cuando es solicitada por una causa legal. Así, sólo el 47% realiza IVE. Estas cifras reafirman que el número de profesionales no disponibles es suficientemente considerable al grado de ser una barrera significativa para lograr la disponibilidad en todo el territorio colombiano.

<sup>84</sup> “Un 3% de las mujeres que buscaron una IVE a través de MSF [Médicos Sin Fronteras] reconocieron haber intentado un método alternativo no seguro antes de llegar a nuestro servicio, como la ingestión de hierbas, la automedicación e incluso la introducción de objetos o los golpes.” Médicos sin Fronteras. *Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia Aborto no seguro, mujeres en riesgo*. Pág. 6. Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/msf-informe-ive-colombia.pdf>.

<sup>85</sup> Por ejemplo, “...el sector salud suele desconocer la jurisprudencia de la Corte de Colombia que le resulta distante, en tanto no son reglas que emanen de la autoridad sanitaria” Ver Anexo 3: Mesa por la vida y la salud de las mujeres. Causa Justa: argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto en Colombia. Editado por Ana Cristina González Vélez y Carolina Melo. Pág. 120. Disponible en versión digital.

<sup>86</sup> Intervención ciudadana de Megan, Duffy, Megan y López, Diana en el Expediente No. D13225, Pág. 2, basado en su estudio *Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia ¿Derecho o privilegio?*. 2020. Universidad Metropolitana de Manchester y el Instituto de Innovación Global de la Universidad de Birmingham, en proceso de publicación. Ver también, Médicos sin Fronteras. *Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia Aborto no seguro, mujeres en riesgo*. Pág. 22. Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/msf-informe-ive-colombia.pdf>

<sup>87</sup> “Las barreras geográficas y las condiciones socioeconómicas operan en muchos casos como una barrera de acceso. Las mujeres son más vulnerables si tienen un bajo nivel educativo o si residen en zonas rurales distantes, ya que esto no solo implica largos desplazamientos, sino también gastos adicionales difíciles de asumir. Adicionalmente, la presencia de actores armados representa un riesgo añadido para salir del territorio. De las 143 mujeres derivadas por MSF a otras instituciones, 103 (70%) se vieron obligadas a trasladarse a ciudades como Cali, Medellín, Pasto o Villavicencio para acceder a la IVE”. Médicos sin Fronteras. *Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia Aborto no seguro, mujeres en riesgo*. Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/msf-informe-ive-colombia.pdf>

<sup>88</sup> Universidad de Barcelona. Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas. *Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia*. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n42/1886-5887-bioetica-42-00105.pdf>

La encuesta revela así mismo que “...hay múltiples razones de tipo social, institucional, técnico, cultural y un fenómeno importante de estigma hacia los prestadores, que justifican la negativa de los profesionales de la salud a prestar servicios de IVE y/o generan barreras para acceder a servicios de aborto legal”<sup>89</sup>. Por ejemplo, entre quienes nunca han practicado el aborto, se mencionan para ello, entre otras, razones como las políticas institucionales (15%), y no desear ser identificado como prestador de servicios de aborto (11%)<sup>90</sup>. Con anterioridad a la encuesta ya se había reportado en Colombia que, cuando hay políticas institucionales contrarias a la IVE, la disposición de profesionales de la salud para prestarla está mediada por el temor a perder el empleo, a las sanciones y a la reprobación social.<sup>91</sup> Es por ello que el Grupo Médico por el Derecho a Decidir ha expresado que las “barreras de acceso, en buena medida, son en sí mismas manifestaciones del proceso de estigmatización del aborto el cual...afecta la disposición de prestadores frente a estos servicios; esto se refleja, entre otras cosas, en una crisis de recursos humanos que se aprecia tanto en la disminución del número de prestadores que deciden realizar servicios de aborto como en la sobrecarga social y laboral que estos experimentan”<sup>92</sup>

En general, se ha encontrado que muchos profesionales de la salud pueden llegar a recurrir a la objeción de conciencia, sin que dicha manifestación esté alineada con su pensamiento o su conciencia, sino por temor a ser estigmatizados, a sufrir ostracismo, persecución criminal e incluso, en algunos países, violencia y acoso<sup>93</sup>. Otros efectos de la estigmatización del aborto que pueden estar en la base de muchas objeciones de conciencia, son la baja remuneración, el poco reconocimiento o prestigio profesional y la sobrecarga laboral por el reducido número de prestadores<sup>94</sup>. A estas objeciones de conciencia, que en realidad no son tales, se les ha denominado “objeción oportunista”<sup>95</sup>.

<sup>89</sup> González Vélez A. *¿Objeción de Conciencia Institucional? Impacto en la Prestación de Servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo* Segundo Seminario Regional Latinoamericano Pág. 22 Disponible en: [https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/11.-Memorias\\_Seminario\\_Objecion\\_de\\_Conciencia.pdf](https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/11.-Memorias_Seminario_Objecion_de_Conciencia.pdf)

<sup>90</sup> Universidad de Barcelona. Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas. Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia. Pg. 108 y ss.. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n42/1886-5887-bioetica-42-00105.pdf>.

<sup>91</sup> Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. Bautista Revelo, A. *Cárcel o muerte: El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto*. Octubre de 2017. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/10/Ca%CC%81rce-l-o-muerte-Versio%CC%81n-final-PDF-para-WEB.pdf>. Ver, sobre Brazil, ‘Physicians and abortion: provision, political participation and conflicts on the ground—the cases of Brazil and Poland’, *Women's Health Issues* 21.3: S32-S36. “Their fear of being stigmatized—by colleagues, the media, and the general public—and their poor knowledge of current abortion regulations may also contribute to their decisions to perform or refuse to perform legal abortions”.

<sup>92</sup> Vivas M, Valencia S, González A, El estigma en la prestación de los servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud. Grupo Médico por el Derecho a Decidir Colombia. 2016. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/903/Stigma-in-abortion-provision-protecting-providers-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>93</sup>. Memorias Seminario Objeción de Conciencia, un debate sobre la libertad y los derechos . Montevideo, 2013. Pág. 24 y 37. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/539/Libro%20seminario%20objeci%20c3%b3n%20de%20conciencia%20final.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Sobre México, ver Lamas, M. *Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF*. Salud Pública de México, 56(1), 2014. pp. 59.

<sup>94</sup> González Vélez A. *¿Objeción de Conciencia Institucional? Impacto en la Prestación de Servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Segundo Seminario Regional Latinoamericano Pág. 13 y 23 Disponible en : [https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/11.-Memorias\\_Seminario\\_Objecion\\_de\\_Conciencia.pdf](https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/11.-Memorias_Seminario_Objecion_de_Conciencia.pdf)

<sup>95</sup> Universidad de Barcelona. Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas. Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia. Pg. 108 y ss.. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/18590/23326>

En efecto, en Colombia, de acuerdo con algunas manifestaciones de entidades públicas<sup>96</sup>, dentro de las razones principales para negar los servicios de IVE está la “práctica generalizada de la objeción de conciencia o declaración de objeción del único prestador disponible.”<sup>97</sup> Un estudio muy reciente llevado a cabo en cinco municipios alejados de ciudades principales del país: Tumaco, Buenaventura, Arauca, Chocó y Norte de Santander reveló que “...el común denominador...es que la totalidad o la mayoría de los médicos sean objetores y se nieguen incluso a atender complicaciones posaborto o a brindar información adicional sobre el derecho de la mujer al aborto seguro o sobre dónde puede acudir para tener atención.”<sup>98</sup>

En este orden de ideas, el estigma y la desinformación, generadas por el uso del derecho penal para regular el aborto disminuye el número de profesionales disponibles para prestar el servicio de IVE, entre otras razones, al generar un contexto propenso a las objeciones de conciencia inconstitucionales y “oportunistas”, lo que impide cumplir con el deber de garantía.

### 3. Mantener el delito de aborto genera un contexto que vulnera el derecho a la intimidad y a la confidencialidad médica

El incumplimiento del deber de confidencialidad es otra de las barreras de acceso al aborto que 15 años después de la decisión de la Corte Constitucional, se mantienen en Colombia. Un estudio oficial mostró que en 2014 el 41,7% de procedimientos de IVE realizados en la red pública de servicios de salud no se respetó la confidencialidad de la paciente y revela que es una de las barreras más frecuentes y uno de los principales temores que disuade a las mujeres de buscar servicios de aborto seguro<sup>99</sup>. En estudios muy recientes sobre barreras a la interrupción voluntaria del embarazo se siguen reportando violaciones del derecho a la intimidad<sup>100</sup>.

Según la Fiscalía General de la Nación de Colombia en el 73% de los casos entre 1998 y 2019 se inició la investigación con ocasión de reportes realizados por personal de centros hospitalarios.<sup>101</sup> Un estudio reciente que analizó 5285 relatos<sup>102</sup> de procedimientos penales por aborto con consentimiento - proporcionados por la Fiscalía- con el fin de hallar tipos o patrones, encontró que, entre 2006 y 2018, 50,5% de ellos corresponden a un caso en que es el personal que trabaja en un hospital, centro médico, clínica, etc. el que denuncia<sup>103</sup>. Ambas cifras muestran la prevalencia de la denuncia con violación del

<sup>96</sup> Ver anexo 3: Mesa por la vida y la salud de las mujeres. Causa Justa: argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto en Colombia. Editado por Ana Cristina González Vélez y Carolina Melo. Pág. 80 y siguientes. Disponible en versión digital. Ver también anexo 3.1: anexos libro causa justa.

<sup>97</sup> Ver anexo 3: Mesa por la vida y la salud de las mujeres. Causa Justa: argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto en Colombia. Editado por Ana Cristina González Vélez y Carolina Melo. Pág.93. Disponible en versión digital.

<sup>98</sup> Médicos sin Fronteras. *Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia Aborto no seguro, mujeres en riesgo*. Pag 24 Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/msf-informe-ive-colombia.pdf>.

<sup>99</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA. *Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas*. 2014. Disponible en: <https://bit.ly/3a5jGex>. Pág. 223 y 229.

<sup>100</sup> González Vélez, A. *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Pág. 25. Disponible en: <https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras-IVE-vf-WEB.pdf>. Médicos sin Fronteras. *Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia Aborto no seguro, mujeres en riesgo*. Pag 23 Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/msf-informe-ive-colombia.pdf>.

<sup>101</sup> Fiscalía General de la Nación. *Informe sobre judicialización del aborto en Colombia*. Concepto técnico enviado a la Corte Constitucional en el proceso con número de radicación D0013255. Pág. 12.

<sup>102</sup> Relatos entendidos como los textos en los cuales quienes toman la denuncia o los encargados de registrar los hechos consignan información cualitativa relacionada con los casos.

<sup>103</sup> Isabel C. Jaramillo Sierra, Nicolás Santamaría Uribe, Wilson Forero Mesa. *La Criminalización del aborto en Colombia*. 2020. En proceso de publicación.

secreto profesional, lo cual justifica el miedo a acudir a los centros de salud, que a su vez genera el recurso al aborto inseguro.

Todo lo anterior, no solo es una barrera de acceso a la IVE sino que tiene graves consecuencias para la vida y la salud:

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 en 2006– decidan acudir a procedimientos clandestinos que tienen más probabilidades de poner en riesgo su salud<sup>104</sup>.

La regulación del aborto a través del derecho penal ha derivado en sistemáticas violaciones a la intimidad, al secreto profesional y a la confidencialidad que disuaden y dificultan a las mujeres, incluso aquellas incursas en las causales autorizadas, buscar servicios seguros. Otras formas de regulación de la IVE, que no impliquen el uso del derecho penal, eliminarían de tajo el recurso a la denuncia y el temor a ser sujeto de la misma, tanto de mujeres como de profesionales de la salud, garantizando un mejor acceso a la IVE.

#### **4. Mantener el aborto como delito ha generado dilaciones en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo**

Las demoras injustificadas en la prestación del servicio implican que muchas mujeres deban enfrentarse a procedimientos en el segundo o tercer trimestre del embarazo para lo que hay todavía menor disponibilidad del servicio<sup>105</sup>, con lo cual esta barrera posee también un carácter multiplicador. Muchas veces, las demoras son factor de desistimiento de continuar el proceso en el sistema de salud<sup>106</sup>, exponiendo a las mujeres a abortos inseguros.

Investigaciones en Colombia han encontrado que algunos funcionarios administrativos de entidades que prestan servicios de salud dilatan los procedimientos con el ánimo de disuadir a las mujeres, lo cual, al igual que las conductas antes descritas, se alimenta en buena parte de la naturaleza delictiva que todavía rodea la prestación de la IVE<sup>107</sup>. En este orden de ideas, la existencia del delito también impide garantizar un acceso sin dilaciones al servicio de IVE en Colombia.

<sup>104</sup> Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. Bautista Revelo, A. Cárcel o muerte: El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto. Octubre de 2017. pág 20. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/10/Ca%CC%81rcel-o-muerte-Versio%CC%81n-final-PDF-para-WEB.pdf>. En el mismo sentido, Ipas. *Delatando a las mujeres: el deber de cada prestador/a de servicios de denunciar. Implicaciones jurídicas y de derechos humanos para los servicios de salud reproductiva en Latinoamérica*. Instituto O’Neill de Derecho a la Salud Global y Nacional y Global Health Law. Pág. 3. 2016.

<sup>105</sup> La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. 2016. Pág. 19. Disponible en: <https://bit.ly/2IZqnTR>. Ver también Chelsey E. Brack, Roger W. Roach and Oscar A. Bernal, “Es una carrera contra el reloj”: Un análisis cualitativo de las barreras al aborto legal en Bogotá, Colombia”, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 43, No. 4 (December 2017), pp. 15, Disponible en: [https://www.gutmacher.org/sites/default/files/article\\_files/sp01118.pdf](https://www.gutmacher.org/sites/default/files/article_files/sp01118.pdf)

<sup>106</sup> La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. 2016. Pág. 19. Disponible en: <https://bit.ly/2IZqnTR>.

<sup>107</sup> Chaparro, N. et al. *Lejos del derecho. La interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, 2013. P. 80.



En suma, en Colombia haber mantenido el delito de aborto y el derecho en causas específicas se ha convertido en el principal obstáculo impuesto directamente desde el Estado para cumplir con la obligación de garantizar el acceso al aborto en las causales despenalizadas, lo cual ha ocasionado vulneraciones a otros derechos directamente relacionados con el acceso al aborto: acceso a la información oportuna y completa; derecho a la que se respete la intimidad; el derecho a gozar del nivel más alto de salud posible, entre otros. Mantener el delito de aborto produce estigma que permea la prestación del servicio seguro en las causales y lo obstaculiza. Por ello, aunque la liberalización del ordenamiento jurídico en Colombia logrado en el año 2006 ha representado un avance en los derechos humanos de las mujeres, mantener el delito ha supuesto altos costos sociales que recaen de manera desproporcionada sobre las niñas y mujeres más vulnerables.

#### IV. La especial vulnerabilidad de las mujeres migrantes y las barreras específicas que enfrentan en el acceso a la IVE

De manera preliminar, cabe recordar que el Estado de Ecuador tiene obligaciones internacionales reforzadas respecto de las mujeres y niñas migrantes. Al respecto, los estándares del sistema interamericano de derechos humanos han desarrollado ampliamente las obligaciones de los Estados en relación con las personas migrantes y refugiadas. En particular, la Comisión Interamericana consolidó en su Resolución 04/19 los “Principios Interamericanos sobre los derechos humanos de todas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y las víctimas de trata de personas”, los cuales se derivan justamente en las obligaciones internacionales asumidas por los Estados de la región en virtud de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos interamericanos, así como del sistema universal. Se trata de una guía amplia y detallada para orientar a los Estados en implementar de manera efectiva sus obligaciones de “respetar, proteger, promover y garantizar los derechos humanos de todas las personas independientemente de su nacionalidad o situación migratoria [...]”<sup>108</sup>.

A su vez, la protección reforzada para las mujeres y niñas en el contexto de la migración se deriva en el sistema en el sistema regional de lo previsto en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará), de la cual es parte Ecuador<sup>109</sup>. Dicho instrumento define la violencia contra la mujer en sus artículos 1 y 2<sup>110</sup>, y en su artículo 7 consagra los deberes específicos que asumen los Estados para cumplir con su obligación de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, los cuales complementan o refuerzan a su vez las obligaciones y derechos reconocidos en la Convención Americana. Específicamente, la Corte Interamericana ha señalado que en este tipo de casos, los Estados no sólo deben cumplir con las obligaciones generales consagradas en la Convención Americana, sino que además tienen obligaciones específicas a partir de la Convención de Belém do Pará. En ese sentido, esta obligación de diligencia

<sup>108</sup> CIDH. Principios Interamericanos sobre los derechos humanos de todas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y las víctimas de trata de personas. Resolución 04/19 aprobada por la Comisión el 7 de diciembre de 2019.

<sup>109</sup> Ecuador ratificó la Convención de Belém do Pará el 30 de junio de 1995.

<sup>110</sup> Convención de Belém do Pará. **Artículo 1.** Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. **Artículo 2.** Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

reforzada debe leerse en conjunto con lo que establece a su vez el **artículo 9** de la Convención de Belém do Pará el cual señala:

Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo [en el cual se inserta el artículo 7], los Estados Partes **tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer** en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, **de migrante, refugiada o desplazada**. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia **cuando está embarazada**, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está **en situación socioeconómica desfavorable** o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad [Énfasis por fuera del texto original].

Por su parte, en el ámbito del sistema universal, el Comité de la CEDAW también se ha referido a las obligaciones de los Estados en relación con la situación de mujeres migrantes. De hecho, en su último informe de evaluación sobre Ecuador, recordó al Estado su obligación de garantizar, entre otros, que “las mujeres en situación irregular tengan servicios sociales básicos y atención médica de emergencia [...]”<sup>111</sup>.

De acuerdo con lo anterior, es claro que el Estado de Ecuador tiene obligaciones reforzadas de debida diligencia y de carácter inmediato en relación con la atención a mujeres y niñas migrantes, más aún en situaciones de particular vulnerabilidad como aquellas que se encuentran en situación migratoria irregular. Asimismo, y en relación con el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, cabe destacar lo señalado por el Comité DESC en cuanto al enfoque de “intersectorialidad y discriminación múltiple”:

[C]uando se adopten medidas para garantizar la no discriminación y la igualdad sustantiva se deben tener en cuenta los efectos frecuentemente exacerbados que produce la discriminación intersectorial con miras a hacer efectivo el derecho a la salud sexual y reproductiva y se debe intentar eliminar tales efectos [...] Es menester contar con leyes, políticas y programas, incluidas medidas especiales de carácter temporal, para prevenir y eliminar la discriminación, la estigmatización y los estereotipos negativos que obstaculizan el acceso a la salud sexual y reproductiva. Habida cuenta de su mayor vulnerabilidad por estar privados de libertad o por su condición jurídica, los reclusos, los refugiados, los apátridas, los solicitantes de asilo y **los migrantes indocumentados son también grupos con necesidades específicas que requieren que el Estado adopte medidas concretas para asegurar su acceso a la información, los bienes y la atención en materia de salud sexual y reproductiva**. Los Estados han de velar por que las personas no sufran hostigamiento por ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva. La eliminación de la discriminación sistémica también requerirá con frecuencia que se destinen más recursos a grupos tradicionalmente descuidados y se vele por que los funcionarios, entre otros, apliquen en la práctica las leyes y políticas contra la discriminación [Resaltados fuera del original]<sup>112</sup>.

<sup>111</sup> Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Ecuador, Doc. de la ONU CEDAW/C/ECU/CO/8-9

<sup>112</sup> Comité DESC, Observación general N.º 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (2016), párrs. 30-31.

## 1. Consideraciones sobre la especial situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres y niñas migrantes provenientes de Venezuela: impacto desproporcionado de la penalización parcial del aborto

A la luz de los estándares antes señalados, nos permitimos aportar a la Honorable Corte elementos relevantes sobre la especial situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas migrantes provenientes de Venezuela, y específicamente los impactos diferenciados que sufren mujeres y niñas en este contexto, pues ello hace todavía más exigible la observancia estricta por parte de las autoridades ecuatorianas de sus obligaciones en relación con el acceso a sus derechos, en particular, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y específicamente la IVE.

En ese sentido, la especial vulnerabilidad de las personas migrantes provenientes de Venezuela se debe al contexto actual de emergencia humanitaria compleja en dicho país. Se trata de una situación sin precedentes “con un perfil de gran escala, por sus múltiples factores y amplia desestructuración en los planos institucionales, jurídicos, políticos, sociales y económicos, [...que está teniendo] efectos devastadores en la vida y el bienestar de toda la población”<sup>113</sup>. Así lo ha reconocido la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que en su Resolución 2/18 sobre Migración Forzada de Personas Venezolanas<sup>114</sup>, señala que el gran número de personas venezolanas que ha abandonado su país de origen, lo ha hecho como consecuencia de la persecución por opiniones políticas, la violencia e inseguridad, las graves violaciones de derechos humanos, y la escasez de alimentos, medicamentos y tratamientos médicos, entre otros.

Al respecto, se destaca que “[n]inguna crisis humanitaria, sea ésta originada por desastres naturales, emergencias sanitarias, conflictos armados o emergencias humanitarias complejas, es neutral al género. Ellas afectan de manera diferenciada a mujeres y hombres, niñas y niños”<sup>115</sup>. Y, específicamente sobre Venezuela, la CIDH y la Oficina de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos han venido señalado el “impacto particular” y “especialmente adverso” que la crisis humanitaria está teniendo en la vida de las mujeres<sup>116</sup>, y en el acceso a sus derechos y servicios básicos de subsistencia<sup>117</sup>. En general, se han evidenciado diversas afectaciones, que “se traduce[n] en vulneraciones graves de derechos tales como el derecho a una vida libre de violencia, el derecho a la salud, incluyendo el derecho a no morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto y la autonomía reproductiva, el derecho a la alimentación, entre otros”<sup>118</sup>.

<sup>113</sup> Pronunciamiento de organizaciones de derechos humanos en Venezuela. Emergencia humanitaria compleja en Venezuela. Derecho a la Salud. Reporte Nacional. Septiembre 2018. Disponible en: <https://cepaz.org.ve/noticias/emergencia-humanitaria-compleja-en-venezuela/>

<sup>114</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Resolución 2/18 sobre Migración Forzada de Personas Venezolanas. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-2-18-es.pdf>

<sup>115</sup> ONU mujeres ante los contextos de crisis y emergencias en América Latina y el Caribe, Marzo de 2017.

<sup>116</sup> CIDH, Informe de país. Institucionalidad democrática, Estado de derecho y derechos humanos en Venezuela, OEA/Ser.L/V/II, 31 de diciembre de 2017, párrs. 31, 437.

<sup>117</sup> Naciones Unidas. Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los derechos humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela. A/HRC/41/18. 4 de julio de 2019, párrs. 14-15. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24788&LangID=S>

<sup>118</sup> Coalición Equivalencias en Acción. Mujeres al Límite 2019. Derechos de las mujeres de cara al agravamiento de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela. Disponible en: [https://avesawordpress.files.wordpress.com/2019/05/mujeres\\_limite\\_a4web.pdf](https://avesawordpress.files.wordpress.com/2019/05/mujeres_limite_a4web.pdf) Ver también: CIDH. La CIDH expresa preocupación por la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en Venezuela. 6 de abril de 2021. Disponible en: <http://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/085.asp>

Es claro que esta situación es todavía más adversa y con impactos específicos en las mujeres en situación migratoria irregular que las sitúan en una situación de especial vulnerabilidad<sup>119</sup>, especialmente en lo relativo a la violencia sexual y las graves afectaciones a su salud sexual y reproductiva. Desde Women's Link hemos documentado especialmente las barreras que enfrentan las mujeres migrantes venezolanas en situación irregular en Colombia, y que ponemos a consideración de la Honorable Corte Constitucional como parte del análisis concatenado que solicitamos sea realizado en los asuntos de inconstitucionalidad bajo su estudio, en relación con la despenalización del aborto en casos de violación y la situación de mujeres migrantes de conformidad con las obligaciones internacionales del Ecuador en este ámbito.

Así, tanto en Venezuela como en Colombia estas mujeres son víctimas de violencia sexual con una alta prevalencia. En Venezuela no se cuenta con una institucionalidad que garantice que las mujeres puedan llevar una vida libre de violencias<sup>120</sup> por lo cual, la violencia sexual, la violencia de pareja y el riesgo de feminicidio se han determinado como factores de riesgo que las obligan a migrar como única vía posible para escapar de la violencia<sup>121</sup>. Una vez las mujeres migran, la falta de refugio y la superpoblación en los campamentos puede aumentar la prevalencia de violencia sexual<sup>122</sup> y para las mujeres venezolanas el riesgo de ser víctimas de trata de personas y de explotación sexual es mayor en el marco de su alta vinculación a economías ilegales<sup>123</sup>.

A pesar del alto riesgo que encuentran las mujeres en situación migratoria irregular de ser víctimas de violencia sexual, este grupo enfrenta enormes dificultades para denunciar estos hechos ante las autoridades colombianas porque cuando los hechos ocurrieron en Venezuela o en el tránsito la denuncia no es recibida por las autoridades, y cuando los hechos ocurren en territorio colombiano o en los pasos fronterizos se decide no denunciar debido a la falta de estatus migratorio regular y el consecuente temor a deportaciones<sup>124</sup>. El miedo a la deportación también previene a las migrantes en situación irregular de acercarse a hospitales e instituciones de salud en busca de atención post-agresión.

El incremento de todas las formas de violencia basada en género durante el tránsito migratorio aumenta también el riesgo de embarazo no deseado, las ITS, incluyendo el VIH, el trauma psicosocial y la demanda de abortos<sup>125</sup>. Sin embargo, la penalización del servicio limita el acceso al aborto legal y seguro a la existencia de una denuncia que, como se vio, es muy difícil de realizar para las migrantes en situación migratoria irregular.

<sup>119</sup> Corte Constitucional. *Sentencia SU-677 del 2017*. M.P.: Gloria Stella Ortiz Delgado

<sup>120</sup> En el 46% de los casos denunciados la Guardia Nacional Bolivariana es el cuerpo de seguridad involucrado en el delito, le siguen la Policía Nacional Bolivariana y el Servicio Bolivariano de Inteligencia Nacional. AVESA. *Informe Mujeres al límite. El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de derechos humanos de las mujeres en Venezuela*. 2017. p. 45. Disponible en: <http://revistasic.gumilla.org/wpcontent/uploads/2017/11/Mujeres-al-limite.pdf>

<sup>121</sup>CEPAZ. *Gestión eficiente de la movilidad humana de mujeres y niñas venezolanas con enfoque diferencial de derecho y de género*. Manual desarrollado por el Centro de Justicia y Paz (CEPAZ) en alianza con AVESA, FREYA, Mujeres en Línez y UNIANDES Acción Popular. (Pendiente de publicación). El reciente Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos reportó un número creciente de detenciones arbitrarias hacia mujeres que son sometidas a violencia sexual. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (ACNUDH). *Venezuela: Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela*, 4 de Julio de 2019. Párr. 38-44.

<sup>122</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Cinco motivos por los que la migración es una cuestión feminista*, 2018.

<sup>123</sup> Fundación Ideas Para la Paz. *Inseguridad, Violencia y Economías Ilegales en las Fronteras. Los Desafíos del Nuevo Gobierno*, 2018.

<sup>124</sup> La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. *Migrantes Venezolanas en Colombia: Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. 2019, p. 33.

<sup>125</sup> Profamilia. *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana*, 2019. p. 2.

Una vez las mujeres en situación migratoria irregular llegan a Colombia les es prácticamente imposible conseguir un certificado médico que les permitiría acceder a una IVE en alguna de las causales vigentes por los siguientes dos obstáculos principales.

En primer lugar, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) solicitan documentos que demuestren la situación de permanencia regular en el país (cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático, salvoconducto de refugiado o Permiso Especial de Permanencia –PEP–) lo que constituye una barrera de acceso a la IVE para las mujeres en situación migratoria irregular<sup>126</sup> e incluso en casos en los que las mujeres cuentan con PEP<sup>127</sup> se les exigen requisitos adicionales. A su vez, las mujeres en situación migratoria irregular que necesitan trasladarse para la realización de la IVE- por falta de disponibilidad de servicios en zonas de frontera- deben solicitar un “salvoconducto migratorio” que expide la autoridad migratoria colombiana y que les permite transitar por el país, pero obtener dicho salvoconducto es un trámite dispendioso<sup>128</sup>.

En segundo lugar, los hospitales desconocen que los servicios de salud relacionados con el embarazo, entre ellos la IVE, son una atención prioritaria y constituyen una urgencia que se debe garantizar con independencia del estatus migratorio<sup>129</sup>. No se cuenta con directrices claras que ordenen a los hospitales atender los casos de IVE como una atención de urgencias que no requeriría afiliación al sistema de salud, por lo que en la práctica se exige dicha afiliación para poder prestar el servicio<sup>130</sup>. La Corte Constitucional colombiana ha indicado que para el 2018 solo el 5 % de la población migrante regular se encontraba afiliada al sistema de salud<sup>131</sup> y ha advertido al Gobierno Nacional que la normativa actual impone unas cargas desproporcionadas al migrante para poder afiliarse, lo que impacta el derecho a la salud especialmente de los migrantes en situación de irregularidad<sup>132</sup>.

En el caso de las mujeres migrantes en situación migratoria irregular, las barreras antes expuestas se recrudecen debido a que la atención en salud se encuentra marcada por la xenofobia<sup>133</sup>. Son víctimas de violencia obstétrica por prejuicio por tratarse de migrantes en situación irregular provenientes de Venezuela y los hospitales incluso se niegan a practicarles pruebas de embarazo por esta razón<sup>134</sup>. Por ello muchas no acuden a las instituciones de salud y son recurrentes las prácticas de abortos inseguros<sup>135</sup>.

<sup>126</sup> Las mujeres migrantes en situación migratoria irregular han sido identificadas por la Corte IDH como un grupo que es más propenso a violaciones potenciales de sus derechos Corte IDH. *Caso Familia Pacheco Tineo Vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2013. Serie C No. 27296 128. Párr. 128; Corte IDH. *Caso I.V. Vs. Bolivia*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.

<sup>127</sup> El PEP está condicionado, pues solo es posible acceder a éste cuando las personas hayan ingresado antes del 2 de febrero de 2018 y las organizaciones de apoyo a migrantes han manifestado que el PEP por el desconocimiento de las instituciones estatales, en la práctica, no permite el acceso al derecho a la salud. Corte Constitucional. *Sentencia T-210 de 2018*. M.P.: Gloria Stella Ortiz

<sup>128</sup> La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. *Migrantes Venezolanas en Colombia: Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. 2019, p. 34.

<sup>129</sup> La jurisprudencia de la Corte Constitucional y la normativa del sector salud ha considerado que, por regla general, todos los extranjeros migrantes, incluidos aquellos que se encuentran en situación de irregularidad en el país, tienen derecho a recibir atención básica y de urgencias en el territorio nacional. Corte Constitucional. *Sentencia T-197 del 2019*. M.P.: Diana Fajardo Rivera.

<sup>130</sup> La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. *Migrantes Venezolanas en Colombia: Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. 2019, p. 37.

<sup>131</sup> Corte Constitucional. *Sentencia T-178 de 2019*. M.P.: Cristina Pardo Schlesinger

<sup>132</sup> Corte Constitucional. *Sentencia T-210 de 2018*. M.P.: Gloria Stella Ortiz

<sup>133</sup> Profamilia. *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana*, 2019. p.40

<sup>134</sup> La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. *Migrantes Venezolanas en Colombia: Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. 2019, pp. 37-38.

<sup>135</sup> Profamilia. *Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana*, 2019. p.40



Así mismo, la barrera de falta de información y la desinformación que se deriva de que el aborto siga siendo parcialmente un delito se agrava para las mujeres migrantes venezolanas quienes desconocen las tres circunstancias señaladas por la Corte Constitucional en el año 2006 pues la regulación difiere con la de su país de origen<sup>136</sup>. En otras palabras, esta barrera generada y mantenida por la penalización parcial tiene un efecto más fuerte en las mujeres en situación migratoria irregular porque como en Venezuela el aborto es penalizado salvo cuando está en peligro la vida de la mujer, las mujeres venezolanas desconocen la regulación colombiana y por eso temen que las deporten o que las metan a la cárcel si solicitan la IVE.

El estigma frente al aborto, el desconocimiento del marco legal colombiano y la xenofobia disuade a estas mujeres a acercarse a servicios seguros, a lo que se agrega como factor disuasor la ausencia de documentación y su situación migratoria irregular pues temen la deportación u otras consecuencias legales como la criminalización<sup>137</sup>. Por ello, es preciso que, tal como lo ha recomendado el Comité de DESC, los Estados cuenten con “leyes, políticas y programas, incluidas medidas especiales de carácter temporal, para prevenir y eliminar la discriminación, la estigmatización y los estereotipos negativos que obstaculizan el acceso a la salud sexual y reproductiva”<sup>138</sup> con consideraciones especiales de acceso y garantía para quienes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, como las personas migrantes indocumentadas.

## V. Petición

Agradecemos a la H. Corte Constitucional del Ecuador la oportunidad de presentar la presente intervención y solicitamos respetuosamente se tomen en cuenta las consideraciones desarrolladas en este *amicus curiae*. Nos permitimos solicitar en ese sentido, que la Honorable Corte acepte la acción de inconstitucionalidad de referencia, y declare la inconstitucionalidad del aborto en caso de violación en los términos que le han sido solicitados.

## VI. Notificaciones

Por correo electrónico, a las siguientes direcciones: [s.soto@womenslinkworldwide.org](mailto:s.soto@womenslinkworldwide.org); [l.hernandez@womenslinkworldwide.org](mailto:l.hernandez@womenslinkworldwide.org).

Cordialmente,



**Selene Soto Rodríguez**  
Abogada senior



**Lucía Alejandra Hernández García**  
Abogada staff

<sup>136</sup> La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. *Migrantes Venezolanas en Colombia: Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. 2019. P. 31.

<sup>137</sup> *Ibidem*

<sup>138</sup> Observación General núm. 22 del Comité DESC relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, Doc. de la ONU E/C.12/GC/22.