

Ciudad de México, 26 de abril de 2021.

## **AMICUS CURIAE ante la Honorable Corte Constitucional del Ecuador**

Ipas Centroamérica y México (Ipas CAM), con domicilio en Calle Concepción Beistegui 106 Colonia del Valle Norte, 03100, Ciudad de México, México, y representada por su directora, María Antonieta Alcalde Castro, respetuosamente presenta ante esta Honorable Corte Constitucional del Ecuador el presente *Amicus Curiae* en el Caso 25-21-IN relativo a la demanda de Acción Pública de Inconstitucionalidad sobre el numeral 2 del artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal. Para tal fin, manifestamos respetuosamente lo siguiente:

### **I. Objeto y resumen de esta presentación**

Ipas CAM solicita respetuosamente que la Corte Constitucional del Ecuador reciba esta presentación a efectos de considerar argumentos de salud pública, evidencia científica y basados en el derecho internacional de los derechos humanos sobre el aborto por violación.

La cuestión planteada a esta honorable Corte son las implicaciones que tiene para la salud y vida de las niñas, adolescentes y mujeres adultas y los sistemas de salud la negación del acceso, ya sea vía legislativa o práctica, al aborto cuando el embarazo es producto de violencia sexual.

Este documento se organiza en las siguientes secciones. En la sección II se presentan antecedentes sobre Ipas CAM y nuestro interés en el caso. La sección III presenta información sobre la relación de los derechos humanos y la falta de acceso a servicios de aborto cuando el embarazo es no deseado o forzado. La sección IV presenta evidencia sobre los efectos de la falta de acceso al aborto en la salud mental de las mujeres. En la sección V se muestran los beneficios en el proyecto de vida de las mujeres del acceso al aborto seguro. En la sección VI se aborda la afectación desproporcionada de la falta de acceso al aborto seguro por violación a grupos particulares de mujeres. En la sección VII se abordan los efectos desproporcionales de la penalización del aborto en los sistemas de salud y finalmente, la sección VIII presenta la regulación del aborto por violación en México como un servicio de emergencia médica y los estándares emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación para la provisión de este servicio de salud, como un ejemplo regional de buena práctica en la regulación de este servicio conforme a los derechos humanos de las mujeres.

### **II. Antecedentes sobre Ipas CAM y nuestro interés en el caso**

Ipas CAM es una organización internacional que apoya el derecho de cada mujer a tomar decisiones de manera libre e informada sobre el ejercicio de su sexualidad, vida reproductiva, salud y bienestar, mediante la promoción de políticas, basadas en el respecto a los derechos humanos, que garanticen, sin discriminación, el acceso a servicios de anticoncepción y aborto seguro, en México y Centroamérica. La experiencia de trabajo de la organización incluye el acompañamiento técnico directo a sistemas de salud y otras autoridades para el fortalecimiento de sus capacidades técnicas y desarrollo de políticas que garanticen el acceso a servicios de aborto seguro y métodos anticonceptivos en condiciones de calidad, seguridad y respeto a los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres adultas que los requieren.

La decisión que se adopte en el presente caso tendrá un impacto de suma relevancia para el derecho de las mujeres víctimas de violencia sexual en el Ecuador a acceder a servicios de aborto y generará un precedente que, a su vez, podría incidir en otras cortes de la región.

Por lo tanto, solicitamos a esta Honorable Corte que, en un caso de tal magnitud, tenga en cuenta nuestros argumentos al analizar la demanda de Acción Pública de Inconstitucionalidad sobre el numeral 2 del artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal, expediente 25-21-IN.

### **III. Impacto de la penalización del aborto y falta de acceso servicios de aborto seguro en los derechos humanos de las niñas, adolescentes y mujeres adultas.**

El acceso a servicios de aborto seguro ha sido reconocido a nivel internacional como un derecho acorde con los derechos humanos, particularmente el derecho al acceso al estándar más alto de salud sexual y reproductiva posible, sin discriminación. Este derecho, a su vez implica la obligación de los Estados de garantizar las condiciones necesarias, incluyendo las legislativas, para que las personas puedan acceder a un aborto seguro.

En múltiples interpretaciones legitimadas en materia del derecho internacional de los derechos humanos, se ha considerado que negar u obstaculizar a las niñas y mujeres el acceso al aborto, constituye una forma de discriminación y tortura,<sup>1</sup> atentando así contra sus derechos humanos. En este sentido, organismos del Sistema Universal de los derechos humanos (Sistema ONU), han instado a los gobiernos a cambiar sus políticas punitivas al respecto y garantizar el acceso a sus servicios de manera legal y segura.

**La evidencia ha demostrado que la existencia de leyes que restringen el aborto no impide que las personas interrumpen un embarazo, únicamente genera que los abortos que ocurren tengan una mayor probabilidad de ser inseguros, poniendo en riesgo la salud y vida de las mujeres.<sup>2</sup> Esto resulta particularmente importante en el contexto de la violencia sexual en el que la penalización del aborto obliga a las mujeres a continuar con embarazos impuestos en contra de su voluntad y, por lo tanto, con las secuelas y afectaciones de este tipo de violencia.**

La Constitución Ecuatoriana establece en sus artículos 11.3, 417, 424, párr. 2, y 426 que los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Ecuador son de aplicación directa por sus tribunales y autoridades gubernamentales, y que los tratados que reconocen garantías más favorables deben prevalecer por sobre la legislación e incluso de la Constitución.

Los derechos que sustentan el derecho de las mujeres a acceder a servicios de aborto seguro, particularmente cuando el embarazo es producto de violencia sexual, están reconocidos en distintos tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado, entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),<sup>3</sup> la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CCT),<sup>4</sup> la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la

---

<sup>1</sup> Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 2013, Naciones Unidas, pr. 46.

<sup>2</sup> Guttmacher Institute, Infografía Las leyes fuertemente restrictivas no eliminan el aborto, septiembre 25 de 2018 ; Sedgh G. et al, Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional and subregional levels and trends, May 11, 2016, The Lancet, Volume 388, Issue 10041, P256-267, July 16, 2016.

<sup>3</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

<sup>4</sup> Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CCT), Naciones Unidas, 1984.

Mujer (CEDAW),<sup>5</sup> la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)<sup>6</sup>, la Convención Americana sobre Derechos Humanos<sup>7</sup> y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.<sup>8</sup>

Sin embargo, además del compromiso internacional con los derechos humanos, en materia del derecho al más alto nivel posible de salud física, mental y social de las niñas, adolescentes y mujeres adultas ecuatorianas, es necesaria la implementación de políticas y marcos jurídicos que garanticen el acceso y la provisión efectiva de servicios de salud sexual y reproductiva seguros y de calidad, así como eliminar todas las barreras que impiden actualmente a las mujeres el goce pleno de su salud y derechos.

La falta de acceso a servicios seguros y legales de aborto por violación representa una violación a múltiples derechos humanos, entre los cuales se encuentran: el derecho a la salud, la vida, a la igualdad y no discriminación, la libertad y autonomía reproductiva, derecho a la privacidad, derecho a vivir una vida libre de violencia, derecho a no sufrir tortura ni otros tratos crueles inhumanos y degradantes, entre otros.

El Comité para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) ha reiterado que las leyes que restringen el aborto no evitan que las mujeres recurran a abortos peligrosos e ilegales y ha definido las leyes restrictivas del aborto como violatorias del derecho a la vida, la salud y la información de las mujeres.<sup>9</sup> **Las complicaciones físicas pueden incluir abortos incompletos, hemorragias, lesiones vaginales, de cérvix y uterinas, así como graves infecciones. La falta de acceso y las barreras estructurales de los servicios de aborto seguro, también ponen en riesgo la salud mental de niñas y mujeres, generando profundos episodios de angustia severa e incluso riesgo de suicidio, entre algunos otros.**

La imposición de leyes que criminalizan a quienes deciden interrumpir un embarazo constituye una medida arbitraria de los gobiernos para imponer su visión sobre las mujeres como agentes reproductores con una obligación social inherente a ser madres ante un embarazo, incluso cuando el embarazo es producto de violencia sexual, en lugar de garantizarles condiciones para la toma de decisiones libres y seguras sobre su vida sexual y reproductiva.

Los embarazos forzados, en la mayoría de los casos, son resultado de violencia sexual. Se ha estimado que de 2015 a 2019, en América Latina 69 de cada 1000 embarazos en personas de 15 a 19 años de edad son no deseados, de los cuales el 47% terminan en un aborto.<sup>10</sup> Derivado del contexto de pandemia por COVID-19, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha estimado que la pandemia tendrá repercusiones catastróficas en la salud sexual y reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres adultas por un aumento en el número de embarazos no deseados, a consecuencia de la falta de acceso a métodos anticonceptivos y de la violencia sexual en el contexto doméstico que enfrentan las mujeres

---

<sup>5</sup> Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).

<sup>6</sup> Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), Naciones Unidas, 2006.

<sup>7</sup> Convención Americana sobre Derechos Humanos, OEA, 1969.

<sup>8</sup> La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belém do Pará, 1994, Organización de los Estados Americanos.

<sup>9</sup> CEDAW A/53/38/Rev.1, para. 337; and N54/38/Rev.I, part I, paras. 56, 228 and 393.

<sup>10</sup> Bearak J., et al, Unintended pregnancy and abortion income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990 - 2019, The Lancet, Volume 8, Issue 9, E1152-E1161, September 02, 2020. Disponible en <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2820%2930315-6/fulltext#articleInformation>.

conforme se prolongue el confinamiento, afectando principalmente a las mujeres en contextos de desarrollo bajo y mediano.<sup>11</sup>

La negación del acceso al aborto seguro y legal pone en riesgo la vida de mujeres y niñas. Según diversos informes mundiales sobre salud sexual y reproductiva, las barreras que se imponen al acceso al aborto seguro y legal representan un importante riesgo que anualmente termina con un gran número de vidas alrededor del mundo. Se ha determinado que entre el 8% y el 11% de las muertes maternas en todo el mundo, están asociadas con prácticas de aborto inseguro, lo cual se traduce en la pérdida de 22,800 a 31,000 vidas cada año.<sup>12</sup> Entre el 2010 y el 2014, se practicaron 25 millones de abortos inseguros y numerosas mujeres y niñas murieron debido a prácticas insalubres y clandestinas.<sup>13</sup> **En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud, ha debido indicar que la eliminación de restricciones al aborto reduce la mortalidad materna y, por lo tanto, es una medida que procura el derecho a la vida de las mujeres.**

América Latina y el Caribe se han caracterizado en las últimas décadas por encontrarse siempre entre los territorios con mayores cifras de mortalidad materna alrededor del mundo, junto con África subsahariana y Asia Meridional, regiones que se caracterizan igualmente por tener estados altamente punitivos en materia de aborto.

Con frecuencia, en procesos legislativos que tienden a liberalizar leyes sobre aborto ya sea despenalizando su práctica o aumentando las causales legales, suele entrar en conflicto la debida protección de la vida en gestación con los derechos de la mujer a la vida, la integridad, la salud y la autonomía. A este respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH), ha declarado que el embrión no puede ser reconocido legalmente como persona y, por lo tanto, como titular del derecho a la vida. En todo caso, de reconocer al embrión como sujeto de protección, ésta deberá ser gradual e incremental según su desarrollo debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional de los Estados por encima de la protección a la vida de la mujer.<sup>14</sup>

La CoIDH también ha manifestado que cada Estado tiene un conjunto de obligaciones, tanto negativas como positivas, para garantizar el derecho a la vida. Sobre el alcance y contenido de estas obligaciones, la CoIDH ha señalado que:

153 [...] el derecho a la vida juega un papel fundamental en la Convención Americana por ser el corolario esencial para la realización de los demás derechos. Al no ser respetado el derecho a la vida, todos los derechos carecen de sentido. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho inalienable y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él [...] la Convención Americana, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa), sino que además requiere que los Estados tomen todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva), bajo su deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción. Esta protección activa del derecho a la vida por parte del Estado

---

<sup>11</sup> UNFPA, Repercusión de la pandemia de COVID-19 en al planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, abril de 2020. Disponible en [COVID-19 impact brief for UNFPA 24 April 2020 ES 0.pdf](#)

<sup>12</sup> Guttmacher Institute, "Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access", 2018, págs. 10 y 33.

<sup>13</sup> Guttmacher Institute, "Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access", 2018, págs. 10 y 33.

<sup>14</sup> Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257.

no sólo involucra a sus legisladores, sino a toda institución estatal y a quienes deben resguardar la seguridad, sean éstas sus fuerzas de policía o sus fuerzas armadas<sup>15</sup>.

Asimismo, el derecho a la vida y su protección debe ser considerado siempre en concordancia con lo señalado en la Observación General No. 36 (2018) sobre el artículo 6 de la Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (CIDCP), la cual indica que:

Aunque los Estados parte pueden adoptar medidas destinadas a reglamentar la interrupción del embarazo, dichas medidas no deben resultar en la vulneración del derecho a la vida de la mujer embarazada o de sus otros derechos en virtud del Pacto, como la prohibición de los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Por lo tanto, todas las restricciones jurídicas que limiten la capacidad de las mujeres para someterse a un aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro sus vidas ni exponerlas a dolores o sufrimientos físicos o psíquicos por cuanto ello supondría una vulneración del artículo 7 del Pacto. Los Estados parte deben facilitar un acceso seguro al aborto 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. Los Estados parte no deben regular el embarazo ni el aborto de manera contraria a su deber de velar por que las mujeres no tengan que recurrir a abortos peligrosos<sup>16</sup>.

En relación con el derecho a no ser objeto de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, que se encuentra reconocido en diversos tratados internacionales como el CIPD, CCT y la Convención Americana sobre derechos Humanos, podemos identificar que la criminalización e inaccesibilidad a los servicios de aborto son incompatibles con el mismo. El Comité contra la Tortura de Naciones Unidas, ya ha manifestado que la criminalización del aborto puede implicar que las mujeres experimenten dolor y padecimientos severos al obligarlas a continuar con embarazos no deseados u orillarlas a someterse a procedimientos inseguros que poniendo en riesgo su salud (física, mental y social) y vida.<sup>17</sup>

#### **IV. Negación del aborto, el suicidio como una consecuencia ignorada**

Hay múltiples estudios que evidencian el daño en la salud física por un aborto inseguro, pero también, aunque menos publicitados, los que muestran el daño a la salud mental de las personas por embarazos no deseados que no pueden acceder a un aborto seguro. Estas afectaciones pueden ir desde la ansiedad o depresión hasta el suicidio, invisibilizado, en parte, por no ser reconocido como causa de “muerte materna”.<sup>18</sup>

En el 2011 Salvatore Gentile publicó una investigación epidemiológica demostrado que la ideación suicida es una complicación relativamente frecuente en el embarazo tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Factores como la violencia de pareja, tanto física como sexual, ser solteras, adolescentes, tener embarazos fuera del matrimonio,

---

<sup>15</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, CUADERNILLO DE JURISPRUDENCIA DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS N° 21: DERECHO A LA VIDA 2004.

<sup>16</sup> Observación General No. 36 (2018) sobre el artículo 6 de la Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, sobre el derecho a la vida, CCPR/C/GC/36, 30 de octubre de 2018.

<sup>17</sup> Ver además Observación general N.º 20 del CDH sobre la prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.1 (1994), párr. 5

<sup>18</sup> Michael Nnachebe Onah “Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity” Perinatal Mental Health Project, Alan J. Flisher Centre for Public Mental Health, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, 46 Sawkins Road, Building B, Rondebosch, Cape Town 7700, South Africa. 2017

la falta de apoyo familiar, social y de instituciones del gobierno así como tener antecedentes de cualquier trastorno psiquiátrico exponen a las mujeres a una mayor vulnerabilidad para cometer el suicidio.<sup>19</sup> En este sentido, un estudio de UNFPA en El Salvador y Guatemala en el que se documentaron y analizaron los casos de 28 mujeres adolescentes que se suicidaron durante el embarazo, determinó la existencia de un nexo causal entre el suicidio y los embarazos forzados/no deseados/no planificados como causa de muerte materna. Se identificó que, en los 28 casos, las adolescentes y mujeres jóvenes que se suicidaron tenían un perfil común en ambos países. En su mayoría eran pobres, provenían de contextos en el cual las opciones para resolver su situación cada vez fueron reduciéndose, vivían en entornos de violencia, fueron maternidades forzadas o impuestas como resultado de abusos sexuales y fueron el resultado de un sistema que se muestra inflexible y tal vez indolente ante circunstancias que viven.<sup>20</sup>

El problema del suicidio durante el embarazo subraya la necesidad de educación sexual a una edad temprana; el acceso a la planificación familiar y el acceso a servicios de aborto seguro como una manera de garantizar una respuesta integral a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas.<sup>21</sup>

El aborto seguro también puede tener un impacto positivo en la salud mental de las personas; específicamente en su capacidad de tomar decisiones sobre su vida reproductiva y el ejercicio de la maternidad.<sup>22</sup> El acceso al aborto seguro reduce las tasas de suicidio en el embarazo y en algunos casos hasta las elimina, eso lo refiere algunos autores como Kendall del Reino Unido en su investigación sobre Suicidio en el embarazo y el puerperio ‘Mucho más raro ahora: gracias a la anticoncepción, el aborto legal y actitudes menos punitivas’ en el cual refiere que “La virtual eliminación del suicidio durante el embarazo se debe casi con certeza a una serie de cambios sociales que han reducido en gran medida el número de embarazos no deseados y sus consecuencias sociales adversas así como la creciente disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces y del acceso a la terminación legal de embarazos no deseados y la disminución del estigma asociado a parir hijos fuera del matrimonio”.<sup>23</sup>

Un caso emblemático sobre las implicaciones de la negación a un aborto seguro, cuando el embarazo es producto de violencia sexual y su vínculo con el suicidio es el caso de LC vs. Perú, Comunicación 22/2009, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer,<sup>24</sup> en el que el Comité resolvió la responsabilidad del Perú por el retraso a brindar atención a las lesiones de una niña derivadas de un intento de suicidio, consecuencia de los abusos

---

<sup>19</sup> Salvatore Gentile “Madres suicidas”, revista de investigación de lesiones y violencia, julio 2011 Jul; 3(2): 90-97.

<sup>20</sup> UNFPA “¿Sin opciones? muertes maternas por suicidio” El Salvador 2019. Primera edición. El Salvador, Mayo de 2019; FLACSO Guatemala “Vidas silenciadas: Una tragedia de la que no se habla” 2019 <https://www.flacso.edu.gt/publicaciones/wp-content/uploads/2019/09/FLACSO-Vidas-silenciadas.pdf>

<sup>21</sup> S. Frautschi, A. Cerulli, D. Maine “Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia 47, 1994.

<sup>22</sup> Source: Russo, N.F. and K.L. Zierk. 1992. Abortion, childbearing, and women’s well-being. Professional Psychology: Research and Practice, 23(4):269-280; American Psychological Association. The impact of abortion on women. Washington, DC, APA.

<sup>23</sup> R.E. Kendall “Suicide in pregnancy and the puerperium Much rarer now: thanks to contraception, legal abortion, and less punitive attitudes BMJ 1991 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1668796/pdf/bmj00109-0008.pdf>

<sup>24</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Comunicación No 22/2009, CEDAW/C/50/D/22/2009, 25 de noviembre de 2011.

sexuales de los que era víctima; el embarazo consecuencia de esos abusos y la negación en el acceso a un aborto terapéutico argumentando la protección al producto en gestación.

## **V. El acceso al aborto y el proyecto de vida de las mujeres**

Existe evidencia científica disponible los beneficios del aborto seguro para las mujeres; sus parejas, familia y sociedad. Por ejemplo, las personas adolescentes puedan continuar con sus estudios y obtener un grado de educación universitaria u obtener un título profesional y el disminuir la probabilidad de conflictos o satisfacción en las relaciones de pareja y la disolución de las mismas derivadas de un embarazo no planificado o nacimiento no deseado.<sup>25</sup>

También se ha publicado evidencia que muestra las afectaciones al vínculo maternal y a las condiciones de pobreza de las mujeres a consecuencia de continuar con embarazos no deseados. En 2018, un estudio comparativo de seguimiento a 5 años a dos grupos de mujeres e infantes (328), uno de mujeres con hijos a quienes se les negó un aborto por presentarse arriba de la edad gestacional límite y otro de mujeres con hijos que sí tuvieron acceso a un aborto, pero tuvieron un embarazo posteriormente cuando ellas lo decidieron. Los resultados mostraron que las mujeres forzadas a continuar con el embarazo experimentaron un vínculo materno deficiente y vivieron en la pobreza subjetiva. Lo contrario sucedió en las mujeres que si tuvieron acceso al aborto quienes pudieron tener más tiempo y recursos económicos para dedicárselos a su hijo.<sup>26</sup>

El acceso al aborto seguro también tiene un efecto positivo en las capacidades económicas de las personas ya que se ha demostrado que su negación aumenta la probabilidad de las mujeres hasta 3.4 veces de vivir en pobreza dos años después de haber sido negada la interrupción del embarazo, en comparación con mujeres que pudieron acceder a este servicio.<sup>27</sup>

## **VI. Afectación desproporcionada a mujeres con mayor vulnerabilidad**

Las disparidades en cuanto al acceso a servicios de salud en general, y en particular de salud sexual y reproductiva, son un importante reflejo de todas aquellas condiciones de inequidad que hacen que ciertos grupos poblacionales sean mayormente susceptibles a sufrir violaciones a sus derechos humanos e igualmente vean afectada su salud y vida de manera desproporcionada, lo cual nos muestra una clara problemática de justicia social. Factores como la edad, el origen étnico, la situación migratoria, la condición de pobreza o marginación social, pueden ser catalizadores que multiplican exponencialmente los riesgos de mujeres y niñas a ser criminalizadas, estigmatización, revictimización, a sufrir violaciones a derechos humanos o, en el peor de los escenarios, a perder la vida a causa de abortos inseguros.

Resultan particularmente preocupantes los casos de las niñas y adolescentes que no pueden acceder a servicios de aborto seguros y son forzadas a continuar con embarazos con el alto riesgo de morbilidad y mortalidad maternas asociados a embarazos a temprana edad. De

---

<sup>25</sup> Sonfield A et al., *The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to Have Children*, New York: Guttmacher Institute, 2013.

<sup>26</sup> Diana Greene Foster, PhD, M. Antonia Biggs, PhD, "Comparison of Health, Development, Maternal Bonding, and Poverty Among Children Born After Denial of Abortion vs After Pregnancies Subsequent to an Abortion" *JAMA Pediatr.* 2018;172(11):1053-1060. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.1785 Published online September 4, 2018.

<sup>27</sup> Diana Greene-Foster. "Consequences of being denied a wanted abortion: Results from the Turn away Study." National Abortion Federation Presentation. *Advancing New Standards in Reproductive Health*. 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803812/>

acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el embarazo representa un alto riesgo para la salud y vida de las niñas y adolescentes además de que contribuye a los ciclos intergeneracionales de enfermedad y pobreza. Las complicaciones durante el embarazo y parto son la principal causa de muerte en niñas de entre 15 y 19 años de edad en el mundo. 99% de estas muertes son de mujeres en países de bajo y mediano desarrollo. Las niñas y adolescentes embarazadas de entre 10 a 19 años de edad enfrentan mayores riesgos de eclampsia, endometriosis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de entre 20 y 24 años.<sup>28</sup>

Al respecto, el Comité de Derechos del Niño ha instado a los Estados a despenalizar el aborto para que las niñas puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo, así como a revisar 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>29</sup>

El Ecuador es uno de los principales países de origen, tránsito, destino, retorno y refugio de personas en movilidad humana de Latinoamérica. Las mujeres en tránsito cuya situación migratoria no es regular, se encuentran altamente expuestas a sufrir múltiples tipos de violencia, entre ellas violencia sexual y trata humana, lo cual las puede llevar a necesitar servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente de aborto. Para estas mujeres, además, el riesgo de ser criminalizadas o deportadas constituya una barrera más para la falta de acceso a estos servicios afectando nuevamente su integridad y vida.

## **VII. Implicaciones de la penalización del aborto en los sistemas de salud**

### **a. Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva**

Se ha reconocido a nivel internacional el efecto perjudicial que la imposición de legislación restrictiva al aborto tiene en los contextos sanitarios debido al estigma que se asocia a este servicio de salud. La penalización del aborto impide a las y los profesionales de la salud el acceso a información objetiva y basada en evidencia para la práctica de este servicio cuando es legal o les inhibe de buscar información o capacitación al respecto. También puede disuadir al personal de salud de brindar servicios de aborto en los supuestos legales o negar atención post-aborto.<sup>30</sup>

Los sistemas de salud en contextos con restricciones legislativas al aborto enfrentan una gran complejidad al deber articular la forma de operar un servicio, como es la interrupción del embarazo en casos específicos y la provisión de atención a los casos de violencia sexual, al cual está llamado en el cumplimiento de sus obligaciones, pero que de la misma forma le pone en riesgo de ser sancionado al encontrarse constantemente fiscalizado para verificar si su trabajo se realiza en el marco de la legalidad o no. En este sentido, los impactos son múltiples, tanto para los sistemas de salud, como para el personal que brinda los servicios, quienes igualmente tienen un riesgo individual de recibir sanciones que impactan su vida profesional, económica e incluso su libertad.

A este respecto el Comité de Derechos Humanos ha reconocido que “En ocasiones, los profesionales de la salud han denegado a las mujeres el acceso a servicios de salud sexual y

---

<sup>28</sup> World Health Organization, Adolescent Pregnancy, (23th February 2018). Disponible en <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

<sup>29</sup> Observación General No. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20\*, 6 de diciembre de 2016, pág. 60.

<sup>30</sup> Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, de conformidad con las resoluciones 15/22 y 6/29 del Consejo de Derechos Humanos, criminalización de la salud sexual y reproductiva, A/66/254, 3 de agosto de 2011.



reproductiva autorizados por la ley, o simplemente se han negado a tratar a mujeres que sufrían complicaciones derivadas de un aborto clandestino practicado en otro lugar. Debido al estigma que pesa sobre el aborto, los trabajadores del sector de la salud también han proporcionado información errónea a las mujeres, afirmando, por ejemplo, que a una mujer solo se le permite abortar legalmente una vez”.<sup>31</sup>

La falta de condiciones favorables y seguras para brindar servicios de aborto genera consecuentemente que sean pocos los profesionales dispuestos a cumplir con su obligación de garantizar estos servicios. De esta forma, se terminan concentrando los pocos servicios de aborto en los centros de salud de las capitales o zonas urbanas, afectando nuevamente de manera desproporcionada a las mujeres no se encuentren a proximidad o que tienen dificultades de traslado físicas, económicas, familiares o sociales.

La existencia de marcos penales restrictivos en materia de aborto suele impedir o entorpecer el acceso a determinados servicios de salud sexual y reproductiva, como el acceso a ciertos medicamentos o métodos anticonceptivos, limitar el acceso a información sexual y reproductiva o prohibir directamente algún servicio determinado como el aborto.

En la práctica, estas restricciones impactan a un gran número de personas entre las que se encuentran las mujeres que requieren los servicios y sus familias de manera colateral, las y los jóvenes que requieren de atención e información en materia de salud sexual y reproductiva, así como el personal sanitario, farmacéutico y otros agentes del servicio de salud.

#### **b. Libertad profesional y de oficio**

En los contextos donde el aborto está contemplado como delito, el personal de salud que tiene la responsabilidad de brindar los servicios se enfrenta a un doble riesgo: por un lado, la omisión en sus funciones puede acarrearle consecuencias y sanciones, y por el otro, puede ser llamado por autoridades para declarar y dar razón de la atención brindada a la mujer, con la finalidad de verificar que su trabajo haya sido desarrollado en el marco de la legalidad, situación que igualmente puede hacerle acreedor a penas incluso privativas de su libertad.

En este mismo sentido, los Estados que optan por regular el aborto desde el campo penal, frecuentemente cuentan con reglamentación sanitaria ambigua o poco clara en la materia. De igual forma, los programas de capacitación y certificación para el personal sanitario son escasos o deficientes, por lo que además están obligados a desempeñar sus funciones con falta de información y en condiciones poco favorables, lo cual aumenta las probabilidades de que se brinden servicios inseguros y de riesgo. En ese escenario, el personal que da estos servicios se encuentra operando en condiciones poco dignas desde la mirada del derecho laboral, el cual contempla a favor de las y los trabajadores el derecho a recibir la capacitación, seguridad y herramientas necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

Finalmente, el personal sanitario se encuentra expuesto, además, a sufrir ataques como consecuencia de la atención que brindan, lo cual desincentiva aún más su trabajo. Como ya lo menciona el Relator Especial del Comité de Derechos Humanos “Los Estados también están obligados a adoptar medidas de protección contra la vulneración del derecho a la salud por terceras partes... también deben adoptar medidas para proteger a quienes desean prestar servicios de aborto y conexos frente al acoso, las agresiones, los secuestros y los asesinatos perpetrados por actores no estatales (por motivos religiosos o de otra índole)”.<sup>32</sup>

#### **c. Impactos económicos para el sistema de salud**

---

<sup>31</sup> *Ibidem*

<sup>32</sup> Relator Especial del Comité de Derechos Humanos, El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, agosto 2011.

Como ya hemos mencionado anteriormente, existe una relación importante entre abortos inseguros y morbilidad y mortalidad materna. En este punto es necesario hacer énfasis en que el aborto es un servicio medicamente seguro cuando es proporcionado por un prestador de servicios de salud capacitado, médico o de enfermería, y conforme a los métodos recomendados por la Organización Mundial de la Salud de acuerdo el número de semanas de gestación.<sup>33</sup> El mismo, puede ser inseguro y poner en riesgo a la salud y vida de la mujer cuando ninguno de los criterios se cumple, generando situaciones de emergencia que requieren brindar servicios inmediatos que representan un alto costo para el sistema sanitario.

La Organización Mundial de la Salud, en su Guía técnica para el funcionamiento del personal sanitario durante la provisión de servicios de aborto seguros,<sup>34</sup> señala las directrices para el trabajo del personal sanitario durante la provisión de servicios de aborto, así como una guía para el manejo médico del aborto,<sup>35</sup> todo ello basado en evidencia científica, con la intención de ofrecer una atención del aborto sin riesgo para la salud y vida de las mujeres. Ambos documentos son de libre acceso y permiten a los Estados contar con la información necesaria para garantizar la provisión de los servicios en condiciones de calidad.

Desde el punto de vista presupuestario, los abortos inseguros representan un alto costo prevenible para los gobiernos. La omisión o negligencia de los Estados al no garantizar servicios de aborto seguros tiene un impacto económico para los sistemas de salud derivado de la atención postaborto que deben brindar a las mujeres que han recurrido a un aborto en condiciones inseguras. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que la provisión de servicios por complicaciones postaborto tiene un costo anual de 232 millones de dólares para países en desarrollo, mientras que la provisión de servicios de aborto seguro reduciría el costo a 20 millones de dólares.<sup>36</sup>

Por lo tanto, la garantía de disponibilidad de servicios de aborto seguros no solo es necesaria desde una perspectiva de derechos humanos, sino también desde la promoción de políticas presupuestales en el ámbito de salud basadas en evidencia que permitan una distribución eficiente de los recursos.

## **VIII. El derecho al aborto por violación en México, un servicio de emergencia médica**

En México, es competencia de cada una de las 32 entidades federativas establecer los supuestos de legalidad del aborto. Sin embargo, la única causal legal común a todo el país es cuando el embarazo es producto de una violación sexual.

Además, resultado del trabajo legislativo y normativo del gobierno para garantizar el acceso a este servicio de salud en un marco de respeto a los derechos de las mujeres, el procedimiento de acceso a este servicio de salud tiene su respaldo desde 2013 en legislación federal aplicable a todas las autoridades de todos los niveles de gobierno del país.

De acuerdo con la Ley General de Víctimas,<sup>37</sup> ley que reconoce los derechos de las víctimas de delitos y violaciones a derechos humanos en México, y la NOM-046,<sup>38</sup> norma técnica que

---

<sup>33</sup> Organización Mundial de la Salud, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2da. Edición; 2012.

<sup>34</sup> Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto, OMS, julio 2015

<sup>35</sup> Tratamiento médico del aborto, OMS, 2019.

<sup>36</sup> World Health Organization, 21 st Essential Medicines List (EML), 2019.

<sup>37</sup> Ley General de Víctimas. Disponible en [https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=CZOOfEcfRa+d28Vs\\_zlCgNlBdnecMbVtzeTSZ1dTi+w2XEtMJbM5YIRiDxf5GiS3qg](https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=CZOOfEcfRa+d28Vs_zlCgNlBdnecMbVtzeTSZ1dTi+w2XEtMJbM5YIRiDxf5GiS3qg;);

<sup>38</sup> NOM-046SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Disponible en

regula la provisión de servicios de atención a la salud a mujeres víctimas de violencia, la interrupción del embarazo por violación es una emergencia médica y se debe garantizar el acceso a este servicio para toda mujer, sin más requisitos que una declaración bajo protesta de decir verdad de que el embarazo fue producto de una violación.

Sobre el alcance y contenido del marco jurídico para la atención de aborto por violación, en 2018, la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México resolvió dos casos de negativa de acceso a servicios de aborto por violación a dos menores<sup>39</sup> en los cuales señaló que :

- Negar la interrupción del embarazo por violación es una violación grave de derechos humanos.
- Las instituciones de salud tienen la obligación de atender de manera eficiente e inmediata las solicitudes de interrupción del embarazo por violación para evitar la continuación de consecuencias de la agresión sexual.
- Las autoridades de salud no pueden implementar mecanismos ni políticas internas que impidan los derechos de las mujeres.
- En caso de referencia, la institución de salud debe ejercer sus recursos y facultades para gestionar que otra institución sanitaria atienda en calidad de emergencia a la mujer y es responsable del seguimiento cabal al procedimiento y conclusión efectiva de éste.
- La autoridad tiene el deber de garantizar, sin dilación alguna, los derechos que tiene una mujer como víctima de una violación sexual, entre ellos el de conseguir la interrupción legal del embarazo de manera inmediata, lo que implica calificar de urgentes dichos casos, debiendo priorizar su atención para evitar que las consecuencias físicas y psicológicas se sigan desplegando en el tiempo.

## IX. Petitorio

Solicitamos a esta Honorable Corte Constitucional que Ipas CAM sea aceptada como amiga de la Corte en la demanda referida en el presente documento y que, por lo tanto, los argumentos aquí desarrollados sean tomados en cuenta, por encontrarse debidamente fundados y sustentados, al momento de resolver el fondo del Caso de demanda de Acción Pública de Inconstitucionalidad sobre el numeral 2 del artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal, expediente 25-21-IN.



**María Antonieta Alcalde Castro**  
Directora de Ipas Centroamérica y México

TEL: (+52) 55 11 07 69 69



[https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005\\_ViolenciaFamiliarSexual.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/LeyesNormasReglamentos/NormaOficialMexicana/NOM-046-SSA2-2005_ViolenciaFamiliarSexual.pdf); Sabías qué? NOM 046, Ipas, 2017. Ver <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2017-NOM046.pdf>

<sup>39</sup> SCJN, Amparo en revisión 1170/2017, Segunda Sala, 18 de abril 2018 y Amparo 601/2017, Segunda Sala, 4 de abril de 2018. Disponibles en [https://www.law.utoronto.ca/utfl\\_file/count/documents/reprohealth/mexico\\_2018\\_rape\\_fernanda.pdf](https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/mexico_2018_rape_fernanda.pdf) y [https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emplematicas/sentencia/2020-01/AR%20601\\_2017.pdf](https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emplematicas/sentencia/2020-01/AR%20601_2017.pdf).