

Bogotá D.C., Noviembre 11 de 2020

Honorable Magistrado

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

Corte Constitucional

E. S. D.

Ref.: Intervención ciudadana de Ilex Acción Jurídica en la Demanda de inconstitucionalidad en contra del artículo 122 de la Ley 599 de 2000. Expediente D-13956 con copia al proceso D0013856.

Asunto constitucional en cuestión: Demanda de inconstitucionalidad en contra del artículo 122 de la Ley 599 de 2000.

Dayana Blanco Acendra y Eliana Alcalá de Avila, directora general e investigadora de Ilex Acción Jurídica, Luz Marina Becerra, Coordinadora Mujeres Afrocolombianas Desplazadas en Resistencia La COMADRE de AFRODES, Angela Solange Ramirez, Coordinadora de Género, La Comadre- Cali, Maria Fernanda Escobar Rodriguez representante Corporacion Instituto Internacional de Raza, Igualdad y Derechos Humanos (Raza e Igualdad) y Ana María Valencia, presidenta de la Asociación de Economistas Negras “Mano Cambiada” identificadas respectivamente, como aparece al pie de nuestras firmas y actuando como ciudadanas, nos permitimos dirigirnos a Usted, con el fin de solicitarle respetuosamente que nos permita participar como intervinientes en el presente proceso, según el inciso segundo artículo 7 del Decreto 2067 de 1991 que establece la facultad de cualquier ciudadano o ciudadana para pronunciarse frente a la constitucionalidad de las normas demandadas.

Ilex Acción Jurídica es una organización de la sociedad civil fundada y liderada por abogadas afrodescendientes, dirigida a impulsar estrategias de acción jurídica, comunicaciones e

investigación social con enfoque interseccional, para contribuir al goce efectivo de los derechos de las comunidades y personas afrodescendientes. Desde 2018, hemos realizado acciones de investigación e incidencia en distintos temas, todos relacionados con los derechos de las personas afrocolombianas y comunidades negras, palenqueras y raizales.

La Coordinación de Mujeres Afrocolombianas Desplazadas en Resistencia, de la Asociación Nacional de Afrocolombianos Desplazados AFRODES (de ahora en adelante, “La COMADRE”) es un proceso organizativo autónomo de mujeres afrocolombianas víctimas del conflicto armado de diversas regiones del país, que son miembros de organizaciones afiliadas o articuladas al trabajo de la Asociación Nacional de Afrocolombianos (AFRODES). Que nos hemos organizado como una coordinación horizontal para realizar acciones de incidencia que conduzcan a que el gobierno colombiano diseñe e implemente las políticas públicas y programas que garanticen con un enfoque étnico de género la reparación de los derechos que nos han sido vulnerados como consecuencia del conflicto armado interno, acompañando procesos desde cosmovisión cultural propia.

Raza e Igualdad, registrada desde 2016 como una organización no gubernamental en Colombia, trabaja en promover la igualdad racial y étnica de las comunidades afrodescendientes, fortalece a las contrapartes afrocolombianas locales para enfrentar las limitadas y contradictorias políticas gubernamentales contra los afrodescendientes víctimas de desplazamiento interno forzado y víctimas de discriminación racial. Revelamos patrones de discriminación racial contra afrocolombianos y trabajamos por visibilizar la situación de la población afrodescendiente LGBTI.

La Asociación Colombiana de Economistas Negras Mano Cambiada está compuesta por mujeres negras y economistas interesadas en contribuir al movimiento negro y afrodiaspórico en particular, y a la sociedad en general a partir de la generación de información, investigación y análisis crítico de las situaciones socioeconómicas de pueblo negro en Colombia, particularmente de las mujeres negras en nuestras identidades diversas para el goce de derechos humanos y colectivos, en perspectiva de autodeterminación.

Intervenimos en este proceso motivadas por cuatro razones en particular. En primer lugar, es objeto y misión de nuestras organizaciones impulsar, a través del litigio, incidencia, comunicaciones y la investigación, la defensa y garantía de los derechos de la población afrocolombiana, especialmente de las mujeres, niñas y personas gestantes afrocolombianas, negras, palenqueras y raizales. En segundo lugar, sostenemos con firmeza, la necesidad de que las instituciones del Estado, entre ellas las adscritas al Gobierno, la Rama Judicial reconozcan y combatan las barreras estructurales e históricas que han limitado el acceso de las personas y comunidades negras a sus derechos. Dichas limitaciones han causado efectos diferenciados y desproporcionados en sus vidas y realización de su bienestar. En tercer lugar, creemos que el bienestar de la población afrocolombiana depende en gran medida del funcionamiento efectivo del Estado Social de Derecho y el reconocimiento de nuestra participación en la construcción de Nación, la inclusión irrestricta de nuestra existencia y demandas en los asuntos que ocupan la toma de decisiones en el país a través de las vías jurídicas y políticas con argumentos soportados en el ordenamiento constitucional. En cuarto lugar, consideramos que las mujeres, niñas y personas gestantes negras han sido impactadas de manera de manera desproporcionada por distintas formas de discriminación estructural derivadas de su raza, su género y, en la mayoría de casos, de la marginación social y económica a las que han sido sometidas por generaciones y la decisión que se tome en esta acción constitucional puede contribuir, en parte, a la superación de dichos impactos. Estos impactos también generan consecuencias negativas en la población transmasculina de la que también hace parte la población afro.

Como quiera que la Honorable Corte ha decidido admitir esta acción, la sentencia a dictar sentaría un precedente importante sobre los derechos de todas las mujeres y niñas, entre ellas, las mujeres y niñas negras en relación con la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y su actual penalización. Por las anteriores razones, Ilex Acción Jurídica, La Comadre y Raza e Igualdad-Colombia- tienen un interés legítimo en participar de este proceso, con el objeto de brindar razones que refuerzan la necesidad de incluir los intereses de las mujeres y niñas

negras en este proceso y que garanticen sus derechos al momento de determinar la inconstitucionalidad o no del Art. 122 de la Ley 599 de 2000.

El objeto de la presente intervención es argumentar que, a pesar de los significativos avances de esta Corte hacia la garantía del derecho a la salud, la igualdad y la interrupción involuntaria del embarazo, consolidados en la Sentencia SU 096/18, en la práctica, existen barreras estructurales, operativas, económicas, sociales y en este caso legales, que impiden la plena garantía de estos derechos ya reconocidos sobre todo para mujeres y niñas en condiciones de gran vulnerabilidad, como las mujeres y niñas negras, especialmente las asentadas en zonas rurales.

Por ello, es necesario que la Corte revise los obstáculos que impone la actual penalización del aborto contenida en el Art. 122 del CP incluso, en las tres circunstancias en las que está permitida la Interrupción Voluntaria del Embarazo de acuerdo con la sentencia C-355 de 2006. Dicha norma, viola los derechos de las mujeres y niñas negras a Art. 1 (la dignidad humana), 2 (fines esenciales del Estado), 11 (derecho a la vida), 13 (derechos a la libertad, igualdad y no discriminación), 16 (derecho al libre desarrollo de la personalidad), 18 (derecho a la libertad de conciencia y de creencias), 19 (libertad de cultos), 20 (derecho a la información), 43 (igualdad de derechos y oportunidades de las mujeres y niñas), 49 (derecho a la salud), 67 (derecho a la educación) y 93 (prevalencia en el orden interno de los tratados y convenios internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia) de la Constitución de 1991.

Dicho lo anterior, es preciso indicar que esta intervención tiene el propósito de demostrar dos ideas que conducen a apoyar las pretensiones de la demanda. En primer lugar, sostenemos que la penalización del aborto vulnera el principio de igualdad, es una norma que discrimina a las mujeres y niñas afrocolombianas en relación con el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y el derecho a la salud. También como lo enunciaremos en el último aparte de este documento, afecta de manera desproporcional a la población transmasculina.

En ese sentido, esta intervención se dividirá en 4 partes: 1. Se presentará una breve contextualización del asunto de esta demanda para el caso específico de las mujeres y niñas

negras, afrocolombianas y las consecuencias negativas de la baja calidad del servicio de salud en territorios afro, 2. Alcance legal y jurisprudencial del derecho a la igualdad y no discriminación y su relación con los derechos fundamentales a la salud y a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), con el fin de argumentar que las mujeres y niñas afrocolombianas son una de las poblaciones más vulnerables en tanto se mantenga la penalización del Art. 122 del CP, 3. Se resaltarán la importancia de esta decisión en las vidas y derechos reproductivos de los hombres trans, 4. Se propondrá a la Corte considerar una petición subsidiaria en relación con el método de plazos para la despenalización.

1. Las mujeres y niñas negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y el aborto. Contextualización en el marco de esta demanda

Las mujeres negras sufren permanentemente de racismo y distintos tipos de discriminación tanto por razones de género como raciales, sumadas a factores estructurales e históricos de exclusión y marginación que suman vulneraciones de derechos sociales en todas las dimensiones de su vida. Bajo ese parámetro, su libertad y por consiguiente las decisiones que tomen sobre su cuerpo en ejercicio de sus derechos reproductivos y sexuales no pueden ser ejercidos en plenitud. En esta lógica trataremos tres puntos fundamentales en este aparte: primero, las raíces históricas de la dominación sobre el cuerpo de las mujeres negras, los procesos de resistencia y la guerra; segundo, los impactos que tiene la penalización desde un enfoque diferencial basado en el sistema de salud y la estigmatización; y tercero las conclusiones a partir de estas reflexiones.

Desde la conquista, las mujeres negras han sido objeto de dominación. La hipersexualización de los cuerpos negros en la actualidad tiene una connotación histórica. Según Bell Hooks, la cultura blanca hegemónica produjo una iconografía de los cuerpos, donde a las mujeres negras se les representaba como fértiles, dotadas de sexo, vinculadas a la apropiación y al

relacionamiento plenamente sexual para satisfacer los deseos del hombre¹, en donde muchas de las relaciones se daban en condiciones de extrema desigualdad y violencia. Este primer hecho, restringió, tal como pasa ahora, las posibilidades de desarrollo individual y colectivo, empero en una dimensión en que los cuerpos solamente servían para servir y el consumo sexual. Las mujeres afro, han sido coartadas del control de sus cuerpos y sometidas a condiciones inhumanas, donde decidir de una u otra manera generar algún tipo de control, desde la colonia, se convirtió en una práctica de lucha y resistencia.

Un de estas formas de resistencia ha sido el aborto. En el siglo XVI y XVII, cuando las nuevas naciones empezaban a “condenar” la esclavitud y el proceso de mercantilización menguaba, empezó a desarrollarse como en todo “mercado” una escasez de oferta de mano obra para una sociedad que prendaba la mayor parte de su trabajo en las personas esclavizadas negras. Frente a esta necesidad, las mujeres se convirtieron en objetos de producción de esclavizados, porque para la estructura esclavista, el niño asumía el estatus que tuviera en ese momento su madre, por lo tanto, si su madre era esclavizada, su hijo también lo sería y pasaría a ser una propiedad más, con la premisa de que *el cuerpo para provecho y goce del amo*. En esta práctica, el aborto era una forma de resistencia, porque la maternidad forzada también hacia parte de la esclavitud. Como dice Díaz y Maya:

Los esclavos y esclavas africanos y su descendencia desarrollaron diversas formas de adaptación y resistencia cultural, a través de medios simbólicos como las canciones de cuna, los tambores, los conocimientos de medicina tradicional, el sincretismo de manifestaciones mágico-religiosas, así como a través de mecanismos materiales y directos que incluyeron suicidios, abortos, rebeliones, enfrentamientos, fugas y cimarronaje (Díaz, 1996; Maya, 1992).

Bajo ese sentido, Angela Davis también expone las justificaciones de las mujeres negras esclavizadas para abortar. Reflejando que esta práctica se daba bajo unas motivaciones específicas, como se expresa a continuación: *"Muchas esclavas se negaron a llevar a sus*

¹ Hooks, B. (2000) El feminismo es para todo el mundo. Ed. Pluto Press

*hijos a un mundo de trabajo forzoso sin fin, en el que las cadenas, látigos y abusos sexuales fueron las condiciones de vida cotidianas "*²

El aborto en la colonia y hasta el día de hoy es un asunto secreto, lleno de tabús y del que las mujeres negras no hablan, por eso también es algo de difícil registro. Solo cuando de la práctica resulta la muerte o complicaciones y se pone el hecho a mano de la justicia, conformada por hombres mestizos, se hace un escrutinio de la población³. La labor de las parteras quienes con yerbas y prácticas ancestrales hacen los procedimientos a las mujeres que lo necesitan, comprende un tema que también resulta difuso y que debe ser explorado como un elemento de identidad cultural.⁴

Por lo anterior, para muchas mujeres afrocolombianas, la autonomía sobre su cuerpo tiene unas implicaciones históricas relacionadas con el proceso de de-colonización. Desde hace siglos, su cuerpo ha sido pretendido como una propiedad de otros, en su momento la colonia y ahora el Estado, incluyendo que en algunos casos la pretensión y el uso puede darse por parte de actores armados. Este último factor mencionado, pasa a ser parte de la dinámica de dominación junto con las demás instituciones señaladas, pero ahora en medio de un conflicto armado que se transforma constantemente. La trascendencia de los cuerpos de las mujeres, mujeres negras en medio de la guerra, como en la colonia, igualmente fue objeto de posesión. En el informe Mujeres y Guerra del CNMH, se analiza cómo el rapto y la violación de mujeres se guiaba por un proceso de dominación que precedía a una reconquista, donde el único objeto era la discriminación sexual violenta, para demostrar el poder del victimario y el abuso y la humillación de quien lo recibe, donde las mujeres eran las víctimas sometidas para reforzar las masculinidades de los perpetradores de la guerra.⁵

² De Almedia, D. (2020) Um ponto de vista feminista negro sobre o aborto. Cad. Gên. Tecnol., Curitiba, v. 13, n. 42, p. 369-383, jul./dez. Disponible en: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/9487/7600>

³ Dueñas, G. Pócimas de ruda y cocimientos de mastranto. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/47697/2/infanticidioyabortoenlacolonia.pdf>

⁴ Ibidem.

⁵ Centro Nacional de Memoria Histórica. (CNMH) (2011) Mujeres y Guerra. Víctimas y resistentes en el Caribe Colombiano. Ed. Taurus. Bogotá D.C. Disponible en: http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2011/Informe_mujeresyguerra.pdf

Con la guerra hay una dinámica que sigue la relación de la colonia, en la cual el cuerpo de una mujer es un lugar de colonización que debe ser deshumanizado y desposeído de su propia libertad y control para ser territorios. Con la colonia, la guerra y la penalización de aborto, hay una constante de la regulación de los cuerpos, que se entre teje con procesos de resistencia mucho más profundos de lo que se puede ver.

En este contexto, el aborto es una manera de contestar a esas intromisiones en el ejercicio de su sexualidad. Es una respuesta para quienes usan su cuerpo como objeto sexual, como campo de guerra, como lugar de dominación, para traducir que no deben ser obligadas a llevar un embarazo no deseado, que sus vientres deben responder a su cosmovisión de su mundo, y que el Estado y la ley no pueden desconocer las condiciones históricas y específicas por las que atraviesa esta población⁶.

A partir de lo anterior, las vulneraciones y violencias a las que están sometidas las mujeres afrocolombianas se han manifestado en distintos escenarios, que se desprenden de la historicidad. Uno de ellas es un sistema de salud precario que, en las zonas mayoritariamente habitadas por población afrocolombiana, son factores determinantes a considerar por la Honorable Corte Constitucional para tomar una decisión conforme nuestra Constitución y los instrumentos internacionales ratificados por Colombia relevantes en el presente proceso.

Por un lado, las brechas entre afrocolombianos y el resto de la población respecto del acceso al derecho a la salud son considerablemente amplias. Para 2008, sólo el 49% de los afrocolombianos estaban afiliados al sistema de salud, un porcentaje notablemente inferior al promedio de la población mestiza afiliada, que tenía una media de 65%. Junto a estos datos, también se ponía como factor preocupante, que las mujeres afrocolombianas viven 11 años menos, que el resto de las mujeres⁷ y la razón de mortalidad materna para esta población es de 109.18 por 100.000 nacidos, mientras que para la población en general esta es de 51

⁶ Bergallo, P., Jaramillo, I. & Vaggione, J. (Eds) (2018) El Aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. Siglo XXI Editores Argentina.

⁷ Corporación Humana Colombia. (2014) La situación de las mujeres afrocolombianas e indígenas 2011-2014. Disponible en: <https://www.humanas.org.co/archivos/mujeresafroeindigenascolombia.pdf>

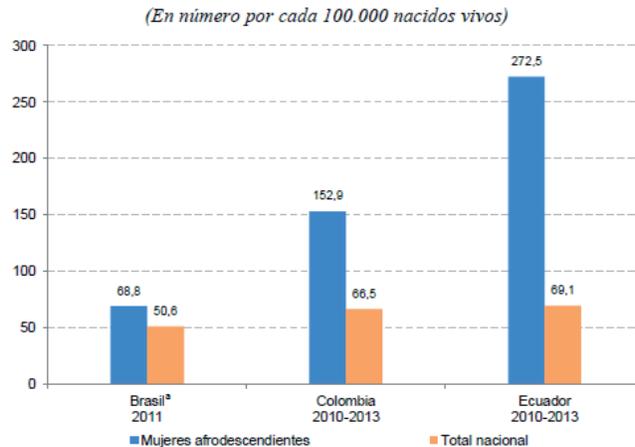
por cada 100.000 nacidos, lo que representan una diferencia importante, la variación del doble para la población afrodescendiente, según datos del DANE de 2018.

Lo relatado, es un punto esencial para el análisis de la demanda bajo estudio, pues la realización del derecho a la autonomía de las mujeres en las decisiones concernientes a su salud sexual y reproductiva, dependen, en primer lugar, del acceso a servicios de salud adecuados. Sin embargo, como se deriva del análisis estadístico persisten diferencias significativas en la expectativa de vida y los niveles de mortalidad materna asociados a un sistema de salud incipiente. Estas diferencias reflejan dinámicas de discriminación racial y racismo.

Queremos hacer énfasis en las cifras de mortalidad materna en apoyo a nuestras afirmaciones. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el 2018 registró que el segundo departamento con mayor mortalidad materna era Chocó. En otros datos, la CEPAL en el año 2011, expuso que Colombia cuenta con una brecha preocupante respecto a las mujeres negras y el resto de la población, en un nivel que es 2,3 veces mayor, como se refleja en la gráfica. Otro indicador de la poca posibilidad que se tiene para ejercer de manera segura, libre e informada a la garantía de acceder al sistema de salud en igualdad de condiciones⁸.

⁸ CEPAL.(2018) Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: Deudas de igualdad. Santiago. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43746/4/S1800190_es.pdf

Tabla 1. Brasil, Colombia y Ecuador: razón de mortalidad materna según condición étnico racial, alrededor de 2011.



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Ministerio de Salud del Brasil [en línea] http://portalsau.de.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15580&Itemid=803 y, para Colombia y el Ecuador, bases de datos de las estadísticas vitales suministradas por los institutos de estadística de cada país.

Tomado de: CEPAL, 2018.

El sistema de salud presenta numerosos obstáculos para las mujeres afro que buscan la garantía real de sus derechos a la salud, la vida y reproductivos. En Colombia prevalecen las inequidades en el acceso a este tipo de servicios para grupos étnico-raciales con bajos niveles socioeconómicos y educativos, sumado a las barreras geográficas.⁹ En casi todas las zonas mayoritariamente afrocolombianas, existe un desabastecimiento en equipos médicos y faltan establecimientos para prestar servicios, o faltan bienes de primera necesidad como agua potable o un personal médico adecuado¹⁰.

Las condiciones de estigmatización y judicialización del aborto se convierten en un problema para el Estado. La penalización no evita la práctica y tampoco es un mecanismo efectivo de disuasión, en su lugar trae como consecuencias el aumento de la clandestinidad y la inseguridad, que tiene impactos diferenciales en las mujeres, jóvenes y niñas

⁹ Norena, C. et al. (2015) Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2015, vol.31, n.12, pp.2635-2648. ISSN 1678-4464. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015001202635&script=sci_abstract&tIng=es

¹⁰ Rodríguez, C., Alfonso, T. & Cavellier, I. (2009) Raza y derechos humanos en Colombia: informe sobre discriminación racial y derechos de la población afrocolombiana. Universidad de los Andes, Facultad de Derecho, Centro de Investigaciones Sociojurídicas, CIJUS, Ediciones Uniandes. Disponible en: https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_202.pdf

afrocolombianas. El Comité de Derechos Humanos y el Comité para la eliminación de la Discriminación contra la mujer, han puesto atención en la preocupante relación que existe entre las leyes que restringen el aborto, el aborto clandestino y los riesgos para la vida de las mujeres¹¹.

Amnistía Internacional ha dicho que la penalización del aborto no impide que se practiquen, más bien hace que los que se practiquen sean menos seguros y se ponga en riesgo más vidas¹². En condiciones de cifras, la OMS expone que entre el 4.7% y el 13,2%, la mortalidad materna anual puede atribuirse a los abortos sin condiciones de seguridad¹³. En países, donde se maneja un modelo de restricciones, son muy pocos los abortos que se practican en esas circunstancias, y son muchas las mujeres que se ven obligadas a acudir a abortos inseguros en condiciones de clandestinas.¹⁴ En Colombia, por ejemplo, se estima que el 60% de los casos de aborto que llegan a las instituciones de salud, son inducidos, en la que las principales afectadas son mujeres marginadas pertenecientes a minorías étnicas, que tienen problemas económicos, pocas posibilidades de acceder a métodos anticonceptivos, que son adolescentes o ya han tenido hijos y tene otro representa una completa alteración a sus vidas¹⁵.

Frente a cómo estas condiciones de penalización llevan a la clandestinidad, se debe hacer referencia al impacto específico de mujeres discriminadas, como dice Martha Navarro Valencia:

La condición de clandestinidad del aborto deriva en un problema de salud pública y de inequidad social en tanto se practica por las mismas mujeres o por personas sin una formación técnica y en condiciones poco adecuadas. Además, la pobreza hace que mujeres con

¹¹ Human Rights Watch. (2005) Q&A: Derechos humanos y el acceso al aborto. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2005/06/15/qa-derechos-humanos-y-el-acceso-al-aborto>

¹² Amnesty International (2018) Políticas del cuerpo. Manual general sobre la criminalización de la sexualidad y la reproducción. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL4077632018SPANISH.PDF>

¹³ OMS. (2020) Prevención del aborto peligroso. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

¹⁴ Ibid para 4

¹⁵ Molina, C. (2011) El derecho al aborto: segunda parte, la despenalización parcial. Ed. Universidad de Medellín. Medellín. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-25302011000100016

precariedad económica, no puedan asistir a un centro sanitario privado donde, aún de forma ilegal y clandestina, se practica. La interrelación de estos factores hace que los problemas de salud femenina por causas de aborto estén entre las primeras causas de morbi-mortalidad materna (Zamudio, Rubiano y Wartenberg, 1994).¹⁶

La relación entre penalización y clandestinidad es muy marcada. En un contexto restrictivo de la IVE, se restringe el acceso a unas condiciones seguras para abortar, lo que fuerza a las mujeres a acudir a mecanismos inseguros para poder interrumpir su embarazo. Hay distintas razones por las cuales se producen los abortos inseguros, que devienen generalmente del castigo del ordenamiento: el primero, es el estigma, debido a que la presión social y psicológica hace que las mujeres prefieran acudir a un centro clandestino que afrontar la sanción moral de la sociedad¹⁷. Esto viene aunado con la falta de información, que evita, sobre todo en las zonas más apartadas que se pueda acudir a un centro de salud en términos oportunos para evitar futuras complicaciones o que tome una decisión consciente de las posibilidades que tiene. Un ejemplo de la situación, ocurre en las zona central y del pacífico, en la que mujeres manifiestan tener dificultades para saber los lugares seguros donde puedan hacerse el procedimiento, incluso si están dentro de las causales permitidas¹⁸.

Otro de los determinantes de los abortos inseguros es el sistema de salud en su generalidad, por distintas razones: la capacidad que se tenga para ofrecer servicios de calidad y en cantidad suficiente, sin imponer barreras burocráticas o imponer la objeción de conciencia, determina también la decisión de las mujeres. En Colombia, el sistema de salud público es el que menos información ofrece sobre la sentencia que despenalizó el aborto, con un 58,3%, mientras que en el sector privado es de un 80% en las que sí se brinda una asesoría adecuada. Con esto se

¹⁶ Navarro, M. (2009) UNIONES, MATERNIDAD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS AFROCOLOMBIANAS de Buenaventura. Revista Colombiana de Antropología. Volumen 45 (1), enero-junio 2009, pp. 39-68.

¹⁷ Guttmacher Institute (2017) Abortion Worldwide 2017. Uneven Progress and Unequal Access. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf

¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. (2014) “Determinantes del Aborto Inseguro y Barreras de Acceso para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Mujeres Colombianas”. Bogotá. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SM%20-Determ%20aborto%20inseguro.pdf>

ve que las mujeres pobres, quienes pertenecen al régimen subsidiado son las que menos posibilidades tienen de tener una información y consecuentemente una atención adecuada.

Bajo esas condiciones, entonces son las mujeres en condiciones económicas precarias quienes se ven sometidas, no a acudir a un centro privado con ciertas garantías de higiene, sino a procedimientos inseguros, en los que el 57,1% tiene complicaciones, lo que tiene la implicación de necesitar una atención post-aborto en el que se necesita una estructura médica para poder atenderlos, lo que implica un buen sistema de salud. No obstante, estas condiciones no pueden garantizarlas el sistema público de salud colombiano, mucho menos aquel que está en los territorios de las poblaciones afro, poniendo en peligro desproporcionadamente a las mujeres negras.

El sistema de salud de las regiones donde mayor concentración de población afrodescendientes hay -como lo mencionamos- es uno de los factores de exposición de las mujeres negras, por las condiciones de este. La misma Corte desde el Auto 005 reconoció en el año 2009, las debilidades y condiciones preocupantes de la atención que se disponía para atender a la población afro. Tomaremos dos datos, que para este punto se hace evidente resaltar, sobretodo cuando nos enfrentamos a población afro que además ha sido víctima del conflicto armado: por un lado, en el departamento del Chocó, el Comité de Desplazados de Gestión y Veeduría Departamental exponía que para ese momento *“es lamentable la atención [de las IPS], el trato, la falta de personal, equipos médicos no hay infraestructura, en ocasiones los enfermos los tiran al suelo porque no hay camillas”*. Desde otro contexto, pasa lo mismo con el Valle del Cauca, en el que la Corte, recibió un informe sobre el impacto que tenía la deficiencia del sistema de salud en mayor medida a la población aglomerada que a la población dispersa, por varias condiciones, como lo son el hacinamiento y la falta de infraestructura, factores que ponen en riesgo y claramente atentan contra la garantía de disfrutar el nivel más alto posible de salud.¹⁹

¹⁹ Corte Constitucional (26 de enero de 2009) Auto 005. [M.P Manuel Cepeda]

Si giramos nuestra atención a la condición específica de la atención que tiene el departamento de Chocó en la actualidad y en medio de una pandemia, comprende razones de desprotección de mujeres que no pueden acceder a un aborto seguro. Dentro de la contingencia de la pandemia por el COVID-19, el territorio tuvo que hacer un cierre parcial de su único hospital de segundo nivel y suspendió las actividades de su autoridad departamental investigada por irregularidades. Situaciones que no son nuevas, vienen de años atrás, tal como se le informó a la Corte en el año 2009, pero que se hicieron más visibles con la emergencia. Hay unas deficiencias en el sector público, que, primero, no cuenta con unidades de cuidados intensivos y en el privado sólo existen 27 camas, repartidas en tres hospitales, que si bien esto pudo cambiar en medio de las medidas por la emergencia sanitaria, no son cambios estructurales, que eliminen los riesgos. Las pocas entidades que tienen elementos e infraestructura para prestar servicios son privados, esto es crítico cuando la mayoría de la población hace parte del sistema subsidiado²⁰.

En relación a esta situación actual, también se ha puesto en evidencia en términos numéricos las condiciones de atención a nivel medio y de cuidados intensivos de los departamentos que tienen una población afrodescendiente importante. En un documento de la Universidad Javeriana sobre la “*Caracterización de factores relevantes de tipo socioeconómico y de salud que ayuden a preparar al Pacífico colombiano frente al COVID-19: caso Choco.*”, se hacía una presentación sobre la capacidad de atención hospitalaria que tenía especialmente el Chocó, acogiendo adicionalmente otros departamentos afro, que mostraba lo siguiente:

Tabla 2. Capacidad de atención por departamento.

²⁰ La liga contra el silencio. (2020) Chocó vive la cuarentena entre la vulnerabilidad y la limitación a la información. Disponible en: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/choco-vulnerabilidad-covid19-liga/>

Departamento	Camas hospitalización	Camas cuidados intermedio	Camas cuidados intensivos
Buenaventura D.E.	117	5	10
Valle del Cauca	4450	352	803
Antioquia	5447	458	572
Chocó	352	11	20
Nariño	991	50	132
Cauca	672	50	84

Fuente: elaboración propia, Instituto de Estudios interculturales basado en datos del INS (2020)

Tomado de: Universidad Javeriana, 2020.

La tabla expuesta, muestra las pocas camas que se tiene para atender las contingencias si se tiene en cuenta la proporción de población afro que tienen los territorios. Para tener un panorama más claro, según cifras del DANE recogidas en el censo poblacional de 2018: Buenaventura cuenta una población afro de 220.399, Valle del Cauca con 647.526, Chocó con 337.696, Nariño con 233.062, Cauca con 245.362 y Antioquia con 312.112²¹. Aquí se evidencia la incapacidad para atender a la población, porque no existe infraestructura para ello.

Por contera, seguir exponiendo a las mujeres afrocolombianas a abortos inseguros en zonas donde claramente no hay capacidad humana ni material para atenderlos, comprende una afrenta a la vida.

Con lo anterior, la declaración de inconstitucionalidad del artículo 122 del C.P debe conllevar a que el sistema de salud atienda de manera abierta, segura y sin demoras solapadas en la ley, abortos de las mujeres más vulnerables –las mujeres afrocolombianas de zonas rurales-. El aseguramiento de este servicio se debe dar desde mecanismos que sean oportunos, basados en la decisión voluntaria y autónoma de la mujer, previendo el acceso a la información.

²¹ DANE. (2019) Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-NARP-2019.pdf>

Otro factor a tener en cuenta para determinar el impacto que tiene la penalización del aborto en las mujeres afro es la situación de los embarazos en las adolescentes, quienes tienen más representatividad en las cifras, específicamente 4 puntos de mayor incidencia, que las adolescentes mestizas, según cifras de la CEPAL en el año 2011. Esta situación es un obstáculo importante a la autonomía en una edad donde apenas se da el inicio del ciclo de la vida.

El embarazo infantil, acompañado de una maternidad forzada, comprende un fenómeno que agrava las condiciones socioeconómicas de estas jóvenes, cuya situación extrema puede obligarlas acudir a mecanismos inseguros bajo las presiones sociales e impactos que un embarazo a esa edad y la poca o nula capacidad del sistema de salud en sus territorios.

Con este panorama de discriminación institucional y sus implicaciones en las mujeres y jóvenes afrodescendientes, queremos recordar que este lastre de vulneraciones también tiene una connotación histórica y cultural, que no puede dejarse a un lado y que comprende una visión étnico racial a tener en cuenta del porqué es imperativo tener presente la perspectiva diferencial y cómo esto afecta de una manera tan determinante a un grupo específico.

Tomar como base una visión de los impactos que ha tenido la penalización, condena y estigmatización del aborto desde el contexto de las mujeres afrocolombianas, debe ser un insumo importante para la Honorable Corte en la resolución de esta Demanda. El mantenimiento de la penalización del aborto, junto con las barreras históricas y estructurales para acceder a servicios integrales de salud y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, puede perpetuar dinámicas de sometimiento, vulneración, discriminación, invisibilidad y exclusión heredadas de la colonia, bajo la permanencia del nefasto control de los cuerpos de las mujeres negras. La Corte no puede obviar los impactos diferenciales que puede tener su decisión, sino que debe acoger esto como un elemento para garantizar el respeto por la autonomía reproductiva de las mujeres, sin condenarlas a una maternidad forzada a partir de la criminalización y judicialización o a exponerse a un sistema de salud inoperante en estos territorios.

Junto a ello, los impactos que puede tener la despenalización total del aborto, comprende las garantías a una vida más digna, porque solo con la eventual eliminación de la amenaza que se percibe desde la institucionalidad por acceder a la IVE, hace que las mujeres negras-afrocolombianas puedan recurrir en momentos oportunos a una institución de salud que puede promover la disminución de la mortalidad materna. También se da paso a mejorar la prestación de servicios en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con el imperativo de una política orientada a solventar las deficiencias de los territorios afro y a contribuir a que la estigmatización se acabe, y no a seguir dejando de un lado las garantías de derechos humanos fundamentales.

Paralelamente, además se abren espacios para reconocer la cosmovisión de las mujeres y niñas negras desde la labor de las parteras en las comunidades rurales, quienes son las que menos controles de natalidad o acceso a servicios de salud tienen, por las barreras que antes mencionábamos, y donde, por el contrario, la medicina ancestral representa un elemento importante para poder suplir las ausencias del Estado. En ese sentido, despenalizar el aborto, también representa incluir el valor cultural e identitario de las prácticas de la medicina ancestral.²²

La criminalización del aborto, como hemos reiterado en el transcurso de lo escrito, refuerza la lógica de las desigualdades en la medida en que las mujeres pobres y negras son las más expuestas a abortos inseguros.²³ La reivindicación por la despenalización del aborto, no puede estar de espaldas al racismo que enfrentan las mujeres y niñas afrocolombianas. El ejercicio libre de la IVE es un imperativo para la igualdad. *Diferentes organismos internacionales han comprobado empíricamente que las mujeres indígenas, afrodescendientes, que viven en la pobreza o que tienen baja escolaridad están desproporcionadamente representadas entre estas mujeres que mueren o quedan*

²² CEPAL. (2018) Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43746-mujeres-afrodescendientes-america-latina-caribe-deudas-igualdad>

²³ Lima, Nathália & Cordeiro, Rosineide. (2020). Aborto, Racismo e Violência: Reflexões a partir do Feminismo Negro. Revista Em Pauta. 18. 10.12957/rep.2020.52010.

*severamente afectadas a raíz de abortos inseguros. En la región más desigual del mundo, este no es un dato menor.*²⁴

2. Vulneración al derecho a la igualdad material y el principio de no discriminación para acceder a la IVE de las mujeres y niñas afrodescendientes.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres afrocolombianas, especialmente las que habitan zonas rurales²⁵, se ven en constante amenaza por la carencia de oferta institucional adecuada, y porque estas zonas se caracterizan por sus altos niveles de pobreza y precaria estructura del sistema de salud, hecho que afecta claramente el acceso a la IVE.

Los índices inferiores de satisfacción de los derechos fundamentales de las mujeres afrodescendientes responden a la existencia de una discriminación étnico-racial y de género, que se hace prevalente en la atención de salud, o específicamente en el racismo institucional de las personas que prestan el servicio. En Colombia, la probabilidad de que una mujer negra no sea atendida en el sistema de salud, habiendo buscado, es 2,6 veces superior a la de un hombre blanco, lo que demuestra la debilidad de la atención de salud a que están expuestas (Paixão y otros, 2011)²⁶.

²⁴ Amnesty International. (2013) Despenalizar el aborto es un imperativo de igualdad. Disponible en : <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/despenalizar-el-aborto-es-un-imperativo-de-igualdad/>

²⁵ La pobreza multidimensional de los centros poblados y rural dispersos de los territorios afrocolombianos se encuentra por encima de la pobreza total de ese dominio, con una diferencia de 10 puntos porcentuales. DANE, 2018. Ver en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-NARP-2019.pdf>

Las comunidades negras en territorios colectivos con mayor vulnerabilidad sociodemográfica se encuentran en los municipios del Pacífico nariñense y el Pacífico caucano, donde se registran las más altas tasas de analfabetismo, la mayor tasa global de fecundidad, el mayor índice de pobreza, miseria y hambre rural. PNUD, 2011. Ver en:

La pobreza no afecta igualmente a los distintos subgrupos de la población latinoamericana. Por ejemplo, la CEPAL (2019a), sobre la base de datos de alrededor de 2017, indicaba que, en el agregado regional, la incidencia de la pobreza y la pobreza extrema era mayor entre los residentes de zonas rurales, los niños, niñas y adolescentes, las mujeres, las personas indígenas y la población afrodescendiente, entre otros grupos. CEPAL, 2019. Ver en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf

²⁶ ONU Mujeres et al.(2017) Brechas de género y desigualdad: de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Bogotá. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PDF%20WEB%20BRECHAS%20DE%20GENERO%20Y%20DESIGUALDAD.pdf>

Las mujeres negras viven procesos de marginación que parten desde la educación hasta la estabilidad socioeconómica. Una muestra de ello, es que, quienes menos años de escolaridad tienen, se ubican en territorios donde las mujeres son más pobres, como Cauca, Caquetá, Nariño y Chocó. Lo que muestra las desigualdades entre una y otras zonas en que la representatividad no es igual, lo que implica mayores barreras al momento de acceder a una información segura y verificable para poder no solo ingresar a un sistema de salud adecuado, también para responder a las necesidades básicas que garanticen una calidad de vida²⁷.

La población afrodescendiente (20 y 30% de la población en América Latina), experimenta niveles desproporcionados de pobreza y exclusión social y continúa enfrentando una severa discriminación. A pesar de la existencia de marcos legales nacionales y de diversas instituciones para asegurar el ejercicio de los derechos de las poblaciones afro, la aplicación de las leyes y disposiciones es débil y resta mucho por hacer en este sentido en la región. En particular, falta profundizar el reconocimiento político y cultural de sus valores, sus aspiraciones y sus modos de vida, para dejar atrás la invisibilidad cultural que potencia la exclusión socioeconómica, creando más desigualdad, segmentación social y ciudadanía incompleta²⁸. En el caso particular de Colombia, son alarmantes los niveles de violencia de género que sufren las mujeres negras en sus territorios, esto exacerbado por la existencia y permanencia de actores armados en sus territorios y la ausencia total del Estado y sus instituciones para la garantía de los derechos fundamentales de esta población. Según el Proceso de Comunidades Negras (PCN), de casos de violencias de género - étnicoraciales ocurridos desde 1998 hasta febrero de 2019, con una muestra de 112 mujeres negras que habitan en los territorios étnicos ancestrales de Buenaventura, Norte del Cauca, Tumaco, Guajira y Bolívar los rangos de edad de las mujeres víctimas de estas violencias oscilan entre 0 a 70 años. Según la muestra el rango de edad donde las mujeres negras están más expuestas a sufrir violencias es de 18 a los 43 años. De cada cien mujeres violentadas, cincuenta oscilan

²⁷ Ibidem.

²⁸ UNCHR, 2012. Situación Colombia AFRODESCENDIENTES. Link https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/2013/SituacionColombia_Afrodescendientes_junio2012.pdf?view=1

en este rango de edad. Específicamente el 29,09% está entre los 18 y los 30 años y un 28,18% se encuentran entre los 31 y 43 años²⁹.

En el citado informe las investigadoras señalan con claridad los tipos de violencias a las que están sometidas las mujeres negras en sus territorios, resaltando que un 49,1% corresponde a violencia obstétrica. *“Las categorías de violencias identificadas en este proceso fueron ocho, sin embargo es necesario evidenciar que todas las categorías de violencia identificadas se vinculan y complementan entre sí; es decir la violencia física, económica, patrimonial y obstétrica entre otras, vinculan la violencia psicológica y viceversa; parendo de esta precisión decidimos categorizar las violencias para facilitar la comprensión del impacto de las mismas en la vida de las mujeres negras”*³⁰

Tabla 3. Tipos de violencia que enfrentan las mujeres negras- afrocolombianas.

TIPO DE VIOLENCIA				
Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Psicológica	16	14,3	14,3	14,3
Válido Física	17	15,2	15,2	29,5
Sexual	15	13,4	13,4	42,9
Económica	1	0,9	0,9	43,8
Patrimonial	4	3,6	3,6	47,3
Obstétrica	2	1,8	1,8	49,1
Múltiple	31	27,7	27,7	76,8
Feminicidio	26	23,2	23,2	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el proceso de documentación de casos (2018- 2019)

Tomado de: Mina- Charo, 2019.

Las mujeres afrodescendientes del pacífico colombiano, con especial énfasis en mujeres afrocolombianas y personas afrocolombianas gestantes víctimas del conflicto, enfrentan

²⁹ Mina, Charo-PCN, 2019. Tercer informe sobre sobre la situación de mujeres afrodescendientes en Colombia: COMBATIENDO A LAS MUJERES NEGRAS COMO SI FUERAN UN ENEMIGO BÉLICO

³⁰ Ibidem

barreras adicionales al momento de optar por una interrupción voluntaria de su embarazo (IVE). Tal como lo hemos mencionado, las barreras identificadas son de orden:³¹ social, cultural, educativas y de infraestructura, que se ven acrecentadas por la penalización del aborto. Además, las interseccionalidades de raza y género han dificultado el acceso a igualdad de oportunidades a IVE en comparación con el resto de la población, debido a que las pocas políticas y medidas estatales para permitir abortos legales y seguros en el país, no cuentan con un enfoque étnico diferencial. Por lo cual, la penalización del aborto trae consigo que las mujeres, transmasculinos y personas con útero afrodescendientes expongan sus vidas al momento de realizar interrupciones voluntarias del embarazo en sus territorios.

Según los hallazgos de La Comadre, debido a la desinformación y ausencia del Estado en los territorios afrodescendientes, las mujeres víctimas de violencia sexual han decidido guardar silencio, en caso de haber abortado. El miedo a ser juzgadas socialmente y/o criminalizadas penalmente las han hecho exponerse a abortos clandestinos e inseguros, poniendo en riesgo su vida y bienestar. Muchas mujeres decidieron abortar silenciosamente antes que entregar sus hijos a la guerra, como en muchos casos sucedió. Por lo cual, ante estos temores, no es posible conocer exactamente cuántas mujeres decidieron practicarse abortos, con tal de proteger su vida. El silencio de estas mujeres ha sido causado por los tabués que rodean el tema y la ausencia de espacios para conversar sobre el aborto. El Estado y los gobiernos locales han fallado en su labor de socializar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con un enfoque étnico y diferencial.

Entre las barreras que imposibilitan el acceso al aborto, Médicos Sin Fronteras, quienes realizan trabajo en Buenaventura, encontraron que entre 2017 y 2018, las mujeres enfrentaron al menos una de las siguientes barreras: pensar que cometen un delito, rechazo social, barreras socio económicas, objeción de conciencia, estigma y desconocimiento por parte del personal médico. Sobre la criminalización de mujeres con ocasión a prácticas de aborto por fuera de las causales permitidas, se tiene que en Buenaventura en el año 2018, se registró una

³¹ Estas barreras fueron identificadas en visitas a centros hospitalarios en Buenaventura, y entrevistas semiestructuradas con lideresas de AFRODES y La Comadre durante el mes de Octubre y Noviembre.

noticia en medio local, Buenaventura en Línea, donde se informó que una mujer afrodescendiente de 19 años que tenía cinco meses de gestación fue capturada por miembros de la Policía Nacional cerca de un centro médico del barrio Bellavista, luego de que ingiriera dos fármacos vía oral y dos intravaginales para abortar³². Para ampliar estos datos, se presentó derecho de petición ante la Fiscalía de Buenaventura, sin embargo a la fecha no se ha obtenido respuesta.

Por otro lado, Raza e Igualdad estableció comunicación vía telefónica con la Secretaría de Salud Distrital de Buenaventura el pasado 22 de octubre de 2020. Marisol Flores actual profesional de apoyo en derechos sexuales y reproductivos de dicha secretaría informó que en el Distrito de Buenaventura actualmente sólo la clínica Santa Sofía tiene ruta de prestación del servicio de IVE. No obstante, en la práctica no se está realizando debido a que la clínica no cuenta con las condiciones para realizar dichos procedimientos.

También, debido al hecho de que usualmente cuando la IVE es aprobada por parte de las autoridades administrativas, ya las mujeres han excedido las 20 semanas de gestación y generalmente cuando llegan a ese estado de avance en el embarazo, ya no es posible realizar el procedimiento con fármacos sino aspirado y por múltiples factores socioeconómicos, estas desisten de continuar con el procedimiento. Por último en su informe Médicos sin Fronteras enfatizó que en la Región del Pacífico Colombiano es donde más se acude a métodos alternativos para terminar embarazos, estimó que 12% de las interrupciones se presenta a través de estos métodos. De este porcentaje, especificó que el 40% sufren complicaciones por dichas prácticas inseguras³³. Dentro de los métodos peligrosos que se identificaron se practican las mujeres son: preparaciones de hierbas en la vagina, golpes en la zona abdominal, introducción de objetos corto punzantes entre otros.³⁴

³² Buenaventura en línea. Esta mujer es capturada por aborto en Buenaventura. 22 de marzo de 2018.

³³ Médicos sin Fronteras. Informe Limitaciones en el acceso a la Interrupción Voluntaria del embarazo en Colombia. Aborto no seguro, mujeres en riesgo

³⁴ Médicos sin Fronteras. Informe Limitaciones en el acceso a la Interrupción Voluntaria del embarazo en Colombia. Aborto no seguro, mujeres en riesgo

Precisó que en la ciudad no se cuenta con otros prestadores del servicio de IVE, puesto que anteriormente Médicos Sin Fronteras practicaba IVE's formuladas pero ya no se encuentran en la ciudad como tampoco PROFAMILIA. Debido a esto, cuando se presentan solicitudes formuladas de IVE las mujeres deben ser trasladadas a la ciudad de Cali, situación que configura un obstáculo insuperable para las mujeres que requieren esta intervención puesto que la EPS no corren con los gastos de traslado a la ciudad de Cali y la población que solicita esta atención mayoritariamente es pobre y no cuenta con los recursos para soportar dichos rubros o con afiliación a EPS.

Al preguntársele cuáles son las causales que generalmente invocan las mujeres para practicarse la IVE, manifestó que en el periodo que se ha desempeñado como profesional de apoyo en derechos sexuales y reproductivos, sólo ha conocido de cuatro casos de IVE formuladas. Las causales que invocaron las mujeres para la práctica del procedimiento fueron: tres por relaciones sexuales con menor de catorce años y, una por el peligro que representaba el embarazo para la salud de la gestante.

En Colombia, se estima que se realizan 400,400 abortos cada año, de los cuales al menos 130,000 han tenido complicaciones y, se estima que, para el año 2008 al menos 70 mujeres murieron a causa de abortos clandestinos . De estos abortos, solo 322 fueron procedimientos legales o practicados en instituciones de salud . Lamentablemente las estadísticas del país se encuentran desactualizadas y es poca la información certera con la que se cuenta para analizar esta realidad.

Para 2008, se encontró que las tasas de aborto en el pacífico colombiano son las segundas más altas de Colombia, después de Bogotá (ver Tabla 4.). Sin embargo, son muchas las barreras a las que se enfrentan estas mujeres para acceder a los servicios de IVE. Para Laura Parra , experta en el tema de aborto y magister en género, en el pacífico colombiano “hay precaria presencia del Estado y sus instituciones de salud, pues en el litoral pacífico hay solo tres municipios con hospitales de segundo nivel (Tumaco, Buenaventura y Quibdó) y estos municipios benefician a grandes poblaciones rurales. Así que para acceder a servicios de

salud sexual y reproductiva las mujeres deben recorrer grandes distancias en lancha o en carretera, lo que aumenta los costos y es una gran barrera para acceder a programas de anticoncepción”.

Las mujeres afrodescendientes del pacífico colombiano exponen sus vidas al momento de realizar un aborto. Según lideresas de La Comadre, muchas mujeres se han practicado abortos inseguros, los cuales, a algunas les han conllevado a daños permanentes y, a otras, les ha costado la vida. En la región del pacífico, el 40% de las mujeres que se someten a una interrupción voluntaria del embarazo sufren complicaciones. Además, la mayoría de las mujeres prefiere acudir a las parteras tradicionales antes de emplear métodos como el misoprostol, ya que solo el 12% de los IVE realizados ha sido a través de este medio. Siendo esta la región del país donde mayormente se utilizan métodos alternativos para interrumpir el embarazo y donde más complicaciones sufren las mujeres debido a abortos inseguros. Lo cual, se puede entender dado que las mujeres de escasos recursos y zonas rurales del país tienen menor probabilidad de usar misoprostol, por lo que acuden a parteras o autoinducen al aborto a través de otros métodos poco seguros. Por lo cual, se realiza un llamado a que las normas y políticas que sigan a la despenalización total del delito de aborto puedan tener un enfoque étnico racial. Con dicho enfoque, las mujeres afrodescendientes podrán contar con espacios seguros y tradicionales, incluso en las ciudades.

La despenalización parcial no ha conllevado a una transformación cultural y social, por lo que muchas mujeres y personas con útero continúan con temor de acudir a centros médicos formales para practicar una interrupción voluntaria del embarazo. En palabras de la experta Laura Parra, *“la despenalización parcial no ha llevado a la eliminación del estigma o el tabú sobre la interrupción voluntaria del embarazo y permanece la creencia de que es una práctica criminalizada de manera total, lo cual conlleva a que muchas no se acerquen a sus EPS y decidan interrumpir de manera insegura y cuando identifican síntomas de riesgo no ingresan por urgencias: ya sea porque están alejadas o tienen temor”*.³⁵

³⁵ Consultada por el Instituto para la Raza y la Igualdad para el presente documento (2020).

Además, es necesario poder contar con educación sexual y procesos que permitan eliminar los estigmas sobre las mujeres afrodescendientes que deciden abortar. Según Laura Parra , *“tradicionalmente, las comunidades y regiones afrocolombianas han tenido mayor número de embarazos no planeados por las mujeres que debido a la escasa presencia del Estado en educación y salud y en condiciones de ilegalidad del aborto, gran parte de ellos se llevan en condiciones inseguras. Por ejemplo, en la zona pacífica los índices de embarazo adolescente alcanzan un 49,3% entre los 10 y 19 años en el 2015, según ENDS, que se reflejan en que hay un promedio de 54 abortos por cada 1000 . Esto confirma el postulado de la OMS de que el aborto inseguro está relacionado con el embarazo no deseado y las dificultades en el acceso a la prestación de los servicios de salud”.*

La despenalización total del delito de aborto supondría un gran paso para que las mujeres afrodescendientes pudieran gozar de sus derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, para que este goce de derechos sea pleno, se requerirían de más pasos; por ejemplo, la necesidad de más clínicas especializadas en IVE, educación sexual y reproductiva, infraestructura hospitalaria, médicos y médicas que realicen los procedimientos de manera respetuosa. Además de lo anterior, también se hace necesaria una transformación cultural que garantice la no estigmatización de las mujeres afrodescendientes que deseen interrumpir su embarazo. Finalmente, es necesario que el Estado se comprometa con la recolección de datos desagregados y actualizados sobre IVE para que se puedan realizar políticas focalizadas para garantizar la dignidad y vida de las mujeres que se someten a estos procedimientos. Actualmente en el país nos encontramos ante una falta de información actualizada sobre las cifras de interrupción voluntaria del embarazo, lo cual deja en evidencia una falta de voluntad política para ahondar sobre la temática y su desestigmatización.

Tabla 4. Tasa de aborto en Colombia (2008)



Todos los órganos del Estado, están obligados a respetar y garantizar los derechos fundamentales de las mujeres, incluyendo el derecho a la IVE como lo ha establecido la Corte Constitucional en diversas sentencias y de manera reciente en las Sentencias T-697 de 2016 y SU-096 de 2018, de la siguiente manera:

*“[...] El derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo protege la autonomía y la libertad de decisión de la mujer que, encontrándose en alguna de las tres causales de despenalización previstas en la sentencia C-355 de 2006, resuelve poner fin al proceso de gestación humana. **El derecho a la IVE pertenece a la categoría de derechos reproductivos y, por tanto, comparte su orientación, fundamento y contenido obligatorio. Al mismo tiempo, al tratarse de una garantía ius fundamental, compromete en su respeto y realización a todos los servidores y órganos del Estado, a los prestadores públicos y privados de seguridad social y a los particulares [...]**” SU-096 de 2018*

Por tanto, todas las acciones, intervenciones y declaraciones que realice el Estado y sus instituciones relacionadas con la IVE, deben promover el cumplimiento de las disposiciones

constitucionales, legales y reglamentarias en torno a la garantía de este derecho fundamental. Sin embargo, y a pesar de que este es un derecho reconocido por la H. Corte Constitucional, aún no se es una realidad para las mujeres negras y afrocolombianas, especialmente las ubicadas en zonas rurales, ello demuestra la falta de diligencia del Estado en el sentido de garantizar que las mujeres negras puedan acceder a este derecho y con él al derecho a la salud de manera integral.

Según lo dispuesto por la Convención de Belém do Pará en su artículo 9 el Estado, a fin de actuar con debida diligencia está obligado a tomar especial cuenta de la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueden sufrir las mujeres en razón de su raza y condición étnica, entre otras condiciones de riesgo. Esta provisión se debe a que la discriminación, en sus distintas manifestaciones, no siempre afecta en igual medida a todas las mujeres: hay mujeres que están expuestas aún en mayor medida al menoscabo de sus derechos. Ciertas mujeres enfrentan varias formas de discriminación, lo que incrementa su vulnerabilidad y exposición a ser abusadas con base en más de un factor. Por su parte, la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia, y las Formas Conexas de Intolerancia, reconoció que la discriminación racial y el racismo se manifiestan de forma diferenciada para las mujeres y las niñas (...) y llevan al deterioro de sus condiciones de vida, pobreza, violencia, formas múltiples de discriminación, limitación o denegación de sus derechos humanos³⁶. Ha reconocido el Comité de Naciones Unidas contra la Eliminación Racial que ciertas formas de discriminación racial pueden estar dirigidas en contra de las mujeres específicamente por su género, como la violencia sexual en el ámbito del conflicto armado³⁷

³⁶ Declaración de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, Durban, 2002, pág. 14.

³⁷ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, *Recomendación General 25, relativa a las dimensiones de la discriminación racial relacionadas con el género*, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 (2000).

En ese sentido, el Comité que vigila el cumplimiento de la CEDAW ha manifestado al respecto que:

Las mujeres pertenecientes a algunos grupos, además de sufrir discriminación por el hecho de ser mujeres, también pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación por otras razones, como la raza, el origen étnico, la religión, la incapacidad, la edad, la clase, la casta u otros factores. Esa discriminación puede afectar a estos grupos de mujeres principalmente, o en diferente medida o en distinta forma que los hombres. Quizás sea necesario que los Estados Partes adopten determinadas medidas especiales de carácter temporal para eliminar esas formas múltiples de discriminación contra la mujer y las consecuencias negativas y complejas que tiene³⁸

En las observaciones emitidas por el Comité CEDAW durante su sesión número 72, realizada en el año 2019, el Comité resalta la reducción de mortalidad materna en el país, sin embargo, se ve preocupado por el acceso desigual a la atención en salud entre las zonas urbanas y rurales del país y el incumplimiento, por parte del personal médico, para interrumpir embarazos basándose en objeción de conciencia. Del mismo modo, al Comité le preocupa que el Estado colombiano no cuenta en la actualidad con datos certeros y actualizados el número de abortos inseguros practicados en el país.

Ante lo anterior, el Comité le recomendó al Estado velar por las mujeres y niñas en las zonas rurales del país; despenalizar el aborto en todos los casos y aprobar una ley que legalice el aborto; eliminar las barreras que impidan acceder al aborto seguro al interior del sistema de salud; implementar un protocolo que prevenga el aborto inseguro en las zonas rurales del país.

³⁸ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General 25, referente a medidas especiales de carácter temporal*, U.N. Doc./CEDAW/C/2004/1/WP.1/Rev.1 (2004), sección II, párr. 12

Para el caso que nos ocupa, teniendo en cuenta lo definido tanto nacional como internacionalmente, los Estados, específicamente Colombia, deben adoptar medidas para asegurar una disponibilidad y accesibilidad de los servicios de aborto legales, seguro y de calidad, porque justamente la mala calidad de estos servicios es uno de los problemas más graves que se derivan de los regímenes jurídicos que penalizan el aborto, como ocurre en este caso³⁹. Lo problemático, es que las medidas para asegurar los servicios de IVE que ha implementado el Estado, resultan discriminatorias porque las mujeres y niñas que se encuentran en zonas urbanas, capitales, ciudades principales y con acceso a información tienen mayores garantías, que las mujeres y niñas afrocolombianas que concentran vulnerabilidades geográficas y socioeconómicas.

En el 2008, dos años después de que la Corte despenalizara el aborto en tres causales específicas, solo el 11% del país prestaban los servicios para la realización de la IVE⁴⁰. Lo que muestra una rigidez en las transformaciones a partir de las decisiones judiciales, que si bien son apropiadas para quienes pueden acceder a ellos, en temas de justicia social, resultan discriminatorias⁴¹.

Los datos apoyan las pocas garantías del derecho al acceso de la IVE hacia las mujeres y niñas, desde condiciones diferenciales. La región del pacífica que comprende los territorios de Nariño, Choco, Valle del Cauca y Cauca – zonas por excelencia de comunidades afrodescendientes- , son zonas que tienen los mayores desafíos en materia de salud sexual y reproductiva⁴². En una evaluación que hizo la organización Médicos Sin Fronteras en Tumaco y Buenaventura en los los 2017-2018, sobre el acceso del aborto seguro, afirma que el acceso a la IVE segura es limitado. El 88% de mujeres y niñas y niñas reportan haber

³⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas. Informe del Relator sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. A/66/254. 3 de agosto de 2011

⁴⁰ Gobierno de Colombia. (2018) INFORME NACIONAL VOLUNTARIO SOBRE AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO. Ver en: https://crpd.cepal.org/3/sites/crpd3/files/informe_nacional_colombia.pdf

⁴¹ Ibid para 2.

⁴² Medicos Sin Fronteras. (MSF) (2018) Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Aborto no seguro, mujeres y niñas en riesgo. Ver en:

enfrentado al menos una barrera para acceder a la IVE, sobretodo barreras sociales y del sector de salud. Al 27% se le negó el acceso a un aborto seguro y el 3% reconocieron haber intentado un método no seguro alternativo antes de llegar a la entidad⁴³.

Este último dato resulta un punto conflictivo, porque la estigmatización del aborto a partir de la penalización y la poca información que tienen las mujeres y niñas de comunidades afro de estos territorios, hace que se sientan amenazadas al momento de trasladarse a centros de salud, incluso si se encuentran dentro de las tres causales aprobadas por la Corte. Esta mezcla de juicio social y jurídico tiene un impacto importante en la población afro de la región pacífica, zona donde hay un mayor uso de métodos alternativos para terminar un embarazo, con un porcentaje del 12%, y donde consecuentemente las mujeres y niñas sufren más complicaciones después de un aborto no seguro, con un 40%⁴⁴. Hay que entender estas cifras, no desde la condena de la medicina tradicional, sino a partir de la visión de cómo estos contextos culturales, también confluyen con la precariedad de garantías que da el Estado a las zonas afrocolombianas.

Perdersen⁴⁵ sugiere diferenciar el sistema médico y el sistema de salud al considerar que el primero es un conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios específicamente destinados al desarrollo y práctica de una medicina para la atención de la salud individual o colectiva, mientras entiende por sistema de salud el conjunto de elementos o componentes del sistema social más amplio relacionados con la salud y el bienestar físico, mental y social de la población. Según Zuluaga y Correa⁴⁶ para que una medicina sea considerada como tradicional, debe cumplir con el requisito de tener arraigo histórico, cultural y social en la tradición del pueblo. Es por esto que la medicina tradicional se define en concordancia con la tradición del

⁴³ Ibidem

⁴⁴ Ibidem

⁴⁵ Perdersen, D. Elementos para el análisis de los sistemas médicos. Enfoques en atención primaria. 1989; 4(1).

⁴⁶ Zuluaga, G., & Correa, C. Medicinas tradicionales: introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna. Bogotá, Colombia: Editorial Kimpres; 2002.

que la utilice, por lo que se puede hablar de diferentes medicinas tradicionales según se haga referencia⁴⁷.

Lo anterior hace pertinente establecer que la medicina tradicional latinoamericana y la relación salud-naturaleza-cultura es un producto del legado indígena, afrodescendiente y español, caracterizado por nociones religiosas de salud y conceptos de frío-calor como causa de muchas enfermedades⁴⁸. Lo anterior da origen al humoralismo que establece fluctuaciones entre cualidades intangibles denominadas humores⁴⁹.

Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también parteras que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba , aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral⁵⁰

Quienes tienen menos información y menos acceso a los servicios de salud de calidad son las mujeres y niñas indígenas y afrodescendientes. Las mujeres y niñas afrodescendientes registran que a los procedimientos que se sometieron para interrumpir voluntariamente su embarazo tuvieron un nivel de seguridad bastante bajo, lo cual ponía en peligro su vida e

⁴⁷ Arias, Ronald. (2016). Medicina tradicional en la comunidad de San Basilio de Palenque. Nova. 14. 67. 10.22490/24629448.1731.

⁴⁸ Quintana, R. "Plantas y dueños: Descripción botánica de NOVA. 2016; 13 (25): 67-93 91 plantas medicinales, formas de preparación y cosmovisión. España: Editorial académica española; 2015.

⁴⁹ Anderson, E. Why is humoral medicine so popular? Social Science & Medicine; 1987; 25(4): 331-7.

⁵⁰ Ibid para 35.

integridad, mostrando las condiciones a las que se someten, que no impactan de igual manera al resto de la población⁵¹. Las barreras económicas y geográficas con las que cuentan la población afro hacen que el desplazamiento para poder recibir atención en zonas centralizadas en las que generalmente se verán expuestas a otras barreras, comprenda la situación en la que el Estado ha vulnerado sus derechos a la IVE. Lo anterior se adjudica también a que la penalización, incluso en un modelo donde hay causales legales para practicar el aborto genera un círculo vicioso de estigmatización que se complica en zonas pobres y marginadas, golpeadas por la discriminación estructural del Estado.

Es necesario tener en cuenta que algunas de las principales barreras que enfrentan las mujeres negras para la garantía del acceso a su derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo, son

- a. Precario acceso a la información en razón de las zonas donde se ubican y falta de instrumentos para operativamente, acceder a información (Periodicos, internet, telefonía, etc). Estas limitaciones en el acceso a la información genera gran desconocimiento sobre la normatividad vigente de la IVE lo que a su vez genera interpretaciones restringidas del Art. 122 del CP por parte de las mujeres, profesionales de la salud, el sector justicia local.
- b. La objeción de conciencia argumentada en la demanda y presentada por otras organizaciones de mujeres en el marco de la solicitud de despenalización del aborto, afecta de manera diferencial a las mujeres negras, afrocolombianas, especialmente las que se encuentra ubicadas en zonas rurales. Cuando profesionales de la salud objetan conciencia sin justificación no se remite a la mujer inmediatamente a otro profesional que pueda realizar el procedimiento, o no se da información relacionada con la IVE, básicamente porque no existen otros profesionales que puedan recibirla

⁵¹ Ministerio de Salud y Protección Social. (2014) Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres y niñas colombianas. Ver en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/determinantes-del-aborto-inseguro-y-barreras-de-acceso-para-la-atenci%C3%B3n-de-la>

u otros centros médicos por la limitada disponibilidad del servicio, así las cosas esta población se ve sometida a lo que determine quien se encuentre en la zona, en caso de encontrar uno.

- c. La anterior barrera se conjuga con la falta de seguimiento, vigilancia, control y sanción a las instituciones de salud en las que se presenten barreras de acceso a la IVE ni la verificación de que se adecuen sus prácticas para garantizar de manera oportuna el acceso de las mujeres negras a la IVE con enfoque diferencial.
- d. El Ministerio de Salud no ha definido protocolos claros con enfoque étnico-racial y territorial para garantizar el acceso a IVE; *b) no se autoriza el procedimiento bajo el argumento de que las mujeres no cumplen con los requisitos; c) se cuestiona o se intenta disuadir a las mujeres frente a su decisión, haciéndolas sentir culpables y juzgando su autonomía sexual y reproductiva; las mujeres no deben ser juzgadas ni criminalizadas por tomar decisiones sobre su vida y salud; d) se solicitan requisitos adicionales, como la realización de juntas médicas o la autorización de madres-padres o de jueces; e) faltan instituciones y prestadores en los niveles departamental, distrital y municipal, con capacidad técnica y profesional para realizar el procedimiento; f) se niegan certificaciones médicas necesarias para acceder a la IVE; g) existe violencia ginecobstétrica derivada de la solicitud de la IVE; y h) falta capacitación a profesionales de la salud para la práctica del procedimiento.*⁵²
- e. *Las mujeres rurales, indígenas, migrantes en condición de permanencia irregular, niñas menores de 14 años y mujeres con discapacidad deben enfrentar mayores barreras para interrumpir su embarazo, viéndose obligadas a tener una maternidad forzada, o a utilizar servicios clandestinos que ponen en peligro su salud y su vida.*

⁵² Intervención Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá, demanda de inconstitucionalidad 2016.

Esto también causa mayores dificultades de acceso a la IVE mediadas por la ubicación geográfica y la situación económica de las mujeres⁵³.

- f. Existe una enorme brecha en el acceso a la IVE relacionada con la capacidad económica de las mujeres negras, pues aquellas mujeres que cuentan con menores recursos económicos acuden a servicios inseguros que ponen en riesgo su vida e integridad.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) recuerda que los derechos sexuales y reproductivos incluyen los derechos a la igualdad y no discriminación. Los Estados tienen una obligación fundamental, y es garantizar una acceso pronto y adecuado de los servicios de salud, de una forma libre y sin barreras, donde la penalización se convierte en un contexto facilitador de los abortos inseguros⁵⁴.

Las restricciones jurídicas que impone el Estado colombiano limitan la capacidad de las mujeres y niñas a someterse a un aborto, lo que las somete a poner en peligro sus vidas y exponerlas a un sufrimiento físico y psíquico que vulnera su derecho a la salud y que afecta especialmente a las mujeres y niñas afrodescendientes, indígenas y rurales. Es decir, la pertenencia étnica es una variable de alto riesgo para el acceso a un aborto seguro.

El aborto, a pesar de ser la única causa de mortalidad materna prevenible, sigue siendo un asunto de salud pública. El gobierno en el 2018 reconoció que si bien, la mortalidad materna se ha reducido en los últimos años, hay unas causas estáticas, una de ellas, que se presenta en segundo lugar, son los embarazos que terminan en aborto, representando un 16%⁵⁵. La cifra es preocupante, pero no da todos los detalles de la situación, porque como lo reconoce el gobierno, la toma de datos aun no proporciona información desagregada que analicen las causas y condiciones específicas de los casos.

⁵³ Secretaria Distrital de la Mujer de Bogotá, 2019. Recuperado 25Oct20. Disponible en: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/mujer/garantizar-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo>

⁵⁴ CIDH. (2020) Violencia y discriminación contra mujeres y niñas, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. OEA/Ser.L/V/II.

⁵⁵ Ibid para 2.

Las prácticas de abortos inseguros, amenaza la salud de las mujeres y niñas y es una carga al sistema de salud, que debe enfrentar las complicaciones de las situaciones posaborto. Se estima que una tercera parte de las mujeres y niñas que tienen un aborto ilegal desarrolla condiciones que necesitan atención , y que esto tiene un impacto específico en mujeres y niñas pobres del sector rural. La tasa mas alta de tratamiento y la mayor carga de atención del sistema de salud ocurre en la región pacífica. Cada año 16 de cada 1000 mujeres y niñas reciben tratamiento postaborto⁵⁶ , cifra que, desde la territorialidad y la pertenencia étnico racial, muestra un panorama desesperanzador para las mujeres y niñas afrodescendientes.

Las mujeres y niñas son más vulnerables si tienen en un nivel educativo bajo, si viven en zonas rurales apartados, si tienen una pertenencia étnico racial específica, porque no solo deben asumir el desplazamiento, sino los gastos adicionales para poder acceder al servicio de salud, que precariamente es garantizado en territorios que no son principales para el país. Por ejemplo, la proporción de mujeres y niñas que tienen complicaciones en el pacifico en de un 40%, mientras que en Bogota, es de un 25%.⁵⁷

El relator sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, ha confirmado que las leyes penales que castigan y restringen el aborto inducido son el ejemplo paradigmático de las barreras inaceptables que impiden a las mujeres y niñas ejercer su derecho a la salud. La OMS confirman que los motivos jurídicos determinan las condiciones de la mujer para acceder a un aborto seguro. Estas contradicciones a las que se enfrenta Colombia deberían ser una motivación para despenalizar el aborto en todas sus causas, para poder garantizar la salud de todas las mujeres y niñas, específicamente aquellas que son discriminadas por su pertenencia étnico racial, en pie desde la igualdad⁵⁸.

El Comité de derechos humanos ha reconocido que la penalización del aborto y el derecho a acceder a la salud no se da en iguales condiciones, por eso pide velar porque las mujeres y

⁵⁶ Guttmacher Institute.(2011) Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y Consecuencias. Ver en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf

⁵⁷ Ibid para 7.

⁵⁸ Ibid para 1.

niñas y niñas de las zonas rurales, en particular indígenas y las afrocolombianas tengan las mismas condiciones de acceso a una salud de alta calidad⁵⁹.

El sistema de salud de Colombia, que somete a las mujeres y niñas afrodescendientes a cargas desproporcionadas para poder acceder a una IVE segura por la precariedad de cobertura, información, sumado la relación directa entre penalización, estigmatización y pocas garantías que ofrecen las entidades de salud por imponer barreras ilegales arbitrarias.

Como lo expresa Beatriz Calli:

“Los sistemas de salud y de justicia son instituciones que reflejan los patrones de discriminación y desigualdad de las sociedades. Como tales, refuerzan y perpetúan el estigma y la discriminación hacia las mujeres y niñas y adolescentes marginadas que acuden a los servicios de salud para tratar las complicaciones del aborto. La criminalización del aborto sirve para perpetuar el estereotipo de género de las mujeres y niñas como madres, que niega la autonomía reproductiva y el derecho a tomar decisiones sobre sus proyectos de vida. Asimismo, daña y discrimina a las mujeres y niñas, porque sólo ellas pueden quedar embarazadas, lo que afecta de manera desproporcionada a aquellas que se encuentran en situación de mayor marginalidad: las mujeres y niñas pobres, jóvenes, de baja escolaridad, negras, indígenas, que residen en las periferias urbanas y en las áreas rurales, y viola el derecho a la igualdad y a la no discriminación por motivos de sexo, edad, raza, etnia, educación y condiciones socioeconómicas”⁶⁰.

3. Afectaciones diferenciales a los hombres trans, personas transmasculinas y no binaries frente a las barreras estructurales para acceder a una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) derivadas del artículo 122 de la Ley 599 de 2000

⁵⁹ Comité CEDAW. Observaciones Finales. Colombia. CEDAW/C/COL/CO/9. 2019. Párr. 37 y 38.c 288 Comité de Derechos Humanos. Observación General No. 36 sobre el derecho a la vida. CCPR/C/GC/36.

⁶⁰ Begallo, P., Jaramillo, I. & Vaggione, J. (Eds.) (2018) El aborto en América Latina /.- 1ª ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

Las barreras estructurales que se dan como consecuencia de la aplicación del artículo 122 de la Ley 599 de 2000 o Código Penal afectan desproporcionadamente a hombres trans, personas transmasculinas y no binaries asignadas mujeres al nacer. La violación de su derecho a la salud, a la igualdad, autodeterminación, intimidad y dignidad resultan ser graves violaciones a los derechos humanos que se suman a otros factores de vulnerabilidad que recaen sobre la población LGBTI en su conjunto. Al no pensar en sus cuerpos como cuerpos gestantes, aminorando la importancia de su acceso a servicios como, por ejemplo, la anticoncepción, se reduce su autonomía sexual y/o reproductiva, se incrementa el nivel de criminalización y estigmatización por el tabú sobre el aborto que aún perpetúa el Artículo 122 del Código Penal por ser cuerpos masculinizados en embarazo y se les invisibiliza en los programas que buscan garantizar el acceso a la IVE, hasta ahora regulada específicamente para mujeres cisgénero. A continuación, presentamos un breve recuento de las principales afectaciones y/o barreras diferenciales que deben enfrentar los hombres trans, personas transmasculinas y no binaries asignadas mujeres al nacer a razón de la vigencia del delito de aborto:

No hay un enfoque de diversidad sexual en la garantía de la IVE

La falta de integración de un enfoque de diversidad sexual en la salud ha invisibilizado la posibilidad de que los hombres trans, personas transmasculinas y no binaries puedan verse como cuerpos gestantes, anulando de paso cualquier información relevante respecto al proceso de embarazo en sus cuerpos, que usualmente están sometidos al tiempo a procesos de hormonización y otras formas de transformación, y de paso, al acceso a información y atención sobre la IVE.

El aborto en hombres trans, personas transmasculinas y no binaries también implica una clandestinidad. Por un lado, porque ellos no necesariamente se rigen por la performatividad de la heterosexualidad (hombre trans - mujer cis), sino que tienen una sexualidad tan fluida como cualquiera, pero poca información alrededor de ella, lo que origina que no puedan ejercer sus derechos ciudadanos de forma integral. Por otro, porque el embarazo puede ser

resultado de violaciones correctivas, que buscan sancionar a las sexualidades y géneros que se apartan de las normas tradicionales, episodios que suelen ser poco denunciados e identificados en nuestro país.

El desconocimiento de la capacidad de gestación de cuerpos que no necesariamente corresponden a mujeres cisgénero, impregna un manto de ilegalidad a la IVE de hombres trans, personas transmascullinas y no binarios en tanto, si se supone que su cuerpo no está provisto para generar vida, tampoco debería estarlo para interrumpirla. Esta invisibilización lleva entonces a que sean más susceptibles de ser criminalizados bajo lo prescrito en el artículo 122 del Código Penal, en tanto no se les reconoce abiertamente como titulares del derecho a la IVE, a pesar de que pueden estar inmerses en alguna de las tres causales amparadas por la Corte Constitucional.

La omisión en su inclusión en las normativas ya establecidas para la interrupción legal del embarazo lleva a que se enfrentan a diferentes obstáculos al momento de decidir abortar: desde tener que negar su propia identidad de género, verse obligadas a realizarse abortos de manera insegura arriesgándose a ser criminalizadas o perder la vida y hasta asumir embarazos no deseados, sin mencionar las afectaciones a la salud mental que esto puede representar para ellos.

Falta de acceso a servicios de salud con enfoque de diversidad sexual:

Las complicaciones para acceder a la IVE de hombres trans y a las personas trans no binarios asignados mujeres al nacer se encuentran íntimamente ligadas a la falta de un enfoque de diversidad sexual en el acceso a servicios de salud, en especial aquellos servicios relacionados con sus derechos sexuales y reproductivos. Las personas trans se enfrentan a tomar decisiones desinformadas que afectan su salud, a cirugías mal realizadas, a procesos de hormonización con graves efectos secundarios, a malos tratos dentro de un consultorio y a que les nieguen tratamientos indispensables para sus procesos de tránsito.

Estas barreras se derivan de diversas omisiones, como la falta de un enfoque de diversidad sexual en los servicios de salud (por ejemplo, al indicar que una persona corresponde al sexo masculino al solicitar una cita médica, se cancela automáticamente la opción de elegir servicios de ginecología, lo que conlleva a la necesidad de negar la identidad para poder acceder a atención de este tipo), a la falta de información para les usuaries de atención médica sobre los programas de salud explícitamente diseñados para elles y a la falta de formación del profesional de salud en temáticas de diversidad sexual.

Las barreras de acceso suelen ser tan amplias que incluso pueden devenir de la falta de documento de identidad o de documento de identidad con la casilla sexo modificada. Hay personas trans, que han decidido no sacar un documento o que, al perderlo, decidieron no volverlo a sacar para no tener que lidiar con el estigma y la discriminación que implica el proceso. Siendo esta la única manera de lograr acceder al sistema de salud, para las personas trans esto se convierte en una problemática.

En muchos casos, hombres trans, personas transmasculinas o no binaries han tenido que ejercer una paternidad obligatoria porque acudir a los servicios médicos implica negar su derecho a la identidad al no poder acceder al aborto dado que no se reconocen como mujeres. Algunas personas trans y no binaries les ha tocado hacerse pasar por mujeres y además soportar la violencia, a razón de su expresión de género para poder acceder al aborto. En otros casos, la falta de confianza para acudir a los servicios de salud y, las diversas barreras que ya se han señalado en la prestación de estos, impide detectar a tiempo graves afectaciones al feto o posibles riesgos de salud para el padre gestante, si se entendiera que la IVE pudiera ser reconocida para estas poblaciones tal como está regulada actualmente.

Esto conlleva a que, más allá de que eventualmente se incluyera a las personas trans y no binaries dentro de las causales que existen ya para garantizar la IVE, su mera integración no elimina del todo el factor de vulnerabilidad frente al aborto, porque como se evidencia, hay otras barreras que van más allá de la regulación específica de la IVE. La eliminación del delito de aborto del artículo 122, por el contrario, podría aportar a la eliminación de barreras

en acceso a los servicios de salud, de las barreras sociales y del estigma, dado que, al no existir la sanción penal, se reduciría el reproche contra los cuerpos gestantes masculinizados que no estarían incurriendo en ninguna conducta ilegal al querer acceder a la IVE y, por tanto, se reducirían tajantemente los índices de violencia y discriminación en estas situaciones.

No hay lugares seguros para abortar:

Es muy posible que cuando una personas trans o no binarie en estado de embarazo acuda a los servicios de salud, no se brinde atención digna por no identificarse como mujer. Esto puede provocar y ha provocado negligencia y prácticas mal hechas para perjudicar al paciente. La educación médica general no incluye temas de diversidad sexual y eso genera que no sepan de la existencia de otras identidades con cuerpos gestantes, de manera que se tiende a patologizar a la persona, más aún si está en estado de embarazo.

“Nos ven como bichos raros” señala una de las fuentes consultadas para la presentación de este documento. Frente a esta situación, para un hombre trans, una persona transmasculina o no binarie resulta mucho más complicado acudir a lugares seguros que garanticen un proceso de aborto acompañado, por lo que sus riesgos de perder la vida y/o de ser criminalizadas suelen ser mucho más altos, ya que todo lo que hay es clandestino y a muy altos costos.

La eliminación del factor de clandestinidad en la que se realiza el procedimiento, mediante la eliminación del delito de aborto, reduciría las posibilidades de que las personas trans y no binaries resulten muertas o afectadas cuando deban acudir a intervenciones médicas poco seguras.

No hay datos sobre aborto en hombres trans, personas transmasculinas y no binaries:

Un punto importante sobre la eliminación del artículo 122 del Código Penal es que esto conllevaría a reducir la clandestinidad de los procedimientos de IVE, de manera que se contarían con cifras más exactas y aproximadas sobre el número de personas que accederían a este servicio. Esto es especialmente importante para los hombres trans, personas

transmasculinas y no binaries, dado que la falta de cifras y de reportes sobre casos de IVE en esta población ha limitado el conocimiento sobre otras barreras de acceso y sobre las condiciones en las que estas se dan. La recopilación de datos de este tipo daría pie a la construcción de políticas de IVE más ajustadas a las necesidades de todos los cuerpos gestantes.

4. Petición Subsidiaria. Modelo de aborto voluntario por plazos.

Los modelos de regulación del aborto se han dividido en cuatro: el primero, la prohibición absoluta, donde ninguna circunstancia es admisible para practicar la interrupción voluntaria del embarazo; la segunda, el modelo de libertad absoluta, en la que se contempla la libertad de la mujer sin limitaciones en cualquier momento para decidir sobre su cuerpo; el modelo de indicaciones, que establece casos y condiciones específicas por los cuales las mujeres y niñas pueden acceder a interrumpir su embarazo; y por último, se encuentra el modelo de plazos, donde se le da libertad a la mujer para decidir sobre interrumpir o no su embarazo, pero limitado por un periodo determinado.

Colombia desde 2006 ha tenido un modelo de indicaciones, donde se permite el aborto en tres causales específicas, sin embargo, este sistema ha funcionado de manera insuficiente.

Uno de los modelos que más éxito y aceptación ha tenido en los Estados europeos, es el modelo de plazos, en el que la IVE está totalmente despenalizado por un tiempo limitado, donde la mujer puede acceder a los servicios de salud sin tener que alegar una causa. Por ejemplo, en España, uno de los países donde más debate se generó sobre acoger este modelo – aceptado en 2010-, distintos doctrinantes, como Javier Pérez, explicaban que este no resultaba contrario a la vida, por el contrario, se basa en el principio de igualdad y en deslegitimar un conflicto que no existe, porque en las primeras

semanas de gestación aún no se puede hablar del derecho del nasciturus⁶¹. A la misma conclusión han llegado las autoridades italianas cuando dicen que: *no existía “equivalencia” entre dichos bienes, por lo que la relevancia otorgada al derecho a la vida y a la salud de una persona plenamente desarrollada, como es la de la madre, debía considerarse mayor que el deber del Estado de tutelar la vida potencial del embrión*⁶². Este modelo busca que los abortos se realicen en condiciones sanitarias seguras, para evitar los riesgos a los que se exponen las mujeres y niñas al ir a sitios clandestinos, al mismo tiempo que evita la intervención de terceros que no están capacitados para dichos procedimientos⁶³.

Alemania, por ejemplo, ha adoptado un sistema de plazos con asesoramiento, en el que hasta la semana 12 de gestación es posible acceder a la IVE, después de haber asistido a una asesoría con personal médico. También lo combina con el modelo de causales, donde hasta la semana 22 de embarazo, se admite el procedimiento, siempre y cuando la mujer se encuentre en una situación de especial necesidad. Bélgica también adopta un modelo de plazos, hasta la semana 12, bajo una consulta médica y una declaración ratificada de la mujer, que compruebe su decisión voluntaria. Otros países como España, Dinamarca, Francia y Holanda, han adoptado el mismo sistema. En el contexto Latinoamericano, sólo Uruguay y la ciudad de México, han adoptado el modelo de plazos.

Estados Unidos es uno de los países que también asume el sistema de plazos y expone que, aunque se debe proteger el derecho a la vida del nasciturus, es importante reconocer la importancia de la libertad y voluntad de la mujer. Por eso, ha dividido el embarazo en tres etapas gestacionales de tres meses cada uno: en el primero, la mujer posee la facultad de abortar sin alegar una causa específica que la exonere de algún tipo de responsabilidad,

⁶¹ Gorjón, M. (2009) Reflexiones sobre las problemáticas del aborto. *Iustitia*, ISSN-e 2593-4657, ISSN 1692-9403, N°. 7, 2009, págs. 43-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5978975>

⁶² Carpizo, J. La interrupción del embarazo antes de las doce semanas. UNAM. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2841/4.pdf>

⁶³ *Ibidem*.

porque no existe, siempre que tenga la autorización médica; en el segundo, los Estados están en la facultad de regular las condiciones del aborto, pero lo deben permitir cuando la vida de la mujer se vea en peligro; y en el tercero, se debe proteger la vida en potencia, prohibiendo el aborto a menos que se dé la misma excepción que en el segundo.

Este modelo, busca integrar la coexistencia de la protección prenatal con la voluntad de las mujeres y niñas dentro de ciertos plazos. Contemplar un sistema de semanas, se argumenta además como razonable, porque armoniza los derechos humanos, en la que el dualismo persona-persona no existe, sino que se reconoce solo en la medida en que se pueda reconocer alguna de las características relevantes compartidas por las personas humanas: percepción y conciencia del dolor.

No obstante, esto solo se hace posible, toda vez que se garantice el acceso oportuno y pronto de la IVE en todas las situaciones y territorios del Estado. Se ha demostrado que el uso del misoprostol, como una de las alternativas de la IVE, ha tenido efectividad cuando se toman en el plazo y de manera adecuada. En términos concretos, menos del 1% de los abortos realizados con pastillas han tenido complicaciones, en los abortos con menos de 7 semanas de gestación⁶⁴.

Ahora bien, resulta pertinente reflexionar cómo este modelo de despenalización del aborto, que es una tendencia global, tiene impactos en la mortalidad materna de los países (MM) y en el índice de desarrollo humano (IDH), en una comparación entre países donde se mantienen la penalización y los que han adoptado por proteger la vida de la mujer y evitar la judicialización.

⁶⁴ Ibidem.

Tabla 1 Tasa de mortalidad materna en países donde el aborto a solicitud se encuentra penalizado y despenalizado, 2015.

Aborto Penalizado			Aborto despenalizado		
Países	Tasa MM*	IDH	Países	Tasa MM*	IDH
Costa Rica	25	0,794	Canadá	7	0,926
Argentina	52	0,825	Cuba	39	0,777
Bolivia	206	0,693	Puerto Rico	14	0,820
Brasil	44	0,759	Uruguay	15	0,804
Chile	22	0,843	Bélgica	7	0,916
Colombia	64	0,747	Dinamarca	6	0,929
Ecuador	64	0,752	España	5	0,891
Paraguay	132	0,702	Francia	8	0,901
Perú	68	0,750	Suecia	4	0,933
Venezuela	95	0,761	Suiza	5	0,944
Irlanda	8	0,938			
Malta	9	0,878			
Polonia	3	0,865			

Fuente: CIA World Factbook. <https://www.indexmundi.com>

*Número anual de muertes femeninas por cada 100,000 nacidos vivos; IDH: Índice de Desarrollo Humano 65

Tomado de: Sandoval, Brighith & Diaz, 2019.

Como se puede ver, los países que han despenalizado el aborto tienen una tasa de MM mucho menor en los que no, lo que establece en primera medida una consecuencia lógica de acoger un modelo de plazos que garantice los servicios de salud de calidad, y es, proteger la integridad personal de las mujeres. Por otro lado, están las disparidades en el Índice de Desarrollo Humano (IDH). El IDH acoge la esperanza de vida, la educación y el disfrute de una calidad de vida cristalizado en el PIB per cápita. Teniendo esto claro, se puede decir que hay una mayor satisfacción de condiciones de vida digna –con los análisis que para cada país esto implica, sin llegar a conclusiones parciales y no objetivas-

En términos generales, el modelo de plazos es un sistema que se muestra acorde con proteger el derecho a las mujeres en condiciones de garantía y que ha generado mayores beneficios en los países donde se ha implementado.

⁶⁵ Sandoval-Baca, Brighith, Chunga-Vallejos, Enrique, & Díaz-Vélez, Cristian. (2019). El aborto como impacto en la mortalidad materna: ¿legalización o desarrollo humano?. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(1), 4-6. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000100004>

Con todo lo anterior, solicitamos a la Honorable Corte conceder lo pedido en la demanda de la referencia y tener en cuenta lo expuesto por las aquí firmantes en relación con el contexto y situación histórica, estructural y socio económica de las mujeres y niñas afrocolombianas, así como la petición subsidiaria que elevamos en el presente escrito. Quedamos a su disposición en caso de necesitar más información en este asunto.

Recibimos notificaciones en nuestras direcciones electrónicas tal como aparece al pie de nuestras firmas.

Cordialmente,

[Redacted signature]

Dayana Blanco Acendra

[Redacted name]

Directora General Ilex Acción Jurídica

[Redacted name]

[Redacted signature]

Eliana Alcalá De Ávila

[Redacted name]

Investigadora Ilex Acción Jurídica

[Redacted name]

[Redacted signature]

Luz Marina Becerra

[Redacted name]

Secretaría General AFRODES

Coordinadora Mujeres Afrocolombianas Desplazadas en Resistencia La COMADRE

Coordinadora Nacional Proceso de Reparación Colectiva La COMADRE

[Redacted]

[Redacted]

Angela Solange Ramirez

[Redacted]

Coordinadora de Género, La Comadre- Cali

[Redacted]

[Redacted]

Maria Fernanda Escobar R

[Redacted]

Representante Pais- Raza e Igualdad- Colombia-

[Redacted]

[Redacted]

Ana María Valencia Mosquera

[Redacted]

Presidenta

Asociación Colombiana de Economistas Negras "Mano Cambiada"

[Redacted]