

RESPECTO, PROTECCIÓN Y GARANTÍA PLENA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:

UNA CAUSA ABIERTA POR LAS MUJERES EN AMÉRICA LATINA

Santiago de Chile, junio 28-30 del 2022

IV Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, CEPAL

El caso de Celia: los vínculos con la falta de acceso a servicios de salud reproductiva en el contexto de leyes restrictivas sobre aborto¹

LOS DERECHOS

LOS HECHOS

EL CASO

LAS EVIDENCIAS

LAS RECOMENDACIONES

Dra Raffaella Schiavon Ermani

Médica y Ginecóloga, certificada por el Consejo Mexicano de Endocrinología y Nutrición y por la Federación Internacional de Ginecología Infanto-Juvenil. Se ha desempeñado en varios servicios públicos (Biología de la Reproducción y Salud Reproductiva para Niñas y Adolescentes), incluyendo en la Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud Federal de México. Fue Directora de Ipas México y Secretaria Técnica del Comité Promotor para una Maternidad Segura en México.

Es autora/coautora de aproximadamente 150 artículos y publicaciones sobre los temas de su expertise. Actualmente, se desempeña como Consultora Independiente en Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en la población adolescente.

1 Nombre ficticio que permite la confidencialidad de la identidad de la mujer.

LOS DERECHOS

Para analizar este caso, parto de los derechos. Los derechos humanos de los que gozan todas las personas que habitan este mundo, y esta región, por ser personas. Su mera existencia impone obligaciones a los Estados y a los agentes del estado para promoverlos, respetarlos, protegerlos y realizarlos.

En la región, el Consenso de Montevideo de 2013 ha sido un poderoso instrumento suscrito por los países de LAC, con Ecuador en la lista, que permite y obliga a la realización de estos derechos. Libremente y de común acuerdo, los países deciden adoptar ciertas medidas prioritarias en la agenda regional en población y desarrollo para América Latina y el Caribe después de 2014, para fortalecer la implementación del Programa de Acción de El Cairo y su seguimiento.

De las 9 medidas contemplada en el Consenso, las más relevantes para el análisis de la historia personal de Celia, incluyen:

A, Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos (numerales 1 y 2)

D, Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (numerales 33, 37, 42, 43, 44 y 46)

E, Igualdad de género (numerales 50, 57 y 65)

G, Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad; de manera general y en lo concerniente a grupos de atención prioritaria con las medidas (numeral 77) y

H, Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos (numeral 87)

ESTE CONSENSO ES LA PALABRA DE HONOR DE NUESTROS PAÍSES, QUE SE PASA ENTRE GENERACIONES Y ENTRE ADMINISTRACIONES.

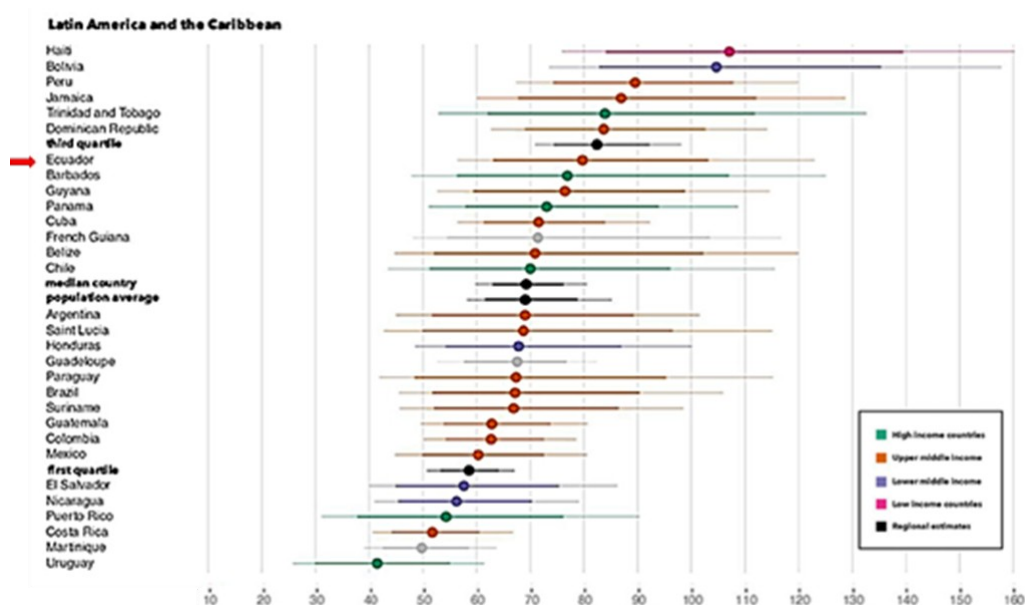
El CM se suma a los demás Convenciones, Tratados, Pactos y Conferencias Internacionales en tema de DDHH, previas y posteriores, incluyendo los últimos compromisos asumidos en la cumbre de Nairobi (abril 2019), donde los Estados Miembros de las UN establecen la meta de los *“Tres ceros”*: *Cero muertes maternas evitables. Cero necesidades insatisfechas de planificación familiar. Cero casos de violencia de género y prácticas nocivas.*

LOS HECHOS

Antes estos compromisos, ¿cuál es la situación actual del Ecuador en temas de Salud Sexual y Reproductiva?

- El Estado de Ecuador conoce los costos de la omisión en Salud Sexual y Reproductiva, porque el mismo encargó una investigación académicamente rigurosa, plural y participativa, donde se destaca que la omisión -desatender los embarazos no deseados, las morbilidades obstétricas, las complicaciones del aborto inseguro y el embarazo adolescente - le cuesta 17 veces más que la prevención.^{2,3} 60 veces más si se añade el costo de la deserción escolar.
- El estado también sabe, o debería saber, que todavía tiene una de las más altas tasas de embarazos no deseados en la región: 80 x cada 1,000 mujeres en edad reproductiva.⁴

Tasa de embarazos no intencionados en LAC (x 1,000 mujeres 15-49 años)⁴



- El Estado también sabe o debería saber que las mujeres, ante un embarazo no intencionado o de plano forzado, en un contexto de criminalización o restricciones legales, sólo tienen dos opciones: ser obligadas a parir y ser madres contra su deseo y su voluntad, o someterse a un aborto inseguro, donde arriesgan su vida, su salud y su libertad.

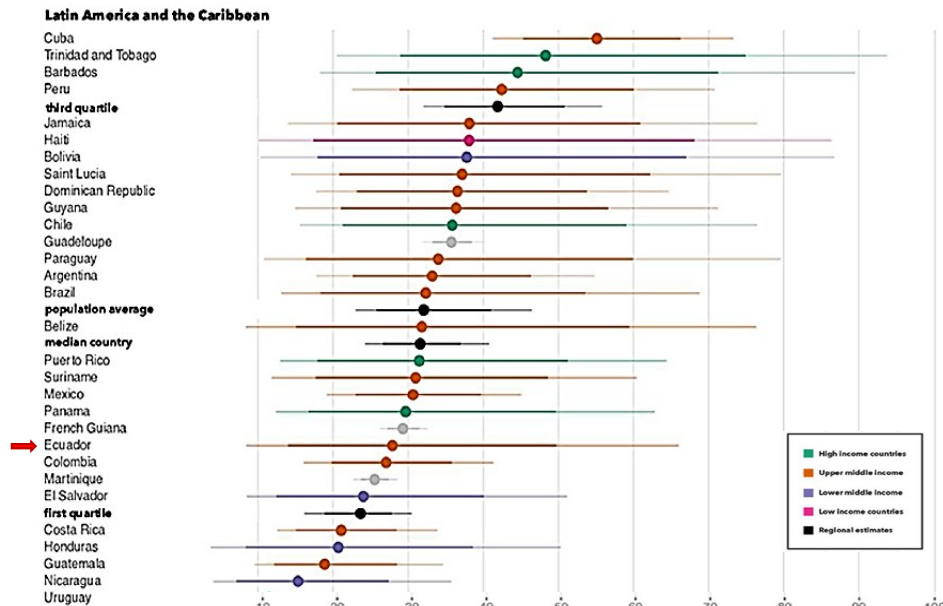
2 MSP, Sendas, INSP "Estudio Costos de omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador" Julio 2017 (<http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>)

3 B Aracena G, R Leyva, N Garnelo B, JP Gutiérrez R. Health and socio-economic consequences by omission of sexual and reproductive health policy. Pre-print, The Lancet, disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3251498

4 Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, et al. Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015–2019. *BMJ Global Health* 2022;7:e007151. doi:10.1136/bmjgh-2021-007151

- Las estimaciones más recientes sobre la incidencia de aborto en Ecuador calculan que al menos 30 de cada 1,000 mujeres de 15-49 años.⁴ Las mujeres más jóvenes, menos escolarizadas y que viven en la pobreza enfrentan los mayores daños a la salud, sociales y económicos.^{3,2,5}

Tasa de abortos en LAC (x 1,000 mujeres 15-49 años)⁴



- El Estado también sabe que una de cada tres mujeres (32.5%) en el Ecuador ha sufrido algún tipo de violencia sexual en su vida;⁶ y que el 97% de ellas no denuncia ni busca justicia.^{ibidem}

El Estado sabe cómo están sus indicadores y lo que tiene que hacer. Los datos explicitan que las omisiones en la política de SSR se caracterizan por una baja racionalidad económica, al seguir priorizando la atención de las complicaciones (de los embarazos no deseados, tempranos y forzados; las muertes y complicaciones maternas, las complicaciones del aborto inseguro) sobre la prevención de las mismas. Adicionalmente, las omisiones específicas en SSyR, se caracterizan por una baja racionalidad científica y pragmática: ignoran las lecciones aprendidas y las experiencias exitosas y se empeñan en repetir los errores y los fracasos probados, a menudo en nombre de creencias e ideologías.

5 Gutiérrez et al. [Social inequality in sexual and reproductive health in Ecuador: an analysis of gaps by levels of provincial poverty 2009–2015](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31154998/) International Journal for Equity in Health (2019) 18:49 Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31154998/>

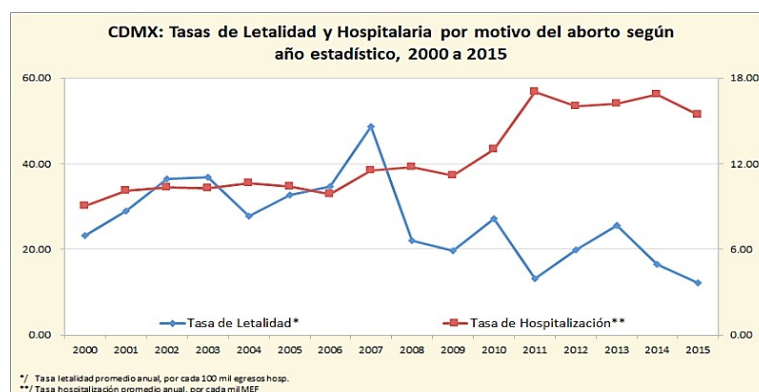
6 INEC (2019), Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra la Mujer, disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/2019/11/Banner-Violencia-contra-las-mujeres-2019.png>

Finalmente, las políticas públicas en SSyR, además de utilizar las evidencias científicas, deben fundamentarse proactivamente en el respeto y promoción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las personas, en el derecho a su autonomía y opciones reproductivas, de todas las personas sin discriminación, en particular de mujeres, niñas y adolescentes, en sus necesidades y preferencias. La obligación del Estado y de sus agentes es garantizar para todas ellas, la información y los medios para lograrlo.

LAS EVIDENCIAS

Las evidencias internacionales, así como las que se han generado en la región en los últimos años (Uruguay, Ciudad de México, Argentina, Colombia) nos demuestran claramente que:

- El aborto inseguro sigue siendo una de las primeras causas de muertes maternas y de complicaciones en la región. ⁷ Se estima que el 77% de todos los abortos en América Latina son inseguros o poco seguros (WHO 2017). ⁸
- Donde el aborto es totalmente o fuertemente restringido, la prevalencia del aborto NO disminuye, pero aumenta significativamente su morbi-mortalidad. Ni la criminalización reduce los abortos ni hacerlos legales los aumenta. ⁴
- Donde el aborto se despenaliza y se hace accesible en los servicios, después de un aumento inicial de los casos, se observa una clara estabilización; y sobre todo, disminuyen las muertes y complicaciones por aborto inseguro y por causas maternas en su conjunto. (Datos de la CDMX) ⁹



- El aborto inducido en condiciones legales es el procedimiento médico MAS SEGURO que puede enfrentar una mujer, una vez embarazada: varias veces más seguro que un embarazo y un parto a término. ¹⁰

Evento	Tasa de mortalidad * EEUU 1991-99
Aborto legal	0.567
Aborto espontáneo	1.19
Parto producto vivo	7.06
Ectópico	31.9
Muerte fetal	96.3

7 Lancet Glob Health 2014; 2: e323–33. & Lancet 2016; 388: 1775–812.

8 [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31794-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31794-4.pdf)

9 Darney BG, Fuentes-Rivera E, Polo G, Saavedra-Avendaño B, Alexander L, Schiavon R. *Con la ley y sin la ley/With and without the law: Utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000–2016* Int J Gynecol Obstet 2020; 148: 369–374. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13077>

10 Grimes Am J Obstet Gynecol 2006 Jan;194(1):92-4. doi: 10.1016/j.ajog.2005.06.070.

- La seguridad del aborto legal se ha confirmado en las estadísticas de Estados Unidos, Europa y en la misma Ciudad de México, donde, entre más de 250,000 procedimientos, NO se ha registrado una sola muerte.

**Riesgo de Muerte por aborto legal
(x 100,000 procedimientos)**

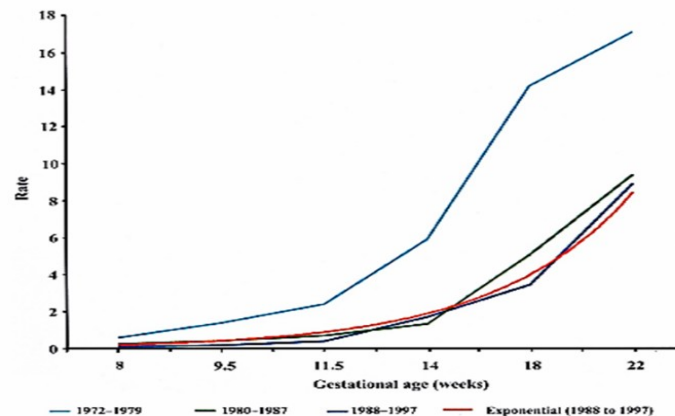
	Letalidad : Muertes x 100,000 procedimientos
EEUU 1991-1999 *	0.6
EEUU 1998-2005**	0.6
ANAES 2001***	0.3
Ciudad de México 2007-2020	0

***Grimes 2006 ** Raymond 2012 ***
Francia 2001**

- El aborto inducido es tanto más seguro cuanto más temprano, pero es siempre mucho más seguro en condiciones legales que en condiciones clandestinas

Riesgo de Muerte por aborto por Edad Gestacional y por estatus legal

11



- Los abortos del segundo trimestre representan la minoría de todos los casos de abortos, inducidos y/o espontáneos, pero contribuyen a la mayoría de las muertes y complicaciones por aborto inseguro. Por lo mismo, por un lado se debe promover que las mujeres lleguen lo más temprano posible, reduciendo las barreras (por ejemplo, la denuncia obligatoria o la autorización de instancias de justicia en caso de violación) y facilitando el acceso. Y por el otro, con más calidad, técnica y humana, de los profesionales de la salud, para que las mujeres que lleguen tarde, se atiendan cada vez mejor, y el aborto tardío cobre cada vez menos víctimas.^{12, 13}

11 Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, Atrash HK. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004 Apr;103(4):729-37. doi: 10.1097/01.AOG.0000116260.81570.60

12 https://www.bpas.org/media/1202/second_trimester_abortions_ingham.pdf

- Donde existen límites de edad gestacional para el acceso al aborto legal, estos “golpean” siempre y sistemáticamente a las mujeres más vulnerables. Porque las mujeres que llegan más tarde a solicitar un aborto tienen menos información, menos recursos económicos y educativos, por lo general son jóvenes y sin hijos, y tienen menos apoyos de su red familiar y social: no tienen parejas, o viven situaciones de conflicto o violencia.¹⁴ Por lo mismo, experimentan todos los retrasos posibles e imaginables en el proceso: se tardan más en darse cuenta del embarazo, en tomar la decisión de interrumpir, en identificar donde, como y con quien, en su caso recabar los recursos económicos, en viajar, si es necesario, en organizarse con el trabajo y con los hijos, si los tienen.¹⁵ Y, además, se enfrentan a los cuellos de botellas de los sistemas de salud y de los profesionales: quien las manda de una consulta a otra, quien les indica medicamentos que no son efectivos, quien retrasa (a menudo a propósito) el diagnóstico prenatal; quien ignora los síntomas de la violencia. Y una larga lista de etcéteras. Es decir, no lo hacen porque quieren o les gusta: llegan tarde por los obstáculos que el mismo sistema (las leyes, los servicios) les pone en el proceso de búsqueda de la atención a la cual tienen derecho.¹⁶

Basándose en una exhaustiva revisión de estas evidencias, así como en el análisis riguroso del derecho de los derechos humanos, las más recientes “Directrices sobre la atención para el aborto” (*Abortion Care Guidelines*) emitidas por la OMS, recomiendan por lo tanto, en materia de leyes y regulaciones:¹⁷

- 1) no criminalizar al aborto (eliminarlos de los códigos penales)
- 2) no establecer plazos
- 3) no requerir periodos de reflexión/espera
- 4) no establecer requisitos legales y normativos que constituyan barreras o impliquen retrasos para el acceso
- 5) no exigir autorización de terceros.

La OMS además ratifica que el aborto es un procedimiento extremadamente seguro, en todas las etapas de la gestación, si realizado según esas directrices, y exhorta a los países y las comunidades a que consideren al aborto como un componente esencial de la atención en salud, (*Abortion is healthcare*), como el embarazo, el parto, la anticoncepción, etc.

13 https://www.researchgate.net/publication/264815938_Second-trimester_abortions_in_England_and_Wales

14 Saavedra-Avendano B, Schiavon R, Sanhueza P, Rios-Polanco R, Garcia-Martinez L, Darney BG. Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? PLoS ONE 2018 13(2): e0192547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192547>

15 D Greene Foster, K Kimpfor. Who Seeks Abortions at or After 20 Weeks? Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2013, 45(4):210–218, doi: 10.1363/4521013

16 Artículo 24 semanas, Schaivon R, Periódico Reforma, 6 Marzo 2022, https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?__rval=1&urlredirect=https://www.reforma.com/veinticuatro-semanas/ar2361679?referer=-7d616165662f3a3a6262623b727a7a7279703b767a783a--

17 Abortion Care Guidelines WHO March 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> y Resumen Ejecutivo en Español <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240045163>

EL CASO: CELIA

Celia es una ciudadana del Estado de Ecuador, estado que violó sus derechos humanos, sexuales y reproductivos de manera múltiple, repetitiva y continuada, a lo largo de varios años de su vida. Celia es una persona única y especial, y además particularmente valiente, porque está aquí representando la vida de las ciento de miles de mujeres que caen en los hoyos de una red de fallas y omisiones. Es una mujer cargada de todos los determinantes sociales que generan las vulnerabilidades extremas, **que ha sido tres veces “madre” sin desearlo ni quererlo.** Su último embarazo es una verdadera historia de terror: un embarazo forzado, cautivo, controlado, una tortura física y psicológica, donde Celia es el contenedor del único “bien” que el estado y sus agentes consideran que tienen la obligación de proteger: el feto.

No repito aquí la lista – incompleta - de sus derechos violados: ella ha sido víctima de una cadena interminable de violaciones, engaños, tratos crueles, inhumanos y degradantes, violencias personales e institucionales, por parte del personal y de las instituciones del sistema de salud, del sistema de justicia (que en lugar de perseguir al violador, persiguen a la víctima) y del sistema de protección social. No se trató exclusivamente de ausencias, de omisiones o insuficiencias de los marcos legales y del sistema, se trató de una persecución activa de los agentes del estado. En particular, como médica, me siento profundamente ofendida, lastimada, defraudada y escandalizada por el trato que el personal de salud le dio, más allá de todo marco legal.

La historia de Celia demuestra de manera emblemática la interseccionalidad, la interdependencia e la indivisibilidad de los derechos: el círculo vicioso de la violación de estos derechos, la espiral de la reproducción no intencionada y la pobreza, donde queda atrapada Celia, en lugar del círculo virtuoso que el Estado tiene la obligación de ofrecerle, garantizándole desde un principio sus opciones reproductivas, y facilitándole un posible “escape” de la pobreza. Recordemos que la carga reproductiva de por sí produce un “*undue burden*” en especial sobre las mujeres, por la carga del trabajo del cuidado no remunerado, por el tiempo que le requiere y que le quita a su potencial rol productivo, en un trabajo remunerado. Esta carga se hace aún más pesada en caso de maternidades no intencionadas, y todavía más cuando éstas son forzadas.

Finalmente, la historia de Celia es una demostración clarísima de como la actual ley de causal violación, lejos de ser una forma -parcial- de otorgar justicia y reparación del daño, se constituye, en la práctica, (¿intencionalmente?) en una barrera insuperable, más aún cuando las mujeres como ella que necesitan el aborto, ya sufrieron ausencias, omisiones y de plano violencias del estado.

LAS RECOMENDACIONES:

UNA HOJA DE RUTA HACIA EL PLENO GOCE DE LOS DERECHOS HUMANOS, SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA TODAS LAS MUJERES, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Nuestra hoja de ruta, para garantizar la defensa de los DDHH de Celia y todas las mujeres en el Ecuador y en la región, así como para asegurar la no repetición, sigue siendo el Consenso de Montevideo, y está trazada en las 9 medidas prioritarias, pero en particular en las cinco medidas relevantes que ya se han repetidamente mencionado:

A. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos (numerales 1 y 2)

D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (numerales 33, 37, 42, 43, 44 y 46)

E. Igualdad de género (numerales 50, 57 y 65)

G. Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad; de manera general y en lo concerniente a grupos de atención prioritaria con las medidas (numeral 77) y

H. Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos (numeral 87).

LEYES Y POLITICAS PUBLICAS: RECOMENDACIONES GENERALES

La ley que en la actualidad regula el aborto por violación, en el Estado del Ecuador, es la ley que impidió a Celia acceder a la justicia. Es una ley que va en sentido absolutamente contrario a todas las evidencias que mencionamos arriba. Va en sentido contrario también a la sentencia de su misma Corte Constitucional, que mandata una ley: ¹¹

- Que tenga un plazo razonable (sin especificar cual)
- Que no promueva la maternidad forzada,
- Que garantice el libre acceso de niñas y adolescentes sin la necesidad de la autorización de su representante legal,
- Que respete y cumpla con estándares del derecho internacional de derechos humanos en la materia y alineada con las recomendaciones internacionales en salud (de la OMS/OPS).

La ley va en sentido totalmente contrario también a las recomendaciones internacionales de la OMS, mencionadas arriba, es decir, como mencionamos arriba:

1. no criminalizar al aborto (eliminarlos de los códigos penales)
2. no establecer plazos
3. no requerir periodos de reflexión/espera
4. no establecer requisitos legales y normativos que constituyan barreras o impliquen retrasos para el acceso
5. no exigir autorización de terceros.

Estas recomendaciones en su conjunto deben marcar la ruta para avanzar en la regulación del aborto en el Ecuador.

Urge, por lo tanto, una nueva ley que permita reparar las violaciones de los DDHH y DSyR de Celia, y garantizar la no repetición para evitar que otras cientos y miles de Celia sufran la tragedia de una maternidad forzada por sus mismas omisiones y violencia.

SERVICIOS DE SALUD

Ya el Consenso de Montevideo señala cuales son las RECOMENDACIONES GENERALES, en temas de servicios de SSyR, que se vuelven las recomendaciones específicas programáticas para la garantía de no repetición del daño en este caso emblemático:

- **Prevención primaria del embarazo no intencionado (no planeado o no deseados) vía la PF/AC**, previa consejería adecuada y un cuidadoso proceso de Consentimiento Informado, en el respeto de la autonomía de la persona, sin necesidad de autorización de terceros.¹⁸
- **Prevención secundaria de los embarazos forzados**: con prevención y atención de la violencia sexual, incluidos las **PAE/DIU de emergencia**, en los servicios de salud.
- **Prevención terciaria**: proveer servicios de aborto seguro en caso de embarazos no deseado y forzados.

Sabemos que una ley sin implementación de servicios de calidad es una simulación. Por lo tanto, además de una nueva ley reglamentaria del aborto por violación, el Estado deberá garantizar la información sobre y el acceso a:

- **Servicios de aborto legal**, bajo todas las causales existentes en la actualidad, con la interpretación más amplia y alineada con los derechos humanos y el principio *pro-persona* ratificada por la sentencia de la SCJN,¹⁹ en el respeto de la autonomía de la persona,⁹ sin necesidad de autorización de terceros, sin barreras normativas y técnicas, y con sustento en la evidencia científica y las mejores prácticas²⁰
- **Servicios de aborto seguro**, en todos los casos de complicaciones por aborto,

es decir, en caso de aborto incompleto, aborto retenido, hemorragia del primer trimestre, infecciones y sepsis, lesiones traumáticas. Se deberá garantizar la atención de calidad, técnica y humana, utilizando tecnologías recomendadas (AMEU y Aborto con Medicamentos, eliminando el recurso a las técnicas obsoletas como el LUI).

Se deberá respetar y proteger siempre los DDHH de la persona atendida,

18 Para personas menores de edad, se aplicarán los principios de interés superior del menor y de autonomía progresiva.

19 Corte Constitucional 2021, Sentencia 34-19IN y acumulados, disponible en:

<https://portal.corteconstitucional.gob.ec/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=34-19-IN/21>

20 Abortion Care Guideline, WHO 2022, y Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo OMS 2022, disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> y en

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240045163>

incluyendo sus derechos a la intimidad, privacidad y a la protección de los datos personales.

CONCLUSIONES.

En resumen:

Los hechos analizados demuestran que el estado de Ecuador está instrumentando políticas en salud y derechos sexuales y reproductivos, caracterizadas por severas omisiones, por una baja racionalidad económica, por una baja racionalidad científica y pragmática, de manera contraria a las evidencias y al respeto de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las personas, en el derecho a su autonomía reproductiva.

Urge elaborar una nueva ley que permita reparar las violaciones de los DDHH y DSyR de Celia y garantizar la no repetición, para evitar que otras cientos y miles de Celia sufran la tragedia de una maternidad forzada por sus mismas omisiones y violencia. Urge implementar servicios de calidad. Urge un compromiso claro del Estado del Ecuador, y una hoja de ruta con metas e indicadores transparentes, que permitan el monitoreo público y la rendición de cuentas, internacional y regional (de acuerdo a los lineamientos del CM).

Al Estado no le toca normar las opciones reproductivas de las mujeres, tomar por ellas decisiones tan íntimas y privadas como las de ser madres o no. El rol del Estado es garantizar la información, los medios y los servicios para que estas decisiones sean tomadas con información, con libertad y en toda seguridad, física y emocional, sin estigma ni discriminación.

“Cuanto más profundo es el dilema ético, cuanto más compleja es la ponderación de los derechos y más delicado el balance entre la innegable realidad de un producto en grados crecientes del desarrollo y la aún más innegable realidad de una mujer - que no quiere, no puede, no tiene la capacidad y disponibilidad física, mental y emotiva de traerlo al mundo - tanto más la decisión, ética y moral, debe estar en sus manos. Ella es quien mejor sabe”