

CAUSA ABIERTA

en el marco de la
IV CONFERENCIA REGIONAL
DE POBLACIÓN Y DESARROLLO CEPAL

Lunes 27 de junio 5 p.m

Park Plaza Hotel
Avenida Ricardo Lyon 207, Providencia
Santiago. Chile.

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

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

- 
- **LOS DERECHOS**
 - **LOS HECHOS**
 - **LAS EVIDENCIAS**
 - **EL CASO**
 - **LAS RECOMENDACIONES**

Los derechos

El **Consenso de Montevideo** es el principal instrumento suscrito por los países de LAC, con Ecuador en la lista, que permite y obliga a la realización de los Derechos Humanos, para fortalecer la implementación del Programa de Acción de El Cairo y su seguimiento. 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 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: la situación de la SSyR en Ecuador

El Estado de Ecuador conoce los costos de omisión en SSyR: 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, 60 veces más si se añade el costo de la deserción escolar.

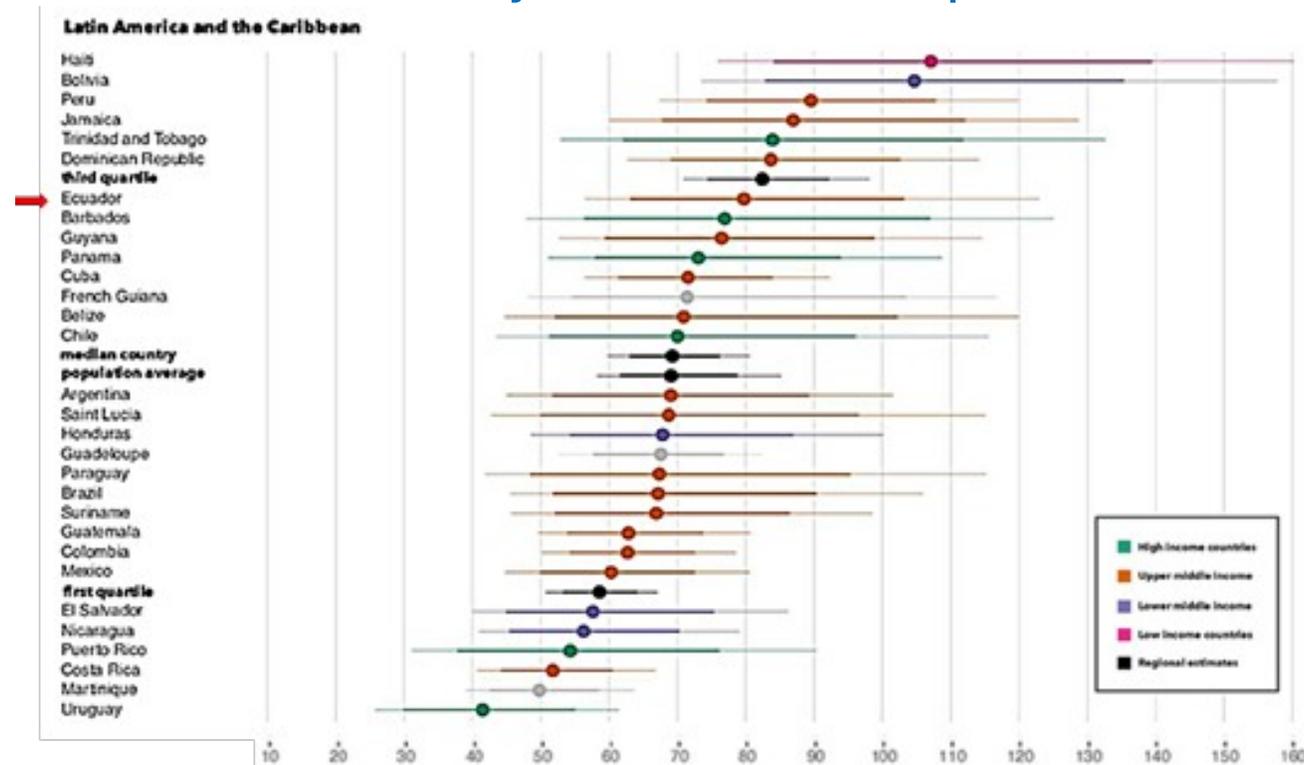
*MSP, Sendas, INSP “Estudio Costos de omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador” Julio 201, accesible en:
<http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>*

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

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

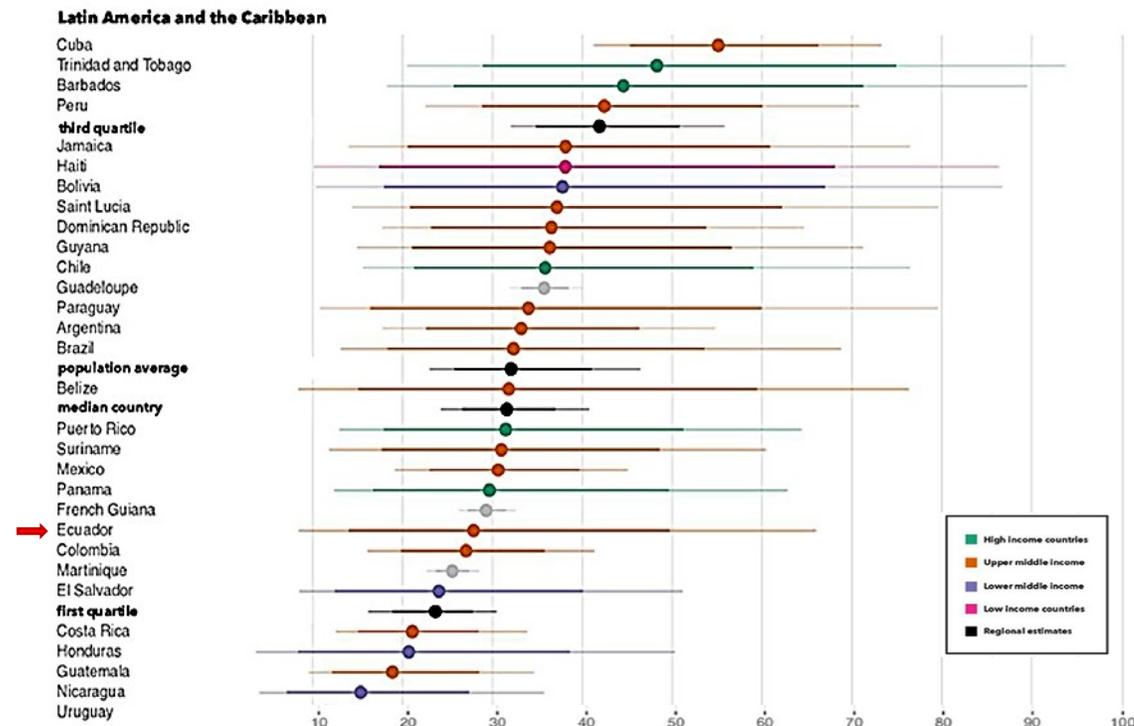
Los hechos: la situación de la SSyR en Ecuador

El estado sabe que tiene una de las más altas tasas de embarazos no deseados en la región: 80 x cada 1,000 mujeres en edad reproductiva.



Los hechos: la situación de la SSyR en Ecuador

El estado sabe que en el Ecuador al menos 30 de cada 1,000 mujeres de 15-49 años tienen un aborto. Las mujeres más jóvenes, menos escolarizadas y que viven en la pobreza enfrentan los mayores daños a la salud, sociales y económicos.



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

Los hechos: la situación de la SSyR en Ecuador

- Estos datos demuestran que las omisiones actuales en las políticas de SSyR se caracterizan por una baja racionalidad económica.
- Ciertas omisiones específicas se caracterizan además por una baja racionalidad científica y pragmática, al ignorar las lecciones aprendidas y en repetir errores y fracasos probados.
- Las políticas públicas deben fundamentarse, además que en las evidencias, en el respeto de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las personas, en el derecho a su autonomía y opciones reproductivas, en sus necesidades y preferencias, garantizándoles la información y los medios para lograrla.

Las evidencias

Las evidencias internacionales, así como las que se han generado en la región demuestran que:

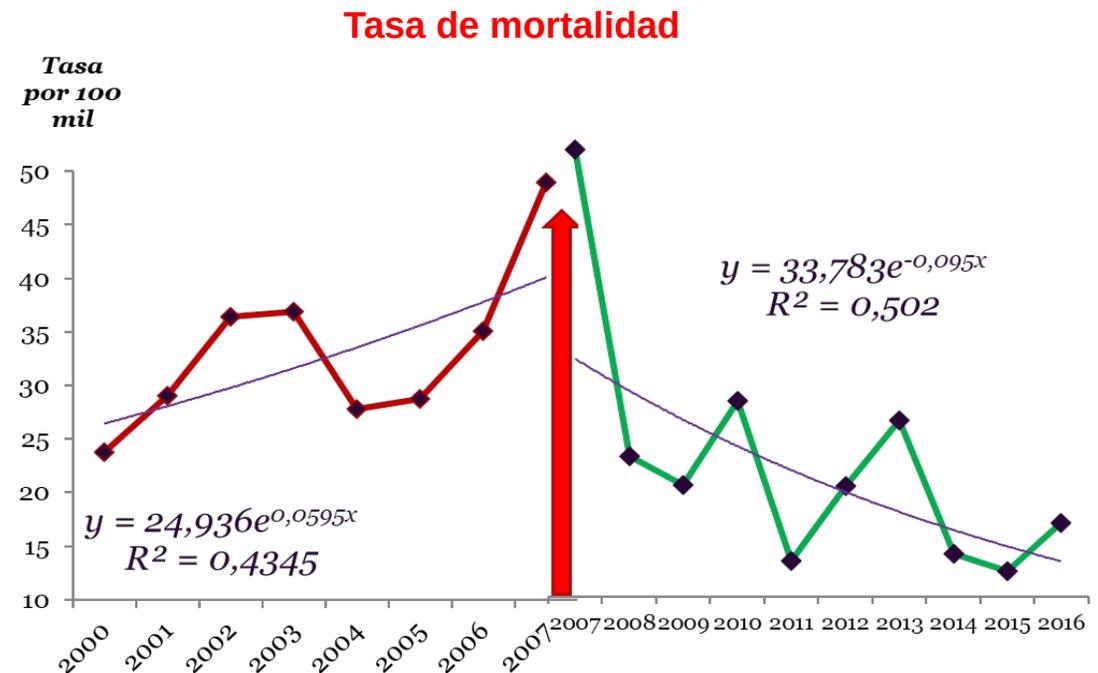
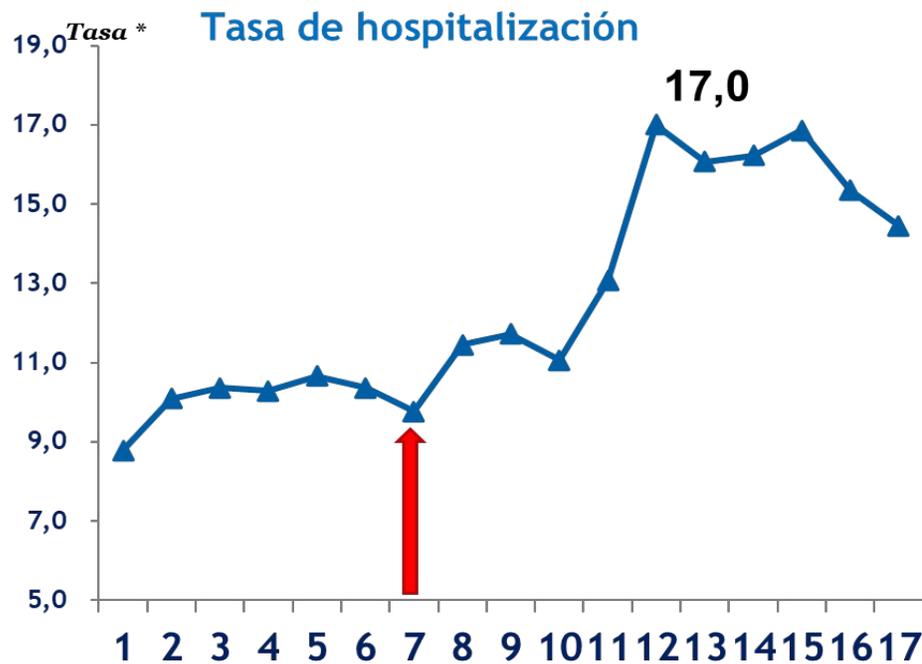
El aborto inseguro sigue siendo una de las primeras causas de muertes maternas y de complicaciones en la región; se estima que el 77% de todos los abortos en América Latina son inseguros o poco seguros.

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.

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

Las evidencias

- 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; sobre todo, disminuyen las muertes y complicaciones por aborto inseguro y por causas maternas en su conjunto: CDMX 2000-2017.



Las evidencias

- 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.

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

Las evidencias

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

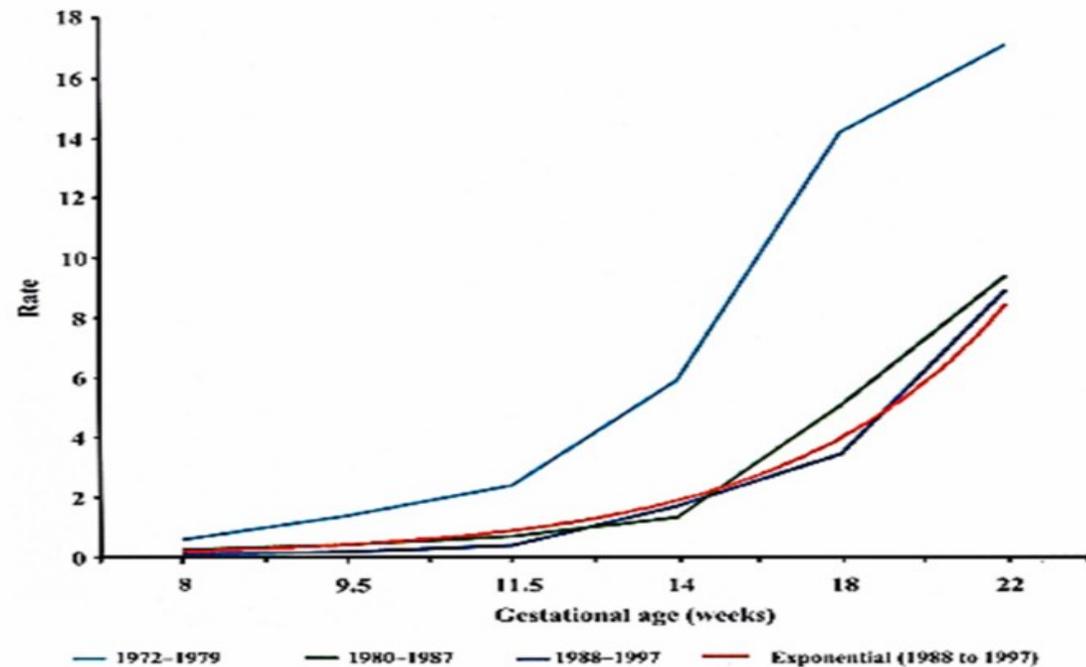
	Letalidad : Muertes x 100,000 procedimientos
EEUU 1991-1999 *	0.6
EEUU 1998-2005**	0.6
ANAES 2001***	0.3
Ciudad de México 2007-2020	0

Grimes 2006 ** Raymond 2012 * Francia 2001*

Las evidencias

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

Semanas Gestación	Tasa Mortalidad*
< 8	0.1
9-10	0.2
11-12	0.4
13-15	1.7
16-20	3.4
> 21	8.9



Las evidencias

- Donde existen límites de edad gestacional para el acceso al aborto legal, estos penalizan sistemáticamente a las mujeres más vulnerables.
- Los abortos del segundo trimestre representan la minoría de todos los casos de abortos, pero contribuyen a la mayoría de las muertes y complicaciones por aborto inseguro.
- Además de promover que las mujeres lleguen temprano, reduciendo las barreras y aumentando el acceso, se debe capacitar a 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.

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

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

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>

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

El caso: Celia

Celia es una ciudadana del Estado de Ecuador, que violó sus derechos humanos, sexuales y reproductivos de manera múltiple, repetitiva y continuada, a lo largo de varios años de su vida. 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.

El caso: Celia

La historia de Celia demuestra la **interseccionalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos**: el círculo vicioso de su violación, la espiral de la reproducción no intencionada y la pobreza, donde queda atrapada Celia, en lugar del círculo virtuoso que el Estado debería ofrecerle, garantizándole sus opciones reproductivas y facilitando su “escape” de la pobreza.

Es un ejemplo de como la maternidad representa un “*undue burden*” para las mujeres, por el trabajo del cuidado no remunerado, carga aún más pesada en maternidades no intencionadas y forzadas.

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

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 ya mencionadas:

- 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).

Se derivan recomendaciones al Estado del Ecuador en leyes y políticas públicas, en servicios de justicias y servicios de salud.

Recomendaciones en leyes y políticas públicas

La actual ley de aborto por violación en el Ecuador es la ley que impidió a Celia acceder a la justicia. **Es una ley que va en sentido contrario a todas las evidencias mencionadas arriba;** a los mandatos del CM de revisar leyes y normas contrarias a los DDHH; a la sentencia de su misma Corte Constitucional; y va en sentido totalmente contrario a las más recientes directrices internacionales que recomiendan (WHO 2022):

- 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.

Recomendaciones en Servicios de Salud

Una ley sin implementación de servicios de calidad en una simulación.

Además de **recomendaciones generales**, alineadas al CM en temas de servicios de SSYR, se señalan algunas recomendaciones específicas programáticas para la garantía de no repetición del daño:

- **Prevención primaria:** EIS, servicios e insumos para PF/AC, para prevenir el embarazo no intencionado, previa una consejería adecuada y un Consentimiento Informado respetuoso de la autonomía de la persona, sin autorización de terceros.
- **Prevención secundaria** de los embarazos forzados: prevención y atención de la violencia sexual, incluidos las PAE/DIU de emergencia.
- **Prevención terciaria:** atención de los embarazos no deseado y forzados, con énfasis en la provisión de la Interrupción del Embarazo.

Recomendaciones en Servicios de Aborto

- **Servicios de aborto legal:** Proveer información sobre y acceso a servicios de aborto legal, bajo todas las causales existentes, con la interpretación más amplia y alineada con los derechos humanos y el principio *pro-persona* ratificada por la sentencia de la SCJN, en el respeto de la autonomía de la persona, sin plazos, sin autorización de terceros, sin barreras normativas y técnicas.
- **Servicios de atención al aborto seguro**, en todos los casos de complicaciones por aborto: aborto incompleto, aborto retenido, hemorragia del primer trimestre, infecciones y sepsis, lesiones traumáticas.

En ambos, se deberá garantizar atención de calidad, técnica y humana, utilizando tecnologías recomendadas (AMEU y AM, eliminando el recurso a las técnicas obsoletas (LUI); en el respeto y protección de los DDHH de la persona atendida, incluyendo sus derechos a la intimidad, privacidad y a la protección de sus datos personales.

Conclusiones

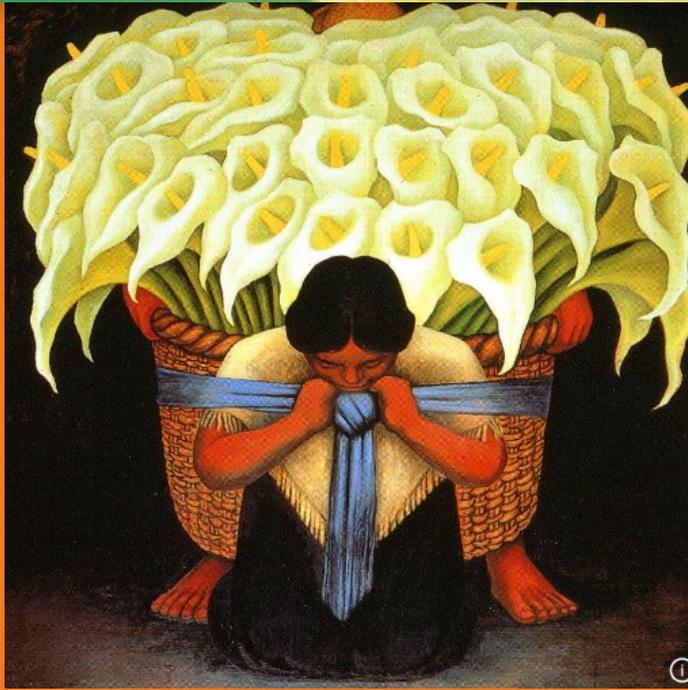
En resumen:

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.

Conclusiones

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 cuenta, internacional y regional (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.



Muchas gracias
Raffaella Schiavon Ermani
schiavonraffaella1@gmail.com