

Cómo se viven los derechos reproductivos en Ecuador:

escenarios, contextos y circunstancias

Cuaderno de Trabajo "Cómo se viven los derechos reproductivos en Ecuador: escenarios, contextos y circunstancias"

PRESIDENTA COMISIÓN DE TRANSICIÓN

Ana Lucía Herrera

Colección: Cuadernos de Trabajo

Autoras: Vanessa Bustamante

Virginia Gómez de la Torre

Praismel S.A.

Edición: Virginia Gómez de la Torre

Diseño e Impresión : Manthra Editores

Tiraje: 1 000 ejemplares

Primera edición

Quito, diciembre 2011

Derechos de Autor: 037551

ISBN: 978-9942-07-192-7

**COMISIÓN DE TRANSICIÓN
HACIA EL CONSEJO DE LAS MUJERES
Y LA IGUALDAD DE GÉNERO**

Pasaje Donoso N32-33 y Whympet

Teléfonos: 2651472 – 2651446

comisiondetransicion@comisiondetransicion.gob.ec

Quito - Ecuador

INDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
I. UTOPÍAS Y REALIDADES DEL ABORTO EN EL CONTEXTO GLOBAL Y LOCAL	11
Introducción	11
CONTEXTOS Y REALIDADES GLOBALES Y REGIONALES DEL ABORTO	12
Legislación del aborto a nivel global	13
Contexto regional: Salud Reproductiva en América Latina	15
Discusiones y dilemas acerca del aborto por malformaciones incompatibles con la vida y por violación	18
Violencia sexual y aborto	20
Nudos críticos y debates entrampados en el dogma	21
El estado laico y los derechos sexuales y derechos reproductivos	25
AVANCES DE LA TECNOLOGÍA REPRODUCTIVA Y EL ABORTO.	26
Medicamentos para interrumpir el embarazo	27
Métodos quirúrgicos: Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	28
Atención Pos Aborto- APA	29
Anticoncepción oral de emergencia en el escenario de la prevención de embarazos no deseados abortos inseguros	29
EL ECUADOR UN PAÍS DE MATERNIDADES FORZADAS Y MUERTES EVITABLES RELACIONADAS CON EMBARAZOS Y VIOLENCIA SEXUAL.	32
La píldora del día después (AE) y el aborto como objetivos de conservadores y activistas por los derechos de las mujeres	32
Cronología del debate y propuestas relacionadas con el aborto en los últimos 7 años	35
¿Las mujeres ecuatorianas se mueren por causas relacionadas con el aborto?	38
Resistencias y desobediencias civiles de las feministas jóvenes: informar como abortar de manera segura es un derecho.	39
Católicas por el derecho a decidir-Ecuador	40
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	42
II. TENDENCIA Y MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GENERAL Y ESPECÍFICAMENTE DE LAS MUERTES CERTIFICADAS POR ABORTO Y SUS COMPLICACIONES (DIAGNÓSTICOS 003-008 CIE 10) EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD DEL ECUADOR	45
RESUMEN	45
INTRODUCCIÓN	46
LA RAZÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR	48
EL ABORTO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	49
Clasificación del aborto según la CIE 10 emitida por la Organización Mundial de la Salud.OMS.	50
Embarazo no deseado – Aborto inducido, problemas persistentes en salud pública	53
METODOLOGÍA	55
ANÁLISIS DE DATOS	56
RESULTADOS	56
Tendencia de la mortalidad materna en general en el Ecuador	56
Tendencia de la mortalidad materna en general y por aborto:	59
Análisis del sub-registro de los diagnósticos 003 – 008, según clasificación CIE 10, en el Ecuador en el período 2008 – 2010	67
Análisis de los casos con diagnóstico 003 – 008, según CIE 10, como causa de muerte materna en el Ecuador en el período 2008 – 2010.	69
DISCUSIÓN	91
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	95

GLOSARIO DE TERMINOS	96
BIBLIOGRAFÍA	96
III. ESTUDIO DE MAPEO Y ANÁLISIS DE ACTORES SOBRE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	99
INTRODUCCIÓN	99
Objeto de estudio	99
Objetivos	99
Ficha Técnica	101
Operativo de campo	102
Asambleístas nacionales y provinciales	104
Legislación, derechos sexuales y derechos reproductivos (DDSR)	105
Percepciones sobre la violencia contra la mujer	109
Posiciones y relaciones entre actores internos y externos a la Asamblea Nacional	110
Actores sociales	111
Vinculación con los derechos sexuales y reproductivos (DDSR)	113
Percepciones sobre la violencia contra la mujer	119
Posiciones frente a la legislación y políticas en caso de delitos sexuales	121
Posiciones y relaciones entre actores sociales	121
Conclusiones y recomendaciones	123
A N E X O	125
IV. INFORME DE ENTREVISTAS A MUJERES SOBRE LA VULNERACIÓN DE SUS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	129
Metodología	129
Vulneración de derechos: violencia y delitos sexuales en Quito y Guayaquil	129
Vulneración de derechos: casos de interrupción de embarazo en Quito y Guayaquil	137
Conclusiones	142
ANEXO	144

PRESENTACIÓN

La Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género es el mecanismo especializado del Estado, cuyo mandato es la definición de la institucionalidad pública que garantice la igualdad entre hombres y mujeres. Para su cumplimiento el Directorio de la Comisión una vez instalado, definió como objetivos estratégicos que guiaron la gestión institucional, los siguientes:

1. Impulsar un Sistema de Igualdad entre mujeres y hombres, que fortalezca al Estado democrático para el Buen Vivir.
2. Incidir en los Sistemas de Participación Pública y Política para lograr la autonomía política y toma de decisiones de las mujeres.
3. Incidir en la construcción de un Sistema de Justicia y de Protección de derechos que permita la Autonomía de las mujeres.
4. Incidir en la construcción de un Sistema económico social y solidario que garantice la autonomía económica de las mujeres.

Uno de los temas enfatizados para la consecución del Objetivo 3 fue la contratación de varios estudios sobre la problemática de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En este marco presenta la recopilación de tres estudios sobre la problemática del aborto abordada desde diferentes entradas que se consideran insumos estratégicos para la construcción de política pública.

La actual coyuntura política del país, en la que se debaten leyes que podrían ampliar el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres o restringirlos más todavía, constituye el escenario propicio para la presentación de esta publicación que se confía, servirá para reafirmar derechos o desechar información incorrecta y prejuicios que sobre la temática existen en el imaginario social ecuatoriano.

Se espera que este aporte guíe hacia un cambio legislativo que garantice a las mujeres su derecho a decidir y optar legalmente por continuar o interrumpir sus maternidades, en concordancia con sus deseos y circunstancias personales.

Comisión de Transición hacia el
Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género

INTRODUCCIÓN

Sin duda alguna, las certezas respecto del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y hombres en el mundo no van de la mano. Para las mujeres la sexualidad libre de la reproducción se está proyectando hacia territorios liberados en el escenario más optimista. El placer está cerca y es más cotidiano. Los paradigmas ligados al goce sexual, ya no son más falo- céntricos, ni heterosexuales exclusivamente, la liberación de actitudes y prácticas respecto de la sexualidad permiten a las mujeres acceder a otros placeres, el cuerpo es cada vez más, propiedad de las mujeres y las satisfacciones no son necesariamente solo genitales, son culturales, sociales, políticas, de ejercicio de poder. Porque apropiarse del cuerpo integralmente, es empoderarse.

Sin embargo, en el escenario pesimista y con los tonos grises y matices que tiene la vida, la industria del placer en la cual están involucrados los cuerpos de las mujeres al servicio del patriarcado, ofrece más a los hombres que a las mujeres, la vivencia a costa de éstas, de una sexualidad violenta en su máxima expresión. Desde la aparición del viagra como expresión de un esfuerzo de investigación destinado a preservar hasta la muerte la capacidad de erección masculina, (esfuerzo que no se ha hecho para las mujeres), la industria del placer tiene límites difusos entre el placer y el horror. La bondad de los anticonceptivos, los juguetes sexuales, dan paso a la pornografía, la trata de personas y la explotación sexual comercial en un espectro cuyo lado más sombrío tiene a las mujeres en el centro.

La reproducción humana en cambio, despojada de la sexualidad transita hacia un mundo en el cual la tecnología reproductiva va marcando el paso y definiendo más allá de la legalidad los derroteros a seguir.

“Al inicio del tercer milenio el horizonte de la reproducción humana está preñado de dudas, temores y expectativas. Mientras que un sinnúmero de mujeres se entrega a la gestión tecnológica de la procreación, con sufrimiento y a precios desorbitados, otras hacen todo lo posible por deshacerse de las vidas que llevan dentro.

La alternativa se da entre quienes, sin asumir la responsabilidad cotidiana de su crianza, tienen el poder para impedir o favorecer que se den esos nacimientos y quienes los tendrán que asumir afectiva y económicamente en el día a día. Como la consigna de El Vaticano de aceptar “todos los hijos que Dios mande” no está respaldada materialmente por ninguna instancia de la Iglesia católica, y como ningún estado garantiza tampoco las condiciones básicas para una vida digna para esos hijos, ni está dispuesto a solventar los costos económicos que dicho anhelo requiere, tener o no tener hijos (reproducirse) se vive como una decisión individual”¹

En este horizonte, así como lo plantea Marta Lamas, desafortunadamente, para las mujeres pobres resulta casi imposible acceder a los beneficios del progreso científico, sea que necesiten un embarazo o sea que necesiten interrumpirlo. La pertenencia de clase, etnia, edad, definen sus opciones. Mientras más se acercan a la pobreza, a la desinformación, a la violencia, menos posibilidades de éxito tendrán. En el Ecuador la necesidad derivada de problemas de fertilidad o la necesidad de abortar, no están dentro de las prestaciones de salud pública del país. En el caso del aborto, además es ilegal.

¹ Lamas, Marta. “Aborto, derecho y religión en el siglo XXI”. En: DEBATE FEMINISTA, AÑO 14. VOL 27. ABRIL 2003, México D.F. Pág. 139-164

Tres perspectivas de un mismo problema se plantean en este material. El primer documento: “Utopías y realidades del aborto en el Ecuador y en el mundo global” recorre diversos escenarios: los contextos globales del derecho a decidir en caso de maternidades no deseadas, el escenario latinoamericano y la realidad ecuatoriana.

Sin neutralidad, como se plantea de inicio, se demuestra con evidencia estadística, social y médica, la inutilidad de la restricción jurídica respecto del aborto. La producción vertiginosa de conocimiento en el ámbito de la reproducción, específicamente en lo relacionado a la opción de abortar sin riesgos y la lentitud de las leyes para ponerse a tono con el avance de la ciencia, indica que el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva todavía dependen de tomadores/as de decisiones en espacios de poder.

De otro lado están las mujeres resistiendo, resolviendo y abortando embarazos que no desean, en un movimiento algo difuso pero presente en el quehacer social. Las estrategias que las mujeres desarrollan para resolver sus problemas reproductivos, y en específico el aborto, van desde la autoagresión con la toma de sustancias, introducción de artefactos, hasta la inducción del aborto con medicamentos.

En el escenario global y local, “las leyes penales y las restricciones jurídicas de otra índole pueden impedir el empoderamiento de la mujer, disuadiéndolas de adoptar medidas para proteger su salud a fin de evitar incurrir en responsabilidad penal o por miedo a la estigmatización.”²

Este planteamiento de Anand Grover, en su Informe provisional como Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental³ además señala en las recomendaciones:

“Al aplicar un enfoque basado en el derecho a la salud, los Estados deben llevar a cabo reformas encaminadas a desarrollar y aplicar políticas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos. En este contexto, el Relator Especial exhorta a los Estados a:

- Despenalizar el suministro de información relacionada con la salud sexual y reproductiva, incluida la educación sexual y reproductiva fundamentada en pruebas;
- Adoptar medidas para normalizar los planes nacionales de estudios a fin de impartir una educación sexual y reproductiva amplia y fundamentada en pruebas que incluya información relativa a los derechos humanos, las cuestiones de género y la sexualidad;
- Despenalizar el aborto y derogar las leyes conexas, como las relativas a la facilitación del aborto;
- Como medida provisional, considerar la posibilidad de que las autoridades competentes formulen políticas y protocolos que impongan una moratoria a la aplicación de las leyes penales relativas al aborto, incluida la obligación jurídica impuesta a los profesionales de la salud de denunciar a las mujeres a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley;
- Proporcionar servicios de salud seguros y de buena calidad, incluido el aborto, de conformidad con los protocolos de la OMS;
- Establecer políticas y programas que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de servicios seguros, fiables y de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto y prestar los cuidados posteriores, de conformidad con los protocolos de la OMS, en particular en las jurisdicciones en que el aborto está penalizado;

2 GROVER, Anand. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General de Naciones Unidas. 3 de Agosto 2011. Disponible en sitio web de Fundación Desafío: www.fundaciondesafio-ec.org

3 Disponible en sitio web de Fundación Desafío: www.fundaciondesafio-ec.org

- Asegurar que la población disponga de información precisa y fundamentada en pruebas en relación con el aborto y con los supuestos en que la legislación lo permite, y que los profesionales de la salud conozcan bien la legislación relativa al aborto y sus excepciones;
- Asegurar que el alcance de las exenciones por objeción de conciencia esté bien definido y su uso bien reglamentado, y garantizar la derivación de pacientes y la prestación de servicios alternativos cuando un profesional de la salud formule una objeción de conciencia;
- Suspender o abolir la aplicación de las leyes penales en vigor a varios comportamientos durante el embarazo, como las conductas que afectan al feto,..."⁴

Por un lado en el pleno de Naciones Unidas se conoce este informe que ahora circula por el mundo en varios idiomas, y por otro el conservadurismo mundial se presenta en este mismo con la Declaración de San José, en la cual las "Élites mundiales en contra del aborto presentan un documento que contiene 9 puntos en un conjunto no vinculante de principios que imitan el lenguaje de la ONU y que son el marco de referencia para una iniciativa mundial en contra del aborto. Esta acción antiaborto a nivel mundial incluye su presentación en otros escenarios como Cámara Británica de Loes, Parlamento de la Unión Europea, Parlamento Español, Parlamento Italiano y el Congreso Mundial próvida cuya sede es Costa Rica en el mes de Noviembre del 2011."⁵

El contexto del conservadurismo y sus acciones a nivel global contrastan con la realidad de morbilidad y muerte de las mujeres evidenciada en la investigación: "Tendencia y magnitud de la Mortalidad Materna en general y específicamente de las muertes certificadas por aborto y sus complicaciones en los servicios públicos del Ecuador, de Vanessa Bustamante", la evidencia epidemiológica y el análisis estadístico expresan una realidad que la vive el sistema de salud ecuatoriano, al que le falta todavía recorrer mucho camino a la hora de brindar atención de salud sexual y salud reproductiva, apegada a los derechos y al conocimiento moderno y de vanguardia.

Si bien es cierto, las mujeres del estudio se mueren en los servicios de salud, y se puede recuperar información de las circunstancias en que llegaron, es una certeza que muchísimas mujeres no se visibilizan en el sistema de salud y peor en las estadísticas. Un desafío básico, está en saber cuántas y quienes se mueren por causa del aborto.

Pero la ruta de la muerte materna es fluida para las mujeres pobres, las indígenas, las campesinas, las adolescentes, incluso tiene atajos que las hace llegar más rápido. En estos atajos desafortunadamente están los servicios de salud que por diversas razones no logran resolver las complicaciones del embarazo y el parto. Estas complicaciones solventadas en otros países, acá no se logran superar. El acceso a sangre segura, a la resolución quirúrgica oportuna, al medicamento indicado en caso de toxemia, son acciones básicas que todavía no están al alcance de las mujeres ecuatorianas. Lo paradójico es que tampoco están al acceso de los usuarios internos de los servicios de salud, o sea los y las proveedores/as de salud, quienes están en su gran mayoría en el nivel primario de atención, mientras que las capacidades resolutivas están en niveles de más especialidad.

Esto no quiere decir que los responsables y hacedores/as de políticas no estén preocupados/as por el tema. Existen programas y estrategias para enfrentar la muerte materna incluida la del aborto. Lo que no existe es soluciones más amplias y estructurales que enfrenten la ilegalidad del aborto en el Ecuador. Al contrario,

4 GROVER, Anand. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General de Naciones Unidas. 3 de Agosto 2011

5 Global Rights Watch, proyecto de colaboración entre IPAS y PPFA y disponible en el sitio web de Fundación Desafío: www.fundaciondesafio-ec.org

lo que se ve son propuestas que incrementarían la mortalidad por aborto. El activismo en contra de facilitar el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los ecuatorianos es otro atajo que lleva a las mujeres más rápido a la muerte y la complicación.

El desconocimiento real de quienes se complican y cuantas mujeres mueren por aborto está escondido en la intolerancia e invisibilidad de las mujeres que abortan en el Ecuador.

No menos importante la “arena política”, el espacio en el cual nos confrontamos desafortunadamente sin respeto muchas veces, quienes están a favor y en contra, como si se tratara de una binaridad tan simple como esa. Las mujeres concretas en el medio, siguen tomando decisiones y abortando, ayudadas por otras mujeres en una suerte de quien se entera en donde le va a ir mejor en estos “periplos de sangre en razón del aborto como si fuese cualquier época pasada”⁶

La investigación: “Mapeo de Actores y Vulneración de derechos sexuales y reproductivo elaborado por PRAISMEL, nos “baja de esa nube” y nos demuestra como las mujeres ecuatorianas con la generosidad intacta para compartir testimonios dolorosos nos dice que la violencia sexual va de la mano de embarazos no deseados y abortos. Sin embargo el espacio de elaboración de leyes no camina tan rápido como la producción del conocimiento en tecnologías reproductivas y no está acorde con las angustias de las mujeres producto del empoderamiento en el ejercicio de sus derechos.

El estudio demuestra dos aspectos de la realidad de las mujeres ecuatorianas, el primero: hombres y mujeres en el espacio de decisión más importante del quehacer político y jurídico del país: la Asamblea Nacional. Las respuestas se diluyen en discursos que repiten lo que ya sabemos, la violencia de género y la violencia sexual siguen sentadas en las salas de espera, sin que se advierta las consecuencias que de ella provienen: embarazo no deseado, maternidades forzadas, sexualidades vividas con miedo y dolor.

El segundo aspecto presenta, a las mujeres de “carne y hueso” las violentadas por sus novios y/o maridos, las que con su palabra salen del anonimato por lo menos por un rato, y dicen lo que les pasó. Nos transmiten su vivencia de soledad y dolor, ligada a la respuesta solidaria de instituciones públicas y privadas que las acogen y las contienen.

En el caso de la sexualidad y reproducción, no podemos dejar de lado a un actor que es el sustrato en el cual vivimos mujeres y hombres: el Estado. Desde el poder que sustenta, está representado no solo en los y las “visibles” que plantean y objetan leyes, está también representado en los y las proveedoras/es de salud y de justicia que son actores y representantes de una institucionalidad y legalidad que muchísimas veces atentan contra las mujeres cuando les niegan atención de calidad, técnica y oportuna.

La lucha por los derechos de las mujeres requiere siempre de mapas de actores, también requiere de aliados/as y del compromiso político y militante de quienes creen que es posible que los derechos tengan cuerpos concretos, que los gocen y los defiendan.

6 ALVAREZ, Talía. En la introducción del libro de testimonios sobre aborto “Decisiones Cotidianas” de Fundación Desafío, Quito. 2011.



Utopías y realidades del aborto en el contexto global y local

Virginia Gómez de la Torre B.⁷

Para que la maternidad sea algo realmente digno y humanizante, se necesita que se reconozca como legítima la opción del aborto.

Pues mi maternidad solo es realmente una opción positiva y libre, si pudiendo legítimamente optar por el aborto, lo descarto.

ElfriedHart.

Católicas por el Derecho a Decidir.

Introducción

Introducir al lector/a en el tema del aborto, es una tarea compleja y delicada. La idea es que se aproxime a esta lectura evocando recuerdos de mujeres que conocen y que han abortado, o desde la propia experiencia podría ayudar el ponerse “en el otro lado”, el de la mujer que aborta.

Este documento va a ir posicionando realidades, conceptos e historias de vida que se relacionan con el tema, así como algunas posibilidades para enfrentar el dolor, el miedo y la soledad en un país como el Ecuador en el que decidir una interrupción de embarazo es ilegal, por tanto riesgosa.

El documento a manera de “puesta en escena” comparte información actualizada del estado de situación del aborto en el mundo, a nivel regional y desemboca en el Ecuador, país de maternidades forzadas y muertes evitables. Presenta evidencia médica, política y social importante a la hora de tomar decisiones y/o “tomar partido”.

Plantea sin neutralidad porque no es posible, una serie de evidencias y conceptos que demuestran que a “muchas oposición, muchos abortos”⁸ y hace un esfuerzo por colocar en el imaginario de quien lo lea, nuevas y viejas ideas que afirman que el aborto ha estado en este mundo desde el principio, y que seguirá estando presente en la vida de mujeres y hombres porque es tan humano como lo es el embarazo.⁹

“Considerar el aborto voluntario desde una perspectiva de derechos supone el esfuerzo de situarse en la intersección de las prácticas sociales en las cuales se produce la necesidad y se concretan (o no) los abortos, y los planos discursivos, las categorías políticas y las normas jurídicas del derecho internacional de los derechos humanos.

Los derechos humanos se “...contextualizan en prácticas sociales concretas”, En este caso las condiciones para el pleno ejercicio del derecho a decidir, incluye el derecho a abortar voluntariamente.

⁷ Médica, feminista, actual presidenta de la Fundación Desafío. Activista por los derechos sexuales y derechos reproductivos en el Ecuador.

⁸ Peker, Luciana, Cuestión de Fe. Fuente: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-6822-2011-10-23.html>

⁹ Este material presenta contiene numerosas citas de trabajos de actualidad, en un esfuerzo de compilación y ordenamiento para compartir con los y las lectoras lo último que se ha producido en este temática.

Así entonces, la dignidad de las condiciones sociales en que se producen los abortos voluntarios son dimensiones claves para evaluar las condiciones de realización del ejercicio del derecho a decidir. El aborto “seguro”, desde el punto de vista sanitario, constituye apenas una entre otras variables referidas a las condiciones de dignidad o indignidad en que se concreta el ejercicio del derecho a decidir.”¹⁰

¿Qué hacer entonces? No queda otro camino que el diálogo de cara a la evidencia médica, epidemiológica y social. Lograr un consenso es la meta. ¿Es posible? “Vistas las asperezas y la falta de integridad intelectual que caracterizan gran parte del debate público sobre el aborto, la posibilidad de alcanzar un consenso entrecruzado es una tarea muy ardua que algunos pueden considerar imposible. En su análisis de esta idea, en lo concerniente al aborto, dos filósofos católicos, Dombrowski y Detete, (2000) dijeron que “el manejo del debate sobre el aborto por parte del liberalismo político debe resultar, como mínimo, en un modus vivendi, pero también es posible que las partes contendientes lleguen finalmente a un consenso entrecruzado”¹¹

La capacidad humana para la sobrevivencia a lo largo de la existencia de la humanidad ha demostrado que es posible convivir con el aborto, somos 7 mil millones de habitantes en el planeta, ¿no es eso suficiente evidencia?

Lo que no es suficiente, es permitir la tolerancia y naturalización frente a la muerte y dolor de millones de mujeres que mueren por un procedimiento que debería ser parte de las prestaciones públicas del sistema de salud, de manera gratuita, segura y respetuosa.

CONTEXTOS Y REALIDADES GLOBALES Y REGIONALES DEL ABORTO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año 210 millones de mujeres empiezan un embarazo, pero solo 130 millones terminan en nacimientos.¹² Aproximadamente 4 de cada 10 embarazos en todo el mundo no son planeados y dos de cada diez terminan en aborto inducido. De los 45 millones de abortos que ocurren globalmente cada año, cerca de la mitad, 19 millones son realizados en forma insegura. Cinco millones de mujeres son hospitalizadas anualmente y 68.000 mueren por complicaciones. Alrededor del 13% de las muertes maternas se deben a abortos a nivel global.¹³

Esta realidad global, hay que traducirla a nivel regional y local. Números más, números menos, los indicadores de salud reproductiva señalan que en los países del tercer mundo, en donde los contextos legales son restrictivos al aborto, las condiciones sanitarias todavía son inseguras y poco inclusivas para las mujeres en aspectos de prevención, y atención de emergencias obstétricas. En estructuras políticas patriarcales y violentas, las mujeres siempre van a estar en desventaja, respecto de los hombres cuando se trata de equidad e igualdad. Su condición biológica y su cuerpo la condicionarán fatalmente a quedar rezagada al desarrollo.

10 Barreras. Investigación y Análisis sobre el Acceso de las Mujeres al Derecho a Decidir. Publicado por AUPF y RUDA con el apoyo de IPPF/RHO.

11 FAUNDES, Aníbal, BARZELATTO, José. “El drama del Aborto. En busca de un consenso. 2005.

12 Apuntes para la Acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal, Távora Orozco, Jacay Munguía, Dador Tozzini, Chávez Alvarado. PROMSEX. Perú, 2007.

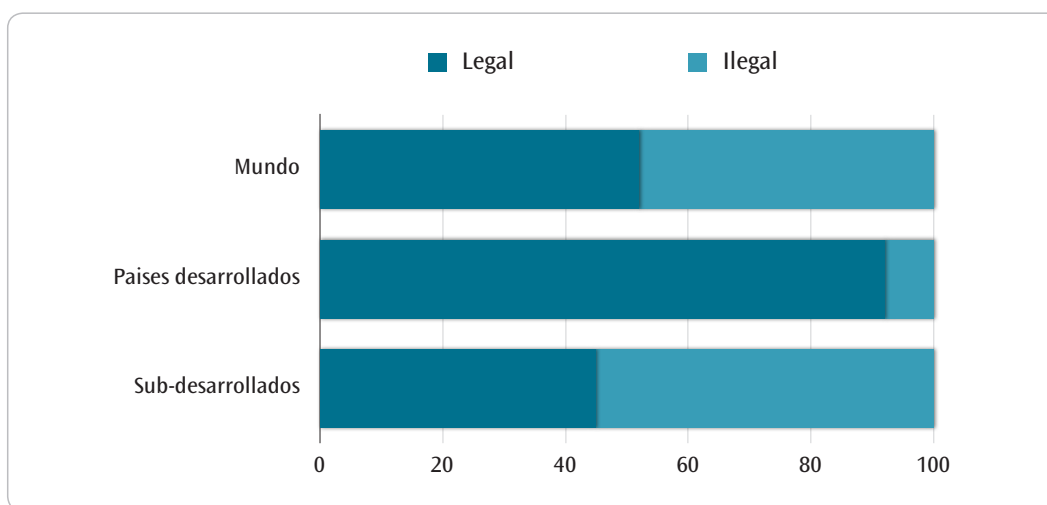
13 Paquete informativo elaborado por ICMA (consorcio internacional de aborto con medicamentos). Website: www.medicalabortionconsortium.org

Legislación del aborto a nivel global¹⁴

Durante siglos las mujeres en todas partes del mundo se han sentido con derecho a interrumpir embarazos no deseados o que ocurren en momentos inapropiados y han utilizado cualquier medio conocido o que estuviera disponible para hacerlo, ni antes, ni ahora, las mujeres que han decidido no continuar con sus embarazos se detienen porque es ilegal.

En casi todos los países del mundo existen regulaciones sobre el aborto y éstas se relacionan con legislaciones que en algunos casos prohíben la práctica o la incluyen en las prestaciones de salud pública como parte del derecho a la atención en salud reproductiva.

Proporción de aborto legales o ilegales en el mundo, en países desarrollados y subdesarrollados



Fuente: WHO. Unsafe Abortion. Fifth Edition, 2007.
Dr. Luis Távara, presentación FLASOG.

El movimiento feminista y la incorporación del enfoque de género y de derechos en las propuestas políticas han posicionado el tema del aborto como un problema de salud pública y de justicia social. Las convenciones y conferencias internacionales reconocen la vigencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos y de cara a los movimientos que se oponen a la despenalización del aborto en general, va ganando terreno la evidencia en contraposición al dogma y la intolerancia.

¿Las legislaciones restrictivas a la opción de interrumpir el embarazo realmente funcionan?

La Organización Mundial de la Salud¹⁵ calcula que aún si todos/as los/as usuarios/as de métodos anticonceptivos usarían estos perfectamente todo el tiempo, habría 6 millones de embarazos accidentales por año. Es más, algunos embarazos deseados inicialmente se convertirían en no deseados debido al diagnóstico de una seria afectación fetal o porque la vida de la mujer corre peligro durante el embarazo

¹⁴ <http://dbpedia.org/About>

¹⁵ Paquete informativo elaborado por ICMA (consorcio internacional de aborto con medicamentos). Website: www.medicalabortionconsortium.org

o a causa de éste, en cuyo caso se aconseja su interrupción. Esta información nos demuestra la falacia de enfrentar el aborto solamente con prevención, la cual es muy importante pero insuficiente si tomamos en cuenta que existen situaciones que las mujeres no pueden controlar como la violencia sexual y la falla de los anticonceptivos incluidos los más modernos.

“¿La represión es eficaz? Suponiendo que no la discutimos, igualmente, es totalmente ineficaz para defender la vida de los embriones y de las mujeres. Por eso, estamos a favor de la vida. Nosotras defendemos la vida y queremos una vida digna no sólo para el embrión”.¹⁶

La represión a las mujeres que abortan, se hace extensiva a las mujeres que defienden esta opción. Las mujeres activistas que defienden el derecho de las mujeres a decidir si continúan o no con sus embarazos son perseguidas y acosadas.

Mientras haya países en la región o provincias dentro de los propios países que sigan teniendo leyes que penalizan total o parcialmente la interrupción voluntaria del embarazo, las defensoras que luchan por el derecho de las mujeres a decidir, están en riesgo.

¿En que se fundamenta el avance hacia una mejor comprensión del problema?

1. El aborto provocado es un grave problema de salud pública asociado a muerte y enfermedad de mujeres.
2. Es una forma de violencia estructural ejercida en contra de la mujer, que se expresa en discriminación, e injusticia pues las que mueren, son en especial las más pobres, las menos instruidas, las más jóvenes o aquellas que pertenecen a una etnia o viven alejadas en el medio rural inaccesible a servicios de salud.
3. La penalización del aborto vulnera el derecho a la vida de la mujer, su autonomía y libertad reproductiva.
4. Los países en los cuales se vulnera la autonomía reproductiva de las mujeres y se las obliga a continuar con maternidades que no son deseadas, generalmente son aquellos en los cuales las mujeres todavía no tienen iguales oportunidades al desarrollo y viven situaciones de inequidad social y violencia de género.
5. Leyes que penalizan el aborto con la justificación de disminuirlos, generan un mercado negro en la provisión de medicamentos, provisión de procedimientos, aprovechándose de la mujer, violentándola, e impidiendo el ejercicio de su derecho a la vida y a la salud.
6. Existen medidas de salud pública, educación y políticas que mejoran el status social de las mujeres, las incorporan al desarrollo social, económico y cultural de los países, logrando de esta manera que disminuyan naturalmente los embarazos no deseados y los abortos inseguros.

Por otro lado, desde un punto de vista histórico la eliminación de las restricciones legales a la interrupción del embarazo han conducido por un lado a la disminución de:

1. Las tasas de muerte y complicaciones por aborto
2. La disminución de la necesidad del aborto.

¹⁶ Maffia Diana, en Cuestión de Fe Fuente: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-6822-2011-10-23.html>

3. Las mujeres acceden a abortos muy tempranos, disminuyendo los riesgos.
4. No hay mujeres encarceladas por esta causa.

En los Estados Unidos los cinco años posteriores a la legalización del aborto en 1973, la tasa de muerte por aborto inseguro disminuyó en un 85%. En Sudáfrica en 1996 año en que se despenalizó el aborto, la tasa de complicaciones por aborto inseguro disminuyó de un 50.7% a un 29.4% en un hospital especializado de Pretoria y esta tendencia se reflejó en todo el país. En el segundo caso cuando se liberaliza la legislación sobre el aborto, hay un aumento aparente de la cantidad de abortos porque las mujeres acuden a recibir los servicios abiertamente en lugar de abortar clandestinamente, por tanto muchos abortos se registran por primera vez. El número de abortos tiende a estabilizarse en algunos años, porque muchas de estas mujeres entran en el sistema de salud que las capta para los programas de planificación familiar, anticoncepción de emergencia, educación sexual, y cuando las estrategias son integrales incorporan riesgos invisibilizados como la presencia de violencia sexual y de género que afectan la autonomía y libertad reproductiva de la mujer.

Las legislaciones no restrictivas y no punitivas fortalecen los sistemas de salud que ofrecen a las mujeres espacios de libertad y confianza a los cuales pueden acceder rápidamente, a anticoncepción de emergencia y pruebas de embarazo muy tempranamente. Esto posibilita la toma de decisiones en las primeras semanas del embarazo (máximo primer trimestre) lo cual disminuye considerablemente el riesgo de una interrupción más tardía por tanto de mayor riesgo.

Sin embargo reformar la ley no es suficiente, aunque es tal vez el paso más importante para avanzar en la meta de disminuir la mortalidad y morbilidad por abortos inseguros. Es importante paralelamente enfrentar las consecuencias que estos avances generan en sociedades patriarcales y machistas que siguen trabajando para obstaculizar el ejercicio del derecho, como los movimientos conservadores y de objeción de conciencia que se niegan a proveer el aborto legal, (en los casos no punibles por ejemplo) impiden el acceso a que el sector educativo consolide programas de educación sexual, o se niegan rotundamente a la provisión de anticonceptivos y específicamente anticoncepción de emergencia a adolescentes y jóvenes.¹⁷

Entre los países que sancionan el aborto de modo total y sin admitir excepción alguna se encuentran: [El Salvador](#), [Honduras](#), [Chile](#), [Filipinas](#), [Somalia](#), [Andorra](#), [Vaticano](#), [Malta](#), [Luxemburgo](#) e [Irlanda](#), ahora también [Nicaragua](#) y [República Dominicana](#).

Estos países que han decidido la penalización absoluta son hoy una minoría en la comunidad internacional. El principal argumento en estos países es que se considera más importante el derecho a la vida del no-nato –que debe ser protegido por el Estado–, que el derecho a abortar de la mujer y su derecho a la vida.¹⁸

Contexto regional: Salud Reproductiva en América Latina

La región continúa presentando infinidad de retos en salud reproductiva a pesar de los progresos realizados en muchos países. El acceso al control prenatal y la atención del parto es muy variable, con aproximadamente 9,200 mujeres que aún mueren anualmente por causas asociadas al embarazo.¹⁹ El riesgo de muerte materna es de 1 en 480, comparado con 1 en 4,300 en países industrializados. Se estima que la razón de mortalidad materna (RMM) ha disminuido en un 41 por ciento entre 1990 y 2008 (de 140 a 85 por 100,000 nacidos vivos), pero el ritmo de decremento continúa siendo insuficiente para lograr una reducción del 75 por ciento entre 1990 y 2015, de acuerdo al Quinto Objetivo del Milenio.²⁰

¹⁷ Paquete informativo elaborado por ICMA (consorcio internacional de aborto con medicamentos).

¹⁸ Wikipedia. 30 de Octubre del 2011

¹⁹ WHO y cols., 2010).

²⁰ AndrzejKulczycki. Aborto en América Latina: Cambios en la Práctica, Conflicto Creciente y Actualizaciones en Políticas Públicas.

Tres millones de mujeres —casi la población total del Uruguay— recurren anualmente al aborto en 12 países de América Latina y el Caribe. Otros tres millones recurren a este procedimiento en Brasil. La abrumadora mayoría de todas ellas lo hace de manera clandestina, debido a que las leyes de las naciones en que viven penalizan esta práctica. En general en América Latina se estima que por cada 3 nacimientos se produce un aborto.²¹

Salvo Cuba y el Distrito Federal de México (la capital de ese país con 18 millones de habitantes), donde la interrupción voluntaria del embarazo es legal, en el resto de las naciones el aborto es parcialmente despenalizado o directamente considerado delito y, como tal, castigado con penas variables.²²

Los procesos son dispares, mientras en México- Distrito Federal se legaliza la interrupción de embarazo por petición de la mujer hasta las doce semanas (2008) y en Colombia la Corte Constitucional declaró no punible la interrupción en tres causales: para salvar la vida de la mujer (2006)²³, por violación de manera general, y por malformaciones incompatibles con la vida, en otros países la balanza se inclina por mayores restricciones y mayor oposición.

Sin embargo en este período, (2006-2011).²⁴ México sufrió un retroceso generalizado frente al aumento de legislaciones locales que han reformado sus Constituciones para vulnerar derechos reproductivos de las mujeres, esto a consecuencia de la despenalización del aborto en el Distrito Federal. Otros países como Nicaragua, El Salvador y Honduras mantuvieron la prohibición del aborto terapéutico (aquel que se practica cuando la vida de la madre está en riesgo).

Entre los países con legislación más punitiva figura Nicaragua. En octubre de 2006, la Asamblea Nacional penalizó el aborto terapéutico, única causal de interrupción del embarazo, que había sido autorizada en 1874 y que rigió durante 132 años.

La penalización del aborto terapéutico colocó a médicos y médicas nicaragüenses en una disyuntiva jurídica, ya que si realizan una interrupción del embarazo pueden ser denunciados, investigados, procesados y condenados por cometer este delito.

Pero, si no prestan ese servicio por estar prohibido por el Código Penal, igualmente pueden ser denunciados, procesados y condenados por no cumplir con el artículo 160 del mismo código, por el cual se castiga al personal de la salud que niegue atención sanitaria cuando esta conducta pueda derivar en riesgo grave para la salud de la persona. En Nicaragua unas 100 mujeres pierden la vida por complicaciones en el parto o embarazo, 30 de ellas podrían salvarse si se permitiera el aborto terapéutico.²⁵ O sea 2.5 mujeres mueren por mes.

En Nicaragua, además, el Estado rechazó las recomendaciones del Consejo de Derechos Humanos (realizadas en febrero de 2010) y cuatro órganos de tratados, de restituir esta causal de aborto.²⁶

En República Dominicana, una reforma constitucional aprobada el pasado 17 de septiembre (2011) establece el derecho a la vida desde la concepción y se asimila el aborto a la pena de muerte.²⁷

21 Apuntes para la Acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal, Távora Orozco, Jacay Munguía, Dador Tozzini, Chávez Alvarado. PROMSEX. Perú, 2007.

22 www.abortolegalysseguro.com

23 Ver documento de la sentencia mexicana en: <http://informa.scjn.gob.mx/> (*)

24 A partir de la despenalización en México DF, los otros estados endurecieron las legislaciones locales, reformando leyes en contra del aborto, y haciéndolo mas punible que antes.

25 cimacdiario@listas.cimac.laneta.apc.org

26 www.abortolegalysseguro.com

27 www.abortolegalysseguro.com

En Chile la restricción comenzó con frases históricas como ésta: “La madre debe tener al hijo aunque éste salga anormal, aunque no lo haya deseado, aunque sea producto de una violación, aunque de tenerlo, derive en su muerte”, sostuvo en su momento Jaime Guzmán, gestor de la Constitución heredada del período pinochetista y fundador de la Unión Demócrata Independiente (UDI).

Además de Chile, República Dominicana, Nicaragua y El Salvador son los países que en América Latina tienen penalizado el aborto sin importar causales. En Chile constituye la tercera causa de muerte materna.²⁸

El 60% de mujeres en el mundo viven en países en donde el aborto es legal y seguro. Sólo en México-DF y Cuba el aborto es legal y se lo realiza por petición de la mujer en América Latina.

Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir.²⁹

Pese a los diversos obstáculos a estos cambios, los abortos son cada vez más seguros y menos frecuentes, lo anterior como resultado del incremento en el uso de anticonceptivos modernos, la aparición del misoprostol³⁰, la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia, y la prestación de la atención post-aborto. La defensa y el debate en torno al aborto han aumentado³¹, lo cual está generando revisión de legislaciones restrictivas, y la adopción de iniciativas que obligan a los y las prestadoras/es de servicios de salud a informar a las mujeres sobre abortos seguros con medicamentos, como es en el Uruguay y ahora en Argentina.³²

El movimiento feminista latinoamericano está cada vez más activo en la lucha por la despenalización, los países que están liderando estos procesos, son sin lugar a dudas Uruguay que está a “puertas” de despenalizar el aborto y Argentina que ha logrado que el Congreso lo incorpore en sus debates.

Sin embargo en este contexto, de manera cada vez más frecuente algunos países han aumentado la práctica de encarcelar a mujeres que han abortado y acusarlas por asesinato en grado de parentesco, sobre todo en México.

Lesly Karina Díaz Zamora de 21 años de edad acusada de aborto provocado y sentenciada en Mexicali B.C. a cumplir una condena en prisión durante 23 años por el delito de homicidio agravado por parentesco luego de 2 años de proceso penal Lesly fue sentenciada, por el Juez Cuarto de lo Penal a pesar de que la joven manifiesta que fue un aborto espontáneo.³³

Actualmente es imposible diferenciar un aborto espontáneo (natural) de uno provocado por medicamentos. Los medicamentos desencadenan el mismo proceso de un aborto natural.³⁴

En América Latina, tanto las defensoras que apoyan a mujeres para que interrumpan en condiciones de seguridad y de manera voluntaria un embarazo, como las que asesoran y acompañan casos de mujeres

28 www.abortolegalyseguero.com

29 Consigna del movimiento de mujeres argentino en su lucha por la despenalización del aborto.

30 Medicamento utilizado para inducir un aborto, prevenir hemorragias posparto y mejorar la labor de parto.

31 AndrzejKulczycki. Aborto en América Latina: Cambios en la Práctica, Conflicto Creciente y Actualizaciones en Políticas Públicas.

32 La estrategia denominada Disminución de Riesgos y Daños, informa a la mujer en la confidencialidad de la atención médica, acerca de cómo usar los medicamentos para abortar de manera segura, advierte los riesgos y le garantiza atención en el sistema si hay complicaciones. No le da el medicamento.

33 Colectiva Feminista. colectivafeminista.wordpress.com/

34 A no ser que en el momento de realizar el examen ginecológico, se encuentre pastillas en la vagina, o la mujer sea conminada a “declarar” que se lo provocó lo cual es ilegal hacerlo.

encarceladas por abortar, corren el riesgo de ser denunciadas penalmente o acusadas públicamente de “asesinas de niños/as”. Además, se sabe que en algunos países, las autoridades permiten que grupos ultraconservadores amenacen y difamen públicamente a las personas que trabajan por la despenalización del aborto.³⁵

Discusiones y dilemas acerca del aborto por malformaciones incompatibles con la vida y por violación

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia-FIGO, califica de malformaciones severas o graves aquellas que son posiblemente letales o de naturaleza tal que, incluso si se someten a tratamiento médico o quirúrgico, pueden tener probabilidades de resultar en una minusvalía inaceptable de tipo mental y/o física, que afecta gravemente la calidad de vida.³⁶ Actualmente se conoce que las anomalías congénitas son estructurales o genéticas/cromosomiales, pueden ser únicas o múltiples, siendo generalmente más graves las últimas.³⁷

Cuando una mujer se entera que está gestando un feto con anomalías se generan sentimientos de culpa, propio de la identidad femenina en esta sociedad patriarcal, no sólo por creer que ellas “per se” tienen algún problema que les impide gestar normalmente sino porque lo asocian a: “algo que hice, comí, tomé, soy anormal, etc.”.

Un feto diagnosticado anormal puede generar hostilidad del padre a la mujer embarazada y culpabilizarla convirtiéndose en motivo de violencia o abandono. De continuar el embarazo sin el deseo de concluirlo, la violencia hacia la mujer y luego hacia el niño/a pueden ser muy importantes y causar graves desequilibrios en la salud mental de la mujer, el hijo y la familia.

En una publicación reciente de Strong³⁸ se deja constancia que la mujer informada de que su feto tiene una anomalía congénita presenta un cuadro de ansiedad, de estrés emocional y shock, aunque también puede caer en depresión de duración prolongada. Estas reacciones mostradas por los padres se mantienen a pesar de que la malformación encontrada pueda ser posible de manejo quirúrgico después del nacimiento.³⁹

Las maternidades forzadas en caso de fetos con malformaciones incompatibles con la vida, ha sido comparadas con actos crueles y de tortura innecesarios y existe jurisprudencia internacional que han respaldado a las mujeres cuando han interpuesto demandas en organismos internacionales.

“En noviembre del año pasado el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas se pronunció en el caso de Karen Llantoy, adolescente la que se le negó un aborto terapéutico legal, pese a que el tener en su vientre un feto que carecía de cerebro significaba un grave riesgo a su salud. La joven

35 Violencia contra defensoras de Derechos Humanos en Mesoamérica. Un diagnóstico en construcción. Actualización, 2010-2011. www.justassociates.org/documents/mesoamerica/diagnostico_defensora_2011.pdf

36 FIGO, recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology. London: FIGO, 2003; 72 pp, en PROMSEX, Apuntes para la Acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal, Távara Orozco, Jacay Munguía, Dador Tozzini, Chávez Alvarado. Perú, 2007.

37 PROMSEX, Apuntes para la Acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal, Távara Orozco, Jacay Munguía, Dador Tozzini, Chávez Alvarado. Perú, 2007.

38 STRONG C. “Fetal anomalies: ethical and legal considerations in screening, detection and management.” *Clin.Per.*,2033;30:113-126. Tomado de PROMSEX, Apuntes para la Acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal, Távara Orozco, Jacay Munguía, Dador Tozzini, Chávez Alvarado. Perú, 2007

39 Aite,L.,Trucchi, A.;Zaccara,A.;LaSala, E.;Bogolan,P, “Antenatal diagnosis of surgically correctable anomalies; effects o repeated consultations on parental anxiety. *J.Perinatal*,2003;23:652-554. Tomado de PROMSEX, Apuntes para la Acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal, TÁVARA Orozco, Jacay Munguía, Dador Tozzini, Chávez Alvarado. Perú, 2007.

fue obligada a llevar a término un embarazo cuyo desenlace fatal se conocía de antemano. Durante ese período su salud mental se deterioró gravemente y desencadenó un cuadro depresivo con severas repercusiones para el desarrollo de una adolescente. Karen tenía apenas 17 años cuando ocurrieron los hechos.

El Comité de Derechos Humanos estableció que negar el acceso al aborto legal viola los derechos humanos básicos de las mujeres, puntualizando que el derecho a la salud no solo hace referencia al dolor físico sino también al sufrimiento moral. Esta es la primera vez que un organismo internacional de Derechos Humanos hace responsable a un gobierno de asegurar el acceso a servicios para aborto legal, por lo que en el fallo se determinó que el Estado Peruano tiene obligación de adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones semejantes en el futuro.”⁴⁰

“Un segundo caso en el Perú, gira en torno a L.C., una víctima de violación de 13 años de edad, que quedó gravemente discapacitada después de que proveedores de salud le negaron un aborto que potencialmente mejoraría sus condiciones de vida. L.C. fue violada en repetidas ocasiones por diferentes hombres de su barrio en un periodo de cuatro años. Cuando descubrió que estaba embarazada se lanzó desde el techo de una casa, pero falló en el intento de suicidio. La lesión de columna que sufrió por la caída podría haber sido reparada, pero los médicos se negaron realizar la cirugía debido a que el procedimiento podría perjudicar su embarazo. Pero fue sólo después de que L.C. tuvo un aborto espontáneo, que los médicos estuvieron dispuestos a realizar la cirugía. El enorme retraso en la atención disminuyó dramáticamente el éxito de la intervención, y como resultado L.C. es ahora cuadripléjica.*

El Comité CEDAW estableció que Perú debe revisar su legislación, en el sentido de permitirle a las mujeres el acceso a servicios de aborto en casos violación y abuso sexual; establecer un mecanismo que asegure la disponibilidad de dichos servicios; y garantizar el acceso al aborto cuando la vida o salud de una mujer se encuentran en peligro circunstancias en las cuales ya ha sido despenalizado en el país.⁴¹

Si una mujer⁴² es capaz de asumir con amor y tolerancia la crianza de un niño/a con algún tipo de malformación, es respetable y hay que apoyarla no solo de palabra. Las mujeres como se señala, son las que se quedan a cargo de estos hijos/as, y son ellas las que deben sostener esa vida con el aporte económico y técnico del Estado. Sin embargo si hay mujeres que no se sienten capaces de asumir ese trabajo, responsabilidad y deciden interrumpir su embarazo deberían tener la posibilidad de hacerlo en las mejores condiciones. Ambas deberían tener la certeza de que el estado las protegerá a ellas y a sus hijos/as que nacen con alguna discapacidad, durante toda la vida.

Violencia sexual y aborto

La violencia sexual es, desde la infancia, una constante en la vida de las mujeres. Las niñas son abusadas, invadidos sus cuerpos por padres, tíos, conviviente de la madre, conocidos de la familia y desconocidos, en relaciones donde el abuso de poder es evidente.⁴³

⁴⁰ Alerta DEMUS, “La ley termina donde mi cuerpo empieza” (pdf) “Quien Salva a las Mujeres del Fundamentalismo” Perú, Mayo, 2006, www.demus.org.pe/Menus/.../alerta_mayo_06.pdf Similar -

⁴¹ Promsex, proceso ante Naciones Unidas, Noviembre 2011.

⁴² Hablo de la mujer y no de la pareja, porque generalmente es ella la que se hace cargo de esta decisión aun viviendo con el padre del niño/a que presenta la malformación.

⁴³ Violencia Sexual y Aborto, Conexiones Necesarias, Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, Publicación auspiciada por la

El embarazo no deseado producto de una violación, tiene graves consecuencias sobre la salud física, ginecológica y mental de las víctimas. Además de los traumatismos físicos, que pueden ser leves o severos; las mujeres violadas corren el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, hepatitis B o C, sufrir Síndrome Postraumático, de duración variable y que está caracterizado por el recuerdo de la escena de la violación, pesadillas, ideas recurrentes, sentimientos de parálisis, aislamiento autoimpuesto, entre otras que pueden llegar a ocasionar homicidio o suicidio.⁴⁴

Existe la idea que no se producen embarazos en las mujeres violadas, lo cual desde la simple lógica elemental de quien sabe que el eyacular en la vagina de una mujer puede generar un embarazo, nos lleva a rechazar esta idea. Existen estudios que reportan una frecuencia de embarazos entre 10 y 30% en las mujeres violadas.⁴⁵

Cuando se ha producido un embarazo producto de una violación, es frecuente el rechazo de la mujer hacia el embarazo, y en ocasiones la mujer demanda la interrupción de ese embarazo como una precondition para asumir o aceptar un proceso de rehabilitación posterior⁴⁶.

Los estados no respetan sus mismas legislaciones y producto de la insistencia de grupos conservadores inciden de manera perversa y cruel en casos en los cuales se debía haber respetado la petición de la mujer cuando ha sido violada. Tal es el caso Paulina del Carmen Jacinto Ramírez, niña mexicana de trece años de edad, violada por un malhechor adicto a la heroína⁴⁷ quien la viola, delante de la hermana y de sus dos hijos de 5 y 2 años. Al diagnosticar el embarazo, la doctora que la examina informa a la madre del estado de su hija y le dice que tiene derecho a un aborto, pues es legal y le dice que ella está dispuesta a hacerlo, con la debida autorización del organismo competente.

El ministerio público autoriza el aborto y dispone que sólo los servicios de salud estatales pueden realizarlo.

La intervención para interrumpir este embarazo nunca se realizó, la niña fue visitada por dos mujeres, que le plantearon no interrumpir su embarazo y que de hacerlo sería excomulgada. El director del hospital minutos antes de realizar la intervención en una reunión privada le informó a la madre que la intervención podría causarle la muerte o dejar estéril a la niña⁴⁸. La madre responde al médico diciéndole: “ojalá no les pase esto a ustedes y si lo que querían era meterme miedo, lo lograron; yo no quiero que mi hija se muera. ¿Por qué no me habían explicado esto desde el principio y hasta ahora me lo dicen? La madre y la niña no autorizan la intervención luego de recibir esta información.

En este caso, pudo más la presión de los grupos provida y la persuasión de los médicos, que la acción legal del Ministerio Público quien conminó varias veces al hospital y sus directivos a realizar la intervención. El 13 de Abril del 2000, Paulina da a luz por cesárea a un niño y el 3 de mayo del mismo año declara lo siguiente en el semanario mayor de Mexicali: “Mienten quienes dicen que desistí de abortar, lo aceptamos sólo cuando nos asustaron, cuando me dijeron que me iba a morir de una hemorragia”. Y agrega. “Hasta el obispo miente porque yo nunca me desistí, sólo aceptamos cuando el director del hospital me dijo que

Corporación Humanas con fondos de la Fundación Ford, 2008.

44 PROMSEX, Apuntes para la Acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal, Távora Orozco, Jacay Munguía, Dador Tozzini, Chávez Alvarado. Perú, 2007

45 idem

46 Fundación Desafío, historias de vida y de embarazos no deseados. Recopilación 2008-2010. Inédito.

47 Este hombre había entrado a robar en la casa de la niña.

48 El Alan GuttmacherInstitute estima que el riesgo de muerte por alumbramiento es aproximadamente 10 veces más alto que el asociado con el aborto inducido. El Alan Guttmacher Institute, “Induced Abortion”, en Facts in Brief, Nueva York. Tomado de “Como hablar del aborto inducido, Guía para una comunicación exitosa. Catholicsfor a Free Choice, 2000.

por una hemorragia que no se pudiera parar yo me iba a morir, por eso me desistí con mi mamá; no es que de mí haya salido, que me haya desistido sola. Fue el miedo que nos metieron ellos, por lo que desistí.”

Casos como el de Paulina no sólo la afectan a ella, lesionan y vulneran a la madre y a la familia, pues en este caso su violación fue presenciada por su hermana y sus sobrinos, sin mencionar el proceso legal doloroso que vivieron posteriormente.

“La tortura que significa un embarazo impuesto tal vez forme parte de lo indecible, de lo inenarrable, del grito. La violación y el embarazo forzado son tácticas habituales de guerra contra las mujeres. Y en tiempos de supuesta paz, están todas las Paulinas, de todas las edades y condiciones. Son tantas, tan comunes que ya ni pensamos en ellas. Y siguen siendo invisibles porque vivimos en una sociedad en la que no hay cultura de la denuncia. No se cree en el sistema de justicia; muchas veces se desconoce que se tiene derechos.”⁴⁹

Nudos críticos y debates entrampados en el dogma

La vida empieza en la concepción: Vínculo lógico no necesario⁵⁰

En el constitucionalismo, los derechos por lo general se cotejan los unos con los otros, buscando situaciones de equilibrio entre las partes. El hecho de que la vida humana empiece en la concepción no quiere decir que toda mujer esté obligada a llevar un embarazo a término, sin importar las circunstancias o las consecuencias.

En Alemania por ejemplo, donde el Tribunal Constitucional fue muy enfático en insistir en la protección de la vida, también aceptó que había circunstancias, incluyendo la salud, en las cuales el aborto era una prerrogativa de la mujer embarazada.

Proteger la vida desde la concepción obliga a los estados a proteger a las mujeres embarazadas y proporcionarles las mejores condiciones de vida y salud, no es incompatible con la interrupción legal del embarazo. Lo que no es correcto es jerarquizar los derechos y confrontar a las mujeres con los cigotos (óvulos fecundados), embriones y/o fetos.

Proteger la vida desde la concepción no es excluyente del derecho a decidir si continuar o no una gestación que no se quiere. Este concepto impide los abortos forzados, es decir cuando las mujeres desean continuar su gestación y son obligadas a abortar ya sea con violencia física directa o por la intervención de personas o profesionales que se prestan para ello y fortalece el derecho a la protección estatal.

Todavía no es persona humana⁵¹

Si bien la vida puede empezar en la concepción, ello no quiere decir que el óvulo fecundado sea una persona, y es difícil entender por qué sus defensores piensan que sí lo es. En derecho, una persona adquiere

49 Así concluye Isabel Vericati, integrante de Gire y perteneciente al equipo legal que representa a Paulina en Mexicali. Este artículo se publicó en el periódico Nueva Izquierda (número 5 de Junio) y lo tituló “La Flor de la Denuncia”

50 Julieta Lemaitre Ripoll**Profesora Asociada, de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes. Ver artículo completo en razonpública.com. Agosto 29 de 2011. Disponible en: <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2353-en-defensade-la-vida-por-una-mejor-comprension-del-constitucionalismo-catolico.h>. Fundación Oriéntame-Bogotá-Colombia.

51 Los primeros resultados de la consulta entre el electorado de una de las entidades más religiosas de Estados Unidos, dan por sentado el contundente rechazo a reconocer al embrión como persona. El electorado de Misisipi rechazó declarar persona a un óvulo fertilizado, como propuso un proyecto de enmienda a la Constitución estatal. La Enmienda 26 pretendía otorgar derechos legales como persona al embrión, “para incluir a todo ser humano desde el momento de la fecundación, la clonación, o su equivalente funcional”. Aunque todavía no se han dado a conocer los resultados oficiales, el No se impuso con casi 60% contra 42% para el Sí.2011-11-10 • Impreso Fronteras Jackson. Agenciaswww.milenio.com/cdb/doc/impreso/9059428Cached -

pleno reconocimiento jurídico y plenos derechos cuando existe de forma separada de la madre. Mientras depende de la madre para su supervivencia, se nutre del cuerpo de las mujeres y vive porque es uno solo.

Jaris Mujica, antropólogo peruano plantea: La vida, como la conocemos hoy, es un concepto reciente. Durante siglos se podía reconocer al menos dos categorías diferenciadas: un asunto era la vida de la persona y otra diferente la vida del “viviente”. Tan es así que hubo muchos seres vivientes que, no eran considerados seres humanos, no eran considerados personas. Los esclavos, los negros, los orientales, las mujeres, fueron reconocidos durante siglos como seres humanos vivientes, pero no como personas.

La persona no es un producto de la reproducción sexual. La vida-de-la-persona no es la misma que la vida-biológica-del-viviente-humano

Persona, entonces, no es una categoría unitaria, no es una categoría de lo biológico, no es una categoría que provenga de la naturaleza misma o de la profundidad última de la conciencia. Se trata, más bien, de una categoría cultural que en algunos casos se ha construido a través de los dispositivos de los sistemas teológicos, jurídicos o políticos.⁵²

La vida como esencia

No cabe considerar la vida humana como una esencia, sino como una existencia. Ello quiere decir que los criterios para decidir cuándo hay vida humana se refieren a la materialidad objetiva y no a los conceptos filosóficos.

Jaris Mujica ilustra este debate con el siguiente análisis sobre la vida del viviente y el concepto de persona:

1. *“La vida de la persona es aquella que implica derechos; persona (más allá del término jurídico contemporáneo) es quien tiene derechos en un determinado contexto social. La vida de la persona es la vida digna, la vida de derechos, la vida autónoma que es responsable sobre sí. Si la vida del viviente era diferente a la vida de la persona quedaba claro entonces que la persona era producto de los derechos asignados y su responsabilidad en el mundo social y que, por lo tanto, no era producto de la reproducción biológica.*
2. *Sin embargo, durante la primera mitad del siglo XX un sistema de control sobre la vida construyó maquinarias para quitar a los sujetos la categoría de persona y exterminar sus vidas biológicas. El holocausto producido durante la segunda guerra mundial implicó el advenimiento de un sistema que, antes de matar cuerpos biológicos, construyó un mecanismo para quitar derechos a las personas y reducirlas a la mera condición de vivientes. Ahí fue posible la experimentación con cuerpos humanos, la tortura y el exterminio sistemático de la vida del viviente y la suspensión de la vida de las personas. Ante esta situación, a finales de los años cuarenta, se reinventó una codificación cuyo objetivo era salvaguardar a los sujetos de la posibilidad de la despersonalización desde la política institucional de los Estados totales. Los Derechos Humanos, convertidos en un dispositivo trascendente a los Estados y de la política nacional estaban dirigidos en primera instancia a salvaguardar la vida de los vivientes humanos biológicos, y para lograrlo se construyó una ecuación fundamental: la vida del viviente quedaba entonces unificada a la vida de la persona; por primera vez en la historia el reconocimiento de la humanidad biológica era la que determinaba la existencia de la vida de la persona. Se empieza desde entonces a buscar en la profundidad de los cuerpos biológicos el momento en que se inicia la vida de la persona.*

⁵² MUJICA, Jaris. Las ideas de esta nota son un extracto del libro *Microscopio. De la bioética a la biopolítica* de miércoles, 14 de octubre de 2009

La vida entonces se convierte, a mediados del siglo XX, en el horizonte de la defensa del Estado y en el principio de los derechos. La vida se convierte en el elemento más sagrado, más radical, más total de los nuevos principios de la democracia de la modernidad tardía. El problema es que en algunos casos la vida biológica, ahora unificada a la vida de la persona, se vuelve tan sagrada que ni siquiera los sujetos que la viven pueden elegir sobre ella. La vida de la persona (la de los derechos, la de la autonomía, la de la responsabilidad) queda supeditada a la regulación formalizada de la vida biológica.

La pugna política empieza en ese campo, pues las leyes de control sobre la producción y reproducción de la vida se tornan centrales: uso de métodos anticonceptivos, eutanasia, interrupción del embarazo, derechos sexuales y reproductivos apelan, en última instancia, a la posibilidad de la decisión de los sujetos, a evitar la regulación de la vida de la persona a través del control del cuerpo.⁵³

La confusión en este ámbito, ha instaurado una jerarquización de las vidas: la del feto es siempre superior a la de la mujer y se ignoran como irrelevantes las circunstancias en que ésta ha concebido o está gestando.⁵⁴

Por otro lado tenemos que reconocer que la tecnología reproductiva hace posible que el “feto entre en escena”⁵⁵. La posibilidad de ver lo que ocurre en el vientre materno, de saber el sexo, e incluso de saber si viene sano/a o enfermo/a ha hecho posible algo que hasta hace un siglo era imposible, escudriñar el vientre materno y saber “quién está allí”.

El misterio del vientre materno ya no lo es más, se hizo imagen y sonido ese proceso. Ya no hay sorpresa, ahora se sabe el sexo, el peso, la fecha del nacimiento se escoge, pues las cesáreas se hacen no sólo por conveniencia de quien atiende a la embarazada sino por pedido de la mujer o la pareja.

Esta objetivización de los sacos gestacionales, de los embriones y de los fetos, están consolidando un imaginario impuesto por estos grupos activistas en contra de los derechos reproductivos de las mujeres. ¿El cigoto, embrión o feto es una persona iguales en derechos a quien lo porta?

Las propuestas de leyes que protegen al “no nacido, al nasciturus, al concebido” se debaten en las nuevas legislaciones. Se designa un día en el cual se rememora su existencia en las mujeres que están embarazadas.⁵⁶

“Los fetos, como símbolo de los grupos “provida”, ocupan ya un lugar significativo en el imaginario social norteamericano. ¿Qué problemas plantea el surgimiento de los fetos como nuevos actores en el discurso político de los Estados Unidos? Veamos un ejemplo. En abril de 2001, la mayoría republicana de la Cámara de Representantes en EE.UU. aprobó una ley que se llama Ley sobre la violencia contra víctimas no nacidas, la cual convierte en delito federal el daño a un feto en cualquier momento de la gestación.

Aunque la ley supuestamente pretende agravar las condenas para casos de asaltos o asesinatos de embarazadas, al penalizar los atentados contra fetos ha abierto un resquicio por donde restringir el aborto. Una de las primeras declaraciones fue la de la congresista Carolyn Maloney, que en ese sentido dijo: “Esta no es una ley sobre violencia contra embarazadas, sino para arrebatarse a las mujeres el derecho a elegir”. Por su parte, los conservadores sostuvieron: “Una víctima es una víctima, sin importar su tamaño.

53 Idem.

54 Vasallo, Martha. ¿La vida? ¿Cuál vida?, en El Opus Dei y la restauración católica.

55 LAMAS, Marta. “Aborto, derecho y religión en el siglo XXI”. En: DEBATE FEMINISTA, AÑO 14. VOL 27. ABRIL 2003, México D.F. Pág. 139-164.

56 En el Ecuador es el 25 de Marzo. Un decreto presidencial del presidente Palacio lo promulgó.

La tendencia en EE.UU. a centrarse en los fetos, con absoluta indiferencia hacia las mujeres. Más allá de una retórica que habla de los pobres inocentes fetos, esta tendencia se empieza a traducir en acciones concretas de gran violencia. Michaels y Morgan (1999) relatan historias espeluznantes: una mujer embarazada que está bebiendo en un bar es arrestada por maltrato infantil ya que le está dando alcohol a un menor; otra embarazada se pasa un alto y causa un choque que le provoca el aborto, por el cual es acusada de homicidio por su pareja; un médico intenta obtener una orden judicial para realizar una cirugía en un feto, en contra de la opinión de la mujer embarazada. Este tipo de acontecimientos “normalizan” la posición del feto como un sujeto con derechos.⁵⁷”

Propuestas similares se están planteando en América Latina. La protección al nonato, está llevando a incorporar en el Código Penal Ecuatoriano, como delito lo siguiente:

“Art. 75.- Lesión al no nato.- Quien cause a un no nato una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo o provoque en él una grave discapacidad física o psíquica será sancionado con pena privativa de libertad de tres a cinco años e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena”⁵⁸

Este artículo afecta a las mujeres y parejas infértiles, o estériles a su derecho a la reproducción, pues los servicios de fertilización asistida tendrán que plantear alguna alternativa de cara al manejo de embriones, óvulos fecundados.

Derecho a la vida: conciencia, libertad, autonomía

La tradición de las democracias liberales de manera implícita o explícita definen la vida humana como una existencia que depende de la presencia de capacidades y funciones relacionadas con la conciencia (de ahí por ejemplo que la muerte se defina como muerte cerebral).

Estas capacidades y funciones son además el fundamento de la libertad individual, y de las decisiones que le dan significado tanto al derecho a la vida como a la misma dignidad humana.

Es por ello incluso que el desarrollo jurisprudencial del derecho a la vida ha llevado a definirla no como una mera vida biológica, sino como aquellas circunstancias que garantizan la posibilidad de los individuos de ser libres y autónomos. Por ejemplo, el derecho al mínimo vital en relación con el derecho a la vida conlleva la obligación del Estado de intervenir en los casos en que si bien se da la mera vida biológica, ésta se encuentra amenazada por la imposibilidad de garantizar un mínimo de subsistencia digna.

El Obispo de Milán, Carlo María Martini, en el libro “¿En qué creen los que no creen?” contesta a Umberto Eco, a la pregunta de este ¿Cuándo comienza la vida humana? Diciendo lo siguiente en los últimos párrafos de la carta denominada: “La vida humana participa de la vida de Dios”, copio textual:

“Sin embargo, queda una pregunta: he subrayado fuertemente que para el Nuevo Testamento no es la vida física en sí la que cuenta, sino la vida que Dios comunica”. Y concluye la carta citando al autor ItaloMancini en Tornino y volti: “Nuestro mundo, es para vivirlo, amar y santificarse, no está dado por una teoría neutra del ser, por los acontecimientos de la historia o por los fenómenos de la naturaleza, sino por la existencia de estos inauditos centros de alteridad que son los rostros, rostros para ser vistos, para respetarlos y para acariciarlos.”⁵⁹

57 LAMAS, Marta. “Aborto, derecho y religión en el siglo XXI”. En: DEBATE FEMINISTA, AÑO 14. VOL 27. ABRIL 2003, México D.F. Pág. 139-164.

58 Propuesta enviada por el ejecutivo a la Asamblea Legislativa Ecuatoriana, en Octubre del 2011.

59 Eco Umberto, Martini Carlo María. ¿EN QUE CREEN LOS QUE NO CREEN? Traducción y prólogo de Esther Cohen. Ed. Taurus. Mayo 1997.

Vida y muerte: ¿en las manos de Dios?

El sustento radica en la convicción que una vez hay sustancia humana, hay un ser humano individual que ya es amado y deseado por Dios, (con alma) y cuya vida está en sus manos y no en la de los hombres (o las mujeres). El convencimiento de que la vida y la muerte son asuntos de Dios y que los seres humanos no pueden intervenir en ellos, está también detrás de la prohibición del suicidio asistido y de la eutanasia, sin importar el dolor y la voluntad de los individuos cuyas vidas y muertes están “en las manos de Dios.”

Es difícil confirmar, que la vida comienza con la concepción. Tanto el óvulo como el espermatozoide ya estaban vivos antes de su unión. Por lo que podríamos decir que la fusión de gametos marca la creación de la identidad genética de lo que podría convertirse en un ser humano, si las condiciones ambientales le son favorables.⁶⁰

Es un hecho natural que un alto número de embarazos no llega a las doce semanas de gestación —uno de cuatro o uno de cinco embarazos, según los datos que se manejen son eliminados naturalmente. Muchos de éstos son embarazos deseados, y las pérdidas causan mucho dolor a las parejas y la ciencia no se ha preocupado a cabalidad de prevenirlas. Sin embargo para los/as activistas próvida “la vida empieza en la concepción” esto no es un problema, pues es armónico con sus creencias según las cuales el problema no es que los embarazos no lleguen a término, ni siquiera el sufrimiento de las personas, sino que no se cumpla la voluntad de Dios.

“Pero el desperdicio no es la única dificultad. Para empezar, el concepto en sí mismo no es exactamente un instante, más si un periodo que varía de 24 a 48 horas. Este es el tiempo que transcurre entre la penetración del espermatozoide en el óvulo y la fusión genética de los gametos. ¿Será que el alma necesita todo ese tiempo para ser soplado en la nueva vida? Peor aún, si asumimos todas las consecuencias sobre este concepto, las mujeres que utilizan DIU, deberían ser procesadas como unas asesinas en serie, porque estos métodos de anticoncepción impiden que el feto — ya con alma - se implante en el útero.”⁶¹

¿Qué pasa con las personas que no aceptan la existencia de una divinidad? ¿Y su existencia se basa en valores que no son únicamente patrimonio de las religiones?

El estado laico y los derechos sexuales y derechos reproductivos

Un objetivo de los movimientos progresistas y respetuosos de las libertades de los/as individuos es declarar a los estados en los que viven, estados laicos. Sin embargo el hecho de que la palabra laico esté presente en los textos constitucionales, no garantiza la separación automática de la/s iglesias del estado.

“Según Roberto Blancarte, coordinador general de la Red Iberoamericana por las Libertades Laicas, el estado laico es, en esencia, un instrumento jurídico-político para la gestión de las libertades y derechos del conjunto de los ciudadanos. En este sentido, algunos derechos de reciente reivindicación (como los sexuales y reproductivos), se vinculan intrínsecamente a dicho Estado por diversas razones, la principal es por la obligación del Estado moderno de preservar la libertad de conciencia, frente a cualquier amenaza que atente contra su libertad; obligación surgida de la convicción de que nadie puede ser obligado a creer en algo por la fuerza, siendo entonces necesario respetar las creencias, religiosas o filosóficas, de cada quien. Lo anterior es resultado, entre otras cuestiones, del proceso de pluralidad religiosa y de la necesidad de construir un estado garante para todos los ciudadanos de las posibilidades de creer o no.”

60 SCHWARTSMAN, Helio. “Abortar el problema” Folha Online (28/1/2010).

61 SCHWARTSMAN, Helio. “Abortar el problema” Folha Online (28/1/2010).

“Otra razón es que la libertad de conciencia genera, inevitablemente, una pluralidad de creencias, las cuales pueden o no ser religiosas. Una razón adicional: El estado laico está ligado a las libertades civiles en general, y a los derechos sexuales y derechos reproductivos en particular, es porque la fuente de legitimidad del estado ha cambiado. Luego, entonces, las agrupaciones religiosas opinan, pero no son ya las que influyen decididamente sobre la conformación de las leyes o moldear las políticas públicas. Estas son definidas por el pueblo, a través de sus formas de representación, particularmente parlamentarias.”⁶²

Para concluir.....

“Una decisión de carácter moral que entra en conflicto con creencias religiosas está en manos de la persona que enfrenta el dilema y puede ser contraria a la doctrina. Cuando hay duda, hay libertad de conciencia. Así las cosas, lo inmoral no es el aborto, lo inmoral es pretender convertirlo en delito.”⁶³

AVANCES DE LA TECNOLOGÍA REPRODUCTIVA Y EL ABORTO.

La píldora anticonceptiva independizó la sexualidad de la reproducción. Con la revolución biomédica que estamos viviendo ahora es la reproducción la que se está independizando de la sexualidad. Esto es posible gracias al avance vertiginoso de la ciencia médica y la tecnología. Nuevamente son las mujeres las que están en el centro de esta vorágine del conocimiento.

“¿Por qué se sienten tan amenazados los fundamentalistas por los desarrollos científicos recientes?

Porque cuestionan profundamente los fundamentos antropológicos que rigen la simbología de nuestros sistemas de poder, la simbología tanto religiosa como política.

Con el desarrollo de las tecnologías de la reproducción asistida, de la clonación por ejemplo, las categorías de oposición y complementariedad de los dos sexos, es decir la frontera que los separaba, que servía para establecer y justificar un orden social dado, empieza a perder pertinencia. Si hasta la fecha la reproducción biológica de la especie humana requería la existencia de una humanidad sexuada y la interacción sexual entre dos seres de sexo opuesto, se vislumbra que esto no seguirá siendo indispensable en el futuro. Al menos no lo será científicamente, teóricamente. Es decir que aunque quizá nuestros legisladores sigan prohibiendo la clonación reproductiva y nuestros científicos respeten esa ley, lo que nuestro entendimiento nos permite vislumbrar, lo que nuestra mente hoy en día es capaz de imaginar y de pensar, no dejará de tener un profundo impacto sobre la antropología y como corolario sobre la teología

¿Qué significa esta biorevolución que vivenciamos para el cuerpo de las mujeres y para sus derechos respecto a su cuerpo?

El cuerpo de las mujeres en el orden patriarcal, ha sido siempre en todos los sistemas políticos y económicos que conocemos, materia prima para producir y reproducir el bien más precioso de la especie humana que es su propia supervivencia y su propia perpetuación. Ha sido la fuente que

⁶² Liendo George, Barrientos Violeta, Huaco Marco, compiladores. Memorias del Primer Seminario Internacional: FOMENTANDO EL CONOCIMIENTO DE LAS LIBERTADES LAICAS. Red Iberoamericana por las Libertades Laicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, El Colegio Mexiquense, A.C. Libertades Laicas-Perú, Junio-2008, Perú.

⁶³ Si hay duda hay libertad, El Espectador.com www.elespectador.com/.../columna-304372-si-hay.

provee la fuerza de trabajo necesaria para crear todo lo que la humanidad haya podido considerar como riquezas, y esto antes de que estas riquezas puedan ser acaparadas o repartidas.

El orden patriarcal consiste en que aquellos individuos del sexo masculino que logren apropiarse o al menos controlar el cuerpo y el producto del cuerpo de las mujeres, son aquellos que detentan el poder. Y la obsesión por el control del cuerpo de las mujeres es quizá la mejor medida para medir el grado de fundamentalismo patriarcal de cualquier sistema de poder.⁶⁴”

“En el siglo XXI, cada innovación tecnológica relativa a la procreación suscita dudas y temores, cada fallo jurídico o reforma legislativa causa agitaciones. ¿Qué es lo que está en juego? Ciertamente no la mera aplicación a la especie humana de una técnica de procreación experimentada con animales desde hace una veintena de años, ni la simple interrupción de un proceso. En los urgentes deseos de fabricar seres humanos o de interrumpir su gestación se reformula algo más nodal: concepciones sobre la vida, lo humano, lo ético. Eso agudiza conflictos religiosos y políticos, y remite, indefectiblemente, a revisar los conceptos y creencias que tenemos, no únicamente acerca de la maternidad y la paternidad, sino por encima de todo, acerca de la libertad.”⁶⁵

Los medicamentos, el aborto y la posibilidad real de interrumpir un embarazo sin que el médico, la partera o el o la empírica invadan el cuerpo de la mujer es una realidad ahora.

Las mujeres en este momento están decidiendo abortar, están abortando con el uso de medicamentos, o se están complicando o muriendo producto de esta decisión.

Medicamentos para interrumpir el embarazo

Desde hace 30 años aproximadamente, el conocimiento sobre la existencia y/o síntesis de medicamentos para abortar está en quienes trabajan ligados a la salud. La humanidad siempre ha contado con este conocimiento, no tan certero y seguro como ahora, pero se sabe que siglos atrás se utilizaban sustancias para interrumpir el embarazo, así como existían sustancias anticonceptivas de diversa índole.

Actualmente existen dos medicamentos para abortar: mifepristona, Ru 486 o píldora abortiva y misoprostol. Utilizadas las dos juntas en un protocolo cuyo nombre es considerado el mejor y llamado Estándar de oro, constituye la forma más segura y sin riesgos de interrupción del embarazo. La mifepristona no está disponible en todos los países, pues su costo es elevado y solo está al alcance de los sistemas de salud y de las mujeres del primer mundo. En el resto del planeta se usa misoprostol.

El *Misoprostol*, es un medicamento usado para la prevención y tratamiento de las **úlceras** gástricas y duodenales, que a mayores dosis provoca contracciones uterinas, expulsando el contenido del útero. Es parte de la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

Se lo utiliza para tratar la hemorragia posparto, mejorar la labor de parto, tratar abortos retenidos, y tiene varias indicaciones en el campo de la obstetricia y ginecología. Es un medicamento que ha marcado un “antes” y un “después” en los servicios de obstetricia y ginecología del país y del mundo.

64 HARTH, Elfriede. Los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. Transcripción de la ponencia para el Congreso de Teología de la Asociación Juan XXIII, realizada en Madrid, 9 de septiembre de 2006. 11 septiembre 2006

65 LAMAS, Marta. “Aborto, derecho y religión en el siglo XXI”. En: DEBATE FEMINISTA, AÑO 14. VOL 27. ABRIL 2003, México D.F. Pág. 139-164.

En el tercer mundo, incluyendo el Ecuador⁶⁶ el acceso a este medicamento, es cada vez más restrictivo para las mujeres. De hecho una de las razones del altísimo subregistro que existe actualmente se debe a que las mujeres están resolviendo su necesidad de interrumpir el embarazo con el uso de este medicamento y obviamente cuando han concluido la interrupción no la reportan al sistema de salud.

Existe gran cantidad de información en el internet, la misma que puede ser correcta o incorrecta. La Organización Mundial de la Salud tiene información actualizada de su correcta utilización en su sitio web.⁶⁷

¿Qué es un aborto con medicamentos?

Es la interrupción de un embarazo con el uso de un fármaco o la combinación de fármacos. La combinación que más comúnmente se usa es:

- Mifepristona⁶⁸ un medicamento anti progestágeno que se usa en primer lugar y
- Misoprostol que se toma 36 o 48 horas después.

En algunos contextos como el ecuatoriano se usa solo misoprostol, pues la mifepristona como ya se señaló, no está disponible.

*“No existen grandes riesgos de salud asociados al aborto con medicamentos. Menos del 1% de mujeres que usaron el medicamento desarrollaron infecciones durante las primeras 9 semanas de embarazo y no más de una de cada 1000 mujeres que lo usaron, presentaron una hemorragia grave que necesitó una transfusión de sangre”.*⁶⁹

La comercialización de misoprostol actualmente ha generado un mercado negro del producto, debido a la asociación que se hace con el aborto provocado, y porque se lo está restringiendo cada vez más. Este mercado negro no solo implica que se lo venda a precios exorbitantes, sino que incluso se lo falsifique. Se conocen de testimonios que este medicamento está entrando a la red de distribución de estupefacientes del narcotráfico.

Métodos quirúrgicos: Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

¿Qué es la AMEU?

La aspiración manual endouterina (AMEU) es un método de evacuación endouterina que implica el uso de un aspirador manual de plástico, el cual proporciona una fuente de vacío conectada a una cánula (tubo delgado) y es activado manualmente para aspirar el contenido del útero. Las cánulas plásticas, que varían desde rígidas hasta muy flexibles, se utilizan con los aspiradores de AMEU.

La AMEU es adecuada para el tratamiento del aborto incompleto para tamaños uterinos de hasta 12 semanas desde la fecha de la última menstruación (incluidos la pérdida del embarazo, el aborto espontáneo y la extracción de productos retenidos de un aborto inducido), aborto en el primer trimestre (regulación menstrual) y biopsia endometrial.

⁶⁶ Misoprostol es parte del cuadro nacional de medicamentos básicos y de las normas sanitarias ecuatorianas y es parte de los medicamentos esenciales de la OMS.

⁶⁷ Sitios Web sobre el uso de Misoprostol en Ginecología y Obstetricia. LA BIBLIOTECA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA OMS. www.misoprostol.org/File/Spanish.php

⁶⁸ No disponible en el Ecuador.

⁶⁹ International Consortium for Medical Abortion. Medical Abortion an Information Package. Website: www.medicalabortionconsortium.org

¿Es segura la AMEU?

La aspiración manual endouterina es segura y eficaz. La mayoría de los estudios muestran que la aspiración por vacío es eficaz en aproximadamente el 98-99 por ciento de los casos. En un pequeño porcentaje de los casos (< 2%), puede ocurrir una o más de las siguientes complicaciones durante el procedimiento o después de éste: lesión uterina o cervical, infección pélvica, evacuación incompleta. Comparada con el método de legrado uterino instrumental (LUI), la AMEU requiere menos dilatación cervical y es asociada con menos pérdida de sangre, estancias hospitalarias más cortas y menor necesidad de anestésicos.

Atención Pos Aborto- APA

Enfrentar los abortos inseguros, sus consecuencias, prevenir que no se produzcan nuevamente ha generado la producción de conocimiento no solo en aspectos tecnológicos –médicos, también se han desarrollado propuestas de salud pública que están mejorando la calidad de las intervenciones en comunidades y servicios de salud, la atención posaborto con sus siglas APA es un ejemplo de ello.

¿Qué es APA?

Es una alianza entre comunidades y prestadores de servicios de salud que plantean ante un caso de aborto cualquiera sea su origen lo siguiente:

- Orientación y consejería
- Tratamiento clínico
- Servicios de anticoncepción/planificación familiar
- Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud

La estrategia de APA se inscribe en la necesidad de apoyar a una mujer en proceso de aborto, para que sea incorporada en todos los servicios que brinda un sistema de salud, para que su salud integral sea preservada y sean restituidos sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Esta es una estrategia que no está siendo aplicada en su totalidad en el país, y que en todos los casos, sobre todo en adolescentes debe ser mandatorio para evitar embarazos no deseados que se puedan presentar nuevamente.

Anticoncepción oral de emergencia en el escenario de la prevención de embarazos no deseados abortos inseguros

“La anticoncepción de emergencia se refiere a métodos de respaldo que las mujeres pueden usaren caso de emergencia dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado. Los métodos anticonceptivos de emergencia no son adecuados para uso regular.

Se ha demostrado que las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) que contienen levonorgestrel previenen la ovulación y que no tienen un efecto detectable sobre el endometrio (revestimiento interno del útero) o en los niveles de progesterona cuando son administradas después de la ovulación. Las PAE no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado y no provocarán un aborto.”⁷⁰

70 Posicionamiento Organización Mundial de la Salud PNUD • FNUAP • OMS • BANCO MUNDIAL • Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana. Boletín Informativo Marzo 2005. Tomado del sitio web del CLAE www.clae.com/

¿En qué casos se debe tomar AE?

Cuando:

1. Se ha tenido relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo (inyectable, pastillas condón u otro).
2. El método no se ha usado correctamente: olvido de tomar las pastillas tres días seguidos, deslizamiento o rompimiento del condón, si la inyección no se ha colocado, o cuando se está insegura de la efectividad del método anticonceptivo que se ha usado.
3. Se ha sido víctima de violación sexual y la mujer no ha estado protegida con algún método anticonceptivo eficaz.

La discusión global, pero sobre todo localizada en América Latina y generada por los grupos conservadores gira alrededor de que este anticonceptivo hormonal es “abortivo”.

La T de cobre es un dispositivo intrauterino (DIU) también utilizado como anticoncepción de emergencia. Para ello un médico/a o un/a profesional de la salud capacitado debe insertar el DIU hasta cinco días después de una relación sexual para prevenir un embarazo.

Usado como anticonceptivo de emergencia, el DIU - T de cobre es mucho más eficaz que cualquier tipo de píldora anticonceptiva de emergencia (o “píldora del día después”), ya que reduce en más de un 99% el riesgo de embarazo. Otra ventaja del DIU- T de cobre es que puede dejarse insertado y prevenir el embarazo hasta por un período de diez años.

Otras sustancias usadas como anticoncepción de emergencia

Ella One es una píldora anticonceptiva de emergencia nueva en el mercado, contiene 30 mg de acetato de ulipristal, un modulador del receptor de progesterona. Es eficaz hasta cinco días después de tener sexo sin protección. Actualmente se encuentra disponible en algunos países de Europa. La aparición de otras sustancias para el mismo fin, prevenir un embarazo, ha desencadenado tensiones y debates no resueltos que se desarrollan en el campo de las creencias religiosas.

Para los detractores de la anticoncepción de emergencia, la vida, la persona y el embarazo empieza cuando el óvulo es fecundado, Los conceptos de embarazo y aborto emergen en estas discusiones.

Sin embargo los organismos internacionales como al OMS y la FIGO dicen que no, y plantean que el embarazo es:

“La parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus (cigoto, óvulo fecundado) en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto.

La definición legal del embarazo para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.”⁷¹

71 En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Gineco-

¿Si la anticoncepción de emergencia hace efecto hasta el 5to día (con cualquier método) luego de la relación sexual sin protección, en qué momento se la puede catalogar de abortiva?

Las leyes de aborto en todo el mundo reconocen la distinción entre el aborto y anticoncepción de emergencia. Lo hacen definiendo explícitamente, que la anticoncepción de emergencia actúa previamente a la implantación al igual que cualquier anticonceptivo hormonal.

Las leyes de aborto de varios países reconocen explícitamente que el embarazo no empieza hasta que el óvulo fertilizado (cigoto) se implanta en la pared del útero. Por ende, cualquier medicamento o dispositivo médico que actúe previamente a la implantación es, por definición, un anticonceptivo.

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia aborto es “la expulsión o extracción de su madre un embrión o un feto de menos de 500 gramos de peso”. La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno.

La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación.

La ley alemana declara explícitamente que los “procedimientos cuyos efectos ocurren antes de que el óvulo fertilizado anide en la pared uterina no constituyen aborto en el sentido de esta ley”.

La AE se ha utilizado sin riesgo en el mercado global durante varias décadas. En 1995, la OMS agregó el tratamiento combinado de estrógeno-progestina (Yuzpe) a la Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS. En 1997, la OMS incluyó en esa lista el tratamiento de AE con sólo levonorgestrel.

EL ECUADOR UN PAÍS DE MATERNIDADES FORZADAS Y MUERTES EVITABLES RELACIONADAS CON EMBARAZOS Y VIOLENCIA SEXUAL.

“Las sociedades han utilizado con frecuencia la gestación de una mujer para suspender sus derechos humanos.”⁷²

Rebeca Cook

Esta frase refleja la condición de subordinación de la mujer en nuestra sociedad, que la obliga a aceptar realidades que la violentan, le impiden salir del círculo de la pobreza y en definitiva la perpetúan como objeto para la reproducción sin reconocer sus potencialidades y su derecho a la vida digna.

La mortalidad y morbilidad de mujeres embarazadas generadas por abortos realizados en condiciones de riesgo o inseguros son indicadores negativos de desarrollo humano, entendido éste en toda su dimensión. El desarrollo de un país laico como es el Ecuador, debe estar acorde con las realidades cotidianas de las mujeres ecuatorianas, debe ser un desarrollo que respete su vida y su salud integral por sobre la diversidad de posiciones, creencias y consideraciones de cualquier tipo que tenga la sociedad ecuatoriana.

Enfrentar este tipo de mortalidad y morbilidad femenina en el país del Sumak Kausay, implica apostar a la construcción de un país que incluya a las mujeres, no solo para disminuir la mortalidad materna en un 35% como dice el plan de desarrollo, sino incluirlas como la mitad de la población que aporta, produce y reproduce la riqueza del país. Una mitad deliberante y protagonista autónoma de su derecho a decidir sobre su destino reproductivo.

Por tanto empezar a reconocer que existen “interrupciones voluntarias del embarazo”-IVE, en las mujeres ecuatorianas, es un primer paso a debatir con el respeto que se merecen todas las mujeres que han muerto por causas relacionadas con este problema y a la vez es preocuparnos, por aquellas que en este mismo momento están decidiendo terminar con una gestación que no quieren por no planeada, por forzada, por violenta, por injusta.

Sin embargo aproximarnos a este problema nos obliga a confrontarnos con realidades incómodas, como el hecho de que es posible ponerle fin a un embarazo sin la intervención del sistema de salud.

Es importante compartir algo de la historia ecuatoriana en la cual están algunos hechos que grafican lo sucedido en el acceso a la anticoncepción de emergencia y al aborto estos últimos 10 años.

La píldora del día después (AE) y el aborto como objetivos de conservadores y activistas por los derechos de las mujeres

Hasta hace 11 años, (1999-2000) el escenario de la oposición a los derechos sexuales y derechos reproductivos no era un problema al cual el movimiento de mujeres se enfrentaba. También es cierto que no existían motivos para “provocar” alguna reacción. No fue hasta que llegó al Ecuador la primera marca de anticoncepción de emergencia⁷³ que se “despertó el león dormido”.

⁷² ReproductiveHealthMatters. Mortalidad y morbilidad materna: gestación más segura para las mujeres. Temas de Salud Reproductiva, N° 5., 2009. Extractos del Fallo del Tribunal Constitucional de Colombia, Prefacio de Rebeca Cook.

⁷³ Postinor-2

En el año 1998-1999, se elaboraron las normas de planificación familiar, en las cuales se incorporó el método anticonceptivo de emergencia-Yuzpe.⁷⁴ En el año 2000, los protocolos de atención médico legal de la Fiscalía, incorporan en sus formatos, la información sobre del método anticonceptivo de emergencia⁷⁵ como alternativa para prevenir un embarazo producto de una violación. Hasta ese entonces solo se contaba en el mercado con la posibilidad de utilizar el método de Yuzpe, en ausencia de un producto de marca.

En el año 2004, con el beneplácito de quienes trabajaban en proyectos de prevención de la violencia sexual y en el ámbito de la prevención de embarazos no deseados, se lanza en Quito Postinor-2. A poco de este lanzamiento los grupos autodenominados provida, impugnan la concesión del registro sanitario de este anticonceptivo y se organizan en un movimiento que hasta ahora obstaculiza el avance del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos en el Ecuador.

Luego de un largo proceso en el cual el movimiento de mujeres y de jóvenes apoyado por instituciones nacionales e internacionales, y tras haber presentado una serie de sustentos científicos, sociales, y de derechos, pierde esta batalla, y recibe la notificación del entonces Tribunal Constitucional que decía lo siguiente:

En Quito el 23 de Mayo del 2006, la tercera sala del Tribunal Constitucional presidida por el Dr. Lenín Arroyo, resuelve:

“Conceder la acción de amparo constitucional propuesta por el señor Fernando Rosero Rhode, suspendiendo definitivamente la inscripción de medicamento y certificado de registro sanitario N°: 25.848-08-04 del producto denominado Postinor-2/ levonorgestrel de 0.75 mg con vigencia desde el 5 de Agosto del 2004.”

Apelando a que el debate científico y social no puede aseverar que la concepción se produce desde la fecundación del óvulo, pero tampoco puede estar seguro de lo contrario. Es decir el análisis produjo una “duda razonable”, por lo tanto aplicó el principio universal: “In dubio prohomine” esto es que en estos casos de duda, se debe estar a favor de la persona”⁷⁶

O sea para el Tribunal Constitucional el cigoto es igual a una persona.

Sin embargo, la prohibición de esta marca de anticonceptivo de emergencia no impidió la comercialización de otra marca de similares características. Concomitantemente se plantearon algunas acciones que legitimaron el método, entre las cuales mencionamos:

El Municipio de Quito en reunión de Concejo Metropolitano, resolvió incorporar a la Anticoncepción de Emergencia-AE en sus prestaciones de salud, con el objetivo de enfrentar el embarazo adolescente y aquellos producidos por violencia sexual. De la misma manera en el Código de la Salud consta la AE.

La Coordinadora Política Juvenil por la equidad de género, difunde y entrega AE, en una presentación llamada Combo Anticonceptivo, el mismo que también tiene un preservativo. Y varias organizaciones no gubernamentales siguen entregando el anticonceptivo en diferentes ámbitos.

Más allá de la confrontación y las tensiones provocadas por detractores del método y los que están a favor, tenemos que reconocer que el Estado Ecuatoriano ha respetado la vigencia de la norma sanitaria aprobada

74 Método utilizado en caso de no existir producto de marca, y en el cual se utilizan anticonceptivos hormonales que tienen el mismo principio denominado Levonorgestrel.

75 Se incorpora la información sobre la posibilidad de interrumpir un embarazo legal en las causales previstas en la ley y la posibilidad de prevenir la infección de VIH-sida producto de una relación sexual violenta.

76 La sentencia completa se la puede leer en la página de www.info.clae.

en el 98, en la cual está la AE. Este anticonceptivo es parte de las prestaciones gratuitas que el Ministerio de Salud tiene, tanto en sus normas de Planificación Familiar como en las de Violencia de Género y está dentro de las prestaciones de salud pública de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Sin embargo esto no quiere decir que la norma se aplique o que las mujeres ecuatorianas tengan AE oportunamente:

En Abril del 2008 el Ministerio de Salud Pública (MSP) dotó de levonogestrel⁷⁷ a todas las áreas de salud del país. Una investigación realizada por CEPAM Guayaquil⁷⁸, a finales del 2008 en 10 unidades (hospitales básicos) jefaturas de Área, unidades de estancia corta) confirmó la no disponibilidad de este método en los servicios de emergencia; el personal entrevistado tampoco conocía que el MSP hubiere dotado de una presentación de levonogestrel y que esta estuviera disponible en las unidades desde hace varios meses; de hecho no estaba disponible en la farmacia de la mayoría de las unidades. Se comprobó que en la mayoría de las jefaturas de Área, el medicamento seguía en las bodegas y no se había distribuido a las unidades operativas de las áreas donde se realizó la investigación. Se comprobó también que el personal desconocía los mecanismos de acción y beneficios del medicamento y no había recibido capacitación. Además mostraron franca resistencia a entregar la información y prescribir el método, especialmente en el caso de adolescentes, en tanto lo consideran abortivo y que promueve el libertinaje sexual, omitiendo totalmente lo dispuesto en la norma del MSP.

Una investigación realizada por Fundación Desafío⁷⁹ el año 2010, demostró lo siguiente:

4. Las mujeres que consiguieron las pastillas anticonceptivas de emergencia en una farmacia, tuvieron que presentar una receta médica para comprarlas, lo cual es un contrasentido pues siendo un medicamento de emergencia, los obstáculos a su acceso deberían eliminarse.
5. Todas las que obtuvieron las pastillas en un centro de salud público tuvieron que pasar por un largo trámite que incluía:
 - Pedir un turno:
 - Asistir a una consulta para abrir una historia clínica, lo que implica para algunos adolescentes, una violación a su confidencialidad pues el entregar sus datos, número de cédula, etc., les genera desconfianza. Temen ser puestos en evidencia, sobre todo en los servicios donde el personal de salud conoce a sus padres,
 - Explicar por qué necesitaban la pastilla, lo que pone a la adolescente en una situación de “interrogatorio” que es difícil asumir para ellas/os. Además existe la tendencia de no entregar el anticonceptivo a los hombres que van a pedirlo, pues consideran que es la “interesada” la que debe ir.
 - Luego tienen que esperar para que se las entregaran en la farmacia, algunas de las mujeres en esta situación declararon haber sido maltratadas por el personal de salud.

En los casos de violencia sexual las mujeres tienen mayor dificultad, pues los servicios de atención primaria suelen estar cerrados y aquellos que atienden 24 horas, no entregan el método anticonceptivo

77 Levonogestrel es la hormona-progestágeno que constituye el principio activo de la anticoncepción oral de emergencia. Tomado durante las próximas 72 o 120 horas luego de la relación sexual sin protección previene un embarazo. El principal mecanismo de acción de las PAE-LNG es bloquear o alterar la ovulación; su uso también puede impedir el encuentro del espermatozoide y el óvulo. Hoja Informativa Organización Mundial de la Salud, 2006.

78 CEPAM Guayaquil: Investigación de la situación de la atención de aborto y la anticoncepción de emergencia en 13 unidades del MSP provincia del Guayas. 2009.

79 Fundación Desafío y Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, Diagnóstico de la situación de la difusión y demanda de Anticoncepción de Emergencia en Loja, Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Chimborazo Quito, enero de 2010

oportunamente. Peor aún medicamentos antirretrovirales. Destacamos sin embargo que en esta gestión el MSP, en el marco del plan de erradicación de la violencia de género, está habilitando salas de primera acogida en hospitales provinciales los mismos que estarían capacitados para acoger a mujeres violentadas y darles una atención integral.

Es importante anotar que el Ministerio de Salud está construyendo una propuesta de mejora de la calidad de atención que son los Servicios de Atención Diferenciada para Adolescentes. En estos espacios existe personal capacitado para recibir al o la adolescente en un ambiente de empatía, de participación y de promoción de su salud en el marco de los derechos. En estos servicios se provee de anticoncepción de emergencia.

Cronología del debate y propuestas relacionadas con el aborto en los últimos 7 años

Luego de un falso debate alrededor de la AE como abortiva, en el 2005 aparece nuevamente el tema en la opinión pública cuando la diputada Miriam Garcés, propone una reforma a la ley de Delitos de Explotación Sexual en la que incluía ampliar las causales de aborto a todos los casos de violación. En abril del 2006, la comisión especializada permanente de lo civil y lo penal entrega un informe desfavorable argumentando que la mayor parte de la población ecuatoriana es católica.⁸⁰

En ese mismo año el Tribunal Constitucional resuelve retirar el registro sanitario a Postinor-2.

En diciembre del mismo año, se concluye el debate en torno al Código de la Salud, proceso en el cual el partido social cristiano propone la creación de una comisión con rango de ministerio que cumpla funciones de asesoría al Ministerio de Salud, conformada por un profesor universitario de ética médica, un médico nombrado por la Conferencia Episcopal Ecuatoriana, un delegado de la comisión anticorrupción y un diputado integrante de la comisión permanente de salud del congreso. Esta propuesta la más relevante, estuvo acompañada por otras en las cuales se atacaba a la educación sexual, los anticonceptivos, particularmente el preservativo, entre otras.

En noviembre del 2007, otro diputado del partido social cristiano propone la derogación del aborto terapéutico. ¿El argumento?, “solo dios tiene potestad sobre la vida”. La propuesta fue archivada en medio de la confrontación de los grupos conservadores y los grupos a favor de la vida y los derechos de las mujeres.

El 2008 se elaboró la nueva constituyente, proceso que no estuvo libre de confrontaciones y de debates para contrarrestar las propuestas del conservadurismo. El movimiento de mujeres, de jóvenes, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, aportan con su presencia, insumos técnicos, de derechos para nutrir los debates y los documentos que fueron presentados en Montecristi. Espacios gubernamentales como el CONAMU, CONASA, Ministerio de Salud tuvieron intervenciones importantes y determinantes para defender los derechos sexuales y derechos reproductivos y defender los artículos del código penal que permiten el aborto terapéutico.

Finalmente los artículos más importantes relacionados con en el tema del aborto, que por cierto no era un tema de la Asamblea Constituyente, son los siguientes:

En la sección cuarta cuando se nombra a las mujeres embarazadas se dice:

⁸⁰ Los grupos conservadores y la iglesia se movilizaron intensamente para impedir la aprobación de esta propuesta.

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad en los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia.

En la sección quinta cuando se habla de niñas, niños y adolescentes se dice:

Art. 45.- Las niñas, los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Esta constitución incorpora otros derechos relacionados con el respeto y protección de las decisiones relacionadas con la planificación familiar, la no discriminación y la garantía de una vida libre de violencia. De esta manera se configura en el texto constitucional una propuesta garantista de los derechos de las mujeres.

En el Ecuador ha habido poco debate sobre el tema del aborto. A excepción de las feministas jóvenes que últimamente han propuesto y están luchando por la despenalización total, a lo largo de estos 25 años, el movimiento de mujeres ha planteado que no hay condiciones para proponer cambios o reformas a lo ya existente o no ha existido un proceso para construir una estrategia. La conveniencia de la despenalización es un consenso escondido, ¿cómo empezar la lucha entonces?

¿Despenalización total?, ¿despenalización por violación? ¿Despenalización por violación y por malformaciones congénitas? ¿Por causal salud?

¡Ya es tiempo! De plantear las propuestas para despenalizar el aborto

La realidad del aborto en el Ecuador es cotidiana, los casos están allí, esperando ser conocidos en una suerte de re victimización para las mujeres que los cuentan, pero que en todo caso sirve para sensibilizar y no olvidar. A continuación algunos testimonios reales, vigentes y reveladores de la situación ecuatoriana:

“-No abuelito, no otra vez, me haga eso...”

Patricia era una niña de 14 años, de pronto dejó de hablar y sus tías no pudieron arrancarle una palabra. Sospecharon que estaba embarazada, pues había dejado de menstruar.

Sus tías, se habían hecho cargo de esta niña y de sus dos hermanos, sus padres estaban en España. Patricia estaba embarazada y había que hacer algo. Le hicieron un aborto en un sitio clandestino, y al despertar de la anestesia general que le pusieron, dijo: No abuelito, no otra vez, no me haga eso, quiero a mi mami, quiero a mi mami⁸¹...”

La crueldad de la migración ha dejado sin protección a miles de niñas/os y adolescentes que quedaron en manos de familiares, vecinos, etc., que en muchas ocasiones no los respetaron y abusaron de ellas/os.

81 GOMEZ DE LA TORRE, Virginia. LOPEZ, Martha. “Decisiones Cotidianas” compilación de testimonios y comentarios feministas. Fundación Desafío. Enero, 2011. Con el apoyo de HIVOS.

“En el Ecuador en el año 2008 se presentaron 10.672 denuncias por delitos sexuales en la Fiscalía, de ellos aproximadamente 300 casos tuvieron sentencias.

Un 21% de niños, niñas y adolescentes del Ecuador han sufrido alguna vez abuso sexual.”⁸²

Los embarazos no deseados tienen un denominador común, que es una circunstancia que las mujeres no pueden o no pudieron controlar y peor prevenir cuando están sometidas a imprevistos como la violencia sexual o a la posibilidad de una malformación congénita. Respecto de este problema el siguiente testimonio :

“Me dijeron que le podían hacer un trasplante de carita...

Daysi tenía 32 años, cuatro hijos, su esposo agricultor, ella empleada doméstica. Pobres. Fue dos veces al hospital de la ciudad en la que vive para que le hagan una ligadura. No se la hicieron, porque no hubo atención en una ocasión y no había materiales en la otra. Le diagnosticaron una malformación gravísima, su hija venía “sin cara”⁸³. Ella pidió un aborto, no se lo hicieron, pues le advirtieron que ahora la ciencia está muy avanzada y le iban hacer un trasplante de la carita cuando no nazca. Le indujeron el parto a los 7 meses, inmediatamente que nació la niña, murió.”⁸⁴

El Dr. César Paz y Miño, genetista ecuatoriano plantea lo siguiente en un artículo publicado en el diario ecuatoriano El Telégrafo a propósito del programa de censo nacional de discapacidades y de las estrategias para enfrentar y prevenir el problema de las malformaciones congénitas en el Ecuador, ejecutado por la vicepresidencia de la república:

“Muchas enfermedades se pueden diagnosticar prenatalmente. Uniendo las tres pruebas tradicionales prenatales a las 14 semanas: estudio genético de líquido amniótico, econosonografía diagnóstica y evaluación de las proteínas del líquido amniótico (alfa feto proteína y gonadotropina), se puede descartar hasta un 35% de problemas mal formativos frecuentes, incluyendo todos los trastornos cromosómicos que son unos 1.000, los defectos del cierre del tubo neural y el 80% de problemas mal formativos simples o graves.

Así como para el tamizaje neonatal existen indicaciones surgidas en los datos de cada país, también hay indicaciones para el diagnóstico prenatal, por ejemplo, embarazadas pasadas los 35 años, historia de abortos repetidos, padres con problemas mal formativos o hereditarios, entre las principales.

En términos prácticos, el diagnóstico prenatal identifica más enfermedades que el tamizaje posnatal. El problema del prenatal es que está acompañado de retrógrados prejuicios, cargas morales y religiosas que impiden su difusión como un derecho más a la salud materno-infantil.

Con el diagnóstico posnatal se tiene que atender al individuo ya nacido, con la mejor calidad de salud y costos 6 veces más altos. Pero con el diagnóstico prenatal, las cosas cambian. Con un informe técnico en que conste que el niño por venir trae un problema, las estadísticas muestran que 2 de cada 3 mujeres a las que se les diagnostica intraútero un síndrome de Down, piden que se les interrumpa terapéuticamente su embarazo, y 99% de mujeres a las que se les diagnostica un síndrome mal formativo grave, pide que se les interrumpa su embarazo.

82 PLAN PARA LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y MUJERES Ministerio de Gobierno (Presidencia), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación Ministerio de Inclusión Económica y Social – INFA, Consejo Nacional de las Mujeres-CONAMU, Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia- CNNA, Coordinación con Ministerio Fiscal y Consejo de la Judicatura.

83 La información médica obtenida determina que no tenía los huesos de la cara y el cerebro estaba protruido en esa zona.

84 GOMEZ DE LA TORRE, Virginia. LOPEZ, Martha. “Decisiones Cotidianas” compilación de testimonios y comentarios feministas. Fundación Desafío. Enero, 2011. Con el apoyo de HIVOS.

*En el Ecuador nos enfrentamos a una prohibición legal; los médicos no podemos ofertar abiertamente el diagnóstico prenatal porque en la práctica no sirve para nada ya que, ante un problema mal formativo, la ley no permite la interrupción del embarazo solicitado por las madres. Ningún profesional de salud asume el pedido de aborto, sumiendo a las embarazadas a dilemas terribles sobre su hijo, que puede nacer con una monstruosidad o una enfermedad intratable”.*⁸⁵

La salud de las mujeres se plantea como causal de aborto. La enfermedad presente en el cuerpo de la mujer, sea física o mental es motivo de interrupción de embarazo. A continuación un testimonio en el cual la mujer afectada gravemente por una dolencia crónica, incurable, está afectada muy profundamente en su salud mental producto de un embarazo no deseado:

¿Y quién piensa en mí?

“Charo una mujer de 25 años, profesional, casada, es diagnosticada de una grave enfermedad degenerativa, incurable, crónica, que requiere de tratamientos intensos dos o tres veces al año, desde hace 8 años. Tiene restricción absoluta de embarazarse. Quiere disfrutar su sexualidad y solicita a su ginecólogo que le recete anticonceptivos, este se niega, aduciendo que su condición de salud no le permite. El método del ritmo, le falla, se queda embarazada.

Aborta.” Siente que ella como persona no es valorada, el médico que la atiende le advierte que ese embarazo no es su responsabilidad, que el no hace abortos.

Este embarazo era evitable, como evitable era el dolor y la angustia que sintió esta mujer al sentirse embarazada y saber que no era posible continuar por la acción de los medicamentos sobre el embrión. Técnicamente era posible darle una alternativa anticonceptiva, pero el médico no pensó en ella como mujer sujeta de derechos, la veía como un caso clínico, en todo caso útil a su casuística profesional.

Conocer estos casos, que representan la punta de un iceberg, genera varias interrogantes:

- ¿Hay razón justificada para aumentar el sufrimiento de estas mujeres?
- ¿Por qué, si la ciencia ha producido el conocimiento para interrumpir embarazos de manera digna y sin riesgo, estos avances no están al alcance de las mujeres ecuatorianas?
- ¿Por qué los cuerpos y las vidas de las mujeres siguen estando en manos de hombres, que las violentan sexualmente, socialmente?

¿Las mujeres ecuatorianas se mueren por causas relacionadas con el aborto?

Sí, pero no son solo las muertes que se producen por una intervención insegura. Las mujeres que no quieren continuar con su embarazo, y no pueden resolverlo, toman decisiones fatales, como suicidarse.

En la sesión N° 19 celebrada en Ginebra, del Comité de los Derechos del Niño, el 22 de Septiembre de 1998, el delegado por el Ecuador tuvo que responder la siguiente inquietud de una integrante de la comisión:

“La Sra. Sardenberg pide más información sobre la situación de las niñas empleadas en quehaceres domésticos en las zonas rurales, sobre la educación bilingüe impartida a los niños indígenas y sobre el problema del aborto, ya que tiene informaciones de suicidios de jóvenes embarazadas en el Ecuador.

El representante responde expresando su desconocimiento respecto del problema.

⁸⁵ PAZ Y MIÑO, César, médico genetista, Tamizaje Neonatal (III), El Telégrafo, de la edición impresa del Domingo 28 de Agosto del 2011

En cuanto al aborto, el Sr. Gallegos Chiriboga dice que la legislación se ha modificado para despenalizarlo en el caso de incesto o violación, pero que la legislatura no ha aceptado la despenalización total. Por otra parte, no dispone de datos concretos sobre los casos de suicidio por aborto, pero, sea como fuere, le parece que el número de casos de ese tipo debe ser muy limitado.”⁸⁶

En 1998 y tampoco ahora el aborto esta despenalizado en general en caso de incesto o violación., solamente en caso de que la víctima sea mujer demente o idiota.

A continuación un caso que ilustra el problema:

“Prefirió morir...

Ese día que le encontraron fue espantoso, colgada. Lo que le pasó a mi hija es mi culpa, yo no me di cuenta. Yo le juro que le hubiera ayudado. Yo le veía rara, medio triste, pero que me iba a imaginar que estaba embarazada y que no quería tenerle. Yo hubiera hecho cualquier cosa, señorita, con tal que no haga eso, ¿quería abortar? Yo le ayudaba, pero que no se haga daño ella, y si quería seguir también le hubiera ayudado, ahora es muy tarde, le voy a llorar toda la vida.”⁸⁷

¿Qué razón o justificación hay para permitir tanto dolor? Esta madre “le hubiera ayudado” a su hija, en un acto solidario y de apoyo en el cual no importaba si era legal o no lo que iban hacer, la vida de su hija era más importante. Esa vida que ella había parido, cuidado, educado y alimentado. Esta mujer luchaba sola por sus hijos, como tantas mujeres ecuatorianas jefas de hogar.

Resistencias y desobediencias civiles de las feministas jóvenes: informar como abortar de manera segura es un derecho.

“El día Domingo 12 de septiembre de 2010, el número telefónico de Salud Mujeres⁸⁸, 099004545, fue bloqueado por Movistar, por una orden enviada desde la Fiscalía General del Estado Ecuatoriano.

Frente a esta acción, y en uso de nuestros derechos fundamentales constitucionalmente reconocidos, nos declaramos en resistencia y seguiremos entregando información: el nuevo número de Salud Mujeres es 098301317.

Nos declaramos en desacuerdo con las normas penales que discriminan a las mujeres y violan la constitución, son aquellas que nos obligan a asumir maternidades que no queremos, y con las que intentan callarnos para seguir manteniendo el aborto y la sexualidad de las mujeres en el silencio y el tabú.”⁸⁹ El lanzamiento de la Línea de Ayuda para Abortos Seguros y Sexualidad se desarrolló en la Virgen del Panecillo el 17 de junio del 2008, la Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género con el apoyo de una organización feminista holandesa Woman on Waves.⁹⁰

A los tres años de funcionamiento de esta línea de información, 7300 mujeres han llamado para pedir información sobre como abortar de una manera segura con medicamentos.

⁸⁶ United Nations Human Rights Website - Treaty Bodies Database. www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/.../CRC.C.SR.480

⁸⁷ GOMEZ DE LA TORRE, Virginia. LOPEZ, Martha. “Decisiones Cotidianas” compilación de testimonios y comentarios feministas. Fundación Desafío. Enero, 2011. Con el apoyo de HIVOS.

⁸⁸ Propuesta en la cual informan a las mujeres que llaman sobre como abortar de una manera segura con medicamentos (misoprostol).

⁸⁹ Salud Mujeres, manifiesto difundido a propósito de una incursión de la fiscalía en la cual clausuraron la línea, aduciendo que estaban cometiendo una figura legal llamada “apología del delito”.

⁹⁰ “Mujeres en olas”, proveen de abortos con medicamentos en aguas internacionales.

Estos abortos gestionados por las mismas mujeres, realizados al margen de la legalidad y del sistema de salud, son un indicador de la magnitud de un problema que pide a gritos ser debatido, analizado y regulado de una manera menos restrictiva. Estas 7300 mujeres atendidas en este servicio de información, no fueron al sistema de salud, el estado nos las ingresó en su sistema de información y no utilizó sus recursos para atenderlas. Para las estadísticas oficiales no existen.

Así como existe esta línea de información que ofrece un servicio amparada en el derecho a la información de la Constitución de la República, por tanto su trabajo es legal, existen servicios clandestinos que brindan servicios de aborto, desde una perspectiva de derechos y sin fines de lucro.

No es justo de todas maneras, que las mujeres aborten recibiendo información telefónica y nada más. No podemos saber con certeza estadística cuantas mujeres se complicaron, o continuaron sus embarazos producto de la falla del medicamento abortivo.

Católicas por el derecho a decidir-Ecuador

Nuevamente las feministas jóvenes, apuestan a construir este espacio que en otros países viene trabajando varios años. Se han centrado en demostrar que existe una forma diferente de leer y vivir la religión católica. Apuestan a difundir el derecho a la libertad de conciencia y al respeto a los derechos sexuales y derechos reproductivos. En el Ecuador está naciendo esta agrupación y ya es parte de espacios que articulan otros grupos como es el Frente Ecuatoriano por la Defensa de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

CONCLUSIONES

225 mil egresos hospitalarios por aborto entre los años 1998 y 2009 se registraron en los servicios del Ministerio de Salud, ocupando el primer lugar de la morbilidad femenina.⁹¹ Si hubiera menos embarazos no deseados, hubiera menos abortos.

Es tan simple como apoyar a las mujeres a que no se embaracen, porque de ahí la ecuación es sencilla: menos embarazos = menos abortos.

El Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna una de las estrategias mas importantes de salud pública, plantea que debido a la planificación familiar hay una disminución en un 35 % en materia de reducción de la muerte materna en el periodo 1999-2008⁹². Sin embargo hace falta más. Esto demuestra que los esfuerzos para que las mujeres accedan a la anticoncepción son muy importantes, pero no son suficientes, así se llegara al 100% de uso correcto de métodos anticonceptivos, aun así las mujeres tendrían necesidad de abortar por la expuesto anteriormente en relación a situaciones que las mujeres no pueden controlar.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, entre los objetivos propuestos contempla hasta el 2013:

- disminuir en un 35% la mortalidad materna;
- reducir en un 25% el embarazo en adolescentes;

No va a ser posible lograr estas metas, si no se hace un esfuerzo profundo y sincero, no solo para mejorar las estrategias de salud pública que tiene varias y en proceso de fortalecimiento, sino otras estrategias que apunten a disminuir y enfrentar la violencia estructural que obliga a las mujeres a embarazarse sin

⁹¹ Dirección Nacional de Normatización MSP. 2010

⁹² Por una maternidad y nacimientos seguros. MSP 2010

quererlo cuando son violentadas sexualmente en formas explícitas o sutiles, y las obliga a abortar cuando “no les queda de otra” si de ello depende su propia subsistencia y la de sus hijos.

“Es cierto que todas las personas deseamos que se terminen los abortos. El punto es que discrepamos radicalmente en cómo lograr ese objetivo compartido: unas personas piensan que hay que prohibir todos los abortos, mientras que otras pensamos que hay que despenalizar esa práctica.

Aunque ambas posturas sostienen que es importante prevenir los abortos, una aboga por una amplia educación sexual y una gran difusión de los métodos anticonceptivos, en tanto la otra argumenta que hay que restringir la actividad sexual a su práctica dentro del matrimonio, que el único método anticonceptivo válido es el ritmo y que la abstinencia sexual es la única opción legítima para los jóvenes. Las cifras de embarazos adolescentes e iniciación de la vida sexual juvenil fortalecen el escepticismo respecto de esas vanas ilusiones.

La fuerza de la pulsión sexual es avasalladora y las fallas humanas, sociales y técnicas producen cientos de miles de embarazos no deseados cada año, gran parte de los cuales siguen siendo interrumpidos de manera ilegal.”⁹³

Termino este documento con una cita de la teóloga brasilera Ivonne Guebara, monja feminista, activista por los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres que dijera acerca de las:

Sociedades abortivas

*Las mujeres nunca abortan solas,
una sociedad que no tiene condiciones subjetivas
para dar empleo, salud, vivienda y escuela
es una sociedad abortiva*

*Una sociedad que nos obliga a escoger
entre permanecer en el trabajo e interrumpir un embarazo
es una sociedad abortiva.*

*Una sociedad que continúa permitiendo
que se hagan pruebas de embarazo
antes de admitir a una mujer a un empleo
es una sociedad abortiva*

*Una sociedad que silencia y solo
culpabiliza a las mujeres.*

*Que no respeta sus cuerpos,
ni su historia*

es una sociedad excluyente, sexista y abortiva

93 LAMAS, Marta. “Aborto, derecho y religión en el siglo XXI”. En: DEBATE FEMINISTA, AÑO 14. VOL 27. ABRIL

BIBLIOGRAFÍA

- Tendencia y magnitud de la mortalidad materna en general y específicamente de las muertes certificadas por aborto y sus complicaciones (diagnósticos 003-008 CIE 10) en los servicios públicos de salud del Ecuador elaborado por: Dra. Vanessa Bustamante, MD. MPH en Marzo 2011.
- Estudio de mapeo y análisis de actores sobre derechos sexuales y derechos reproductivos. Elaborado por PRAISMEL s.a, estudios de mercado y opinión. Marzo 2009.
- Reproductive Health Matters. Mortalidad y morbilidad materna: gestación más segura para las mujeres. Temas de Salud Reproductiva, N° 5., 2009. Extractos del Fallo del Tribunal Constitucional de Colombia, Prefacio de Rebeca Cook.
- <http://www.pnud.org.pe/frmCoceptoDH.aspx> . Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2007 – 2009
- Bustamante Vanessa, M:D. M.P.H, MSP y Comisión de Transición al Consejo de las Mujeres y el Género. Tendencia y Magnitud de la Mortalidad Materna en general y específicamente de las muertes certificadas por aborto y sus complicaciones, en los servicios públicos de salud del Ecuador. Marzo, 2011
- Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013.
- Faundes Aníbal, médico ginecólogo, miembro de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia-FIGO.2011
- AUPF, RUDA, IPPF/RHO, Investigación y Análisis sobre el Acceso de las Mujeres al Derecho a Decidir. 2008.
- Tendencias Digitales, Hábitos y conductas sexuales. 13 de Octubre del 2010.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional-SISVEN
- Salud pública de México / vol. 51, no. 6, noviembre-diciembre de 2009 Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas www.scielosp.org/pdf/spm/v51n6/a02v51n6.pdf.
- Silvia Mario, Pantelides Edith Alejandra. Notas de población N ° 8 7 • C E P A L. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina.2005
- Gómez de la Torre V, López M, Fundación Desafío, Decisiones cotidianas. Compilación y comentarios sobre aborto provocado. ENIPLA, MSP, 2010.
- CEPAM Guayaquil: Investigación de la situación de la atención de aborto y la anticoncepción de emergencia en 13 unidades del MSP provincia del Guayas. 2009.
- Fundación Desafío, Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, Diagnóstico de la situación de la difusión y demanda de Anticoncepción de Emergencia en Loja, Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Chimborazo Quito, enero de 2010
- es.wikipedia.org/wiki/Violencia_obstétrica
- César Paz y Miño, médico genetista, Tamizaje Neonatal (III), El Telégrafo, de la edición impresa del Domingo 28 de Agosto del 2011.
- LAMAS, Martha. “Aborto, derecho y religión en el siglo 21”. En DEBATE FEMINISTA, AÑO 14. VOL 27. Abril 2003.
- BARRERAS, Investigación y Análisis sobre el Acceso de las Mujeres al Derecho a Decidir. Publicado por AUPF y RUDA con el apoyo de IPPF/RHO. Enero de 2008. Uruguay.
- Elfriede Harth, Ponencia, Congreso de Teología de la asociación Juan XXIII en Madrid, en septiembre de 2006.

Derechos de las mujeres en la constitución. CONAMU, Montecristi, Julio 2008. Matriz comparativa con la constitución de 1998.

Mortalidad y morbilidad materna: gestación más segura para las mujeres. Reproductive Health Matters, No 5.

Peker, Luciana, Cuestion de Fe

Fuente: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-6822-2011-10-23.html>

PROMSEX, Apuntes para la Acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal, Távara Orozco, Jacay Munguía, Dador Tozzini, Chávez Alvarado. PROMSEX. Perú, 2007.

Paquete informativo elaborado por ICMA (consorcio internacional de aborto con medicamentos). Website: www.medicalabortionconsortium.org

www.abortolegalyseguro.com

Andrzej Kulczycki. Aborto en América Latina: Cambios en la Práctica, Conflicto Creciente y Actualizaciones en Políticas Públicas. (<http://dbpedia.org/About>)

Maffia Diana, Cuestion de Fe

Fuente: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-6822-2011-10-23.html>

Violencia Sexual y Aborto, Conexiones Necesarias, Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, Publicación auspiciada por la Corporación Humanas con fondos de la Fundación Ford, 2008.

GIRE, Grupo de Información en reproducción elegida, A.C. "Paulina en el nombre de la ley" Temas para el debate. Ver documento completo en: www.gire.org.mx/publica/paulina.pdf Similar

Julieta Lemaitre Ripoll**Profesora Asociada, de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes. Ver artículo completo en razonpublica.com. Agosto 29 de 2011. Disponible en: <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2353-en-defensade-la-vida-por-una-mejor-comprension-del-constitucionalismo-catolico.h>. Fundación Oriéntame-Bogotá-Colombia.

Microscopio de la bioética a la biopolítica de Jaris Mujica miércoles, 14 de octubre de 2009

Eco Umberto, Martini Carlo María. ¿EN QUE CREEN LOS QUE NO CREEN? Traducción y prólogo de Esther Cohen. Ed. Taurus. Mayo 1997.

Liendo George, Barrientos Violeta, Huaco Marco, compiladores. Memorias del Primer Seminario Internacional: FOMENTANDO EL CONOCIMIENTO DE LAS LIBERTADES LAICAS. Red Iberoamericana por las Libertades Laicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, El Colegio Mexiquense, A.C. Libertades Laicas-Perú, Junio-2008, Perú.

Si hay duda hay libertad, El Espectador.com www.elespectador.com/.../columna-304372

Reproductive Health Matters. Mortalidad y morbilidad materna: gestación más segura para las mujeres. Temas de Salud Reproductiva, Nº 5., 2009. Extractos del Fallo del Tribunal Constitucional de Colombia, Prefacio de Rebeca Cook.

International Consortium for Medical Abortion. Medical Abortion an Information Package. Website: www.medicalabortionconsortium.org



TENDENCIA Y MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA EN GENERAL Y ESPECÍFICAMENTE DE LAS MUERTES CERTIFICADAS POR ABORTO Y SUS COMPLICACIONES (DIAGNÓSTICOS 003-008 CIE 10) EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD DEL ECUADOR

Desarrollo de un instrumento metodológico de certificación de mortalidad materna nacional que contribuya a la implementación del plan nacional de reducción acelerada de la muerte materna

Vanessa Bustamante M.D. M.P.H.

RESUMEN

La mortalidad materna en general y específicamente por aborto constituye un grave problema de salud pública en el Ecuador. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica y la calidad de la información son herramientas imprescindibles en el desarrollo de una adecuada vigilancia, lamentablemente, hay un elevado subregistro de las muertes maternas y en especial aquellas que se han producido por complicaciones relacionadas con abortos de cualquier naturaleza.

En el presente estudio, se describen las tendencias de muerte del último quinquenio y mediante proyecciones se evalúa el cumplimiento de los ODM y los objetivos del PNBV 2009–2013; se determina el subregistro y se analizan las muertes producidas por aborto y sus complicaciones; posteriormente se propone un instrumento metodológico complementario para la certificación nacional de muertes maternas. Para el efecto, se tomaron 582 muertes maternas registradas en el SISVEN, luego de la revisión de la respectiva documentación se descartaron 516 muertes ocurridas por otras causas; se investigaron un total de 26 casos certificados como aborto, 12 muertes certificadas con diagnósticos diferentes a aborto y 28 muertes de las que no se encontró ninguna información. Como instrumentos se utilizaron los mismos formularios de búsqueda activa establecidos en el Manual de Vigilancia de muerte materna vigente, estos formularios fueron modificados de acuerdo a las recomendaciones de la iniciativa de la OMS: “Camino a la supervivencia” y se incluyó un componente para asociar la muerte materna con violencia de género o algún tipo de discriminación. Resultados: De acuerdo a las cifras del INEC, si las condiciones que inciden actualmente sobre la RMM se mantienen, la reducción de la mortalidad materna sería de apenas un 53% para el año 2015, restaría 22% para llegar a la meta de los ODM; en lo que respecta al objetivo 3 del PNBV, las proyecciones hablan de una reducción de mortalidad materna de 23%, lo que nos alejaría 12 puntos porcentuales de la meta.

El subregistro de información se ha incrementado de 15% del año 2008 a 50% en el año 2010. En cuanto a los casos debidos a aborto el estudio determinó que el 60% de abortos correspondieron a espontáneos y el 23% a inducidos, 34% los realizaron en alguna institución y 54% en lugares considerados inseguros. El 83% de las muertes pudieron ser evitables, 79% tuvieron como causa directa de muerte el aborto, la primera demora es frecuente y un 9% de los casos estuvo asociado a algún tipo de violencia.

Finalmente se concluye que si mejora el registro y la recolección de la información a todo nivel, disminuirá el subregistro y tendremos cifras más reales; es importante insistir en la capacitación del personal de salud con el fin de mejorar el acceso y la calidad de atención. Concomitantemente deben fortalecerse el trabajo interinstitucional, los programas de salud sexual y reproductiva e incluir el enfoque de género en los análisis de salud con el objeto de detectar posibles inequidades que puedan condicionar perfiles de morbilidad y mortalidad.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un grave problema social que refleja el grado de desarrollo de un país, además, se convierte en un indicador de evaluación del desempeño de los sistemas de salud de los países y en especial de los países en vías de desarrollo donde las altas razones de mortalidad materna se encuentran estrechamente relacionadas con la pobreza, inequidad y la exclusión social por razones económicas, culturales y de género, entre otras.

La salud materna infantil se considera un área prioritaria para la Organización Mundial de la Salud (OMS); alrededor del mundo cada día mueren aproximadamente 1500 mujeres, víctimas de complicaciones secundarias al embarazo o parto⁹⁴. En América Latina y el Caribe, se estima un promedio de 130 muertes por cada 100.000 nacidos por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio⁹⁵. En nuestro país, para el año 2009 se registraron 208 muertes de mujeres relacionadas con embarazo, parto y puerperio, lo que representa una razón de mortalidad materna, según el INEC de 96,34 por 100.000 nacidos vivos inscritos en el mismo año⁹⁶.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud y su referente regional: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recomiendan a los gobiernos de los países que reportan altas razones de mortalidad materna, implementar estrategias tendientes a reducir o prevenir las muertes maternas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio con el fin de alcanzar la meta 6 del objetivo 5 de los Objetivos del Milenio, que consiste en reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna antes del año 2015⁹⁷.

Con este objetivo, en 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron un paquete de intervenciones o estrategias, cuyo fin es asegurar atención en los servicios de salud con una 5 básica a las madres asegurando que las intervenciones se realicen en tres niveles: Reducir la posibilidad de embarazos no planificados o no deseados; reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y reducir las posibilidades de muerte en mujeres que sufren complicaciones durante estas etapas de la vida reproductiva⁹⁸.

En nuestro país, en la última década, el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Salud y los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, en cumplimiento con los compromisos internacionales adquiridos, implementaron como parte del Plan de Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonata, que constituye un conjunto de políticas y estrategias costo-efectivas encaminadas a lograr la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador. Durante la elaboración de este plan se desarrollaron varios instrumentos útiles basados en las experiencias del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna (2005) y la Guía de Intervenciones Perinatales Basadas en Evidencia (2006) que permiten el mejor cumplimiento de sus líneas de acción: Mejorar el acceso a la información sobre anticoncepción, la organización de redes intra e interinstitucionales que incluyen también al sistema tradicional de salud, énfasis de la atención en la aplicación de normas y

94 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Making pregnancy safer. Annual report 2009. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/

95 Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna. Washington D.C. 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature19.htm>

96 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Defunciones 2007. Disponible en: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/not_vit3

97 Organización de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Objetivos del Milenio. Informe 2010. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf

98 World Health Organization. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Ginebra 2008. Páginas 1- 3

protocolos, vigilancia epidemiológica, mejora continua de la calidad de atención con enfoque en derechos, en género e interculturalidad.

En este contexto, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna constituye una herramienta fundamental, ya que dentro de las estrategias encaminadas a la reducción de la mortalidad materna a corto plazo, es imprescindible disponer de la información básica de las muertes ocurridas y así orientar los esfuerzos hacia la resolución del problema. El Sistema de Vigilancia de Muerte Materna del Ministerio de Salud Pública que es parte del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica Alerta (SIVE-VEeMM), es desarrollado e implementado recién a mitad del año 2002⁹⁹, siendo, un sistema de vigilancia joven que se encuentra en proceso de perfeccionamiento.

Según la OMS, existen varias causas directas e indirectas de muerte materna durante el embarazo, parto y puerperio, y de éstas el 80% se atribuyen a causas directas, siendo las principales: Hemorragias graves, infecciones, eclampsia, partos obstruidos, abortos realizados en condiciones de riesgo, otras causas directas y otras causas indirectas¹⁰⁰. De esta descripción, el 13% de muertes maternas están relacionadas con abortos realizados en condiciones de riesgo, lo cual se traduce en aproximadamente 67.000 muertes al año alrededor del mundo; sin embargo debemos reflexionar acerca de cuál es la dimensión real de la muerte materna debido a aborto. Detrás de las estadísticas de infecciones, hemorragias o complicaciones cardiovasculares pueden esconderse complicaciones relacionadas con aborto realizado en condiciones de riesgo. Los reportes de muertes clasificadas como otras causas directas o indirectas también puede encubrir el triste desenlace de una historia que no desea ser revelada por la familia de la madre fallecida.

Bajo esta premisa, el aborto constituye un grave problema que puede terminar con la vida de quienes optan por esta opción en condiciones de riesgo, en él influyen múltiples causas determinantes de tipo médico, social y cultural que incide sobre la salud de la mujer, su familia y su comunidad. La estrecha relación que existe de las muertes maternas con un componente asociado a violencia física, psicológica y sexual, complican aún más el panorama, si tomamos en cuenta cada caso de manera individual. Las implicaciones políticas y socio-religiosas a su alrededor estimulan una polémica social que lejos de dar solución al problema, sólo logra obstaculizar de alguna manera la toma de decisiones y la ejecución de planes que ayuden a combatir la mortalidad materna.

“A través de los siglos, la humanidad ha recurrido al aborto con la finalidad de terminar un embarazo no deseado, procedimiento practicado en todos los países, naciones, razas, en las diferentes condiciones económicas o sociales, esté o no permitido por sus normas sociales, éticas, morales y/o penales de sus naciones”¹⁰¹.

En América Latina y el Caribe 5.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando esta región, el porcentaje más alto (21%) a nivel mundial. También se estima que en la región anualmente 800.000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro. Las mismas estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos. Un 17% de las muertes maternas se atribuyen al aborto inseguro según la OMS¹⁰².

99 Ministerio de Salud Pública (MSP). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, 2002 – 2009.

100 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Making pregnancy safer. Annual report 2009. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/.

101 Maradiegue Eduardo MD. Aborto como causa de muerte. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(3): ps: 150-153.

102 OMS; CRR; AGI. El aborto: un problema de salud pública. 2004-2005. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf

En nuestro país, las razones de mortalidad materna continúan siendo inaceptablemente altas, tomando en cuenta que el cálculo de RMM se realiza con cifras oficiales que varían debido a la duplicidad de datos emitidos tanto por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) como por el SISVEN (Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional) sumado a esto, el alto sub-registro de casos por abortos ilegales; la cifra real de muertes maternas atribuidas a aborto o sus complicaciones se torna una tarea muy difícil de establecer. Es necesario entonces, conocer el origen del problema y ubicarlo en el contexto social para saber cómo evitar la mortalidad y morbilidad materna¹⁰³.

En este contexto, el presente estudio tiene por objeto conocer la cifra real con la que el aborto como tal contribuye a la mortalidad materna en general y su tendencia en los últimos 3 años; además, pretende contribuir a establecer los diferentes componentes que deberá contener el sistema de vigilancia de muerte materna al crear un instrumento metodológico de recolección y análisis de muerte materna por aborto, con el fin de garantizar la procedencia de las cifras oficiales de muerte materna, determinar con precisión los factores que incidieron en la ocurrencia y evaluar la efectividad de los servicios de salud, con el objeto de definir medidas correctivas necesarias para mejorar la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica de muerte materna de nuestro país.

LA RAZÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR

Situación actual

Para el año 1990, el Ecuador se encontraba en el puesto 16 entre los países con altas tasas de mortalidad materna de la región, en un estudio realizado en el año 2008, Ecuador ocupa el tercer lugar entre los países de la región Bolivariana con una tasa de mortalidad materna descrita para el año 2005 en 84.95 por 100.000 nacidos vivos¹⁰⁴.

La situación de la muerte materna es analizada mediante el indicador denominado Razón de Mortalidad Materna (RMM), el cual expresa el número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos¹⁰⁵. En nuestro país, la obtención de este indicador ha atravesado diferentes etapas en la búsqueda de una metodología única que estandarice la forma de calcular la mortalidad materna.

El Ecuador ha realizado considerables esfuerzos para reducir la muerte materna, con razones que van desde 101 muertes por 100.000 n.v. estimados por el Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos (CITAN) en el año 1990, hasta 66 muertes por 100.000 n.v. (CITAN) para el año 2000. En el año 2008, por cada 100.000 niños que nacieron, murieron 46 madres (razones calculadas con un denominador que incluye nacidos vivos estimados por el CITAN).

103 Vélez G.; Gallego L.; Jaramillo D. Modelo de análisis de muerte materna: Camino para la supervivencia. Modelos para el análisis de la mortalidad materno infantil. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdelamuertematerna.pdf>

104 Faneite Pedro M.D. Mortalidad materna en la Región Bolivariana de Latino-América; área crítica. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, ISSN 0048 – 7732, volumen 68 n.1. Caracas, marzo 2008. Consultado en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=5004877322008000100005&script=sci_arttext

105 Mata P., Reynoso F., Salazar A., Conceptos básicos de estadística descriptiva útiles para el médico. Revista Hospital General Dr. M. Gea González, vol.7 No.1 Enero-Abril 2006, paginas: 42 – 46. Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg061i.pdf>

EL ABORTO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Epidemiología del Aborto

Cuando nos referimos al tema, las perspectivas van desde la epidemiología del aborto como una condición de morbilidad y egreso hospitalario, hasta llegar a una condición de ilegalidad y clandestinidad. Es indudable que en sociedades con legislaciones muy restrictivas se incentiva la práctica de abortos realizados en condiciones de riesgo. En nuestro país, la penalización del aborto determina las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres y lo convierte en un grave problema social y de salud pública.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 3,700 000 abortos en condiciones de alto riesgo tienen lugar cada año en América Latina y El Caribe, región en la cual se observan precisamente las tasas y razones de abortos inducidos más elevadas: la tasa es de 29 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años de edad, y la razón de cerca de un aborto por cada tres nacidos vivos en el 2000. La tasa de abortos varía entre 34 por cada mil mujeres en Sudamérica, 21 en Centroamérica y 12 en la región del Caribe. En la mayoría de los países de la región se ha observado el mayor descenso de los niveles de fecundidad en las últimas décadas; la razón de abortos al principio de los años 2000 varía de 15 abortos por cada 100 nacidos en El Caribe a más del doble en Sudamérica (39 abortos por cada 100 nacidos). Esta última sub-región es, a su vez, la que tiene los menores niveles de fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos modernos más extendido. América Central, por su parte, ocupa un lugar intermedio, con 20 abortos por cada 100 nacidos vivos, y es la tercera sub-región del mundo con la proporción mayor de abortos. Existe una alta incidencia del aborto no seguro: 3. 700. 000 abortos al año; de los cuales 3 700 casos mueren por complicaciones del aborto.

Actualmente en la región se practican 3 millones 800 000 mil abortos en condiciones de riesgo. Por eso más de 5000 mujeres mueren al año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros, cifras que representan el 21% de muertes maternas al año a nivel mundial¹⁰⁶

“El 32.6 % de mujeres ecuatorianas ha experimentado algún tipo de aborto. Este indicador convierte al país en el primero con más abortos, entre 11 países de Latinoamérica”.

Así lo describe el CLACAI (Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro) en un informe emitido el día 13 de octubre del 2010, como resultado de una encuesta sobre hábitos y conductas sexuales, realizado en varios países de la región por la empresa Tendencias Digitales en conjunto con el grupo Diarios de América¹⁰⁷. Cifras realmente conmovedoras que no pueden ser rebatidas, gracias al enorme sub-registro y a la incoordinación de los organismos oficiales del Ecuador, en materia de estadísticas y vigilancia de muerte materna especialmente relacionada con aborto.

Según el organismo oficial de estadísticas del Ecuador INEC, para el año 2009 la razón de mortalidad materna por aborto en el Ecuador, fue de 3,24 x 100.000 n.v.o.³. Esta cifra es una referencia nacional tomando para el cálculo de la razón, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos oportunos, es decir los registrados el mismo año de nacimiento.

El aborto es una de las mayores causas de morbilidad en las mujeres, con el consecuente efecto en su calidad de vida. En el decenio 1999-2008 la atención de abortos en los establecimientos del Ministerio de

¹⁰⁶ Centro de Estudios de Población y Desarrollo CEPED. El aborto en América latina y el Caribe. LA CHRONIQUE. ISSN 1157-4186 Marzo 2008 . Número 55 . ES.

¹⁰⁷ Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. CLACAI. International Consortium for Medical Abortion. ICMA. Ecuador es el país con más abortos en Latinoamérica. Disponible en: http://www.clacai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=733:ecuador-es-el-pais-con-mas-abortos-en-latinoamerica&catid=9:informacion-para-mujeres-&Itemid=5

Salud Pública (MSP), ha tenido un incremento estadísticamente significativo ($R=0,98$; $p=0,00\dots$). En el año 2007, hubo 23.698 egresos hospitalarios por aborto no especificado. Las atenciones obstétricas por aborto siguen incrementándose de 12.917 en el año 2000 a 25.343 en el año 2008¹⁰⁸.

Así, podríamos describir incidencias de diferentes fuentes de organismos oficiales y no oficiales que emiten estadísticas de aborto de forma indirecta, relacionadas más con eventos asociados a complicaciones por mala atención fuera del sistema formal o público de salud, o al número de egresos hospitalarios por diagnóstico de aborto sin especificación de su origen. Nada más lejos de la realidad, cuando pensamos en los miles de abortos no espontáneos sino inducidos en la clandestinidad, o de aquellos que se registran o se clasifican de manera incorrecta en las unidades operativas de salud.

Definiciones y conceptos básicos sobre aborto

El aborto según la Organización Mundial de la Salud OMS es la “terminación espontánea o inducida de un embarazo antes de la vigésima semana de gestación, con un peso menor de 500 gramos y no viable”. Y se encuentra de manera innegable ligado a otros aspectos epidemiológicos, sociales, éticos y culturales.

Modos de clasificar el aborto

Existen varias formas de clasificar al aborto; para efectos del estudio revisaremos por lo menos tres perspectivas acerca de este término. La primera es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE versión 10) emitida por la OMS, la segunda es una clasificación médica y la tercera una visión desde la perspectiva legal.

Clasificación del aborto según la CIE 10 emitida por la Organización Mundial de la Salud.OMS.

La C.I.E. es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la C.I.E. y hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado. La C.I.E. utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1° posición y números en la 2°, 3°, y 4° posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9.

Esta codificación se encuentra designada por capítulos para cada sistema corporal; así, vemos a continuación el capítulo correspondiente a embarazo terminado en aborto para la CIE 10, con denominación que antecede la letra “O” y la numeración que va desde el 1 al 8¹⁰⁹.

Capítulo XV

Embarazo, parto y puerperio

Embarazo terminado en aborto

000 Embarazo ectópico

001 Mola hidatiforme

¹⁰⁸ Ministerio de Salud Pública, Sistema Común de Información, Población e Indicadores Demográficos y de Productividad, Ecuador 1999-2008.

¹⁰⁹ World Health Organization. Programs and Projects. International Classification of Diseases. Clasificación Internacional de Enfermedades. Consultado el 4 de febrero del 2011. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

002 Otros productos anormales de la concepción

003 Aborto espontáneo

004 Aborto médico

005 Otro aborto

006 Aborto no especificado

007 Intento fallido de aborto

008 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar.

Clasificación del aborto según criterio clínico:

a. Según la edad gestacional

Aborto bioquímico. Es la interrupción de la gestación después de la nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional.

Aborto clínico. Aquel que ocurre luego de haber identificado el saco gestacional. Puede ser: temprano antes de las 12 semanas y tardío de 12 a 20 semanas.

b. Según el origen

Espontáneo: Se produce de manera natural, involuntaria y sin intervención alguna de la madre ni de terceros. Está asociado a factores: genéticos, endócrinos, inmunológicos, infecciosos, traumáticos, de anomalías del tracto genital, idiopáticas.

Inducido: Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO, “la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervenciones después de la implantación y antes de que el conceptus (el producto de la concepción) sea viable de manera independiente”¹¹⁰.

c. Según la evolución

Amenaza de aborto: cuando presenta sangrado y dolor pélvico, pero ausencia de dilatación del cuello uterino cuyo pronóstico es favorable.

Aborto inevitable o inminente: cuando ya existe dilatación del cuello uterino y se palpan las membranas fetales a través de él y es de mal pronóstico para la continuación del embarazo.

Aborto en curso: cuando se palpan o protruyen membranas o partes fetales a través del orificio cervical

Aborto diferido: cuando se retiene el embrión o saco gestacional dentro del útero después de perder vitalidad.

Aborto séptico: cuando termina en un proceso infeccioso sea de grado I, II y III de acuerdo a la extensión de la infección.

¹¹⁰ Schenker JG, Cain JM. FIGO Comité for the Ethical Aspects of the Human Reproduction and Women’s health. Int J Gynaecol Obstet, 1999; 64:317-322

d. Según la terminación

Aborto completo: cuando se ha expulsado la totalidad del producto y sus anexos

Aborto incompleto: cuando se ha expulsado solo una parte del contenido embrionario pero permanecen restos en cavidad que provocan sangrado continuo.

e. Según las consecuencias

Aborto no complicado: cuando no ha habido secuela directa para la madre o su futuro obstétrico.

Aborto complicado: cuando como resultado de la pérdida, quedan secuelas reparables o irreparables para la madre y su futuro obstétrico.

f. Según su ocurrencia

Aborto habitual o frecuente: cuando se han producido 3 o más abortos consecutivos.

g. Según las condiciones en las que se suspende

Dentro de la categoría de un aborto inducido, se toman en cuenta aspectos como la capacidad profesional que lo atiende, el lugar de ocurrencia y las condiciones higiénicas en las que se realiza el aborto.

Aborto seguro: Implica un procedimiento con las mínimas probabilidades de riesgo para la madre.

Aborto inseguro: Según la misma OMS, “un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito en el que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la concurrencia de ambas circunstancias”¹¹¹

Clasificación según la perspectiva legal

Aborto legal: Se realiza por solicitud de la madre

Aborto ilegal: se realiza en un lugar donde es prohibido sin excepciones

Condiciona: El aborto se permite por varias razones

Muy restrictivo: El aborto se permite sólo para salvar la vida de la madre.

Aborto Libre: es el aborto realizado bajo el supuesto derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo por el solo hecho de no ser deseado.

Aborto Mixto: se refiere a la llamada reducción fetal selectiva, que pretende eliminar en los embarazos múltiples algunos embriones para que los restantes tengan mejor posibilidad de sobrevivir, presente también en países donde el número de descendientes por familia se restringe a uno solo.

Aborto ético: cuando el embarazo es producto de una agresión sexual.

¹¹¹ World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5), 1992

La legislación ecuatoriana contempla las siguientes formas de aborto:

Aborto intencional: Se trata del tipo general, que consiste en la acción realizada con plena conciencia y voluntad. Cuando no existe la aquiescencia de la mujer o de quien deba dar el consentimiento a nombre de ella, la figura es agravada. El tipo es más grave aún, cuando el sujeto activo de la infracción es un profesional de la salud¹¹².

En el caso que el aborto termine con la vida de la mujer, el tipo penal se transforma en uno complejo, y la pena es considerablemente más severa. Si quien practicó el aborto es un profesional de la salud, la figura es más grave.

Aborto honoris causa: Se trata de una circunstancia atenuante para el aborto intencional, cuando la mujer aborta para ocultar su deshonra.

Excusas legales absolutorias. Se contemplan dos causas de excusa, pero para que ellas procedan es necesario que el aborto sea practicado por un médico. Además, la mujer debe dar su consentimiento y si ella no puede hacerlo, su marido, sus familiares íntimos o quien ejerza su representación¹¹³.

Estos casos son:

Aborto terapéutico: cuando corre grave riesgo la salud o la vida de la mujer, siempre y cuando el peligro no pueda ser evitado por otros medios.

Aborto eugenésico: es la interrupción del embarazo que presenta ciertas condiciones del feto como alteraciones cromosómicas y defectos congénitos¹¹⁴. En el Ecuador es ilegal en casos de malformaciones congénitas.

Embarazo no deseado – Aborto inducido, problemas persistentes en salud pública

De los tipos de aborto anteriormente mencionados, las pérdidas gestacionales que se presentan de manera espontánea nos conducen a explorar las posibles consecuencias derivadas de una atención inadecuada posterior al evento producido. La falta de acceso a servicios de calidad o la inadecuada información de las mujeres hace que muchos de los casos de abortos espontáneos, puedan terminar en serias complicaciones debido a condiciones fortuitas.

Lo contrario ocurre con los embarazos no deseados que terminan en abortos inducidos en condiciones de riesgo y que acarrear graves consecuencias físicas para la mujer, económicas para el sistema de salud y se enfocan en las poblaciones más vulnerables (adolescentes, estratos empobrecidos, estratos mal informados), constituyéndose en graves problemas de salud pública que deben ser prioridad dentro de los objetivos nacionales.

¹¹² A. Donoso, op. cit., Marco legal del aborto. pp. 27-28.

¹¹³ “Código de Ética Médica: Art. 103.- Al médico le está terminantemente prohibido provocar el aborto al menos que haya necesidad absoluta de hacerlo para salvar la vida de la madre; en caso de enfermedades con alto riesgo hereditario, o cuando la madre haya sido expuesta, dentro del primer trimestre del embarazo a factores teratogénicos científicamente comprobados; debiendo cumplirse los siguientes requisitos: a) Con el consentimiento de la paciente, de su cónyuge o de su representante; y, b) La necesidad de la interrupción del embarazo debe ser certificada por una Junta Médica, uno de cuyos participantes, por lo menos, debe ser especializado en la afección motivo de la indicación.” Ediciones Legales, Régimen Penal Ecuatoriano, op. cit., p. 409.

¹¹⁴ En el Ecuador el aborto es legal en dos causales: para salvar la vida de la mujer y cuando una mujer demente o idiota ha sido violada.

A nivel regional, se calcula que anualmente se realizan alrededor de 4.2 millones de abortos en condiciones inseguras, más de 5000 muertes maternas en América latina al año se deben a causas relacionadas con este evento y más de 800.000 mujeres son hospitalizadas y tratadas en servicios de salud debido a complicaciones relacionadas con abortos clandestinos en condiciones de riesgo¹¹⁵. Cifras exorbitantemente altas si tomamos en cuenta el bajo costo de las simples medidas con las que podrían combatirse estos problemas; así, la falla en la educación, capacitación y provisión de medidas anticonceptivas eficaces y seguras, constituyen la primera causa de abortos, más todavía, las medidas restrictivas legales relacionadas con el tema, no han logrado disminuir la frecuencia de los abortos clandestinos.

Los expertos internacionales coinciden en que la ineficiencia de los gobiernos de la región en materia de planificación familiar y de legalización del aborto, son las causas por las que se mantienen estas peligrosas prácticas. También coinciden en que fortalecer los servicios de salud reproductiva y estimular reformas legales en torno a la legalidad del aborto de acuerdo a las posibilidades jurídicas del marco legal en cada país, pueden ser estrategias efectivas para combatir este problema, ya que según algunos estudios del mismo Dr. Mundigó y sus colaboradores, resulta más económico mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de planificación familiar que atender las complicaciones que se presentan detrás de los abortos realizados en condiciones inseguras²¹.

El aborto como problema social

Es indudable la estrecha relación que existe entre el aborto y algunos problemas sociales como: pobreza, falta de educación, desconocimiento acerca de temas de salud sexual y reproductiva, desconocimiento y falta de acceso a métodos anticonceptivos, falta de acceso a servicios de asesoría y educación sexual, inequidad de género reflejada en falta de poder de toma de decisiones de la mujer frente al hombre, por posiciones culturalmente machistas, desconocimiento de la mujer de su libre derecho a decidir sobre su vida personal, su desarrollo profesional y su salud sexual y reproductiva, y del derecho a una vida libre de violencia: física, sexual, psicológica y toda forma de discriminación.

El aborto asociado a algún tipo de violencia

Según la OMS, violencia se considera “El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.”

De este problema, no existen estadísticas claras y contundentes en nuestro país, como referencia en “EEUU la prevalencia de la violencia doméstica en las estadísticas clínicas es alta. Un 15-30% de las mujeres que visitan los servicios de urgencias y un 12-13% de las que visitan el departamento de asistencia familiar²⁰ 21 revelaron haber sufrido abusos físicos o amenazas por parte de su compañero durante el último año. El 75 % de las mujeres maltratadas que habían pasado por centros sanitarios siguió sufriendo agresiones”¹¹⁶.

Existen 3 tipos de violencia:

¹¹⁵ Mundigo Axel Dr. Borradores de las ponencias del Dr. Mundigo y de otros trabajos presentados en la reunión regional “Embarazo no deseado y aborto inducido: desafíos para la salud pública en América Latina y el Caribe” realizada en el año 2001 Cuernavaca-México. Pueden solicitarse directamente a hespinoza@popcouncil.org.mx y además están disponibles en: <http://www.agi-usa.org/lac>: login “lac” password: “hola”.

¹¹⁶ Mc Lear S, Anwar R. Identification of abuse in emergency department. Am J Public Health 1998;79:65-66.

Violencia familiar:

Se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infringidas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

Violencia de género:

Este término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica, incluida las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

Violencia en la pareja:

Se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor¹¹⁷.

Entre los factores de riesgo de sufrir violencia doméstica, se encuentra la mujer en estado de embarazo, dada su condición frágil, el agresor en esta etapa vive el embarazo como una amenaza para su dominio. Algunos estudios han encontrado una asociación entre la violencia y problemas a lo largo del embarazo entre los que se encuentran retraso en la asistencia, mayor número de abortos, partos prematuros y riesgo de recién nacidos con bajo peso¹¹⁸.

METODOLOGÍA

El presente, es un estudio de investigación transversal, retrospectivo, cuantitativo y cualitativo, utilizando los datos oficiales obtenidos en el SISVEN a nivel nacional, revisando las bases de datos, los expedientes clínicos, las actas de comités de muerte materna, relatos de historia de vida o actas de defunción, enviados por las respectivas unidades de salud que hayan reportado los casos y corroborando dicha información con una entrevista a los familiares cercanos a la madre fallecida.

La población universo del estudio la conformó el número total de muertes maternas ocurridas en el Ecuador reportadas y registradas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública entre los años 2008 a 2010. Se estudiaron únicamente los casos que cumplieron con los criterios de inclusión, es decir patologías o complicaciones que podrían estar relacionadas con aborto de cualquier origen o complicaciones del mismo.

Proceso de recolección de datos

Se obtuvieron las bases de datos oficiales de las muertes maternas reportadas en el SISVEN correspondientes al período 2008 a 2010. Con los diagnósticos registrados en estas bases de datos, se creó una lista de casos definidos como PROBABLES, cuya causa de muerte materna era atribuida a aborto o causas posiblemente relacionadas con aborto.

117 Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Familia y Comunitaria. Violencia Doméstica. Madrid 2003. Disponible en: http://www.msps.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf

118 McFarlane J. et al.. Abuse During Pregnancy. JAMA 1992;Vol 267:3176-3178.

Posteriormente, se procedió a la fase de recuperación, clasificación y selección de los expedientes clínicos o actas de comités, actas de defunción emitidas por el INEC, revisión de relatos de vida de los casos probables. Una vez analizados estos documentos, se los clasificó en: Muertes maternas secundarias a aborto ya establecidas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y muertes maternas secundarias a posibles abortos, es decir muertes con reporte en el SISVEN donde al menos una causa de defunción estaría relacionada con una posible complicación de aborto. A partir de la revisión de los expedientes médicos o actas de comités de los casos definidos como probables, se creó una lista de casos denominados POSITIVOS. En los casos en los que no se estableció la causa básica de la muerte se procedió a realizar la autopsia verbal.

Los instrumentos de recolección de datos que se usaron, fueron los establecidos en el Manual de Vigilancia Epidemiológica de investigación y funcionamiento de los comités de la mortalidad materna, que se encuentran vigentes. El documento de relato de vida o autopsia verbal que se usó para la investigación de los casos calificados como positivos, fue el documento modificado y validado para el estudio que se encuentra disponible en la propuesta del instrumento metodológico.

ANÁLISIS DE DATOS

Para la recopilación de datos se procedió a una búsqueda en las bases de datos del INEC y MSP. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Epi.info versión 3.4.1 2007 y Microsoft Excel 2007 con el cual se desarrollaron tablas, gráficos y curvas de tendencia.

El análisis estadístico de la tendencia de las variables se estudió por medio del Coeficiente de Correlación de Pearson y se estableció como nivel de significación estadística un valor $P < 0,05$.

RESULTADOS

Tendencia de la mortalidad materna en general en el Ecuador

De acuerdo a cifras del INEC y del Ministerio de Salud Pública (MSP) y según el numerador y denominador que se utilice para el cálculo de la RMM, es posible determinar las tendencias de muerte materna en el Ecuador para el período 2008 a 2010. Sin embargo, al momento del cierre del estudio, el INEC no ha emitido aún cifras oficiales correspondientes al año 2010, por lo que se tomará como referencia cifras del año 2009 y con respecto a las cifras emitidas por el SISVEN del Ministerio de Salud Pública, el cálculo se ha realizado con apenas 176 muertes registradas hasta el momento que corresponden al año 2010 y de las cuales se dispone información.

Recordemos que para el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna tenemos tres diferentes métodos: Utilizando como numerador a las muertes maternas de cada año y utilizando como denominadores: a) Los recién nacidos inscritos en el mismo año (oportunos), b) Los recién nacidos inscritos hasta un año posterior al nacimiento (estimados por INEC) y c) Los recién nacidos inscritos hasta 6 años posteriores al nacimiento y estimados por el Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos (CITAN).

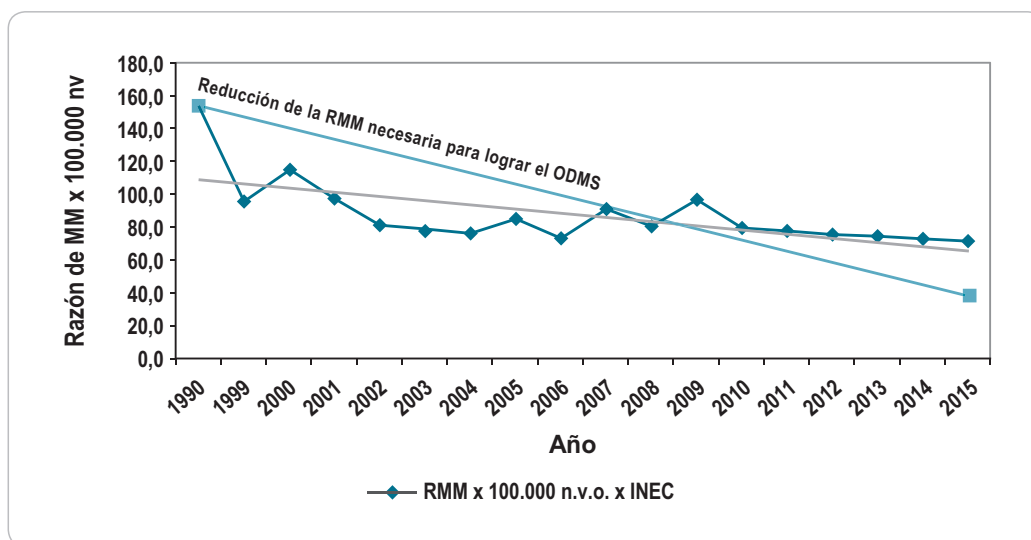
Según cifras oficiales del INEC, para el año 2009 se reportaron 208 muertes maternas, no se dispone de cifras oficiales por parte del INEC de las muertes maternas reportadas en el año 2010. El número de muertes para el año 2009 es mucho mayor a las registradas en el período 2001 – 2008, en donde los valores máximo y mínimo registrados son: **187** (año 2001) y **129** (año 2004) muertes maternas respectivamente. La razón de mortalidad materna que se encuentra publicada actualmente en el INEC para el año 2009 es de **96,34** x 100.000 n.v. inscritos en el mismo año.

Para analizar las tendencias de la Razón de Mortalidad Materna utilizando las diferentes metodologías y evitar sesgos, el cálculo de la RMM se lo realiza de la siguiente manera:

Si se toma en cuenta la cifra oficial de RMM publicada actualmente en el INEC para el año 2009 de 96,34 x 100.000 n.v.o. (inscritos en el mismo año) la tendencia de la RMM es como se muestra en el gráfico No. 1, en donde el incremento de las muertes del año 2009, cambia la tendencia de la mortalidad materna permaneciendo casi constante con el pasar de los años.

Gráfico No. 1

Tendencia anual de la razón de mortalidad materna
Ecuador 1999 - 2015

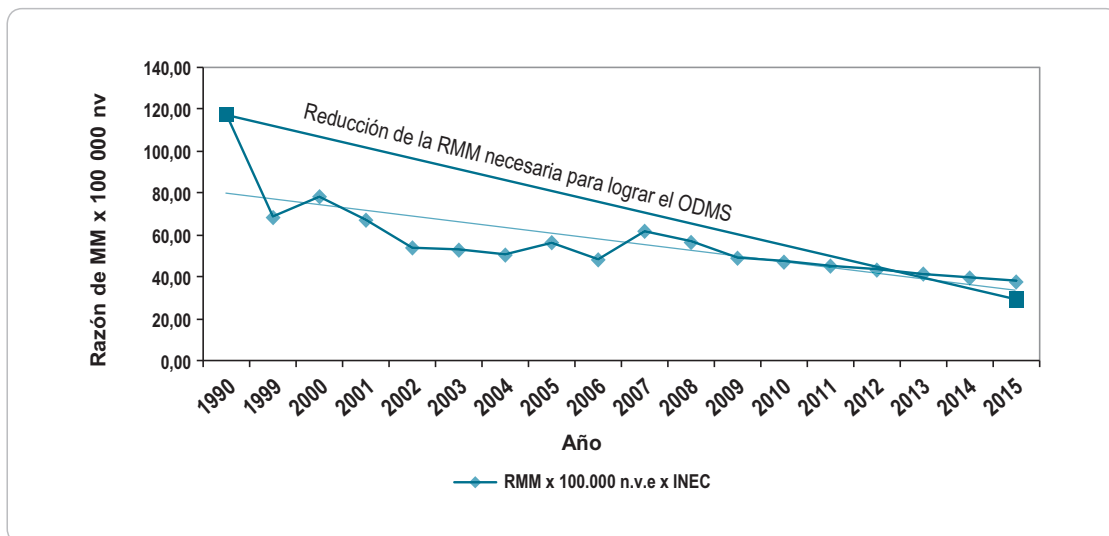


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC
Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Al realizar el análisis de la RMM con los nacidos vivos estimados por el INEC, solamente podemos calcular la RMM hasta el año 2008 y hacer una proyección para los próximos años, ya que al momento se dispone de los nacidos vivos del año 2009 inscritos en el mismo año y aún no se dispone de los nacidos vivos del año 2009 inscritos en el 2010 (ajustados). Para el año 2008 la RMM fue de 56,7 x 100.000 n.v.e. según el INEC; por lo tanto, la tendencia de la RMM hasta el año 2008 se la observa en la gráfica No. 2. Sin embargo esta forma de cálculo no es útil para realizar una proyección hasta el año 2015, puesto que al no incluir las muertes del año 2009 (no se dispone de denominador), en donde existió un gran incremento del número de muertes maternas, cambia significativamente la tendencia de la mortalidad materna. Por lo tanto esta forma de cálculo no se la utilizará para analizar el cumplimiento de los ODM en el futuro.

Gráfico No. 2

Tendencia anual de la razón de mortalidad materna Ecuador 1999 - 2015

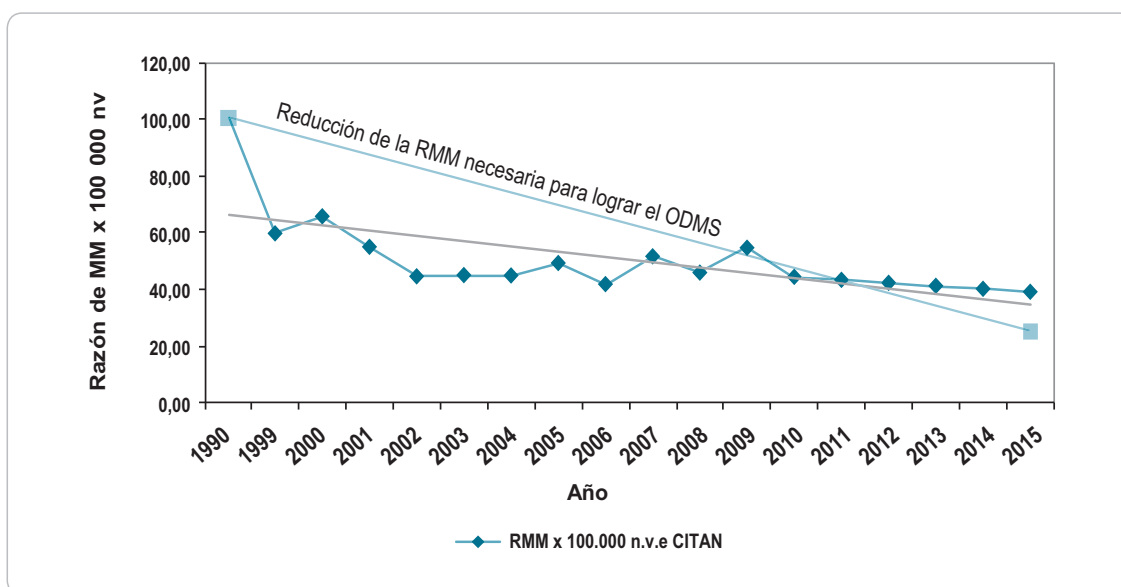


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC.
Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

La RMM según los nacidos vivos estimados con el Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos (CITAN), para el año 2009 fue de 54,6 x 100.000 n.v.e. por CITAN. La tendencia de la RMM con ésta metodología de cálculo se puede observar en la gráfica No. 3.

Gráfico No. 3

Tendencia anual de la razón de mortalidad materna Ecuador 1999 - 2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC
Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Para evaluar el cumplimiento de las metas del objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna) y los objetivos de la reducción de mortalidad materna del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013¹¹⁹ (Reducir en 35% la mortalidad materna hasta el 2013), se realizó un análisis de Regresión Lineal, que nos permite predecir cuál será el comportamiento de este indicador en el tiempo teniendo presente la RMM en base a los nacidos vivos inscritos oportunamente y a los nacidos vivos estimados por el Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos, observándose que si las condiciones que afectan la mortalidad materna se mantienen para los próximos años, la razón de mortalidad materna puede ser: en el año 2013, de **74,4** por 100.000 n.v.o. ó de **41,12** por 100.000 n.v.e. por CITAN y en el año 2015 la razón puede ser de **71,4** por 100.000 n.v.o. ó de **39,00** por 100.000 n.v.e. por CITAN.

Para reducir en 35% la mortalidad materna hasta el año 2013, como lo describe el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013 en su objetivo No. 3¹²⁰. Y si la tendencia de mortalidad materna se mantiene, la RMM estimada para el año 2013 con respecto a lo observado en 2009, representa una reducción del **23%** (n.v.o.), o del **25%** (n.v.e. por CITAN), por lo tanto restaría un **12%** ó un **10%** respectivamente para llegar a cumplir la meta según las muertes maternas reportadas en el INEC.

De los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el quinto establece “Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015”⁴. Si la misma tendencia de mortalidad materna se mantiene, la RMM estimada para el año 2015 con respecto a lo observado en 1990, representa una reducción del **53%** (n.v.o.) o del **61%** (n.v.e. por CITAN), por lo que restaría un **22%** ó **14%** respectivamente para llegar a cumplir la meta según las muertes maternas reportadas en el INEC.

Tendencia de la mortalidad materna en general y por aborto:

Cifras del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N. del Ministerio de Salud Pública del Ecuador M.S.P y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

En el año 2009, se registraron 208 muertes maternas en el INEC. Las primeras causas de muerte en estas mujeres, fueron: Otras enfermedades que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O99), hemorragia postparto (O72), hipertensión gestacional con proteinuria significativa (O14), eclampsia (O15) y en el octavo lugar se encuentra el aborto no especificado (O06), que contribuye al 2,4% del total de muertes maternas por todas las causas, como lo podemos observar en la siguiente tabla:

¹¹⁹ PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009 - 2013. Metas. Objetivo No. 3 Mejorar la calidad de vida de la población. Página: 196

¹²⁰ Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Septiembre 2008

Tabla 1

Principales causas de muerte matern. Ecuador 2009
Lista detallada de la CIE-10

ORDEN	CÓDIGO CIE-10	CAUSAS DE MUERTE MATERNA	NÚMERO	%	TASA 1/
	O00-O99	TOTAL MUERTES MATERNAS	208	100,0	96,3
1	O99	OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE PERO QUE COMPLICAN EL ENBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	40	19,2	18,5
2	O72	HEMORRAGIA POSTPARTO	31	14,9	14,4
3	O14	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL [INDUCIDA POR EL EMBARAZO] CON PROTOREINURIA SIGNIFICATIVA	28	13,5	13,0
4	O15	ECLAMPSIA	26	12,5	12,0
5	O85	SEPSIS PUERPERAL	9	4,3	4,2
6	O62	ANORMALIDADES DE LA DINÁMICA DEL TRABAJO DE PARTO	7	3,4	3,2
7	O95	MUERTE OBSTÉTRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA	7	3,4	3,2
8	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	5	2,4	2,3
9	O36	ATENCIÓN MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES CONOCIDOS O PRESUNTOS	5	2,4	2,3
10	O44	PLACENTA PREVIA	5	2,4	2,3
11	O98	ENFERMEDADES MATERNAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	5	2,4	2,3
12	O10	HIPERTENSIÓN PREEXISTENTE QUE COMPLICHA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	4	1,9	1,9
13	O45	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA [ABRUPTIO PLACENTAE]	4	1,9	1,9
14	O71	OTRO TRAUMA OSBTÉTRICO	4	1,9	1,9
15	O46	HEMORRAGI ANTEPARTO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	3	1,4	1,4
16	O73	RETENCIÓN DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS, SIN HEMORRAGIA	3	1,4	1,4
17	O88	EMBOLIA OSTÉTRICA	3	1,4	1,4
18	O90	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3	1,4	1,4
		RESTO DE CAUSAS MATERNAS	16	7,7	7,4
		TOTAL DE NACIDOS VIVOS 2/	215,906		

Según cifras oficiales del INEC, durante el quinquenio 2005 - 2009, se registraron un total de 43 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el aborto (Diagnóstico O03 a O08 según CIE 10) como podemos observar en la tabla No. 1; en donde, se encuentra que el mayor número de muertes se encuentran registradas con el diagnóstico aborto no especificado (31 muertes maternas) código CIE 10, O0

Tabla No. 1

Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10
Ecuador 2005 – 2009

Año	Código CIE10	Causa de Muerte Materna	Número	No. Total de muertes maternas	%	Razón Mortalidad Materna*
2.005	003	Aborto espontáneo	1	143	0,7	0,6
	006	Aborto no especificado	11		7,7	6,5
2.006	003	Aborto espontáneo	1	135	0,7	0,5
	004	Aborto médico	2		1,5	1,1
	005	Otro aborto	1		0,7	0,5
	006	Aborto no especificado	3		2,2	1,6
2.007	006	Aborto no especificado	6	176	3,4	3,1
2.008	005	Otro aborto	2	165	1,2	1,0
	006	Aborto no especificado	6		3,6	2,9
	008	Complicaciones consecutivas.al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	3		1,8	1,5
2.009	003	Aborto espontáneo	2	208	1,0	0,9
	006	Aborto no especificado	5		2,4	2,3

*Razón Mortalidad Materna por 100 000 nv ocurridos y registrados en el año (n.v.o)

Fuente: Anuario de Defunciones Generales 2005 - 2009. Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Si analizamos la tendencia de la RMM por los diagnósticos 003 a 008 según CIE 10, del año 2005 a 2009, observamos que la tendencia de RMM es constante, y no han existido cambios estadísticamente significativos ($R=-0,57$; $p=0,31$). (Tabla No. 2 y Gráfico No. 4).

Tabla No. 2

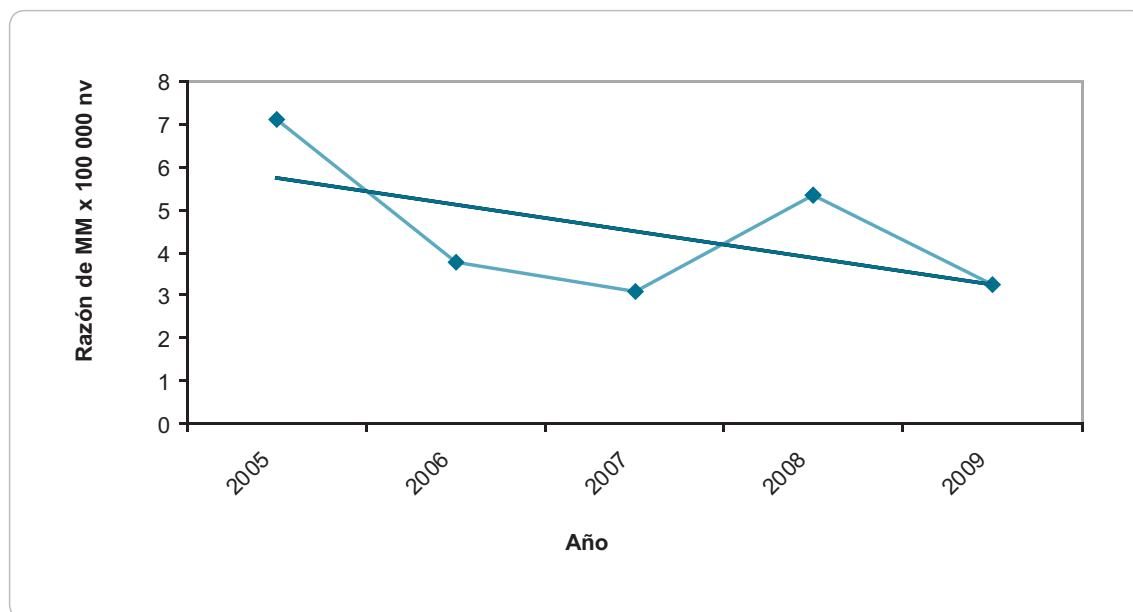
RMM con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10
Ecuador 2005 – 2009

Año	Código CIE10	Número de MM	RMM*
2005	003 - 008	12	7,13
2006	003 - 008	7	3,78
2007	003 – 008	6	3,08
2008	003 – 008	11	5,33
2009	003 – 008	7	3,24

*RMM: Razón de Mortalidad Materna de diagnósticos CIE 10, 003 a 008 por 100.000 nacidos vivos inscritos en el mismo año (oportunos)

Gráfico No. 4

Tendencia anual de la razón de mortalidad materna por diagnósticos 003 a 008 según CIE 10 Ecuador 2005 - 2009



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Según las cifras oficiales disponibles en el INEC, los diagnósticos 003 – 008 según CIE 10, en el período 2005 al 2009, han contribuido en promedio con el 5,4% del total de las muertes maternas registradas oficialmente en el país. En la tabla No. 3, podemos observar el porcentaje por año en que las muertes relacionadas con aborto han contribuido al total de las muertes maternas por todas las causas.

Tabla No. 3

Porcentaje de MM con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM Ecuador 2005 – 2009

Año	Código CIE10	Número de MM	% de MM*
2005	003 - 008	12	8,39
2006	003 - 008	7	5,18
2007	003 – 008	6	3,40
2008	003 – 008	11	6,67
2009	003 – 008	7	3,36

*% de MM: porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM por todas las causas registradas en el INEC.

En el año 2008 se encuentran registradas en el INEC, 11 muertes con causa básica de muerte relacionada con el aborto (Diagnóstico CIE 10, O03 – O08), mientras que en el 2009 se registran 7 muertes maternas (ver tabla No. 2). Debe tomarse en cuenta que aún no se dispone de datos del año 2010.

La Razón de Mortalidad materna por estas causas es de **5,33** x 100.000 n.v.o. para el año 2008 y de **3,24** x 100.000 n.v.o. para el año 2009. Por lo tanto el porcentaje de contribución del aborto en el total de muertes maternas ocurridas en cada año es de **6,67%** para el año 2008 y de **3,36%** para el año 2009, calculado únicamente con datos del INEC y tomando en cuenta que la RMM utiliza como denominador para el cálculo los recién nacidos vivos oportunos.

Tomemos en cuenta que para el presente estudio se realizará el análisis de las muertes maternas registradas en el INEC y en el SIVE-ALERTA-MSP, relacionadas con Diagnóstico CIE 10, O03 – O08, de los años 2008, 2009 y 2010. El número total de muertes maternas registradas en ambos organismos difieren totalmente, encontrándose siempre un mayor número de muertes maternas registradas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP (SIVE-ALERTA-MSP) (ver tabla No. 4).

Tabla No. 4

Número de MM registrados en el INEC y en el SIVE-ALERTA-MSP
Ecuador 2008 – 2010

Año	Número de MM registradas en el INEC	Número de MM registradas en el SIVE-ALERTA-MSP
2008	165	196
2009	208	240
2010	*	146

* Aun no hay datos disponibles de las MM del año 2010 en el INEC Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N. Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

La diferencia del número de muertes maternas que existe entre ambos organismos es significativa, con una diferencia de 31 muertes maternas más, según cifras del MSP para el año 2008, y 32 muertes maternas más, para el año 2009. Hasta la fecha no se ha logrado consolidar la información de muertes maternas por año, entre ambos organismos: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP, con el fin de unificar el numerador y obtener una RMM más cercana a la realidad, lo cual constituye un problema importante en el análisis de la mortalidad materna en el país.

El análisis de los diagnósticos O03 a O08 según CIE 10, como causa de muerte materna se realizó con la información disponible en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP, organismo de donde se pudo tener acceso a toda la información necesaria. Sin embargo, al final existieron casos de los que cuales no pudo obtenerse ninguna información y otros en los que no se encontró documento alguno en el nivel nacional y provincial, que los respalde.

En total se analizaron 582 casos de muerte materna, registrados en los 3 años de estudio (2008, 2009 y 2010) en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna del MSP, de los cuales, de acuerdo al diagnóstico existente en las bases de datos se seleccionaron todos los casos que tenían algún diagnóstico que podría estar relacionado con aborto (ver tabla No. 5), generándose una lista de casos probables que constó de 208 muertes (ver algoritmo No. 1) y se descartaron 374 casos de muertes maternas que no estuvieron relacionados con los diagnósticos O03 – O08, según CIE 10, ni con los diagnósticos que posiblemente estarían relacionados con el aborto (ver tabla No. 5).

Tabla No. 5

Diagnósticos posiblemente relacionados con los diagnósticos O03 – O08, según CIE 10

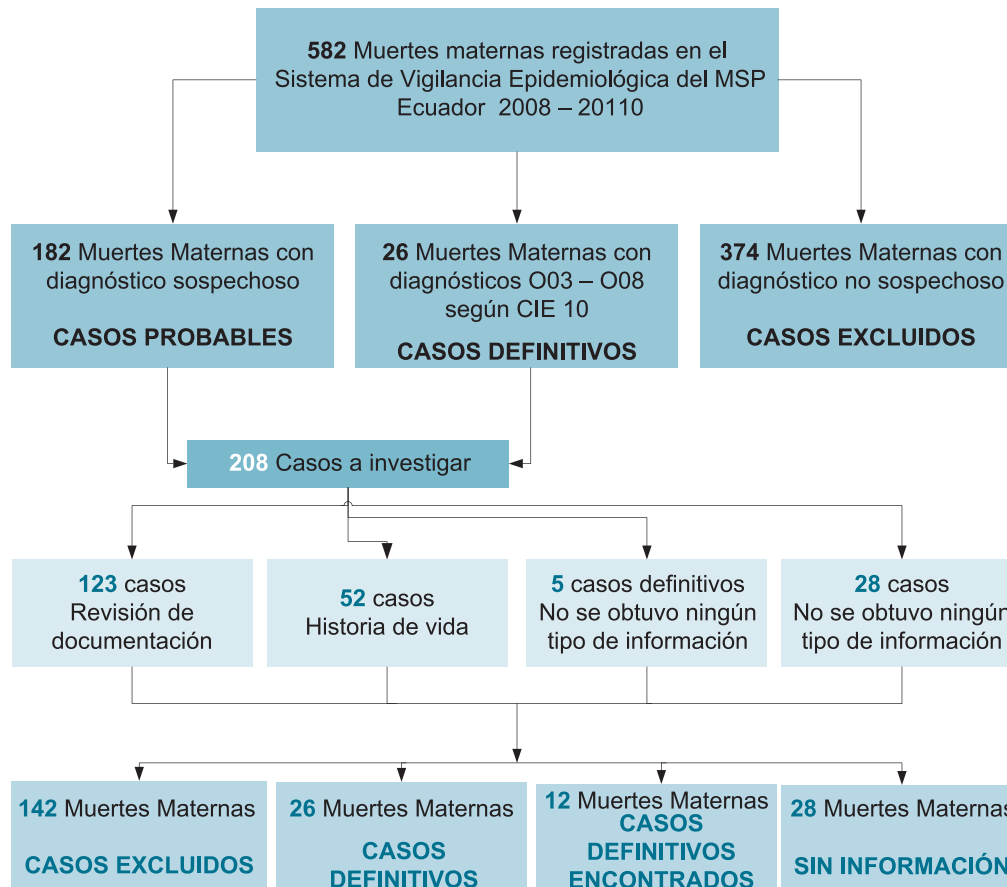
- Choque anestésico.
- Sistema cardiovascular (choque, colapso circulatorio)
- Sistema hematológico (anemia, coagulación intravascular, hemorragia)
- Infecciones (choque, sepsis, peritonitis)
- Metabolismo (desequilibrios electrolíticos)
- Pulmonar (embolismo, insuficiencia respiratoria)
- Renal (insuficiencia renal aguda, uremia)
- Obstétricas y ginecológicas (infecciones, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto, endometritis, salpingitis, ooforitis)

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10.

En los 208 casos de muertes maternas, que conformaron la lista de casos probables, se realizó la búsqueda de documentos complementarios para su análisis; esto permitió la clasificación de 123 casos de los cuales se recuperó principalmente: actas de comités, formulario de Relato de vida (Historia de vida), formulario de Informe Confidencial-Revisión de Historia Clínica y actas de defunción del Registro Civil. En 52 casos no se obtuvo información que nos permita descartarlos o incluirlos en el estudio y fue necesario realizar la Historia de vida para determinar su asociación o no, con los diagnósticos O03 – O08, según CIE 10. En 5 casos, que tenían el diagnóstico inicial de aborto, no fue posible encontrar ninguna documentación, y no se pudo realizar la Historia de vida. Así mismo, en 28 casos probables, no fue posible encontrar ninguna documentación sobre la muerte materna, y por lo tanto tampoco realizar la Historia de vida, en ambas alternativas se debió a la imposibilidad de localizar el domicilio (ver algoritmo No. 1).

Algoritmo No. 1

Análisis para estimar la magnitud que los diagnósticos O03 – O08, según CIE 10, contribuyen a la problemática de la mortalidad materna Ecuador 2008 – 2010



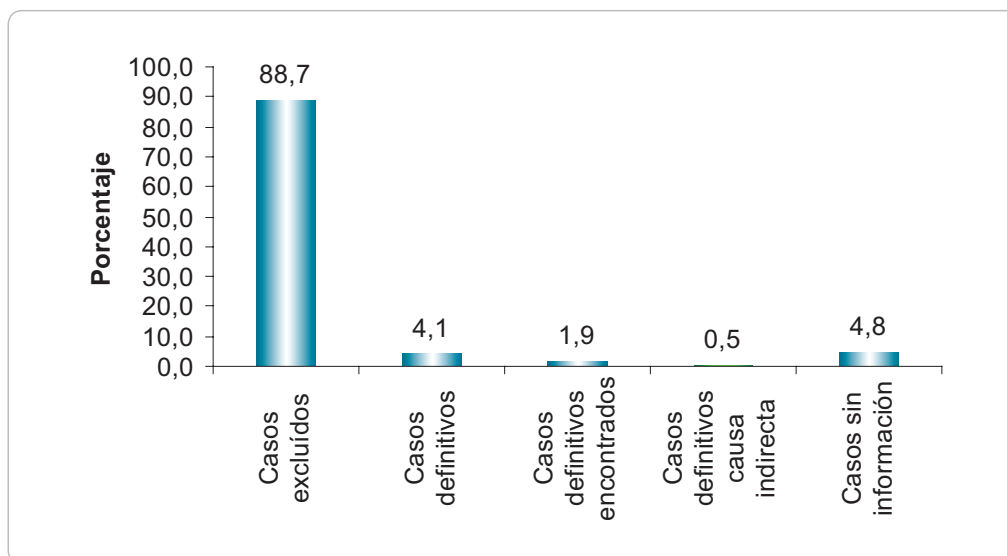
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Luego de aplicar la metodología propuesta (revisión de documentación y obtención de autopsia verbal), de los 208 casos a investigar: 142 casos de muerte materna fueron excluidos, 28 casos no tuvieron ninguna información por lo tanto no se los clasificó; 26 muertes maternas tuvieron desde el inicio de la investigación diagnósticos que se incluyen en los diagnósticos O03 – O08 según CIE 10, sin embargo de los 26 casos, 2 casos tuvieron como causa de muerte, causas indirectas; y 12 muertes maternas que tenían diagnóstico sospechoso, al realizar el análisis estuvieron relacionados con los diagnósticos O03 – O08 según CIE (11 casos definitivos encontrados con causas directas y 1 caso definitivo encontrado con causa de muerte indirecta).

Por lo tanto de los 582 casos iniciales que se analizaron, al sumar los resultados de las diferentes etapas, encontramos: 516 (**88,7%**) casos excluidos, 24 (**4,1%**) casos definitivos desde el inicio del estudio, 11 (**1,9%**) casos definitivos encontrados, 3 (**0,5%**) casos definitivos que tienen como causa de muerte causas indirectas; y 28 (**4,8%**) casos sin información, como se lo puede observar en el siguiente gráfico (ver gráfico No. 5).

Gráfico No. 5

Porcentaje de los casos de muerte materna relacionados o no, con diagnósticos 003 – 008, según CIE 10. Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Según los datos disponibles en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP, el número total de casos que se analizaron en profundidad se los obtuvo de la suma de los casos definitivos con los casos definitivos encontrados. En estos casos de muertes maternas, los diagnósticos 003 – 008 según CIE 10, en el período 2008 al 2010, han contribuido en promedio con el 6,3% del total de las muertes maternas registradas en el país. En la tabla No. 6, podemos observar por año el porcentaje en que las muertes relacionadas con los diagnósticos 003 – 008 según CIE 10, han contribuido al total de las muertes maternas por todas las causas.

Tabla No. 6

Porcentaje de MM con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM Ecuador 2008 – 2010

Año	Código CIE10	Número de MM	% de MM*
2008	003 – 008	15	7,65
2009	003 – 008	17	7,08
2010	003 – 008	6	4,11

*% de MM: porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM por todas las causas registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP.

Para comparar estos datos del SIVE-ALERTA-MSP con los datos disponibles en los registros oficiales del INEC, se estimó el porcentaje de contribución de los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, en el total de muertes maternas por todas las causas, para el año 2010, puesto que aún no se dispone de datos oficiales publicados por el INEC. La estimación se la realizó mediante un análisis de Regresión Lineal del período 2005 al 2009, que nos permite predecir cuál será el comportamiento de este indicador en el tiempo, teniendo presente que sí las condiciones que afectan el porcentaje de contribución de los diagnósticos 003 – 008, según clasificación CIE 10, en el total de muertes maternas por todas las causas, se mantiene en el tiempo, para el año 2010, el porcentaje de contribución será de **2,83%**. En la tabla No. 7 podemos observar las diferencias que existen en los datos disponibles entre los dos organismos, en el porcentaje de contribución de los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, en el total de muertes maternas por todas las causas. En los datos del SIVE-ALERTA-MSP, se encuentran incluidos los casos sub-registrados que se encontraron en el presente estudio, en consecuencia los porcentajes son mayores en los datos que se obtienen del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP que en los del INEC.

Tabla No. 7

Porcentaje de MM con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM, según cifras oficiales del INEC y del SIVE-ALERTA-MSP Ecuador 2008 – 2010

Año	Código CIE10	% de MM, INEC*	% de MM, SIVE-ALERTA**
2008	003 – 008	6,67%	7,65%
2009	003 – 008	3,36%	7,08%
2010	003 – 008	2,83%***	4,11%

*% de MM INEC: porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM por todas las causas registradas en el INEC.

**% de MM SIVE-ALERTA: porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 según CIE 10, del total de MM por todas las causas registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP.

***2,83%: valor estimado mediante análisis de Regresión Lineal.

Análisis del sub-registro de los diagnósticos 003 – 008, según clasificación CIE 10, en el Ecuador en el período 2008 – 2010

Los datos encontrados en el presente estudio, demuestran el incremento del sub-registro de los diagnósticos 003 a 008 según clasificación CIE 10, como causa de muerte materna, en el período 2008 - 2010. En promedio en éste período encontramos un 32% de sub-registro de estas enfermedades. Al analizar por año a nivel nacional, encontramos un sub-registro del 15%, 38% y 50% para los años 2008, 2009 y 2010 respectivamente (ver tabla No. 8 y gráfico No. 6). Este análisis se lo realizó tomando en cuenta los 35 casos encontrados de muertes maternas por causas directas de diagnósticos 003 – 008, según CIE 10; no se tomó en cuenta los 3 casos definitivos con causas indirectas.

Tabla No. 8

Porcentaje de sub registro de Mortalidad Materna por diagnóstico 003 a 008 según CIE 10 Ecuador 2008 – 2010

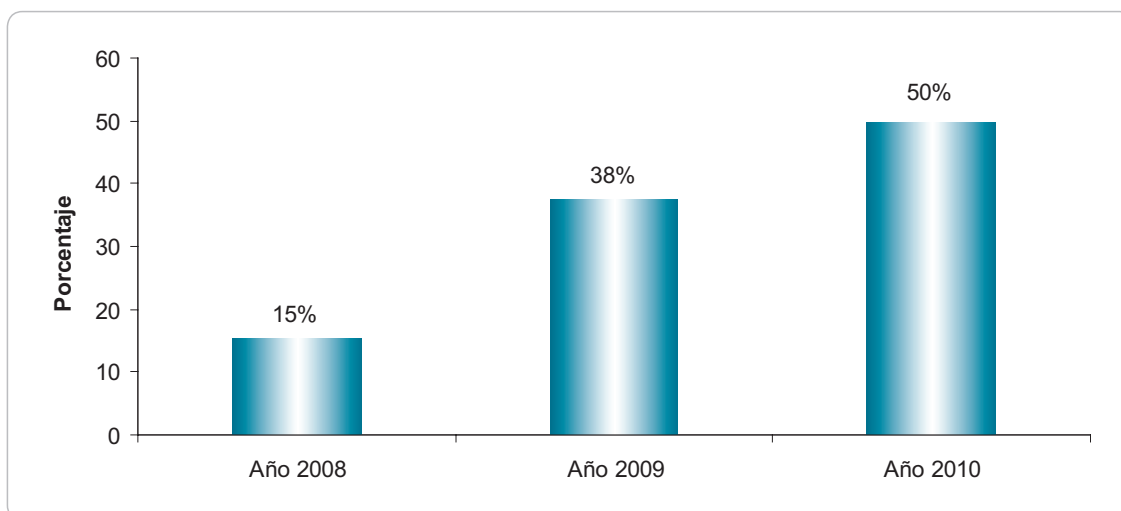
	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Total
Muertes Maternas por diagnóstico 003 - 008 según CIE 10 encontradas para este estudio	13	16	6	35
Muertes Maternas por diagnóstico 003 - 008 según CIE 10 reportadas al SIVE-ALERTA-MSP	11	10	3	24
	15%	38%	50%	32%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 6

Porcentaje de sub registro de Mortalidad Materna por diagnóstico 003 a 008 según CIE 10 Ecuador 2008 – 2010



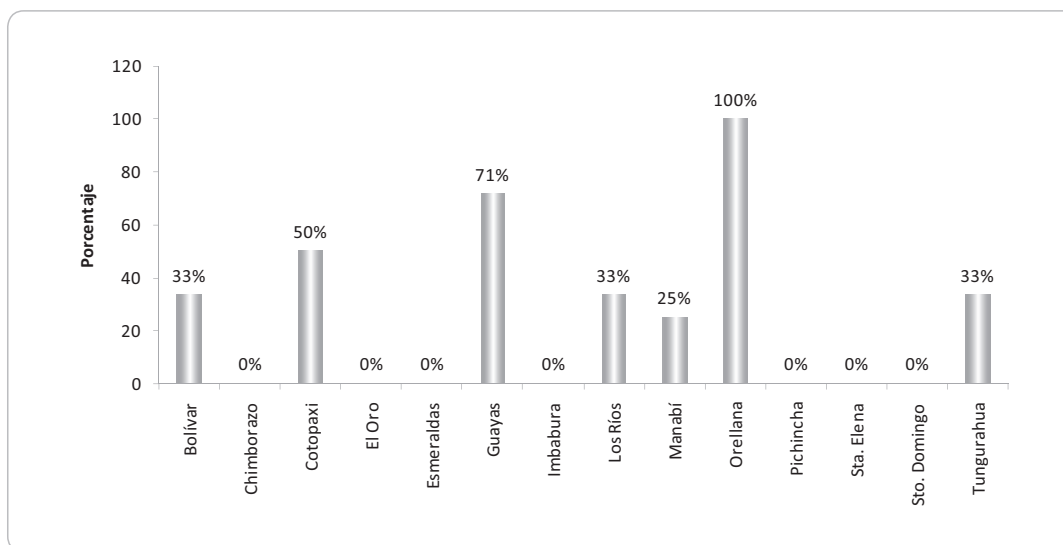
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

De las 24 provincias del país, 14 provincias notificaron casos de muertes maternas por diagnósticos 003 – 008, según CIE 10. El sub-registro encontrado en estas provincias es mayor en las provincias de Orellana con el **100%** de sub-registro, le sigue Guayas con el **71%** y Cotopaxi con el **50%** de sub-registro. El resto de provincias tienen un sub-registro por debajo del **50%** (ver gráfico No. 7).

Gráfico No. 7

Porcentaje de sub registro de Mortalidad Materna por diagnóstico

003 a 008 según CIE 10, por provincias
Ecuador 2008 – 2010

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Análisis de los casos con diagnóstico 003 – 008, según CIE 10, como causa de muerte materna en el Ecuador en el período 2008 – 2010.

Del análisis de las 582 muertes maternas registradas en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del MSP, durante los años 2008 al 2010, se encontraron: 26 muertes maternas que constan en las bases de datos registradas con diagnósticos de causa de muerte, patologías que se encuentran incluidas en los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10. Al realizar el análisis de estos casos, se encontró que dos del número total de casos cursaron con aborto pero además tuvieron otras causas de muerte. En un caso se trató de un evento cerebro vascular, y el otro caso falleció por complicaciones tras una cirugía por patología digestiva. Por lo tanto estos dos casos a pesar de tener diagnósticos que están incluidos en los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, tuvieron causas de muerte indirectas, y no fueron tomados en cuenta para el análisis final.

Del listado de casos probables, que tenían registrados diagnósticos, que podrían estar asociados a los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, se encontraron 12 muertes maternas que tuvieron como causa básica de muerte diagnósticos 003 – 008, según CIE 10. Sin embargo, un caso que curso con aborto, presentó concomitantemente pancreatitis necro hemorrágica razón a la que se le atribuye la muerte, a ésta se le clasificó como causa indirecta, dando un total de 11 casos definitivos encontrados, como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 9

Tabla de Casos definitivos encontrados, con diagnóstico 003 – 008 según clasificación CIE 10

No. de caso	Edad	Causa básica de la muerte (Diagnóstico reportado en los archivos del SIVE-ALERTA-MSP)	Autopsias Verbales (Información relevante recolectada)	Diagnóstico según clasificación CIE 10
1	34	Shock séptico	Aborto séptico	008.3
2	28	Hemorragia sepsis	Aborto séptico	008.3
3	20	Sepsis	Aborto séptico	008.3
4	28	Sepsis	Aborto séptico	008.3
5	34	Anemia aguda + shock hipovolémico + cardiopata	Aborto incompleto	008.1
6	30	Sepsis	Aborto y ruptura uterina	008.9
7	35	Atonía uterina	Aborto espontáneo	008.1
8	30	Ruptura uterina	Aborto espontáneo	008.3
9	16	Sepsis puerperal	Aborto séptico	008.3
10	22	Sepsis puerperal	Aborto séptico	008.3
11	28	Diabetes no controlada más shock séptico	Aborto séptico	008.3

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Se encontraron dos casos de muerte materna, cuyo diagnóstico en la casa de salud no coincidía con la sintomatología que presentaron las pacientes, y la institución de salud certificó un diagnóstico que no estaba relacionado con las muertes maternas; sin embargo el relato de vida fue indispensable para esclarecer el diagnóstico, mediante el cual se pudo determinar que la causa de la muerte estuvo relacionada con aborto en los dos casos.

Las muertes maternas por diagnóstico 003 – 008, según CIE 10, encontradas para el presente estudio, en el período 2008 – 2010 en el Ecuador, suman un total de 35 casos (24 casos definitivos más 11 casos definitivos encontrados), de las cuales se establecieron los siguientes hallazgos:

El grupo de edad en la que se produjo el mayor porcentaje de muertes por diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, como causa de muerte materna fue el comprendido entre 20 a 29 años de edad con el 43%, le sigue el grupo de edad de 30 a 39 años con el 37%, en menos porcentaje están los extremos del período en edad fértil (ver tabla No. 9 y gráfico No. 8)

Tabla No. 10

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo a grupos de edad
Ecuador 2008 – 2010

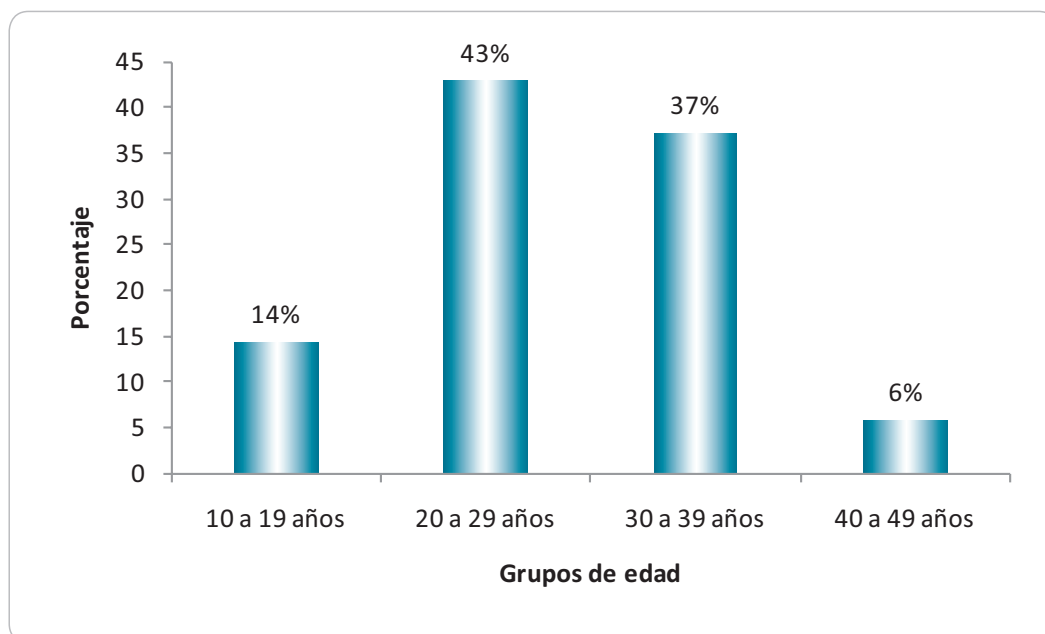
Grupos de edad	No.	%
10 a 19 años	5	14
20 a 29 años	15	43
30 a 39 años	13	37
40 a 49 años	2	6
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 8

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10,
de acuerdo a grupos de edad
Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

El estado civil de las mujeres fallecidas por diagnósticos O03 – O08, según CIE 10, como causa de muerte materna, corresponde en mayor porcentaje a casadas (37%) y 31% corresponde al estado de unión libre. Resta un 14% de casos sin dato, que corresponde a los 5 casos definitivos que no se encontró ningún tipo de información de la ocurrencia de las muertes, ni direcciones domiciliarias que nos orienten para realizar el relato o historia de vida (ver tabla No. 10 y gráfico No. 9).

Tabla No. 11

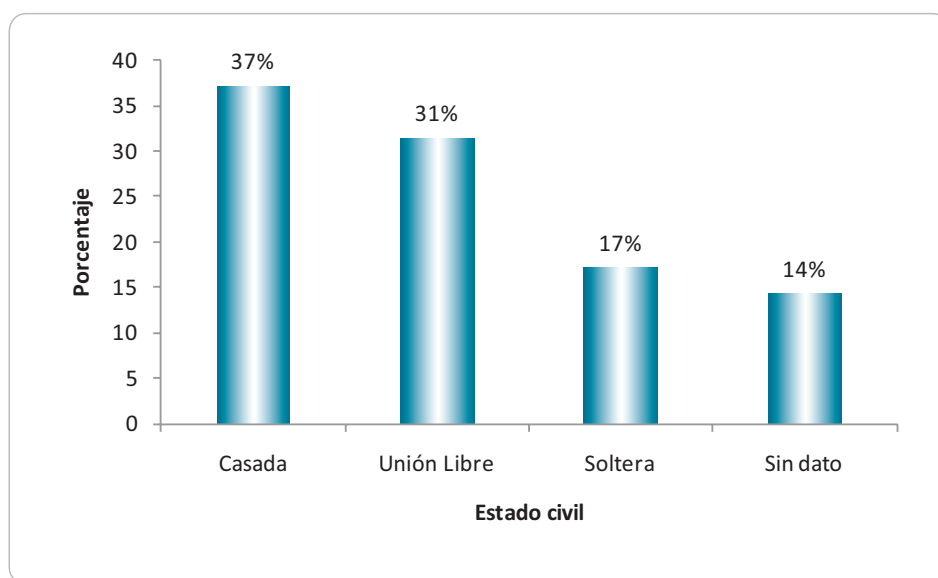
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo al estado civil Ecuador 2008 – 2010

Estado civil	No.	%
Casada	13	37
Unión Libre	11	31
Soltera	6	17
Sin dato	5	14
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 9

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo al estado civil Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

De acuerdo al lugar de residencia, el mayor porcentaje de muertes maternas por diagnósticos O03 – O08, según CIE 10, como causa de muerte materna, procede de las provincias de: Los Ríos con el 14%, le siguen las provincias de Bolívar, Guayas y Manabí con el 11% cada una de ellas (ver tabla No. 11, gráfico No. 10 y mapa No. 1).

Tabla No. 12

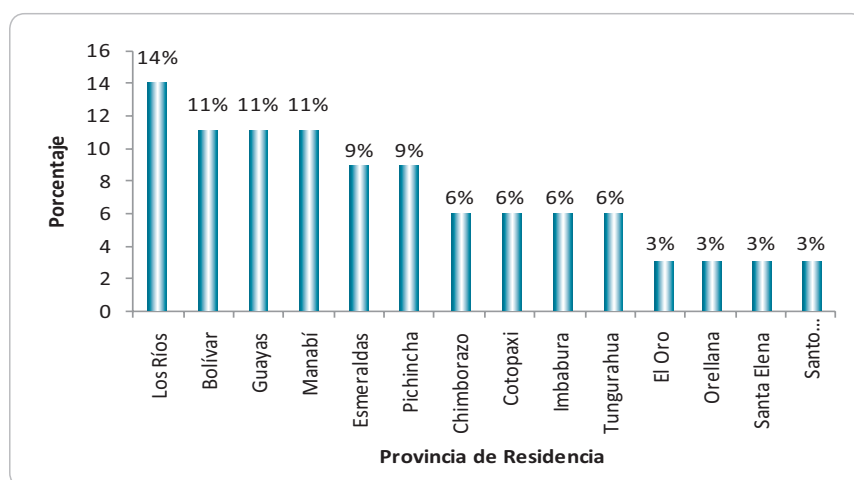
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10,
de acuerdo a la provincia de residencia
Ecuador 2008 – 2010

Provincia de residencia	No.	%
Los Ríos	5	14
Bolívar	4	11
Guayas	4	11
Manabí	4	11
Esmeraldas	3	9
Pichincha	3	9
Chimborazo	2	6
Cotopaxi	2	6
Imbabura	2	6
Tungurahua	2	6
El Oro	1	3
Orellana	1	3
Santa Elena	1	3
Santo Domingo	1	3
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Gráfico No. 10

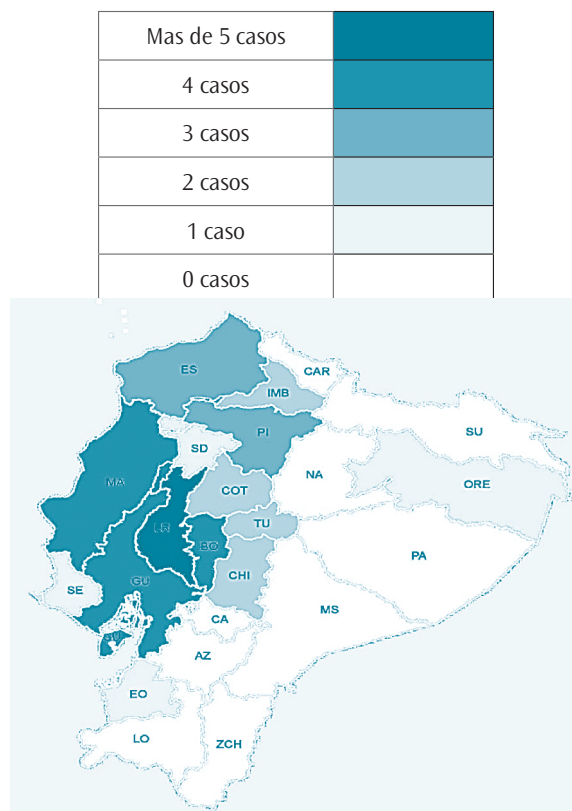
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10,
de acuerdo a la provincia de residencia
Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Mapa No.1

Muertes maternas según provincia de residencia



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

El lugar de ocurrencia de la muerte, difiere del lugar de residencia. Así tenemos que el mayor porcentaje de muertes maternas por diagnósticos O03 – O08, según CIE 10, como causa de muerte materna, ocurrió en la provincia de **Guayas con el 20%**, le siguen las provincias de **Los Ríos, Manabí y Pichincha con el 11%** cada una de ellas (ver tabla No. 12 y gráfico No. 11, mapa No. 2). Esto se da principalmente por la referencia de las pacientes a unidades de salud de mayor complejidad en donde mueren. Guayas por ejemplo, notifica muertes de mujeres procedentes principalmente de las provincias de Los Ríos y Chimborazo.

Tabla No. 13

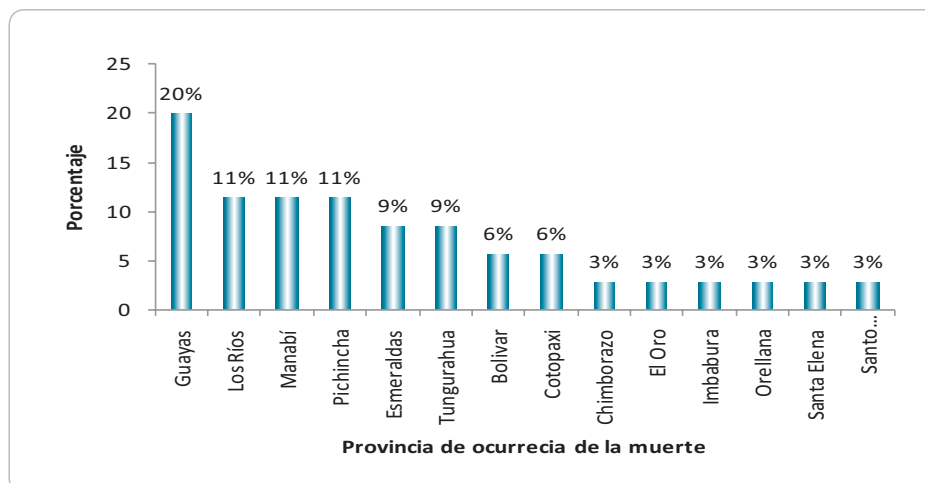
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo a la provincia de ocurrencia de la muerte Ecuador 2008 – 2010

Provincia de ocurrencia de muerte	No.	%
Guayas	7	20
Los Ríos	4	11
Manabí	4	11
Pichincha	4	11
Esmeraldas	3	9
Tungurahua	3	9
Bolívar	2	6
Cotopaxi	2	6
Chimborazo	1	3
El Oro	1	3
Imbabura	1	3
Orellana	1	3
Santa Elena	1	3
Santo Domingo	1	3
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 11

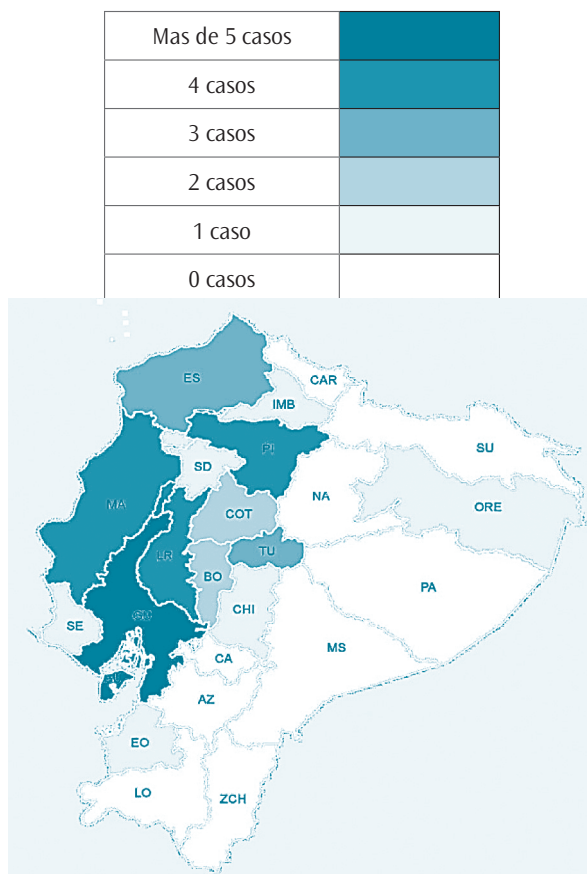
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo a la provincia de ocurrencia de la muerte Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Mapa No. 2

Muertes maternas según provincia de ocurrencia del fallecimiento



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

El lugar donde ocurrió la muerte es una variable, que resulta muy importante analizarlo, ya que de los 35 casos por diagnósticos O03 – O08, según CIE 10, como causa de muerte materna, el mayor porcentaje ocurrió en un Hospital General (31%), en menor porcentaje ocurrió en un Hospital Especializado (17%), le siguen lugares como: Domicilio, Hospital de Especialidades (ver tabla No. 13 y gráfico No. 12).

Tabla No. 14

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10,
e acuerdo al Lugar de fallecimiento
Ecuador 2008 – 2010

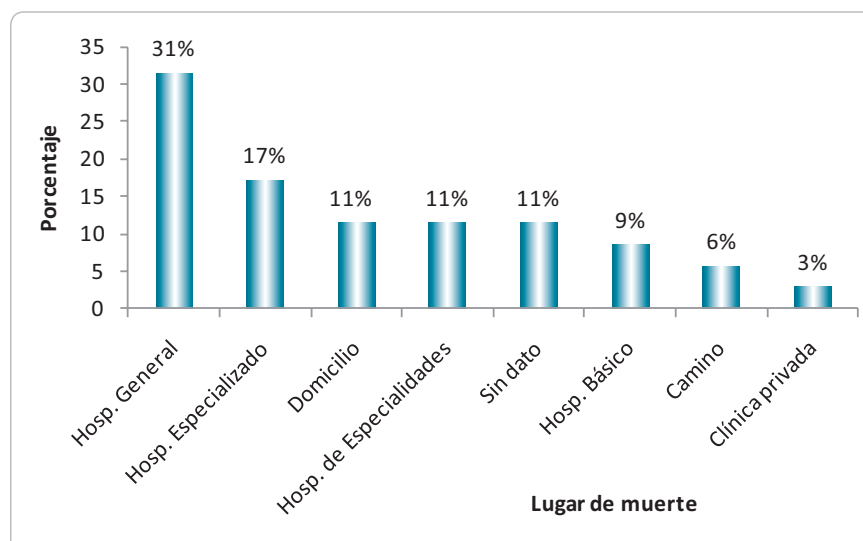
Lugar de muerte	No.	%
Hosp. General	11	31
Hosp. Especializado	6	17
Domicilio	4	11
Hosp. de Especialidades	4	11
Sin dato	4	11
Hosp. Básico	3	9
Camino	2	6
Clínica privada	1	3
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Gráfico No. 12

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10,
de acuerdo al Lugar de fallecimiento
Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, de las muertes por diagnósticos O03 – O08, según CIE 10, como causa de muerte materna, observamos que solo un 17% de las mujeres son primigestas, el 20% secundigestas y el 63% han tenido más de tres embarazos, como lo podemos observar en la tabla No. 14 y en el gráfico No. 13.

Tabla No. 15

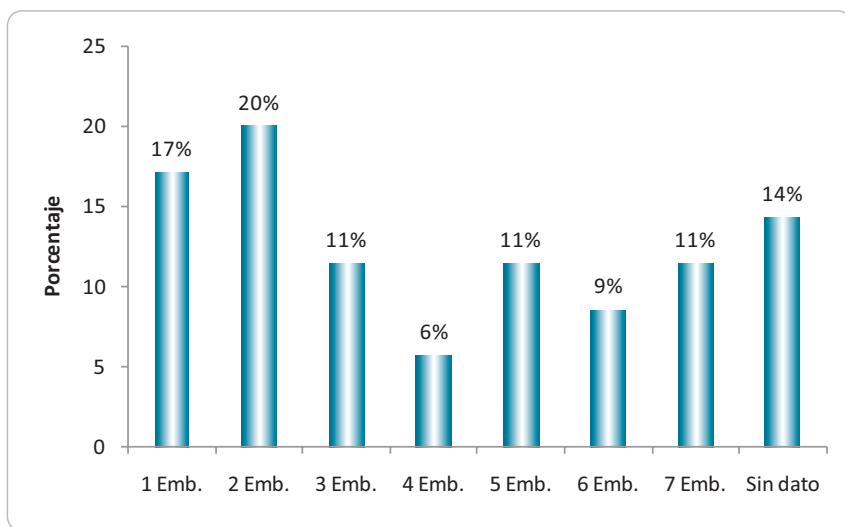
Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo al No. de embarazos Ecuador 2008 – 2010

No. De embarazos	No.	%
1 Emb.	6	17
2 Emb.	7	20
3 Emb.	4	11
4 Emb.	2	6
5 Emb.	4	11
6 Emb.	3	9
7 Emb.	4	11
Sin dato	5	14
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Gráfico No. 13

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo al No. de embarazos Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Según los meses de presentación de las muertes maternas por diagnósticos O03 – O08, según CIE 10, en el transcurso del año, podemos hacer dos análisis: el primero realizando un acumulado de los casos de los tres años (2008 al 2010) por meses, en donde se observa que en todos los meses del año han ocurrido casos, excepto en el mes de diciembre, y en el mes de febrero se presentaron el mayor número de casos (26%) (Ver tabla No. 15 y gráfico No. 14). El segundo análisis, es observar como se han presentado estos casos por mes en el transcurso de cada año (ver gráfico No. 15), aquí se identifica que a inicios del año 2008 y durante todo el año 2009, se presentaron el mayor número de muertes maternas por diagnósticos O03 – O08, según CIE 10.

Tabla No. 16

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10,
de acuerdo al mes de presentación
Ecuador 2008 – 2010

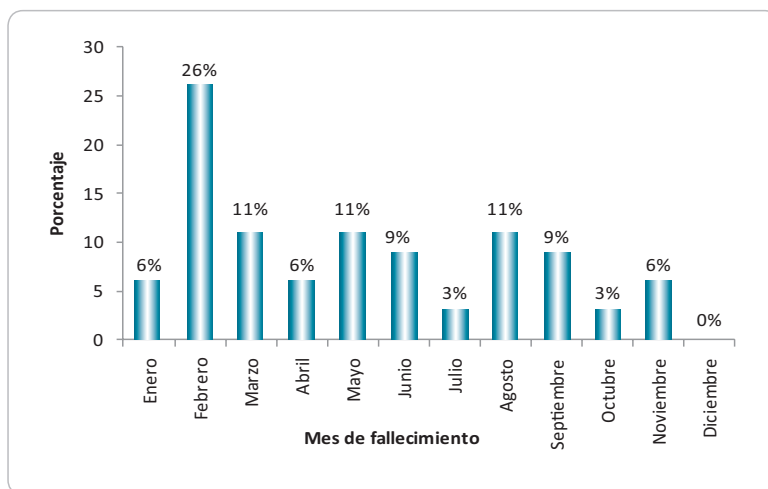
Mes de fallecimiento	No.	%
Enero	2	6
Febrero	9	26
Marzo	4	11
Abril	2	6
Mayo	4	11
Junio	3	9
Julio	1	3
Agosto	4	11
Septiembre	3	9
Octubre	1	3
Noviembre	2	6
Diciembre	0	0
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 14

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo al mes de presentación Ecuador 2008 – 2010

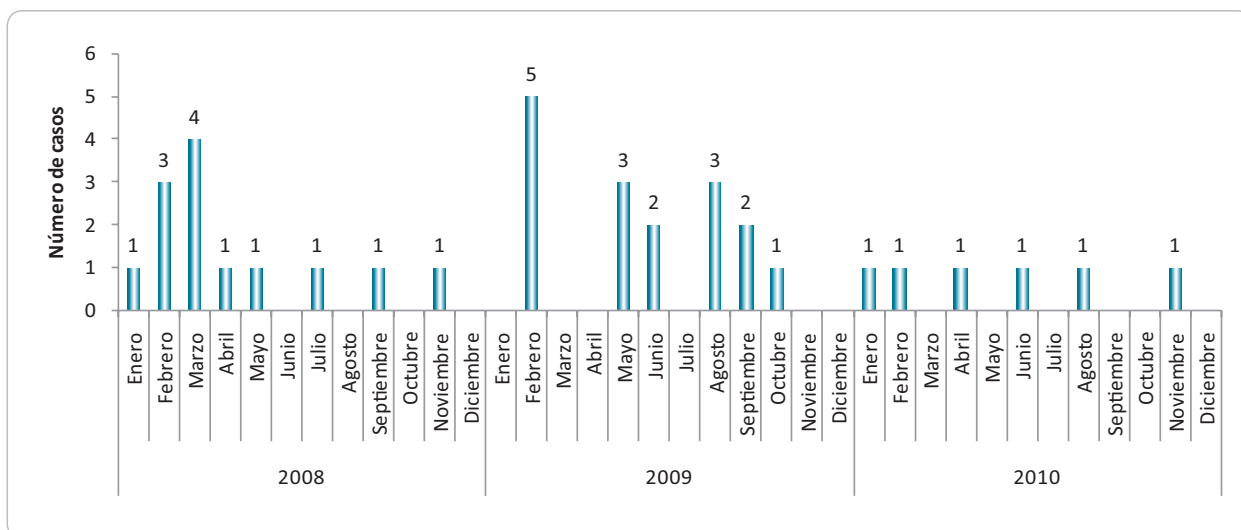


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 15

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10, de acuerdo al mes y año de presentación Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Al realizar una nueva clasificación de los diagnósticos reportados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna del MSP, según la metodología de clasificación CIE 10, encontramos que el 100% de los casos se agrupan en el diagnóstico: Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y el embarazo molar, Cód. CIE 10: O08. Dentro de éste encontramos diversos tipos de complicaciones como lo podemos observar en la tabla y gráfico No. 16. El mayor porcentaje de casos (**66%**) corresponden al diagnóstico Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar, Cód. CIE 10: O08.3, como causa de muerte; le sigue con un **20%** el diagnóstico de Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar, Cód. CIE 10: O08.1.

Tabla No. 16

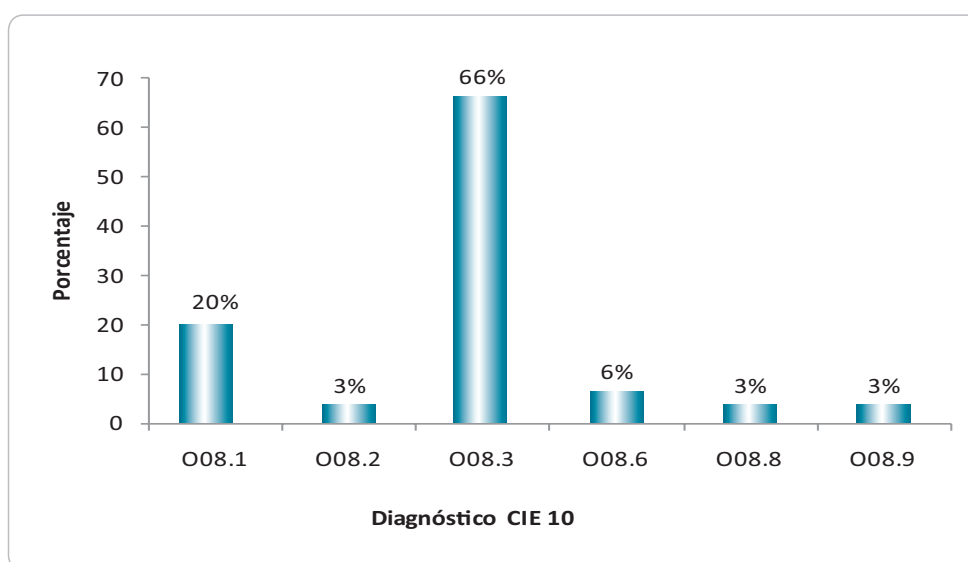
Porcentaje de Muertes Maternas relacionadas con aborto, según clasificación CIE 10
Ecuador 2008 – 2010

Diagnóstico CIE 10	Cód CIE 10	No.	%
Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.1	7	20
Embolia consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.2	1	3
Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.3	23	66
Lesión de órganos o tejidos de la pelvis consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo	O08.6	2	6
Otras complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.8	1	3
Complicación no especificada consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.9	1	3
	Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Gráfico No. 16

Porcentaje de Muertes Maternas relacionadas con aborto, según clasificación CIE 10
Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

De acuerdo a la terminación espontánea o provocada del embarazo, de las muertes motivo del estudio, se realizó el análisis clasificándoles en aborto espontáneo o inducido. Los hallazgos fueron: **60%** de abortos espontáneos y **23%** de abortos inducidos. Además se realizó el análisis del porcentaje de abortos sépticos en los 35 casos analizados, encontrando un elevado porcentaje, del **74%** de casos que tuvieron aborto séptico (ver tabla y gráfico No. 17).

Tabla No. 18

Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según sea: aborto espontáneo, inducido o séptico Ecuador 2008 – 2010

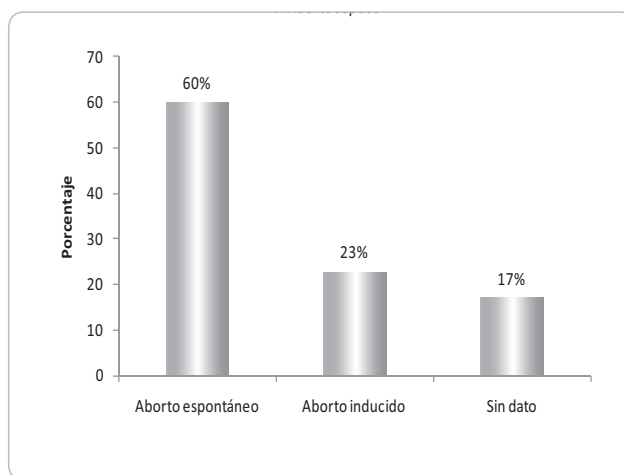
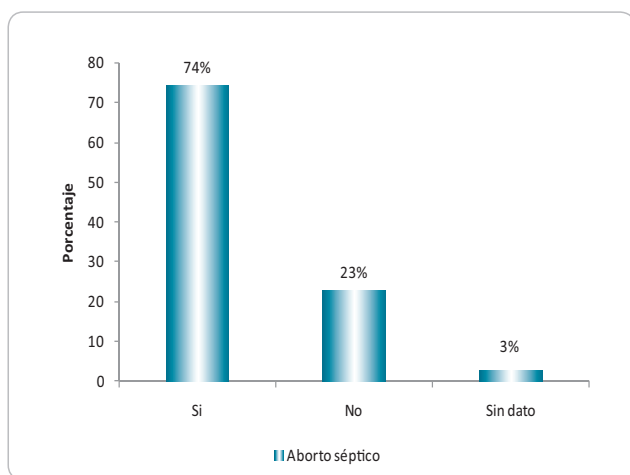
Clasificación de aborto	Porcentaje	
	No.	%
Aborto espontáneo	21	60
Aborto inducido	8	23
Aborto séptico	26	74
Sin dato		17

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 17

Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según sea: aborto espontáneo, inducido o séptico Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

También se realizaron otras clasificaciones del tipo de aborto: en aborto complicado, no complicado, no institucional (en condiciones no adecuadas) e institucional (realizado en condiciones seguras). En la tabla y gráfico No. 18, se puede observar los resultados. Los hallazgos más sobresalientes son: el 100% de los abortos fueron complicados, el 54% de los abortos fueron no institucionales y el 34% de los abortos fueron institucionales.

Tabla No. 19

Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10),
según sea: complicado, no complicado, institucional y no institucional
Ecuador 2008 – 2010

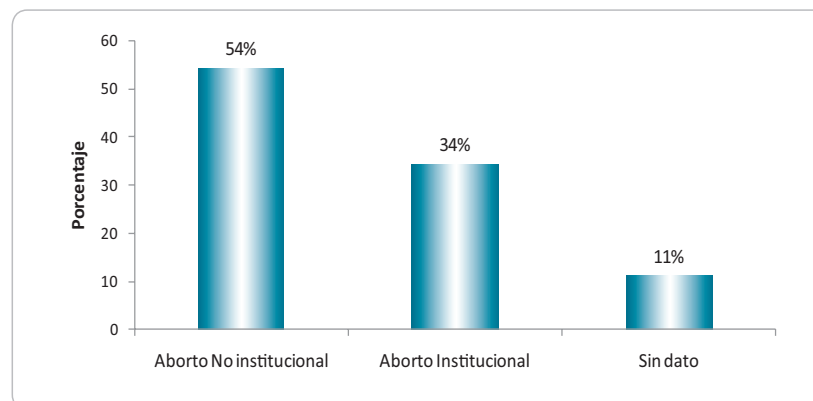
Clasificación de aborto	Porcentaje	
	No.	%
Aborto complicado	35	100
Aborto no complicado	0	0
Aborto no institucional	19	54
Aborto Institucional	12	34
Sin dato	4	11

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Gráfico No. 18

Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10),
según sea: aborto institucional y no institucional
Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Análisis de aborto espontáneo o inducido

El aborto espontáneo en los casos analizados en el presente estudio, está en mayor porcentaje en los grupos de edad de 30 a 39 años con un **43%**, le sigue el grupo de edad de 20 a 29 años con un **38%**. Ver tabla y gráfico No. 19.

Tabla No.20
Muertes Maternas analizadas según su origen: espontáneo o inducido
Ecuador 2008 – 2010

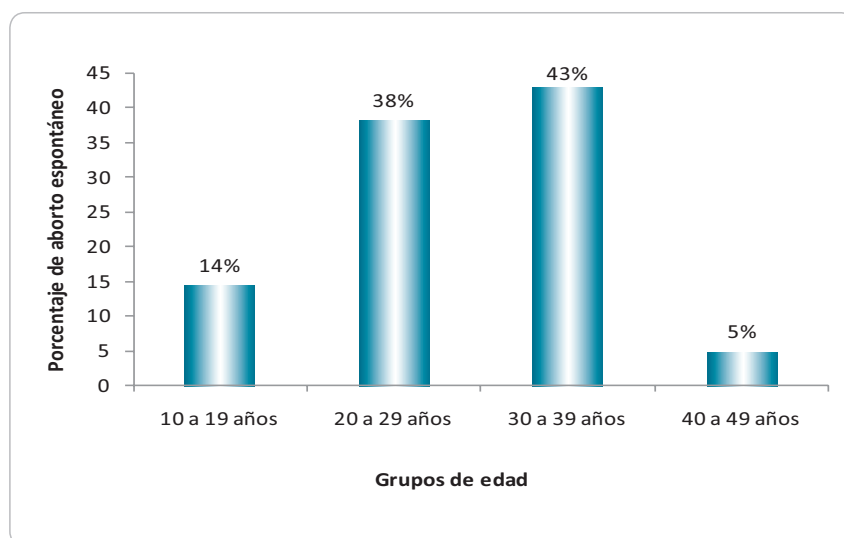
Grupos de edad	Aborto espontáneo	
	No.	%
10 a 19 años	3	14
20 a 29 años	8	38
30 a 39 años	9	43
40 a 49 años	1	5
Total	21	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 19

Muerte Materna por aborto espontáneo
Ecuador 2008 -2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

El aborto inducido en los casos analizados en el presente estudio, está en mayor porcentaje en los grupos de edad de 20 a 29 años con un **63%**, le sigue el grupo de edad de 10 a 19 años con un **25%**. Ver tabla y gráfico No. 20

Tabla No. 21

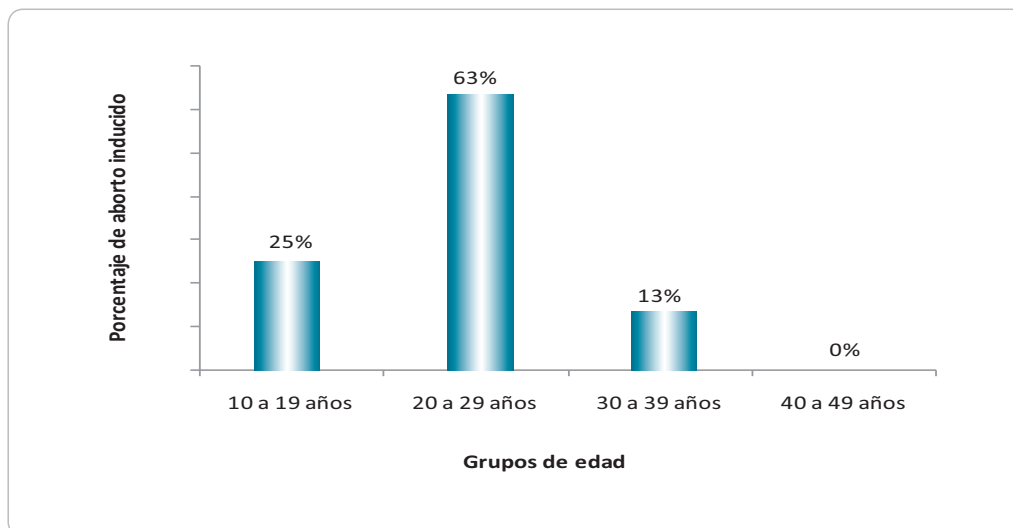
Muerte materna según su origen: aborto espontáneo o inducido
Ecuador 2008 - 2010

Grupos de edad	Aborto inducido	
	No.	%
10 a 19 años	2	25
20 a 29 años	5	63
30 a 39 años	1	13
40 a 49 años	0	0
Total	8	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 20

Muerte Materna por aborto inducido
Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

El aborto espontáneo en los casos analizados en el presente estudio, está en mayor porcentaje en las mujeres con estado civil Unión libre con un **48%**, le sigue el grupo de casadas con un **43%**. Ver tabla y gráfico No. 21

Tabla No.22

Muerte materna por aborto espontáneo en relación al estado civil
Ecuador 2008 - 2010

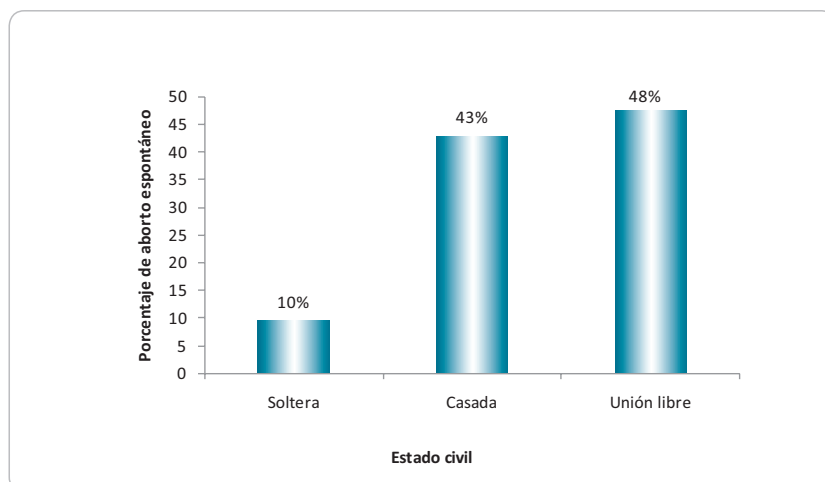
Estado civil	Aborto espontáneo	
	No.	%
Soltera	2	10
Casada	9	43
Unión libre	10	48
Total	21	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 21

Muerte materna en aborto espontáneo en relación al estado civil

Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

El aborto inducido en los casos analizados en el presente estudio, está en mayor porcentaje en las mujeres solteras con un **50%**, le sigue el grupo de casadas con un **38%**. Ver tabla y gráfico No. 22

Tabla No. 23

Muerte materna en aborto inducido en relación al estado civil
Ecuador 2008 - 2010

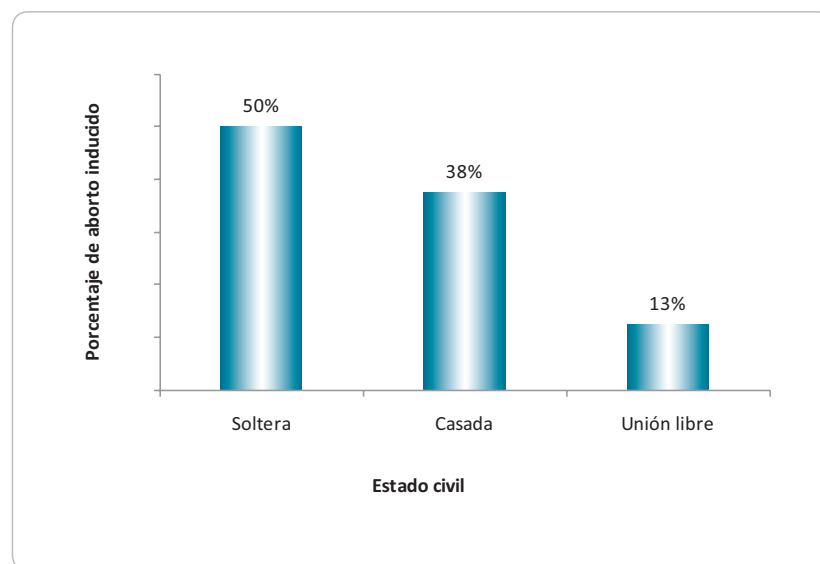
Estado civil	Aborto inducido	
	No.	%
Soltera	4	50
Casada	3	38
Unión libre	1	13
Total	8	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Gráfico No. 22

Muerte materna por aborto inducido en relación al estado civil
Ecuador 2008 - 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Al realizar el análisis de las 35 muertes de las mujeres en período de embarazo, que se hubiese podido evitar si se hubiera tomado la decisión oportuna de acudir a los servicios de salud a tiempo o haber recibido atención pertinente y adecuada, se encontró que el **83%** de las muertes fueron evitables, teniendo presente que el **14%** no tienen dato. Igualmente en cuanto al tipo de causa directa o indirecta que provocó la muerte, el **79%** correspondieron a causas directas relacionadas con los diagnósticos 003 – 008, según CIE 10, y **8%** a causa indirecta; así mismo de la misma el **13%** no se obtuvo información (ver tabla y gráfico No. 23).

Tabla No. 24

Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 (Cód. CIE 10), según tipo de causa y evitabilidad Ecuador 2008 – 2010

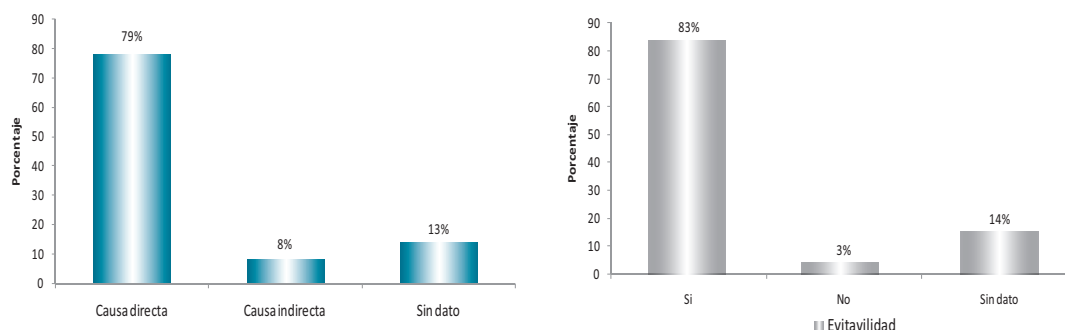
Característica	Si		No		Sin dato	
	No.	%	No.	%	No.	%
Causa Directa	30	79	0	0	5	13
Causa Indirecta	3	8	0	0		
Evitabilidad	29	83	1	3	5	14

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Gráfico No. 23

Muertes Maternas con diagnóstico O03 a O08 (Cód. CIE 10), según tipo de causa y evitabilidad Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Teniendo presente que para reducir las muertes maternas, no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente, ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos; se identificaron las tres demoras que existieron en los casos analizados en el presente estudio. Los hallazgos fueron: el **66%** de los casos tuvieron demora en tomar la decisión de buscar ayuda (**Demora tipo 1**), el **3%** tuvieron demora en llegar a la institución de atención (**Demora tipo 2**) y el **51%** tuvieron demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución (**Demora tipo 3**). Por lo tanto los porcentajes más altos se encontraron en la demora tipo 1 y 3 casos (ver tabla y gráfico No. 24). Es importante señalar que algunas pacientes presentaron dos tipos de demoras a la vez y además no hubo acceso al dato del 14% de muertes.

Tabla No. 25

Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según tipo de demora Ecuador 2008 – 2010

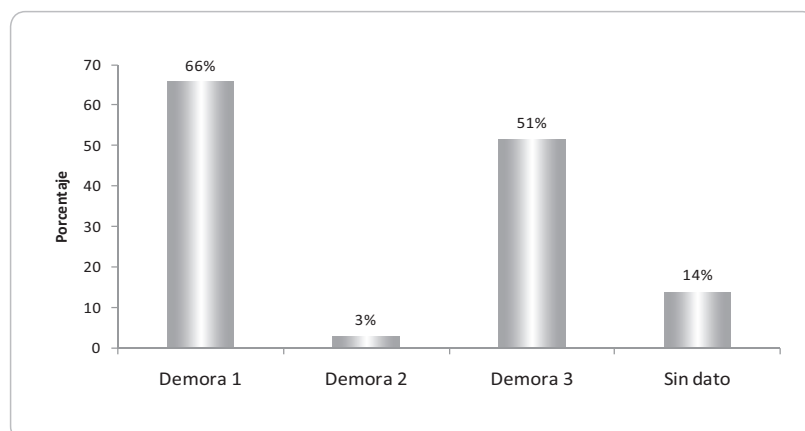
Tipo de demora	Si		No		Sin dato	
	No.	%	No.	%	No.	%
Demora 1	23	66	7	20	5	14
Demora 2	1	3	29	83	5	14
Demora 3	18	51	12	34	5	14

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

Gráfico No. 24

Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10), según tipo de demora Ecuador 2008 – 2010



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normalización

La violencia fue una variable muy importante al analizar las muertes maternas del estudio, los resultados fueron: el **9%** de los casos fueron sometidos a algún tipo de violencia, de los cuales el **6%** corresponde a algún tipo de violencia de género, que estuvo asociada principalmente con violencia psicológica relacionada con discriminación y desigualdad que podría estar asociada indirectamente a la decisión de inducirse el aborto. Y un caso fue de violencia en la pareja, el cual se reportó como violencia física del conviviente a la mujer y que fue la causa directa del aborto y las complicaciones posteriores fueron la causa directa de la muerte de la mujer. En el **91%** de los casos no existió información sobre violencia (ver tabla y gráfico No. 25).

Tabla No. 25

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10) asociados a violencia Ecuador 2008 – 2010

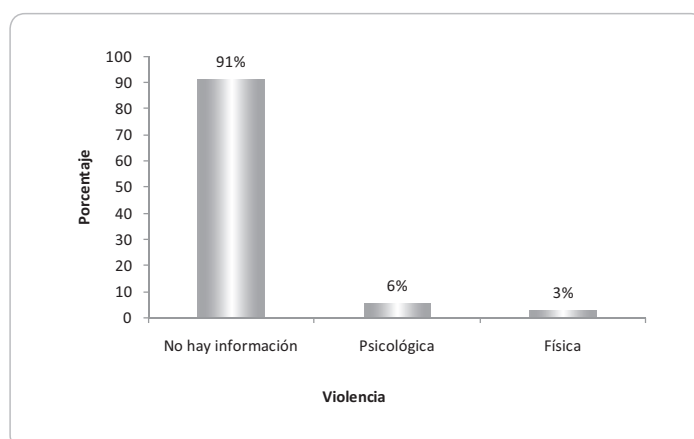
Violencia	No.	%
No se reporta	32	91
Psicológica	2	6
Física	1	3
Total	35	100

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Gráfico No. 25

Porcentaje de Muertes Maternas con diagnóstico 003 a 008 (Cód. CIE 10) asociados a violencia



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica S.I.S.V.E.N

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización

Como podemos observar, el aborto es una condición asociada a todo tipo de problemática social, una vez terminada la investigación, es primordial reflexionar acerca de las historias que se tejen alrededor de mujeres que de una o de otra forma reflejan las deficiencias de un sistema de salud que no ofrece aún las condiciones idóneas para el ejercicio pleno de los derechos en lo que a salud respecta. Finalmente, se expone una breve reseña de algunos tristes relatos de casos que fueron descubiertos durante el desarrollo de este estudio como testimonio silencioso de realidades que pueden ser diferentes para aquellas mujeres que acuden en busca de una verdadera atención de calidad en nuestros servicios públicos de salud.

Caso 1.	Los padres no sabían del embarazo, la fallecida ocultó el embarazo a los familiares y al personal de salud, sin permitir que le ayuden. Le encontraron astillas en la cavidad uterina.
Caso 2.	El legrado clandestino fue autorizado por la familia, la fallecida ingirió misoprostol por vía oral.
Caso 3.	Fue transferida a varias unidades de salud.
Caso 4.	Su pareja le pidió que aborte y la agredió físicamente, luego la partera le dio a tomar aguas. El informe estadístico de defunción fue expedido por un médico donde señala: causa básica de muerte: Ca Uterino y anemia.
Caso 5.	Es llevada a la partera quien la manipula y le produce ruptura uterina con una manguera.
Caso 6.	Era una prostituta que mencionaba su deseo de querer morir, los familiares solicitan el alta para trasladarla a su domicilio, solamente mencionaban que era por falta de recursos económicos.
Caso 7.	Paciente niega el embarazo, toma bebidas abortivas, acude al hospital, pero nunca regresó.
Caso 8.	No se consiguió sangre en la unidad de salud, y el personal de salud no autorizó la transfusión de tipo de sangre universal que podía ser transfundida.
Caso 9.	Le dieron el alta después de que le hicieron el legrado, 48 horas después falleció en el domicilio, pero nunca le dijeron que requería que le transfundan sangre, a pesar de que la necesitaba.
Caso 10.	No le recibieron en la Maternidad, es transferida a otra casa de salud, donde la transfieren nuevamente a la Maternidad, muere en el trayecto.
Caso 11.	Acudió varias veces hacerse atender en las unidades de salud, solo le enviaban tratamientos ambulatorios, luego se complicó.
Caso 12.	La fallecida abandona a su esposo y tres hijos para convivir con una pareja más joven, razón por la que oculta su condición

DISCUSIÓN

Un grave problema constituye la **ausencia de trabajo conjunto y coordinado** entre los organismos encargados de la vigilancia de la muerte materna. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), El Registro Civil y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEN) del Ministerio de Salud Pública son los organismos que reportan y estudian este problema, pero de manera increíble cada organismo desarrolla un trabajo autónomo, independiente y aislado de los demás actores. De esta manera, cada organismo emite datos que luego difieren entre ellos a pesar de tratarse del mismo problema, esto provoca una confusión a la hora de utilizar datos de muerte materna a nivel nacional como referencia internacional y más todavía, perjudica a la hora de la toma de decisiones y de implementación de normas y estrategias encaminadas a combatir este grave problema. Debido a estos inconvenientes, el estudio se delimitó a investigar la tendencia y magnitud de la mortalidad materna en el Ecuador en general y específicamente de las muertes certificadas con diagnóstico O03 a O08 según CIE 10 con cifras del SISVEN disponibles hasta el momento del término de la investigación, pero que no reflejan las estadísticas reales del año 2010. Posteriormente, se comparan con las cifras emitidas por el organismo oficial INEC, el cual no dispone de cifras del año 2010.

Con ese antecedente, el obstáculo inicial en materia de cálculos de mortalidad materna constituye el hecho de la **ausencia de información completa** por parte del SISVEN. La vigilancia epidemiológica de muerte materna apenas se inicia en el año 2002, pero para el presente estudio solo estuvo disponible información del período 2008 -2010; el hecho de que exista un incremento de la mortalidad materna en el año 2009, solo puede reflejar una mejora en el registro y la notificación de las muertes maternas debido a que cada vez el sistema de vigilancia se va perfeccionando.

Durante la revisión de los expedientes clínicos, informes estadísticos de defunción o relatos de vida; pudo notarse claramente una inadecuada utilización de la terminología médica. El personal de salud, ya sea este: médico, enfermera, administrativo u otros; usualmente **confunde** sintomatología con diagnósticos. Así mismo, se detectó una falla en el llenado de la información requerida en los formularios: omisión de información, letra ilegible o información colocada en casilleros equivocados, entre otros; llevando a una mala calidad de la información disponible de muerte materna. Esta situación deriva a su vez en una falsa clasificación de la causa básica de muerte y la designación de la terminología universal de CIE 10. Ante la evidente ausencia de una estandarización del lenguaje médico, vemos como resultado diagnósticos de aborto escondidos en definiciones muy obvias y generales como: paro cardiorespiratorio, fallas multiorgánicas, sepsis, hemorragia, etc.; creando un sub-registro que es cuestionable desde todo punto de vista. Esto se comprueba cuando observamos que luego de la clasificación de los casos por CIE 10, el mayor número de muertes corresponden al diagnóstico de **complicaciones consecutivas al aborto, dentro del cual se encuentran incluidos principalmente: choque consecutivo al aborto**, seguido de **choque por hemorragia**. Al usar una terminología universal, sabemos que las mujeres que fallecen por complicaciones relacionadas con el aborto, lo hacen por dos razones: sepsis y hemorragias consecutivas al aborto, ya sea espontáneo o inducido.

Claramente se identifica que las mujeres que llegan a las unidades de salud con una complicación derivada de un aborto, **ocultan** el origen de su dolencia. Debido a factores culturales y a la prohibición legal de realizar abortos en los servicios de salud, la mujer acude a toda clase de alternativas para terminar con la gestación que incluye: toma indiscriminada de misoprostol provista por terceros, toma de brebajes dados por parteras, acceso a sitios clandestinos inseguros donde realizan legrados, técnicas inadecuadas e inseguras, entre otros. Esto se identifica cuando comprobamos que del total de casos de muertes ocurridas por aborto, el **100%** fueron casos complicados y más del **50%** hechos en condiciones inseguras; esto es similar a otros estudios, donde los casos captados por el sistema formal de salud por este diagnóstico llegan por que se suscitan complicaciones, pensemos en las miles de mujeres que logran su objetivo sin consecuencias para su salud, ellas, jamás serán registradas por el sistema de vigilancia de muerte materna por **que lamentablemente el modelo está diseñado para conocer estas realidades luego de haber cobrado vidas humanas**.

Las mujeres que optan por utilizar una de estas opciones anteriormente mencionadas, cuando se complican, se demoran en tomar la decisión de acudir al sistema formal de salud para no **enfrentar los posibles estigmas** de una sociedad restrictiva y condenatoria ante el tema. Así, la muerte de esa madre se produce por una muy común primera demora.

También existe un considerable porcentaje de muertes maternas que han ocurrido por **fallas en el diagnóstico** inicial de su sintomatología. Gracias a que clínicamente el aborto espontáneo y el inducido se presentan de manera similar, si no hay información previa del origen o si no se precisa la patología en curso, es imposible diferenciar un diagnóstico y peor aún establecer una terapéutica apropiada. De igual manera, existen casos en los que a pesar de ser evidente la diagnosis, el profesional condujo de manera inadecuada la evolución del evento. En este sentido, podemos observar: falta de recursos económicos por parte de las usuarias y sus familiares para obtener los insumos necesarios para su tratamiento, falta de insumos o recursos en la unidad de salud, excesivos trámites burocráticos, evasión de las responsabilidades

médicas, delegación de funciones, falta de conocimientos básicos de los cuidados obstétricos emergentes en el personal de salud, imprudencia en el manejo clínico o quirúrgico, etc. Esto se refleja en el porcentaje elevado de la tercera demora.

Debido a las implicaciones éticas, morales y religiosas que tienen que ver con el aborto, asociado esto a una buena dosis de machismo, sometimiento y falta de empoderamiento de la mujer en temas relacionados con sus derechos legítimamente contemplados en la constitución; existe un gran número de mujeres que son **coaccionadas por sus parejas o por sus familias** a elegir una técnica abortiva para escapar de un embarazo no deseado, de una maternidad forzada o de un consumo económico no previsto en el círculo familiar. Al llegar a un servicio de salud, estas mujeres frecuentemente son maltratadas, discriminadas y sometidas por una relación de poder del personal de salud hacia ellas.

De allí se deriva que, el grupo predominante de muerte materna relacionada con aborto en general se encuentra en el grupo de las más jóvenes (**30 a 39 años**) con el estado civil: casadas o en unión libre. Hallazgos que se contradicen de estudios sobre los aspectos psicológicos del aborto, donde la predominancia del aborto se da en mujeres solteras¹²¹. Más adelante, esta teoría se corrobora, cuando al disgregar las muertes maternas por abortos espontáneos y clandestinos, vemos que la edad de predominancia de los abortos inducidos es el grupo de 20 a 29 años y el estado civil se ubica en el estrato de solteras. Esta situación hace pensar que se trata de mujeres que ya tienen el número de hijos deseados para la edad y eso se confirma al momento de ver que el grupo en que mayores casos de aborto se presentó fue en el grupo de mujeres que tenían 3 o más hijos (63%) o mujeres con condición económica precaria al momento de producirse el evento. Cerca del 90% de los casos se debieron a causas evitables; los tipos de demoras que predominan son los que están relacionados con la toma de decisiones por parte de la paciente y sus familiares para acudir al servicio de salud o la demora del servicio de salud en atender oportuna y eficazmente el caso. Esta situación es similar a la de otros países de la región, de manera especial donde existen legislaciones restrictivas respecto al aborto.

A nivel nacional el lugar de residencia en contraparte con el lugar de ocurrencia, difieren enormemente, Los Ríos es la provincia con mayor residencia de las mujeres fallecidas, seguido de Manabí y Guayas; y al contrario, Guayas lidera la lista de los casos de muerte materna notificada. De esto se deduce que un gran porcentaje de los casos son importados de provincias vecinas que terminan falleciendo en el intento por llegar a una unidad de mayor complejidad, en busca de recibir atención a su patología.

El nivel de **sub-registro** de muertes maternas por aborto se encuentra en el orden de entre **15 a 50%**, tomando en cuenta que influye la cantidad de muertes que se han incrementado en el año 2009, este factor incide en el incremento del sub-registro total. En estudios similares realizados en México el subregistro de muertes por aborto es de hasta 100%

Otro aspecto que llama la atención es la relación de los abortos con un componente de violencia generada por su pareja, familia o sociedad. Entre los factores negativos que influyen en la decisión de optar por un aborto se encuentran: problemas económicos, sociales, con los hijos, con su pareja, caos social, abuso sexual, violencia doméstica. A pesar de que en este estudio, sobre la base de los 35 casos que resultaron positivos, apenas el 9% de casos de aborto se encontraron relacionados con algún tipo de violencia, el hecho de que el 23% de casos de aborto fueron inducidos puede dar la idea de un trasfondo relacionado con un acto discriminatorio que incentive la idea de deshacerse del embarazo para evitar complicaciones sociales posteriores.

121 Gaviria Silvia. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del aborto. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo8.pdf>

CONCLUSIONES

- Los progresos no son suficientes para el logro de las metas, el análisis de tendencias anteriormente descrito, permite establecer que los objetivos determinados en ambos acuerdos no se cumplirían, a menos que se replanteen mejoras en los procesos de evaluación y ejecución de las estrategias implementadas, para lograr cumplir al menos los ODM.

Los resultados de tendencias presentados en este documento **difieren** en relación a los datos presentados en el estudio Por una Maternidad y Nacimientos Seguros¹²², los cambios se dan principalmente por el incremento del número de muertes maternas que se produjeron en el año 2009, lo que cambia notablemente las tendencias de RMM para los próximos años.

La adecuada operatividad del sistema de vigilancia de la mortalidad materna es indispensable para mantener la evaluación y el monitoreo del mismo, se dispone de un sistema que se basa en un manual de vigilancia epidemiológica, el problema radica en el cumplimiento por parte del personal asignado a éstas tareas en los niveles locales, provinciales y nacional. Es decir, realizando las modificaciones necesarias y estandarizando procesos, la calidad de la información puede mejorar y el sub-registro puede disminuir, el objetivo es revelar cifras más reales sobre el aborto; pero más allá de encontrar un número, el fin debe ser efectuar un análisis exhaustivo de las condiciones que giran alrededor de cada muerte e identificar claramente cuáles pueden ser las estrategias que deben implementarse para evitar que más mujeres mueran cada año por complicaciones derivadas de abortos, especialmente aquellas que no se realizan en las condiciones adecuadas para la salud de la mujer. En este sentido, toma real importancia la **capacitación y el entrenamiento del personal de salud** que se encuentra no sólo en las unidades de salud del sistema público, sino exigir lo propio a unidades del sistema complementario de salud (clínicas privadas, parteras de la comunidad, promotores de salud o farmacéuticos).

Una de las causas por las que no se logra obtener toda la información sobre las muertes, se debe al altísimo número de transferencias realizadas por unidades de baja capacidad resolutive hacia unidades de especialidades y/o especializadas. Esto provoca un **fraccionamiento de la atención** muchas veces en diferentes provincias, lugares de notificación que no son los lugares de atención por lo tanto no disponen de la información del caso; ya que en ciertas ocasiones, las mujeres mueren en el trayecto de la transferencia o llegan a la unidad de mayor complejidad donde los esfuerzos por salvar la vida ya resultan inútiles debido a la gravedad de la condición en la que llegan.

- Existe una clara relación entre la prevalencia de aborto y condiciones de vulnerabilidad como: pobreza, bajo nivel de instrucción, bajo estrato socio económico, zona rural de residencia, número de hijos, víctima de algún tipo de violencia o discriminación. Por lo tanto es evidente que la solución no consiste únicamente en incidir sobre los servicios de salud sino sobre toda condición social que es responsabilidad del estado garantizarla. El sistema de vigilancia intenta determinar los factores pero si no existe una relación intersectorial de todos los actores de la comunidad, los esfuerzos aislados del sistema de salud se dispersan y se quedan en el mero hecho de un registro crudo del número de muertes más no inciden sobre el nivel de toma de decisiones.

A pesar de los logros alcanzados en la gratuidad de los servicios de salud, existen aún servicios que tienen dificultad con la **provisión de hemoderivados** por ejemplo, aunque algunas unidades de primer o segundo nivel no ameriten tener bancos de sangre, la coordinación con el ente proveedor es fundamental al momento de enfrentarse a desórdenes hemorrágicos propios de las complicaciones no solo de aborto sino de cualquier condición obstétrica.

122 Bustamante Vanessa, M.D. MPH, Por una Maternidad y Nacimientos Seguros, Ecuador, 12 de octubre de 2009.

- El relato de vida o la autopsia verbal es una estrategia importante que permite identificar y respaldar la causa de muerte de las mujeres en edad fértil. Actualmente en el país solamente se la realiza en las muertes maternas que ocurren en el domicilio o fuera de una institución de salud, lo cual constituye un factor limitante, puesto que en ciertas casas de salud ocultan los diagnósticos, como se lo pudo evidenciar en el presente estudio, y el diagnóstico solamente puede ser esclarecido al realizar el relato de vida.

RECOMENDACIONES

- En primera instancia se sugiere **promover el trabajo conjunto** de los involucrados: Dirección de Normatización, Epidemiología e INEC. Estandarizar el método de cálculo de la razón de mortalidad materna e implementar la búsqueda activa en coordinación con estos y otros estamentos, esto, evitará errores en la captación y procesamiento de datos con el consecuente mejoramiento de la calidad de información que servirá a la hora de implementar estrategias tendientes a reducir la mortalidad materna.
- **Estandarizar y modificar el manual** de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna a nivel nacional, con el objetivo de que todas las unidades de salud utilicen adecuadamente un único instrumento de registro, investigación y notificación. Para este efecto, en la propuesta del instrumento metodológico, se encuentran elaborados indicadores con los que se podrá evaluar el sistema de vigilancia y mejorar la investigación del caso. Esto, lógicamente va de la mano con la capacitación a nivel nacional del personal de salud de la unidades y del personal responsable del tema sobre los casos de muerte materna. El personal responsable del tema de muerte materna, debe ser asignado de manera exclusiva para este tema, considerando que la mortalidad materna es un área de trabajo de prioridad nacional. Cuando delegamos la vigilancia epidemiológica de este problema a un personal que a la vez debe rendir cuentas de otras responsabilidades, los esfuerzos se diluyen debido al poco tiempo disponible para cumplir con los requerimientos administrativos- burocráticos.
- Dentro de los instrumentos que el manual de vigilancia de muerte materna contempla, se encuentra el formulario de relato de vida o autopsia verbal; la información de este documento se obtiene de familiares cercanos a la mujer fallecida. De esta manera, la riqueza de datos que se logra captar puede proveer información valiosa que no siempre es registrada en los expedientes clínicos de las unidades de salud. Por lo tanto la recomendación consiste en realizar relatos de vida a **todos los casos** de muerte materna por cualquier causa, especialmente a aquellos en los que se considere que existió responsabilidad civil, penal o institucional.
- Mejorar la calidad de información para el sistema de vigilancia de mortalidad materna, lo cual indudablemente mejorará también el sub-registro de otros diagnósticos obstétricos relevantes.
- Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, mediante la creación de una **normativa de atención pre y post aborto** no complicado de mujeres en edad reproductiva con énfasis en atención emergente de complicaciones post aborto, asesoría en materia de salud sexual, consulta posterior, consulta de adolescentes, el acceso a planificación familiar; esto contribuirá a disminuir los embarazos no deseados y los abortos con graves consecuencias.
- Identificar los grupos vulnerables y aumentar la educación en salud de la población especialmente de la menos favorecida económica y socialmente, para lograr el impacto deseado.
- Complementar el estudio con la contraparte de mortalidad materna que sería la morbilidad por egresos hospitalarios en mujeres con diagnóstico de aborto o sus complicaciones, quizá con el fin de medir la calidad de atención de mujeres que ingresaron por la misma patología pero que sobrevivieron al evento.
- En futuras investigaciones, sería de sumo interés hacer hincapié en la necesidad de introducir un enfoque de género en los análisis de situación de salud, con el fin de detectar posibles inequidades a las que se ven sometidas algunas mujeres por su sola condición de sexo ya que esto puede condicionar gravemente perfiles de morbilidad y mortalidad.

GLOSARIO DE TERMINOS

C.A.C.L.A.I.	Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10
CITAN	Coefficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MSP	Ministerio de Salud Pública
n.v.e.	nacidos vivos estimados
n.v.o.	nacidos vivos oportunos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RMM	Razón de la Mortalidad Materna
S.I.S.V.E.N.	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional
SIVE-VE eMM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica – Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Materna

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Making pregnancy safer. Annual report 2009. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/ Consultado: en Diciembre 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna. Washington D.C. 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature19.htm> Consultado: Diciembre 2010
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Defunciones 2007. Disponible en: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/not_vit3 Consultado: 13 de diciembre del 2010
- Organización de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Objetivos del Milenio. Informe 2010. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf Consultado: el 13 de julio 2010
- World Health Organization. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Ginebra 2008. Páginas 1- 3
- Ministerio de Salud Pública (MSP). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, 2002 – 2009.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Making pregnancy safer. Annual report 2009. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/ Consultado: 13 de Julio del 2010.
- Maradiegue Eduardo MD. Aborto como causa de muerte. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(3): ps: 150-153.
- OMS; CRR; AGI. El aborto; un problema de salud pública. 2004-2005. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf. Consultado: 22 de septiembre del 2010

Ministerio de Salud Pública (MSP). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, 2002 – 2009.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, Making pregnancy safer. Annual report 2009. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/ Consultado: 13 de Julio del 2010.

OMS; CRR; AGI. El aborto; un problema de salud pública. 2004-2005. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_pubhealth.pdf. Consultado: 22 de septiembre del 2010

Vélez G.; Gallego L.; Jaramillo D. Modelo de análisis de muerte materna: Camino para la supervivencia. Modelos para el análisis de de la mortalidad materno infantil. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdelamuertematerna.pdf>

Faneite Pedro M.D.. Mortalidad materna en la Región Bolivariana de Latino-america; area crítica. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, ISSN 0048 – 7732, volumen 68 n.1. Caracas, marzo 2008. Consultado en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322008000100005&script=sci_arttext

Centro de Estudios de Población y Desarrollo CEPED. El aborto en América latina y el Caribe. LA CHRONIQUE. ISSN 1157-4186 Marzo 2008 . Número 55 . ES.

Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. CLACAI. International Consortium for Medical Abortion. ICMA. Ecuador es el país con más abortos en Latinoamérica. Disponible en: http://www.clacai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=733:ecuador-es-el-pais-con-mas-abortos-en-latinoamerica&catid=9:informacion-para-mujeres-&Itemid=5

Ministerio de Salud Pública, Sistema Común de Información, Población e Indicadores Demográficos y de Productividad, Ecuador 1999-2008.

World Health Organization. Programs and Projects. International Classification of Diseases. Clasificación Internacional de Enfermedades. Consultado el 4 de febrero del 2011. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Schenker JG, Cain JM. FIGO Comité for the Ethical Aspects of the Human Reproduction and Women's health. Int J Gynaecol Obstet, 1999; 64:317-322

World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5), 1992

A. Donoso, op. cit., pp. 27-28. "Código de Ética Médica: Art. 103.- Al médico le está terminantemente prohibido provocar el aborto al menos que haya necesidad absoluta de hacerlo para salvar la vida de la madre; en caso de enfermedades con alto riesgo hereditario, o cuando la madre haya sido expuesta, dentro del primer trimestre del embarazo a factores teratogénicos científicamente comprobados; debiendo cumplirse los siguientes requisitos: a) Con el consentimiento de la paciente, de su cónyuge o de su representante; y, b) La necesidad de la interrupción del embarazo debe ser certificada por una Junta Médica, uno de cuyos participantes, por lo menos, debe ser especializado en la afección motivo de la indicación." Ediciones Legales, Régimen Penal Ecuatoriano, op. cit., p. 409.

Neira Miranda Jorge Dr. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. ARS MEDICA. Revista de Estudios Médico Humanísticos. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol.6 No.6. Consultado en febrero 2011. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica6/Art07.html>

Mundigo Axel Dr. Borradores de las ponencias del Dr. Mundigo y de otros trabajos presentados en la reunión regional "Embarazo no deseado y aborto inducido: desafíos para la salud pública en América Latina y el Caribe" realizada en el año 2001 Cuernavaca-México. Pueden solicitarse directamente a hespinoza@popcouncil.org.mx y además están disponibles en: <http://www.agi-usa.org/lac:login+lac+password:hola>.

Mc Lear S, Anwar R. Identification of abuse in emergency department. Am J Public Health 1998;79:65-66.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Familia y Comunitaria. Violencia Doméstica. Madrid 2003. Disponible en: http://www.msps.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf

PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009 - 2013. Metas. Objetivo No. 3 Mejorar la calidad de vida de la población. Página: 196

Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Septiembre 2008

28 Gaviria Silvia. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del aborto. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol5/articulos/articulo8.pdf>

Bustamante Vanessa, M.D. MPH, Por una Maternidad y Nacimientos Seguros, Ecuador, 12 de octubre de 2009.



ESTUDIO DE MAPEO Y ANÁLISIS DE ACTORES SOBRE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

PRAISMEL S.A.

Estudios de Mercado y Opinión

INTRODUCCIÓN

El Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) constituyó el punto de partida en el proceso de consolidación de la institucionalidad de género en el Ecuador y fue creado mediante Decreto Ejecutivo No. 764 de octubre de 1997, como organismo rector de la formulación y promoción de Políticas Públicas con Enfoque de Género. En este marco, el CONAMU desarrolló estrategias de incidencia en cuanto a la erradicación de la pobreza y la vigencia de los derechos sexuales, derechos reproductivos y participación política de las mujeres en el Ecuador. Tras más de una década de existencia, el CONAMU ingresa en un proceso de transformación hacia la conformación del Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género, en concordancia con lo establecido en la Constitución de la República, cuyo Art. 156 expresa que estos Consejos son órganos responsables de asegurar la plena vigencia y el ejercicio de los derechos.

En este sentido, la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género, asume la responsabilidad de preparar las reformas necesarias para que el Consejo pueda cumplir con la misión de garantizar la equidad entre hombres y mujeres.

Objeto de estudio

Con esta finalidad, la Comisión de Transición consideró una prioridad profundizar en el conocimiento, percepciones y opiniones, de actores tanto institucionales (públicos y privados) como de la sociedad civil sobre la problemática de derechos sexuales y reproductivos.

Para lo cual se planteó la realización de un estudio cualitativo-cuantitativo que a través de diferentes instrumentos permitan evidenciar elementos claves sobre la problemática planteada, especialmente, de situaciones de vulneración de los mencionados derechos, sobre todo de situaciones de violencia en la población femenina del país. Y que además permita ubicar redes potenciales de propuestas y/o acciones en promoción o defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Objetivos

Objetivo general

Construir una estrategia para generar una plataforma política de diálogo, introducción y apoyo sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Objetivos específicos

Identificar y caracterizar a los diferentes actores e instituciones públicas, privadas y religiosas involucradas en el tema y conocer su posicionamiento y nivel de participación en torno al mismo.

Establecer la red de vínculos de los diferentes actores e instituciones públicas y privadas vinculados directa o indirectamente con la problemática planteada.

Establecer el nivel de conocimiento, percepciones y opiniones de la población acerca del tema.

Metodología

El mapeo consistió en la construcción de una entrevista estructurada que se aplicó a actores sociales claves, con la finalidad de determinar los intereses y redes de relaciones que estos actores podrían, en un determinado momento, movilizar ya sea en forma de apoyo o de rechazo a la propuesta de Ley sobre el tema de los derechos sexuales y derechos reproductivos. La entrevista buscó conocer a profundidad la postura de los actores sociales involucrados, por lo que la guía de la misma será trabajada con criterios técnicos y multidisciplinarios que permitan un abordaje serio y pertinente del tema a tratarse. Además de la información obtenida, el mapeo desemboca en un gráfico o sociograma, en donde es posible visibilizar el posicionamiento de los actores sociales con respecto al tema central.

Para el mapeo se aplicarían aproximadamente 40 entrevistas estructuradas a nivel nacional en las regiones Costa, Sierra y Amazonia, a actores sociales de diversos sectores involucrados en la temática. En vista de la necesidad de conocer el posicionamiento de la Asamblea en este tema, se propuso además la realización de un mapeo específico para este sector político, mediante la aplicación de 60 entrevistas aproximadamente. Puesto que la aplicación del mapeo en el contexto de la Asamblea Nacional presenta complejidades específicas atinentes a las actividades legislativas, se contempla la posibilidad de que los actores políticos a entrevistarse pudieran ser, en orden de prioridad, Asambleístas principales, sus alternos y/o sus asesores.

Ficha Técnica

Universo	Actores clave vinculados a los movimientos sociales, organizaciones e instituciones que manejan diversas visiones en torno a los derechos de las mujeres y el derecho a la vida.																
Actores sociales y número de entrevistas		COSTA	SIERRA	AMAZONIA	TOTAL												
	Organizaciones pro-vida	2	2	0	4												
	Generadores de opinión	2	2	0	4												
	Organizaciones religiosas	2	2	1	5												
	Organizaciones feministas	2	2	1	5												
	Gremios	2	2	1	5												
	Organizaciones indígenas	1	1	1	3												
	Instituciones científicas	2	2	0	4												
	Instituciones Educativas	2	2	1	5												
	Ministerio de salud Pública	2	2	1	5												
TOTALES APROXIMADOS	18	18	6	40													
CONTENIDO DE LA GUÍA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NACIONALES</th> <th>PROV COSTA</th> <th>PROV SIERRA</th> <th>PROV AMAZONIA</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASAMBLEA NACIONAL</td> <td>10</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>10</td> <td>+60</td> </tr> </tbody> </table>						NACIONALES	PROV COSTA	PROV SIERRA	PROV AMAZONIA	TOTAL	ASAMBLEA NACIONAL	10	20	20	10	+60
		NACIONALES	PROV COSTA	PROV SIERRA	PROV AMAZONIA	TOTAL											
ASAMBLEA NACIONAL	10	20	20	10	+60												
	<p>MÓDULO GENERAL</p> <p>Identificación de entrevistados: datos geográficos y sociodemográficos, institución, cargo.</p> <p>MÓDULO DE CARACTERIZACIÓN DEL ACTOR</p> <p>MODULO CONOCIMIENTO O PERCEPCIONES</p> <p>MÓDULO POSICIONAMIENTO SOBRE EL TEMA</p> <p>MÓDULO RECURSOS</p> <p>MÓDULO RELACIONES ENTRE ACTORES</p>																

Operativo de campo

Para la aplicación de las entrevistas se contó con un equipo de seis investigadores/as, tres hombres y tres mujeres. Como estrategia para la aplicación de las entrevistas a los/as assembleístas, se realizó una distribución de acuerdo al género, habiendo pocas excepciones por los reemplazos en los casos de assembleístas suplentes, asesores/as o reemplazo de assembleístas. El criterio para la selección de assembleístas fue el tratar de cubrir la mayoría de partidos, delegaciones nacionales y provinciales, y dentro de eso dar un equilibrio de género y una representación equitativa de los principales bloques: PAIS, PSP, PSC, MPD, PRIAN, PACHAKUTIK; MMIN. En algunos casos por motivos de reemplazos se buscó en cambio en el mismo partido y representación provincial.

Las entrevistas se procuraron hacer en la mayoría de los casos de manera presencial, pero dada la coyuntura del operativo de campo por la apretada agenda legislativa y la vacancia, que implicó una movilización y ausencia de los assembleístas se realizó por vía telefónica y en casos excepcionales por correo electrónico. En otros casos no se pudo concretar entrevistas con los actores principales ni con sus reemplazos. La lista final de entrevistados/as fue la siguiente:

Tabla 1

Entrevistas a assembleístas por partido

Partido	Hombres	Mujeres	Total general
ARE/APLA		1	1
CC	1		1
ID	1		1
MCND		1	1
MIOSA	1		1
MIUP	1		1
MMIN	1		1
MMIN/ID/MPD/FN	1		1
MMIN/MV	1		1
MP/MMIN	1		1
MPD	2	2	4
MSC	1		1
MUPP-NP		2	2
MUPP-NP/MPD	1		1
PAIS	5	11	16
PAIS/ID/PS-FA		1	1
PAIS/MED		1	1
PAIS/PSFA		2	2
PRIAN	3		3
PSC	1	1	2
PSP	5	3	8
PSP/MUSHUK INTI		1	1
Total general	26	26	52

Tabla 2

Entrevistas a asambleístas por provincia

Provincia	Hombre	Mujer	Total general
Azuay		2	2
Bolívar	1		1
Cañar	1		1
Carchi	2		2
Cotopaxi		2	2
Esmeraldas	1		1
Europa, Asia y Oceanía		1	1
Guayas	2	1	3
Imbabura	1	2	3
Loja	1	1	2
Los Ríos	1	2	3
Manabí	3	1	4
Nacional	4	7	11
Napo	1	1	2
Orellana		1	1
Pastaza	2		2
Pichincha	2	2	4
Santa Elena	1		1
Santo Domingo de los Tsáchilas	1		1
Sucumbíos		1	1
Tungurahua	1	1	2
Zamora Chinchipe	1	1	2
Total general	26	26	52

En el caso de los actores sociales se hizo una distribución de acuerdo a las localidades a encuestarse, las cuales fueron establecidas con la institución contratante: Quito, Guayaquil y Lago Agrio. En este caso se privilegiaron las entrevistas presenciales dirigidas en primera instancia a los representantes de las instituciones seleccionadas, sin embargo, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo y manejo de la problemática, las entrevistas en algunos casos fueron designadas a otros actores institucionales. La lista final de entrevistados/as fue la siguiente:

Tabla 3

Entrevistas a actores sociales por categorías

Categorías de instituciones	Guayaquil	Lago Agrio	Quito	Total general
Generadores opinión	1		2	3
Gremios	1		1	2
Institución Estatal			1	1
Instituciones científicas	1		2	3
Instituciones Educativas	2		3	5
Ministerio de Salud Pública	2	1		3
ONGs	1		1	2
Organización de mujeres	1	2		3
Organización Indígena			3	3
Organizaciones pro-vida	1		2	3
Organizaciones religiosas	2		1	3
Total general	12	3	16	31

Se llevó un registro de audio en los casos en que fue permitido por los/as entrevistados/os y un registro escrito, los cuales están en formatos digitales. Por otro lado, se realizó una sistematización en base de datos en Excel lo cual permite tener una mejor lectura de los resultados de cara a la realización del mapeo de actores.

A continuación se exponen los principales resultados de la información recopilada para cada uno de los grupos de actores a entrevistarse.

Asambleístas nacionales y provinciales

A fin de tener una mejor comprensión del posicionamiento de los/as asambleístas frente a una reforma al Código Penal, en los términos enunciados en párrafos anteriores, fue necesario conocer el área a la que están vinculados dentro de la Asamblea Nacional, como se expone a continuación.

Tabla 4

Entrevistas a asambleístas por comisión

Comisión	H	M	Total general
Biodiversidad y Recursos Naturales	2	3	5
Derecho a la Salud	3	3	6
Derechos Colectivos, Comunitarios	1	1	2
Derechos de los Trabajadores y Seguridad Social	4	3	7
Desarrollo Económico, productivo y la Micro empresa		1	1
Desarrollo Económico, Productivo y la Microempresa	1	2	3
Desarrollo Económico, Productivo y la Microempresa / Fiscalización		1	1
Educación, Ciencia y Tecnología	2	2	4
Gobiernos Autónomos, Descentralización	1	2	3
Justicia y Estructura del Estado	4	2	6
Participación Ciudadana y Control Social	1	3	4
Participación Ciudadana y Control Social / Fiscalización	1		1
Régimen Económico y Tributario	1	2	3
Relaciones Internacionales y Seguridad Integral	1		1
Relaciones Internacionales y Seguridad Integral / Fiscalización		1	1
Soberanía Alimentaria y Sector agropecuario	4		4
Total general	26	26	52

Si bien esta vinculación no es determinante en el conocimiento sobre la problemática propuesta, específicamente sobre derechos sexuales y reproductivos, mas si tiene importancia en el tratamiento de propuestas de ley que estarán sobre todo vinculadas al ámbito de la salud, seguridad, social y justicia y estructura del Estado.

Legislación, derechos sexuales y derechos reproductivos (DDSR)

La mayor parte de los/as entrevistados, especialmente del bloque de PAIS, consideran que si habría una garantía de los DDSR de las mujeres en la actual constitución, en algunos casos en las entrevistas se hizo mención a la necesidad de la aplicación de lo establecido en este cuerpo legal.

Tabla 5

¿la actual legislación del Ecuador garantiza los DDSR de las mujeres?

Partido	Nada	Poco	Algo	Mucho	No contesta	Total General
ARE/APLA			1			1
CC			1			1
ID				1		1
MCND			1			1
MIOSA				1		1
MIUP			1			1
MMIN			1			1
MMIN/ID/MPD/FN			1			1
MMIN/MV			1			1
MP/MMIN		1				1
MPD	1	2	1			4
MSC				1		1
MUPP-NP		1	1			2
MUPP-NP/MPD	1					1
PAIS		2	4	9	1	16
PAIS/ID/PS-FA		1				1
PAIS/MED				1		1
PAIS/PSFA				2		2
PRIAN		1	1	1		3
PSC			1	1		2
PSP		2	2	4		8
PSP/MUSHUK INTI			1			1
Total general	2	10	18	21	1	52

Propuestas de ley dentro de la Asamblea Nacional

De cara al planteamiento de propuestas de ley sobre derechos sexuales y derechos reproductivos dentro de la Asamblea Nacional, se observó que en el actual contexto no se han presentado ni se están analizando proyectos de ley directamente relacionados con los DDSR, la agenda legislativa está centrada en otros temas. Sin embargo, en algunos casos se ha señalado que de forma transversal este tema se está analizando en otras propuestas, algunos/as han hecho mención a propuestas propias o de la planificación de una agenda para el tratamiento de estos temas.

Las principales temáticas identificadas y apoyadas se relacionan con la seguridad social, especialmente en el caso de las amas de casa, aquí se destaca sobre todo la acción de assembleístas del Movimiento Popular Democrático MPD, y por otro lado, con reformas al código de la niñez y adolescencia, problemática en la que se establece una vinculación con el tratamiento de violencia y delitos sexuales. Adicionalmente a esto también hay otros planteamientos relacionados con: parto humanizado, reformas y estructuración del Sistema Nacional de Salud. A lo que se suma la estructuración de una agenda de proyectos de ley respecto a los derechos de la mujer, donde se ha hecho una clara identificación sobre todo en assembleístas de Alianza País de un grupo parlamentario. Parte de esta agenda implica el tratamiento de la reforma al Código Penal.

Propuestas de instituciones y organizaciones externas

En cuanto al conocimiento y canalización de propuestas a la Asamblea Nacional sobre los DDSR por parte de instituciones o grupos de la sociedad civil casi la mitad de los entrevistados pudieron dar cuenta de algunas propuestas. Las principales temáticas se centran en la incorporación en los distintos niveles de educación del tratamiento sobre la sexualidad, otro bloque se relaciona con el tratamiento de DDSR y derechos de la mujer, siendo algunas propuestas específicas sobre la problemática de interrupción del embarazo, el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo y sobre la atención en salud. Aquí también hay propuestas relacionadas con la seguridad social y derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA).

Las principales instituciones u organizaciones mencionadas fueron Conamu, Amume, REMPE, Red de Mujeres Políticas del Ecuador. Otros actores mencionados fueron CEPAM, Asociación de Trabajadoras Sexuales, CONFEMEC, PNUD, Fundación Equidad, Ágora Democrática y Coordinadora Política de Mujeres.

Reformas o implementación de legislación DDSR

A nivel constitucional y legal si bien se proponen reformas, un importante grupo de actores, como se mencionó en párrafos anteriores observa que estando dadas las garantías constitucionales y/o en la legislación para la garantía de los DDSR, el problema radica en la aplicación de las mismas, de ahí la importancia de contar con líneas estratégicas para su aplicación.

Esto también se vio reflejado en el momento en que se realizó una evaluación de la legislación y políticas vigentes en el país de cara a la protección de mujeres víctimas de cualquier tipo de agresión sexual. En este sentido no hubo claridad en las posiciones de los assembleístas. En las observaciones a este respecto, se resaltaron los problemas de aplicación y de impunidad, sobre todo en los procesos penales en casos de delitos de violación.

Tabla 6

¿Cree que la legislación y políticas vigentes en el país son mucho, algo, poco o nada adecuadas para dar una respuesta efectiva a mujeres que han sido víctimas del delito de violación?

Partido	Mucho	Algo	Poco	Nada	Nsc	Total general
ARE/APLA			1			1
CC			1			1
ID					1	1
MCND			1			1
MIOSA		1				1
MIUP		1				1
MMIN		1				1
MMIN/ID/MPD/FN			1			1
MMIN/MV		1				1
MP/MMIN		1				1
MPD		1	2	1		4
MSC			1			1
MUPP-NP					2	2
MUPP-NP/MPD			1			1
PAIS	3	5	7		1	16
PAIS/ID/PS-FA				1		1
PAIS/MED			1			1
PAIS/PSFA			1	1		2
PRIAN	1	2				3
PSC		2				2
PSP	1	2	4	1		8
PSP/MUSHUK INTI					1	1
Total general	5	17	21	4	5	52

Por otro lado, un tema recurrente respecto de áreas de reformas para la defensa de DDSR y específicamente para la protección a las mujeres de agresiones sexuales, es el de la educación para la salud y estrategias comunicativas que permitan brindar la información necesaria sobre el tema de derechos y formas de prevención. Esto tiene relación con los anteriores planteamientos de la incorporación a nivel educativo del tema de sexualidad.

Específicamente de cara a planteamientos de reformas o de implementación de las leyes para la protección de mujeres víctimas de cualquier tipo de agresiones sexuales, los aspectos más recurrentes fueron: la ampliación o endurecimiento de penas, reformas al código y procesamiento penal y la prestación de apoyo o seguimiento a la víctima.

En el caso específico de reformas legislativas y/o políticas respecto a la problemática de delitos de violación, si bien aparecen como una necesidad los cuatro aspectos arriba enunciados, hubo una mayor inclinación por el tema de los procedimientos para dictar sentencias y administración de penas (sobre todo en las assembleístas), la asistencia a las mujeres y la formación especializada a funcionarios (particularmente en los assembleístas).

Tabla 7

¿En cuál de los siguientes ámbitos cree usted que deban hacerse reformas legislativas y políticas en el Ecuador respecto a esta problemática?¹²³

Tipo reforma/cambio	H	M	Total general
Definición del delito	2	5	7
Procedimiento empleados para dictar las sentencias y administración de penas.	7	11	18
Asistencia a las mujeres.	10	4	14
Formación especializada a funcionarios	10	6	16
Todas	4	5	9
Ninguna		1	1

Percepciones sobre la violencia contra la mujer

De acuerdo a la percepción de los/as assembleístas habrían tres principales formas de violencia que están afectando a las mujeres en el país, la primera a nivel intrafamiliar, las segunda física que se vincula con la violencia sexual y la violencia psicológica. A más de esto se hicieron mención a otras formas de violencia como: discriminación/desigualdad de derechos, verbal, económica-social, laboral, legislativo/Política, etc.

Si bien más de la mitad de los/as entrevistados coincidieron con el incremento de los casos de mujeres víctimas de delitos sexuales, el resto tenía una posición negativa o de duda y observó que en el último tiempo ha habido una mayor visibilización de estos casos, que antes no se denunciaban o no se debatían. En todo caso, hay un reconocimiento de la afección de esta problemática en la población femenina del país, así como en la población infantil específicamente en los casos de delito de violación.

Las percepciones en torno a este delito se centran en tres aspectos, por un lado, la comparación con el crimen de lesa humanidad y con el asesinato/homicidio, y por otro, existe la posición de incomparabilidad dada la gravedad de este delito. Estas percepciones están íntimamente vinculadas con las consecuencias en las víctimas a nivel de su salud física y psicológica.

Las consecuencias más nominadas fueron la depresión, embarazo no deseado y estigma, rechazo social o familiar. A lo que se suman: Enfermedades de transmisión sexual, VIH; intento de suicidio; ser madres sin estar en condiciones de asumir esa responsabilidad; pérdida autoestima; frustración/insatisfacción; trauma psicológico; daño físico, afectación de la integridad de la persona; desconfianza/inseguridad; actitud hostil hacia las personas; y, vulneración de derechos en general.

123 Preguntas con opción múltiple, en la tabla se registró el total de nominaciones por género.

En relación a esto, más de la mitad de los/as asambleístas estuvieron totalmente de acuerdo con el planteamiento de un endurecimiento de penas para los agresores en casos de delitos sexuales contra las mujeres. Este endurecimiento de penas está centrado a en la privación de la libertad que por un lado supone un incremento en la pena (número de años), y por otro, en la supresión de la impunidad. Esto último se debe a que hay un incumplimiento en los procesos penales al momento de juzgar estos casos. Pronunciamientos por la pena de muerte o por un aislamiento perpetuo de la persona de la sociedad fueron casos aislados.

Sin embargo, cabe mencionar que un grupo representativo se pronunció por el desarrollo de estrategias de rehabilitación para combatir este delito, lo cual a su vez se vincula con los planteamientos de la aplicación de tratamiento psiquiátricos/psicológicos. En casos aislados se dieron propuesta de pérdida de derechos para la participación en procesos electorales, la incorporación de indemnización sobre todo económica a las víctimas.

Posiciones y relaciones entre actores internos y externos a la Asamblea Nacional

Finalmente, se indagó sobre la identificación de actores dentro y fuera de la Asamblea Nacional vinculados con la problemática de los derechos sexuales y derechos reproductivos, que podrían actuar en el planteamiento de propuestas.

- a. Asamblea Nacional y partidos políticos: en este ejercicio hubo una tendencia a la identificación de los sectores de izquierda, vinculados con el impulso de los derechos de las mujeres, específicamente del grupo parlamentario antes enunciado, y a las mujeres asambleístas en general. En casos aislados se hizo referencia a todos los asambleístas como una responsabilidad social sobre esta problemática.

De manera principalmente se nombraron a los siguientes partidos:

- Alianza País-Ruptura
- PSP (mujeres)
- PSFA
- MPD (impulsados por la organización de mujeres-COFEMEC)

Se hizo una identificación de partidos con tendencia política de derecha o asambleístas con una vinculación o enfoque 'provida'. De forma particular se identificaron a:

- PSC-MCMG
- PRIAN
- PSP

- b. Instituciones/organizaciones de mujeres: en general hay una vinculación al impulso de esta propuesta a organizaciones de mujeres, feministas, de género a nivel nacional, así como de instituciones que trabajan los temas de derechos sexuales y reproductivos, o casos de violencia contra la mujer o la infancia, donde específicamente se hizo referencia a:

- Conamu
- CEPAM
- Red de mujeres políticas del Ecuador-REMPE

- Coordinadora Política de Mujeres
 - Asamblea de mujeres de Quito
 - Federaciones de mujeres de Orellana, Sucumbíos, Puyo
 - COFEMEC (Confederación de mujeres ecuatorianas por el cambio)
 - Luna Creciente
 - ACJ
 - Organizaciones de la Red de maltrato infantil
- c.** Actores gubernamentales: un principal actor identificado fue el gobierno central identificado con la línea política de los Asambleístas de Alianza País. Por otro lado, se identificaron algunas instituciones u organismos vinculados directamente con la atención en el área de salud, programas sociales y administración de justicia tanto para la población femenina como de la niñez y adolescencia, en quienes se reconoció una adherencia a la propuesta por el manejo de la problemática de la violencia y atención en casos de delito de violación especialmente.
- MSP
 - MIES
 - Ministerio de Justicia
 - Juzgados de NNA Rentas
 - Grupo Parlamentario por los Derechos de las Mujeres
 - Asociaciones órganos de Justicia
 - Asociación de Mujeres Función Judicial
- d.** Organismos internacionales: principalmente aquí se hizo referencia a aquellas vinculadas directamente con la defensa de derechos humanos, como:
- UNIFEM
 - Comisión derechos humanos
- e.** Instituciones educativas: en este ámbito fue considerado por algunos asambleístas la vinculación de estudiantes o entidades educativas vinculadas al área de la medicina, derecho, psicología, las cuales son transversales a esta problemática.
- f.** Instituciones y organizaciones religiosas: vinculado con la posición de grupos de derecha/conservadores.
- g.** Organizaciones/instituciones Provida: aquí se identifican grupos u ong's que igualmente están realizando trabajos con mujeres en las problemáticas de violencia, y que a momentos se identifican como grupos de derechos humanos en relación al argumento de la defensa de la vida. Un actor identificado fueron los Comités de Damas del Club de Leones.

Actores sociales

A fin de tener una mejor comprensión del posicionamiento de los/as actores sociales frente a la problemática propuesta en este estudio es importante hacer referencia a cada uno de los actores entrevistados y el tipo de organización/institución a la que pertenecen, como se expone a continuación.

Tabla 8

Entrevistas a actores sociales por tipo de institución / organización

Institución/organización	Guayaquil	Lago Agrio	Quito	Total general
Generadores opinión	1		2	3
Canal Uno			1	1
Hospital Alcívar	1			1
Teleamazonas			1	1
Gremios	1		1	2
Colegio de Abogados de Pichincha			1	1
Colegio de Médicos del Guayas	1			1
Institución Estatal			1	1
Corporación para el Desarrollo Afroecuatoriano			1	1
Instituciones científicas	1		2	3
Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - FESGO	1			1
Sociedad Ecuatoriana de Bioética			1	1
Sociedad Ecuatoriana de Sexología y Educación Sexual			1	1
Instituciones Educativas	2		3	5
Colegio de Jurisprudencia Universidad San Francisco de Quito			1	1
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador			1	1
Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Estatal de Guayaquil	1			1
Facultad de Jurisprudencia de la Universidad Católica del Ecuador			1	1
Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Estatal de Guayaquil	1			1
Ministerio de Salud Pública	2	1		3
Dirección Provincial del Guayas	1			1
Hospital Provincial Marco Vinicio Iza		1		1
Maternidad del Guasmo	1			1
ONGs	1		1	2
Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana - APROFE	1			1
Fundación Nuestros Jóvenes			1	1
Organización de mujeres	1	2		3
Federación de Mujeres de Sucumbíos		1		1
Fundación María Guare	1			1
Organización de mujeres Colombo Ecuatorianas Amazónicas		1		1

Organización Indígena			3	3
Confederación de Nacional de Organizaciones Campesinas, Indígenas y Negras			1	1
Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador - CONAIE			1	1
Consejo de Pueblos y Organizaciones Indígenas Evangélicas del Ecuador – FEINE			1	1
Organizaciones pro-vida	1		2	3
Centro de Ayuda para la Mujer / Fundación Acción Provida			1	1
Fundación ayúdame a vivir - FUNAVI			1	1
Fundación Pro Vida	1			1
Organizaciones religiosas	2		1	3
Concilio de Ministros Evangélicos del Ecuador	1			1
Conferencia Episcopal Ecuatoriana	1			1
Consejo Latinoamericano de Iglesias			1	1
Total general	12	3	16	31

Esta vinculación incide en el conocimiento y prácticas desarrolladas sobre el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos. Otro aspecto que también se debe considerar y que también tiene repercusión en la forma como miran esta problemática es la profesión a la que están vinculados/as cada uno/a de los/as entrevistados/as: periodismo, medicina, filosofía, jurisprudencia, comunicación, antropología, ingeniería comercial, educación, teología, psicología, pedagogía y trabajo social.

Vinculación con los derechos sexuales y reproductivos (DDSR)

Las instituciones/organizaciones entrevistadas se encuentran trabajando con diversos grupos sociales dentro de los cuales se incluye la población femenina.

- Población: grupos de diferente género, edad, etnia, condición socioeconómica y salud.
 - Mujeres: Organizaciones/asambleas populares mujeres
 - Niños/as y adolescentes
 - Jóvenes
 - Adultos en edad reproductiva
 - Adultos mayores
 - Comunidades indígenas (evangélicos)
 - Pueblo Afroecuatoriano
 - Población con escasos recursos
 - Personas con VIH/SIDA
 - Personas que consumen drogas y alcohol
 - Trabajadores
 - Familias

- Nivel de educación
 - Profesionales (agremiados o no)
 - Estudiantes universitarios
 - Docentes públicos y privados
 - Estudiantes colegios fiscales
- Filiación religiosa
 - Pastorales
 - Participantes externos
 - Organismos ecuménicos
 - Asociaciones evangélicas

Las áreas en las que trabajan con estos grupos se relacionan con las siguientes temáticas:

- Una de las principales problemáticas está relacionada con la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, especialmente de cara a la prevención y erradicación de violencia.
 - Información/empoderamiento sobre derechos sexuales y derechos reproductivos.
 - Violación, trata, abuso sexual, aborto
 - Violencia de género e intrafamiliar
 - Capacitación y formación con familia, niños/as y adolescentes.
 - Mediación legal (pensión alimentos, abandono, divorcio)
- Otro aspecto se relaciona con la promoción de la salud, con un mayor énfasis en el ámbito sexual y reproductivo.
 - Prevención VIH-SIDA
 - Prevención de Enfermedades de transmisión sexual y otra
 - Farmacodependencia
- También se ha abordado con mujeres aspectos como:
 - Promoción de liderazgo, autoestima/valores y respeto de los derechos de las mujeres.
 - Falta de trabajo y oportunidades para las mujeres, apoyo al sector campesino/microcrédito, soberanía alimentaria y capacitación manualidades.

Alrededor de estas temáticas cada organización ha realizado distintos tipos de actividades para aproximarse a ellas y a la población involucrada, como:

- Atención en salud y medicina preventiva, sobre todo en la problemática de mortalidad y morbilidad de la mujer.
- Capacitación/talleres
- Apoyo espiritual/evangelización
- Apoyo legal (gratuito)
- Apoyo psicológico

- Desde el ámbito de la comunicación se ha dado lugar al desarrollo de reportajes, entrevistas, investigación y difusión Información.
- En el caso de entidades científicas o educativas, una parte de sus actividades se centra en la investigación y la cátedra.

Para el desarrollo de sus actividades, cada una de las instituciones u organizaciones mantiene relaciones con otras entidades en diversos sentidos:

- Informativa: para la provisión o recepción de información por motivos de entrevistas o investigaciones.
- Apoyo en la realización de capacitaciones o talleres.
- Organización de eventos o campañas.
- Financiamiento.
- Entrega de recursos médicos como medicina, equipamiento, instrumental.
- Asistencia técnica
- Desarrollo de planes y proyectos
- Miembros de una misma red o agrupación
- Integrantes de consejos o comités
- Investigación/pasantías

A continuación se presente un cuadro a través del cual se quiere visibilizar las interrelaciones entre los grupos de actores entrevistados con otras entidades como:

- Organizaciones/instituciones que trabajan con mujeres, estas instituciones mantienen relaciones con casi todos los grupos de actores entrevistados, menos con grupos Pro Vida. Instituciones como el CEPAM y el CONAMU ocupan un lugar importante, esta última institución no aparece como entidad estatal sino más vinculada a organizaciones sociales.
- Los organismos internacionales, especialmente aquellos vinculados al grupo de Naciones Unidas asimismo tiene relaciones con los actores sociales.
- Las entidades del estado son las que tienen el mayor número de relaciones con los actores sociales, especialmente con ONG's.
- Universidades y gremios de profesionales tienen un menor número de relaciones.
- Y finalmente tenemos organizaciones provida a nivel nacional e internacional, así como agrupaciones religiosas, en este segmento las relaciones se circunscriben más directamente con las instituciones entrevistadas de las mismas características. Donde habría mayores relaciones directas en comparación con las anteriormente presentadas.

En el caso de la imposibilidad de establecimiento de relaciones entre instituciones, es marcado el distanciamiento entre instituciones religiosas o provida con aquellas que están vinculadas con organizaciones de mujeres o instituciones que brindan distintos servicios de atención como CEPAM, CEMOPLAF, APROFE y COMAMU, por motivos ideológicos y enfoque en temas como el aborto, atención de mujeres embarazadas en situaciones de violencia u agresiones sexuales.

Tabla 9

Coordinación de actividades interinstitucionales

Instituciones nominadas	Generadores opinión	Gremios	Institución Estatal	Instituciones científicas	Instituciones Educativas	Ministerio de Salud Pública	ONGs	Organización de mujeres	Organización Indígena	Organizaciones pro-vida	Organizaciones religiosas	Total general
Organizaciones/ instituciones trabajo con mujeres	2	1	0	1	2	2	2	0	2	0	1	13
CEPAM		1			2	1	1					5
CONAMU	1			1					1			3
CEMOPLAF							1					1
CEDIME									1			1
Fundación María Guare											1	1
Grupos/ organizaciones mujeres						1						1
Asociación de Trabajadoras Sexuales	1											1
Organismos internacionales	0	1	0	3	1	1	0	0	2	1	1	10
UNFA (Fondo de Población de las Naciones Unidas)				1							1	2
OPS (Organización Panamericana de la Salud)		1		1								2
ONU					1	1						2
Unesco				1								1
UNIFEM									1			1
OXFAM									1			1
Organismos Internacionales										1		1
Instituciones estatales	2	2	0	1	3	2	6	3	0	0	0	19
MIES	1							1				2
Comisaría de la mujer		1						1				2

MSP		1					1					2
Dirección Provincial de Salud						1						1
Instituto de Higiene					1							1
INFA					1							1
Centro de Salud					1							1
INFA							1	1				2
AN-Comisión de derechos niños, mujeres, etc.	1											1
CONASA Consejo Nacional de Salud				1								1
COMPINA							1					1
CODENPE							1					1
Cruz Roja							1					1
Municipio Guayaquil							1					1
Comité de Vigilancia de la mortalidad Materna						1						1
Gremios/ universidades	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Federación Médica, Colegio de Médicos				1								1
Facultad de Medicina Universidad Central				1								1
Organizaciones religiosas/provida	1	0	0	0	1	0	2	0	1	6	3	14
Grupo Provida	1											1
IRIS									1			1
ISHA					1							1
Pastoral de salud Arquidiócesis										1		1
Instituciones religiosa										1		1
ADOLE							1					1

Centro Latinoamericano de Mujeres											1		1
HLA											1		1
FREME Frente Revolucionario de Mujeres											1		1
Movimientos Laicales, tanto católicos como movimientos evangélicos											1		1
Paz y Esperanza												1	1
Mujeres evangélicas												1	1
Casa de la Vida												1	1
VIDA							1						1
Otros	0	0	0	0	1	1	0	1	0		2	0	5
Parroquia del Inca											1		1
Damas de Acorvol								1			1		2
Mi Cometa					1	1							2
Total general	5	4	0	5	8	6	10	4	5		9	5	61

Más de la mitad de las instituciones y organizaciones entrevistadas han trabajado en la problemática del aborto con mujeres, y su trabajo se ha enfocado en la recopilación de información e investigación con fines periodísticos, este es el caso de los canales televisivos. En el caso específico de instituciones educativas, vinculadas con el área de medicina, se trata esta problemática, ya que como profesionales se enfrentan a la realización o no de abortos terapéuticos.

Por otro lado, con los otros actores se observa que han desarrollado acciones encaminadas a la salud sexual y salud reproductiva a través de la prevención, planificación, atención médica, especialmente en población joven, aquí tiene una incidencia la orientación de cada institución, en unos casos prima el derecho a decidir y en otros la “garantía de la vida”. También se desarrollan actividades de capacitación, talleres y otro tipo de apoyo en relación a esta problemática.

En la problemática de delitos sexuales es un poco menor el desarrollo de acciones por parte de las instituciones/organizaciones entrevistadas. En el caso de los actores vinculados a medios de comunicación su actividad se detiene en lo informativo e investigativo. En el caso de gremios y entidades educativas en el área de la jurisprudencia sus acciones se centran en la prestación de servicios gratuitos de defensa.

En el caso de las otras instituciones hay un importante trabajo dedicado a la prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar y de género, y también al desarrollo de capacitaciones de talleres, espacios de consejería a través de lo cual se busca dar asistencia a las víctimas, esto también se complementa con atención médica y psicológica. En el caso de organizaciones religiosas y provida el apoyo a nivel espiritual forma parte de sus acciones.

Respecto al trabajo en las dos problemáticas antes mencionadas se identificaron tres grupos de instituciones que están relacionados con los tipos de actores sociales analizados. En un primer bloque se encuentra instituciones como: CONAMU, CEPAM, CEMOPLAF, APROFE (identificados anteriormente en relaciones interinstitucionales), Luna Creciente, CONFENEC, Federación de Mujeres de Sucumbíos, Comisarías de la Mujer, Foro Permanente de la Mujer. Con estas instituciones la mayoría de actores están de acuerdo con su labor con mujeres en la problemática del aborto y/o delitos sexuales.

Un segundo bloque se encuentra integrado por ong's y organizaciones religiosas identificadas por las instituciones provida y religiosas, con quienes están de acuerdo en el trabajo realizado con mujeres: Talita Kumi, Resurgere, Iglesia Católica, Fundación Esperanza, Hermanas Adoratrices, Movilidad Humana, Vida y Familia, Casa de la Vida, Casita de Nazaret, Jóvenes y Punto, Una vida de Esperanza, Lluvia de Gracia, Camino de Salida, Fundación María Guare y ACORVOL. En su mayoría estas entidades residen en la ciudad de Guayaquil.

Y un tercer bloque con instancias estatales como la mesa cantonal en el Municipio de Guayaquil y el INNFA.

Percepciones sobre la violencia contra la mujer

Una vez establecido el marco de acción de las instituciones y organizaciones, indagaremos, al igual que en el caso de los/as asambleístas sobre las percepciones de la situación de violencia que está afectando a las mujeres en el país. Para casi las dos terceras partes de los/as entrevistados, en el Ecuador se ha producido un incremento de los casos de mujeres víctimas de delitos sexuales. Al igual que en el caso de los/as asambleístas, las respuestas negativas o de dudas, responde al hecho de una mayor visibilización, de denuncia, especialmente dentro del ámbito doméstico.

Tabla 10

¿Cree usted que en los últimos años son más frecuentes los casos de mujeres víctimas de delitos sexuales?

INSTITUCIÓN	Observación
Hospital Provincial Marco Vinicio Iza	Ahora creo que hay más denuncias y hay mayor vigilancia, entonces es difícil decir si han aumentado o no los delitos sexuales
Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Estatal de Guayaquil	No, yo creo que siempre han existido, que hayan salido a la luz es otra cosa. Estamos en una sociedad en la que el tema es muy difícil afrontarlo.
Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Estatal de Guayaquil	No es que sean más frecuentes, , existe igual que antes, pero ahora se denuncian más.
Centro de Ayuda para la Mujer / Fundación Acción Provida	Si pero también estamos admirados que en los cinco años de trabajo hayan aumentado los delitos sexuales en hombres, el abuso a la mujer creemos que se ha incrementado por el uso de escopolamina.

Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - FESGO	No te podría decir si ha aumentado, pero a nivel de consulta, si te puedo decir que ahora hay más confianza, que las mujeres hablan más de esto con su doctor. Pero ahí influye la información que tienen. Si las mujeres saben que tienen una comisaría de la mujer o un determinado lugar donde puede recibir ayuda o denunciar eso genera que se libere un poquito del miedo.
Colegio de Abogados de Pichincha	La estadística ha aumentado en especial enmarcado en la familia.
Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana - APROFE	No sé si ha aumentado la frecuencia, ahora es posible visibilizar, la mujer se siente como mas amparada para hablarlo, están las comisarías de las mujeres. Pienso que ahora es más fácil poder denunciarlo, porque en este momento si una mujer es agredida ya sabe. Desde mi punto de vista la mujer denuncia más.
Consejo Latinoamericano de Iglesias	La pregunta es porque ha aumentado tanto, hay también que construir una nueva cultura de la masculinidad, somos enseñados a ser machistas, cuesta entender que los hombres no somos mejores que las mujeres.
Canal Uno	Es probable. Ahora son más evidentes los casos. Tal vez durante toda la historia de la humanidad han existido.
Fundación Pro Vida	Yo francamente creo que el delito sexual ha existido siempre, que se ha visualizado, en estos últimos tiempos y denunciado ahora que se tiene más conocimiento sobre los derechos de las niñas, niños y mujeres, es otra cosa. Inclusive yo soy ya una persona mayor y recuerdo ciertas fabulas de aspecto mágico-religioso de que el duende se podría propasar con las niñas, obviamente esta aludiendo a los delitos sexuales.
Colegio de Jurisprudencia Universidad San Francisco de Quito	Yo no me atrevería a decir que es más frecuente, esto siempre ha existido lo que hay actualmente es una visibilidad de lo que ocurre, es decir la mujer ya no tiene tanto miedo de denunciar un delito sexual, y ya no es visto como algo normal dentro de un matrimonio y hasta dentro de la familia mismo.
Fundación Nuestros Jóvenes	Creo que más bien en los últimos años los delitos sexuales no son vistos como algo natural, por ejemplo en los matrimonios. Los delitos se los visibiliza más.
Teleamazonas	Le parece que son más públicos. El problema siempre ha estado ahí. Son más frecuentes porque hoy denuncian más pero no porque se viola más.

Respecto, a las percepciones en torno al delito de violación, se centran principalmente en la comparación con el asesinato/homicidio, a lo que se suma la relación con crímenes de lesa humanidad, dadas las aficciones a la vida de las personas a nivel físico/salud y psicológico.

Las consecuencias más nominadas fueron depresión, embarazo no deseado y estigma, rechazo social o familiar y enfermedades de transmisión sexual, VIH. A lo que se suman: intento de suicidio; ser madres sin estar en condiciones de asumir esa responsabilidad; humillación; inseguridad/desconfianza; pérdida de autoestima y problemas psicológicos; problemas a nivel familiar y de pareja, entre otras.

Frente a éste, las cinco sextas partes de los/as entrevistados se mostraron totalmente de acuerdo con el planteamiento de un endurecimiento de penas para los agresores en casos de delitos sexuales contra las mujeres. La mitad de los actores no plantean penas distintas a la privación de la libertad, en pocos casos se ha hecho mención a la complementación con procesos de rehabilitación y tratamiento psicológico/psiquiátrico. En este caso de forma aislada se hizo referencia a medidas como la castración química al agresor.

Posiciones frente a la legislación y políticas en caso de delitos sexuales

Se indagó sobre la efectividad de la legislación y políticas vigentes en el país para brindar un respaldo a mujeres que han sido víctimas del delito de violación. Aquí hubo percepción negativa lo que se relaciona con tres elementos, el primero se debe a una brecha entre la realidad de la problemática y el tipo de leyes vigentes, el segundo en cambio se relaciona con la falta de difusión y conocimiento de la normativa por parte de la población, y en última instancia por el incumplimiento de las leyes.

Tabla 11

¿Cree que la legislación y políticas vigentes en el país son mucho, algo, poco o nada adecuadas para dar una respuesta efectiva a mujeres que han sido víctimas del delito de violación?

Rótulos de fila	Mucho	Algo	Poco	Nada	Nsc	Total general
Generadores opinión		1		1	1	3
Gremios		1			1	2
Institución Estatal	1					1
Instituciones científicas			2	1		3
Instituciones Educativas			3	2		5
Ministerio de Salud Pública		2	1			3
ONGs			1	1		2
Organización de mujeres			3			3
Organización Indígena		2	1			3
Organizaciones pro-vida		1			2	3
Organizaciones religiosas		1	1		1	3
Total general	1	8	12	5	5	31

En este sentido, la mayoría de sugerencias de cambios o reformas frente a delitos de violación se centraron en el procedimiento empleado para dictar las sentencias y administración de penas, asistencia/protección a la víctima y la adopción de medidas para la difusión e incorporación en el ámbito de la educación de la normativa sobre esta problemática.

A esto se suman otros planteamientos como la redefinición del delito, la formación especializada a funcionarios de la administración de justicia, formación especializada a funcionarios de atención médica y establecimiento de un protocolo (que contemple el acceso a la píldora de emergencia) y el establecimiento de una coordinación entre instituciones públicas y privadas que están involucradas en esta problemática.

Posiciones y relaciones entre actores sociales

Finalmente, se indagó sobre la identificación de propuestas propias o externas sobre la problemática planteada.

Propuestas

Se identificaron los siguientes planteamientos, a más de lo ya expuesto en lo referente a delitos sexuales:

INSTITUCIÓN	Observación
Centro de Ayuda para la Mujer / Fundación Acción Provida	Nuestra propuesta es básicamente de sanación a la mujer que ha sido víctima de violación, hacerle entender que el aborto no soluciona nada, más bien lo agrava, como le dije damos charlas y les ayudamos psicológicamente, económicamente y espiritualmente.
Fundación ayúdame a vivir - FUNAVI	La propuesta es en contra del aborto y en contra de la familia. Prevención de embarazos prematuros Planificación familiar.
Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - FESGO	Se está trabajando una propuesta acerca del aborto, para que las cifras de mujeres que mueren a causa de abortos ilegales disminuyan. Existe un comité en la Federación Latinoamericana de Ginecólogos donde se trata todo el tema de violencia.
Federación de Mujeres de Sucumbíos	Derecho a decidir sobre el aborto
Confederación Nacional de Organizaciones Campesinas, Indígenas y Negras	Dentro de la propuesta está previsto que se trate el tema de violencia, ya que de ahí parten muchos de los otros problemas.

La mayor parte de propuestas se relacionaron con el delito de violación, al indagar sobre las oportunidades que cada tendencia tendría para impulsar su propuesta se señalaron algunos aspectos reiterados por los diferentes actores y otros particulares (aislados):

Oportunidades

- Aspectos más nominados:
 - Coyuntura
 - Decisión de iniciar una acción
 - Organización
 - Contacto/trabajo con jóvenes
 - Organizaciones de apoyo
 - Conciencia social, interés por la gente
 - Liderazgo con mujeres
- Particulares
 - Difusión DDSR, socialización
 - Conocimiento realidad mujeres campesina
 - Apoyo de mujeres Asambleístas
 - Apoyo académico mujeres

- Conocimiento legislación/asesoramiento jurídico
- Nuevas propuestas
- Experiencia sobre el tema
- Apoyo gremio de profesionales
- Espiritualidad
- Material didáctico y visual
- Ser escuchados por el gobierno
- Trabajo/concientización población
- Limitaciones
 - Aspectos más nominados:
 - Coyuntura
 - Recursos económicos
 - Desinterés de la población
 - Modo de pensar de la población
- Particulares
 - Falta de organización, de un plan
 - Va en contra de algunas nacionalidades de la organización
 - Mujeres no den sus testimonios
 - No participación/concientización hombres
 - Se considerado como grupo minoritario (indígenas evangélicos)
 - Interferencia de partidos políticos/poder político-económico
 - Legislación internacional
 - Fundamentalismo iglesias/grupos católicos y protestantes/manejo opinión pública
 - Estigma social
 - Machismo
 - Marco legal

Finalmente de cara a la posibilidad de asumir un papel de vocería sobre acciones vinculadas a la problemática, se observa que en organizaciones científicas, indígenas y de mujeres esto dependería de una resolución interna que tiene que debatirse. En el caso de instituciones educativas, científicas o del estado en cambio se observa que la vocería dependerá de un nivel institucional más alto que va más allá de su posicionamiento personal, y en cierta medida eso limita su actoría. En el caso de las organizaciones religiosas y provida hay una mayor tendencia de aceptar una vocería.

Conclusiones y recomendaciones

Dentro de la problemática de los derechos sexuales y derechos reproductivos, un elemento que está presente se relaciona con los delitos sexuales, como la violación.

Frente a la problemática planteada, en el análisis de las respuestas emitidas por los Asambleístas en cada bloque, fue evidente las diferencias en las posiciones dentro de cada partido. Evidentemente, el grupo parlamentario de defensa de derechos de las mujeres tiene una propuesta y postura definida que en buena parte agrupa a los/as asambleístas de Alianza País, en este grupo se encuentra la participación del asambleísta del partido MCND. Esta tendencia podría tener un mayor nivel de vinculación con asambleístas de partidos como el MPD e inclusive PSP, a través de un acuerdo con otras problemáticas vinculadas al tema de los derechos de las mujeres como es el caso de garantías en la seguridad social.

Sin embargo, otro punto de encuentro no sólo entre actores dentro del escenario de la Asamblea Nacional, sino a nivel gubernamental y de organizaciones de la sociedad civil, tiene que ver con el tema de la protección a la niñez y la familia, no se debe olvidar que una de las principales formas de violencia enunciada por los actores se centra en casos de agresión a nivel intrafamiliar, donde igualmente está presente la agresión sexual, específicamente en el caso del delito de violación.

Por otro lado, en la reflexión en torno a la garantía de derechos ante situaciones de agresiones sexuales y la eficacia de las políticas y legislación vigente, se evidencio una debilidad por situaciones de impunidad en el juzgamiento de casos y victimización de la mujeres, especialmente en casos de violación, así como de la falta de capacitación y conocimiento por parte de autoridades judiciales y del área de salud para la atención de víctimas.

Adicionalmente, se observa que frente a situaciones críticas de riesgo de vida de la mujer o de su salud física, también hubo un consideración sobre la problemática de la interrupción de un embarazo, especialmente, porque en algunos casos se hizo mención a la problemática de la mortalidad de población femenina en estas situaciones. En algunos casos, tanto a nivel de Asambleístas, pero sobre todo a nivel de actores sociales (públicos y privados) se encuentra como una línea de acción la reducción de la morbilidad y mortalidad en las mujeres.

Finalmente, en los dos grupos de entrevistados, actores sociales y legisladores, reiteradamente se hizo énfasis en el tema de educación/comunicación sobre el tema de derechos y sobre situaciones de prevención en el caso de delitos sexuales, particularmente enfocado en la población joven. Esto también se relaciona con la percepción de un desconocimiento y necesidad de un empoderamiento por parte de la ciudadanía para estos temas.

ANEXO

Listas de Entrevistados/as Asamblea Nacional

Nombres	Apellidos	Fecha	Ciudad	Observación	Provincia	Partido
Ramón	Cedeño	09/02/2010	Quito	Ramón Cedeño	Manabí	MP/MMIN
Henry	Cuji	09/02/2010	Quito		Pastaza	MIUP
Rafael	Dávila	03/02/2010	Quito		Loja	CC
Paco	Moncayo	02/02/2010	Quito		Pichincha	MMIN/MV
Grace	Almeida	01/03/2010	Quito	César Montúfar	Pichincha	MCND
Efraín	Cárdena	23/02/2010	Quito	Gerardo Morán	Bolívar	MIOSA
Andrés	Páez	01/03/2010	Quito		Pichincha	ID
Milton Jimmy	Pinoargote	04/02/2010	Quito		Santa Elena	MMIN
Edwin	Vaca	03/02/2010	Quito		Carchi	MSC
Galo	Vaca	04/02/2010	Quito		Napo	MMIN/ID/MPD/FN
Leonardo	Viteri	03/02/2010	Quito		Manabí	PSC
Rosana	Alvarado	09/02/2010	Quito		Azuay	PAIS
Pamela	Falconí	02/02/2010	Quito		Los Ríos	PAIS
Magali	Orellana	09/02/2010	Quito		Orellana	MUPP-NP
Lourdes	Tibán	04/02/2010	Quito		Cotopaxi	MUPP-NP
Nivea	Vélez	03/02/2010	Quito		Loja	ARE/APLA
Mónica	Vallejos	10/02/2010	Quito	Mercedes Villacrés	Los Ríos	PSP
Linder	Altafuya	17/02/2010	Quito		Esmeraldas	MPD
Pedro	De La Cruz	03/02/2010	Quito		Nacional	PAIS
María	Borja	11/01/2010	Quito	Jorge Escala	Nacional	MPD
Clever	Jiménez	09/02/2010	Quito		Zamora Chinchipe	MUPP-NP/MPD
Ramiro	Terán	02/02/2010	Quito		Imbabura	MPD
Lili	Pacheco	11/02/2010	Quito	Francisco Ulloa	Cotopaxi	MPD
Carlos	Velasco	02/02/2010	Quito		Carchi	PAIS
Christel	Matute	03/02/2010	Guayaquil	Aminta Buenaño	Guayas	PAIS
Irina	Cabezas	08/02/2010	Quito		Nacional	PAIS
María Augusta	Calle	03/02/2010	Quito		Pichincha	PAIS
Betty	Carrillo	08/02/2010	Quito		Tungurahua	PAIS/ID/PS-FA

Mercedes	Diminich	02/02/2010	Quito		Nacional	PAIS
Zobeida	Gudiño	02/02/2010	Quito		Zamora Chinchipe	PAIS
Mariángel	Muñoz	10/02/2010	Quito		Azuay	PAIS/MED
Silvia	Salgado	03/02/2010	Quito		Nacional	PAIS/PSFA
Marllely	Vasconez	10/02/2010	Quito		Nacional	PAIS
María Soledad	Vela	03/02/2010	Quito		Manabí	PAIS
Luis	Almeida	02/02/2010	Quito		Guayas	PSP
Gilberto Francisco	Cisneros	09/02/2010	Quito		Pastaza	PSP
Galo	Lara	04/02/2010	Quito		Los Rios	PSP
Manuel	Araujo	03/02/2010	Quito	Tito Nilton Mendoza	Manabí	PRIAN
Luis	Morales	09/02/2010	Quito		Tungurahua	PRIAN
Fernando	Romo		Quito		Cañar	PSP
Jorge	López	08/02/2010	Quito	Vicente Taiano	Nacional	PRIAN
Edith	Cedeño	11/02/2010	Quito	Gido Vargas	Sucumbíos	PSP/MUSHUK INTI
Dora	Aguirre		Quito		Europa, Asia y Oceanía	PAIS
Guillermina	Cruz	10/02/2010	Quito		Napo	PSP
Schezarda	Fernández	04/02/2010	Quito		Nacional	PSC
Sylvia	Kon	02/02/2010	Quito		Nacional	PSP
Marisol	Peñañiel	10/02/2010	Quito		Imbabura	PAIS/PSFA
Carlos	Samaniego	09/02/2010	Quito		Santo Domingo De Los Tsáchilas	PAIS
Juan Francisco	Morales	25/02/2010	Quito	Fernando Bustamante	Nacional	PAIS
Francisco	Maldonado	18/02/2010	Quito	Gilmar Gutiérrez	Nacional	PSP
Fanny	Jara	26/02/2010	Quito	Celso Maldonado	Imbabura	PAIS
Rolando	Panchana	08/02/2010	Quito		Guayas	PAIS

Listas de Entrevistados/as Actores sociales

INSTITUCIÓN	TÍTULO	NOMBRE	CARGO	CIUDAD
Dirección Provincial del Guayas	Doctora	Eva Ceballos	Coordinadora del Área de Salud Mental	Guayaquil
Maternidad del Guamo	Doctora	Iris Balarezo	Directora del Departamento de Adolescentes	Guayaquil
Hospital Provincial Marco Vinicio Iza	Doctor	Freddy Alluarda	Director	Lago Agrio
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador	Doctor	Marco Robalino	Decano	Quito
Facultad de Jurisprudencia de la Universidad Católica del Ecuador	Doctor	Ángeles Montalvo	Catedrática	Quito
Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Estatal de Guayaquil	Doctora	Lucila Bastidas	Vicerrectora de la Facultad de Psicología	Guayaquil
Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Estatal de Guayaquil		Dora Cornejo	Presidenta del Frente Femenino de Jurisprudencia	Guayaquil
Centro de Ayuda para la Mujer / Fundación Acción Provida		Amparo Medina	Directora	Quito
Fundación ayúdame a vivir – FUNAVI	Doctora	Nancy de Furci	Directora	Quito
Sociedad Ecuatoriana de Sexología y Educación Sexual	Doctora	Gladys Llanos de Ordóñez	Presidenta	Quito
Colegio de Médicos del Guayas	Doctora		Miembro Comité Permanente	Guayaquil
Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - FESGO		Alfonso Proaño	Presidente comité científico	Guayaquil
Colegio de Abogados de Pichincha	Doctor	Jaime Cabrera	Miembro	Quito
Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana - APROFE	Doctor	Miriam Becerra	Directora de Formación y Educación de APROFE	Guayaquil
Conferencia Episcopal Ecuatoriana	Monseñor		Pastoral de la Mujer de la Arquidiócesis de Guayaquil	Guayaquil
Consejo Latinoamericano de Iglesias	Reverendo	Nilton Giese	Secretario general	Quito
Canal Uno		Andrés Carrión	Conducto de noticias	Quito
Concilio de Ministros Evangélicos del Ecuador		David Aguirre	Pastor Iglesia evangélica Unión Misionera	Guayaquil
Federación de Mujeres de Sucumbíos		Carmen Cartuche	Presidenta	Lago Agrio
Fundación Pro Vida		Elsa Lucila Nieto de Rengifo	Directora ejecutiva	Guayaquil

Fundación María Guare		Mónica Pascones Jiménez	Abogada del Centro de Protección de Derechos INNFA-María Guare	Guayaquil
Colegio de Jurisprudencia Universidad San Francisco de Quito	Doctor	Ana Belén Cordero	Coordinadora Colegio de Jurisprudencia	Quito
Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador - CONAIE		Janeth Cuji	Dirigente comunicación	Quito
Consejo de Pueblos y Organizaciones Indígenas Evangélicas del Ecuador – FEINE		Manuel Chugchilán	Presidente	Quito
Confederación de Nacional de Organizaciones Campesinas, Indígenas y Negras		Loida Olivos	Dirigente Nacional de la Mujer y la Familia	Quito
Corporación para el Desarrollo Afroecuatoriano		José Chala Cruz	Secretario ejecutivo	Quito
Hospital Alcívar	Doctor	Rodolfo Rodríguez Carrión		Guayaquil
Fundación Nuestros Jóvenes		Verónica Supliguicha	Directora grupo de género	Quito
Sociedad Ecuatoriana de Bioética	Doctor	Agustín García Banderas	Presidente	Quito
Teleamazonas		Janeth Hinojosa	Periodista	Quito
Organización de mujeres Colombo Ecuatorianas Amazónicas		Carmen Rosa Pérez	Tesorera	Lago Agrio

IV. INFORME DE ENTREVISTAS A MUJERES SOBRE LA VULNERACIÓN DE SUS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Metodología

El objetivo de esta herramienta será explorar las experiencias, percepciones y opiniones de grupos de mujeres, quienes han visto vulnerados sus derechos sexuales y derechos reproductivos, a causa de situaciones de violencia, y haber sido víctimas de delitos sexuales. En vista de lo delicado del tema, la guía de entrevista se realizará con estricto apego a parámetros profesionales, de sensibilización y respeto. En este sentido, se propone la aplicación de técnicas de toma de relatos a partir de una conjunción entre la psicología y la antropología, la toma de testimonios que se realiza de esta manera, ofrece la oportunidad, no solamente de recoger datos o información, sino de ofrecer un momento de acogimiento, confidencialidad y solidaridad a través de la verbalización de una experiencia que, aunque muy dura, puede ser compartida.

El estudio se centró en las ciudades de Quito y Guayaquil, para la aplicación de las entrevistas se estableció contacto con algunas instituciones que trabajan con la problemática planteada en este estudio. Las instituciones con las que se pudo establecer un contacto efectivo con mujeres fue CEPAM en la ciudad de Guayaquil y Quito, Fundación Yerba Buena en Guayaquil, pero adicionalmente como estrategia se visitaron la Maternidad Isidro Ayora en Quito y la Maternidad del Guasmo en la Ciudad de Guayaquil, lugares donde se tuvo un contacto previo con miembros de comité de usuarias y encargados de programas con mujeres y adolescentes.

Las mujeres entrevistadas presentaron situaciones de violencia y delitos sexuales, que en muchos casos las ha llevado a enfrentar situaciones de embarazo no deseado, lo cual también llevó a vincular el estudio con casos de mujeres que hayan tenido que enfrentar la interrupción de un embarazo. Esta problemática a su vez nos llevó a indagar sobre otro aspecto relacionado a los derechos sexuales y derechos reproductivos como es el acceso a la atención de salud. Los principales aspectos encontrados en los testimonios de estas entrevistas se presentan a continuación.

Vulneración de derechos: violencia y delitos sexuales en Quito y Guayaquil

Un 50% de mujeres pertenecen a sectores medio – altos y un 50% a sectores medio-bajos, en Quito. En el caso de la ciudad de Guayaquil la mayoría de mujeres pertenecen a sectores medio bajo y bajo. En Quito todas han sufrido violación y en Guayaquil se registraron casos de violación pero también de acoso sexual. Las mujeres entrevistadas sufrieron maltrato dentro del ámbito doméstico, violación en la niñez, adolescencia y en la edad adulta, en Guayaquil, en algunos casos, producto del delito de violación algunas mujeres resultaron embarazadas.

Las circunstancias registradas nos remiten al ámbito de lo doméstico con familiares (padre, tíos, cuñados, primo). En estas situaciones, como lo evidencia uno de los casos se ha mantenido reserva con los familiares, se comparte solo con los más allegados sobre todo para contar con el apoyo en algunos casos emocional y en otros económico. Otras de las circunstancias en que las mujeres han sido víctimas de este delito es la calle o en el domicilio, producto de un asalto/robo. En otros casos, el delito sexual se da por la utilización de sustancias psicotrópicas, en la que la víctima no tiene recuerdo de lo sucedido y donde el agresor alude a un consentimiento previo o levanta acusaciones a la víctima de actos de seducción, por ejemplo. En estos casos hay registros de conocimiento de la identidad del agresor.

En estas circunstancias también existen dificultades de denuncia por temor a una nueva agresión o por reacciones negativas dentro del hogar sea de padres o cónyuges. Pero también por el descrédito por parte de la víctima o por actos de amedrentamiento no solo sobre la víctima sino inclusive sobre su familia.

Proyectos de vida e impactos

Las mujeres que han enfrentado violencia sexual, son capaces de retomar o continuar sus proyectos de vida, en tanto hayan tenido apoyo familiar durante el proceso. Muchas de ellas también se refugian en iglesias evangélicas, lo cual les ayuda a sobrellevar esta dura experiencia y seguir con sus estudios o trabajo.

- Si afecta, porque cuando una sufre violencia no es feliz, no está bien. Entonces no puede continuar con su vida.
- Veo que mi vida está bien porque me acerqué a dios y tengo la protección de él. Fui a la iglesia hace tres años, desde ahí mi vida ha mejorado y continúo trabajando.
- Yo soy estilista y tengo una peluquería, a mi marido no le gustaba que yo trabaje, nunca pude sacar adelante mi empresa, él solo se acercaba a mí para tener relaciones, si no, me trataba mal, me insultaba o me ignoraba, era buen papá pero incluso me hacía sentir que ni para madre servía”. “Ahora con la nueva psicóloga que estoy viendo me siento mejor, estoy logrando entender que puedo vivir sin él y he podido valorarme como mujer, porque todo el tiempo que yo estaba con él sentía que no servía para nada, que todo lo que hacía estaba mal, el me daba haciendo hasta las compras, jamás me confiaba el dinero, ahora ya tengo mi plata y me siento mejor. Creo que cuando deje de extrañarle estaré completamente bien.
- Sinceramente no afectó para nada mi proyecto de vida porque nunca lo asumí como una violación, después de un tiempo analizando racionalmente lo acontecido entendí que era una violación porque yo no estaba de acuerdo y estaba borracha, de alguna manera asumí la responsabilidad de lo acontecido por haber estado en un lugar no seguro, bebiendo, y como no lo asumí como violación no me afectó en gran medida.

Un menor porcentaje tiene que abandonar su trabajo o en su defecto irse del país, lo cual impacta su vida y la de sus hijos, adicionalmente algunas mujeres sufren impactos psicológicos muy difíciles de superar:

- “Después este hombre salió de lo que estaba preso, este hombre, también me hizo la vida imposible, tratando de quitarme las cosas, el está libre, sufrí persecución de él desde el año 88. Hasta ahora me quiere quitar mis cosas que con tanto trabajo conseguí. Yo tuve una ferretería, un restaurante, el me hizo la vida imposible, vendí mi ferretería. Utilizó a mi hijo, hizo que mis hijos se rebelen contra mí. La menor que siempre estaba a mi lado, cuando yo me fui a España se quedó pequeña. Me quedé sin nada yo tenía bastantito mercadería. Cuando yo me fui a España les hizo la vida imposible a mis hijos. Como él era el padre, él también dentró ahí, la propiedad estaba a nombre de mis hijos. Yo me vine porque estuve solo nueve meses en España. Yo fui para allá, a trabajar para mandarles... Siempre me ha puesto mujeres,¹²⁴ tenía su hogar, un hombre inestable hasta ahora. Este señor se puso en esa situación siempre de machista, me sacó medidas de amparo. Me presentó juicios.”
- “Es tan fuerte el impacto, que dejas de creer en tí mismo, no confías en nadie, y el sentimiento es como que uno hubiese hecho algo malo, uno siente culpa por lo sucedido, porque de alguna manera la sociedad está estructurada de tal forma, en te dicen de muchas maneras en la crianza, que las mujeres deben estar en casa, es decir a la larga la culpa era nuestra por habernos ido con ellos. Mi vida rutinaria no cambio mucho, en el colegio seguía bien en notas, pero por ejemplo me dedique a beber cosa que ante casi no hacía, salía mucho más que antes y me comenzaron a

124 Se refiere a infidelidad.

pasar cosas extrañas, por ejemplo en un mismo año me dio tifoidea 4 veces, y pasaba enferma, encontraba la excusa para no ir a clases y quedarme en la casa sin hacer nada, se me hacía muy difícil afrontar la vida con ese peso encima, no podía dejar de pensar en eso por eso bebía, dejé de creer en los hombres y en el amor, pues uno de los violadores era la persona que yo amaba, pero tuve una reacción rara, empezó a meterme con muchos hombres pero muy superficialmente.”

- “Con el tiempo se volvía más pesado y llegó un punto en el que no pude más y me tuvieron que internar en el psiquiátrico, además nadie sabía lo que me pasaba. Solo me sentía muy mal, y una psicóloga dijo que debo ir al psiquiátrico, no me quede mucho tiempo porque era horrible y yo no estaba loca, pero había momentos en los que yo misma les pedía a mis papas que me lleven”.
- “Por momentos estoy tranquila, pero por ratos me viene esas cosas y se me hacen muy difícil salir sola, a veces me da temor regresar a trabajar, no sé cómo explicar esto, cuando estoy con un chico me da un miedo.
- Me deprimí, yo era demasiado alegre y ahora hay veces que me guardo mis problemas y no los comento con nadie.”
- “En mi autoestima. Aparte que te meten muchas ideas, de que cuando uno se casa tiene que llegar virgen al matrimonio si no, no te van a querer, y cuando viene de tu propia familia, cuando creces con las ideas de tu abuelita, eso de llegar virgen al matrimonio yo me veía perdida. De repente cuando estás con tus amigas, a los 12 años y ellas hablan de cómo será tener relaciones sexuales y yo ya las había tenido, a mi se me hacía muy duro. Incluso la primera, o la segunda, no sé cómo decir, vez fue muy traumático para mí porque me acordaba de eso y no podía disfrutar, fue muy, muy fuerte.”

La edad también es un factor importante al momento de enfrentar la violencia sexual, de esta manera, las personas que atraviesan por esta experiencia en la adolescencia les cuesta más enfrentar este tipo de problemas. Esto también está relacionado con el entorno familiar, el siguiente testimonio muestra cómo la falta de confianza y apoyo de los padres afecta psicológicamente a las personas:

- “Yo no tenía la confianza como para decirles nada, mis padres nunca me hablaron de sexualidad, tampoco teníamos, ni tenemos buena comunicación, sentía como que les hubiera defraudado, porque mis hermanas siempre tan correctas y tan buenas alumnas, como se dice “niñas de casa” y yo sentía como que yo fui la que me arriesgué a irme con los hombres en la noche, lo más contradictorio es que mi mami es médica y trabaja en campañas para hacer que la gente use métodos anticonceptivos y nunca fue capaz de hablar con nosotros de sexo, entonces para mí el sexo era algo malo, porque así me enseñaron en el colegio que las mujeres son las que se embarazan y son las que se tienen que cuidar, a los hombres no les dan una responsabilidad de su sexualidad, y las mujeres son las que corren peligro, es decir juzgan mucho desde sus prejuicios, para mí era terrible tener que contarle a mi mamá que me había pasado eso, porque me sentía culpable, y además sentía que ella no me iba a apoyar, más bien iba a culparme también. Hubo un momento en el que yo borracha les conté a mis papás lo que me había pasado, pero nunca se volvió a hablar del tema, ellos nunca me preguntaron nada ni se preocuparon de lo legal y de mi estado emocional, solo me seguían comprando las pastillas que me mandaba el psiquiatra y cada vez que llegaba borracha mi mamá me decía que no hay cosa más fea que una mujer borracha pero nunca les interesó afrontar el tema ni en entender el por qué yo me emborrachaba ni por qué me sentía tan mal.”
- “Yo no tenía a nadie en quien confiar, ni siquiera mi amiga con la que viví la experiencia porque ella “se hizo la loca”, y además me hizo prometer confidencialidad, me sentía sola e insegura y con una carga pesada y nadie sabía lo que me pasaba, solo el psiquiatra y el nunca le dio importancia a esa parte, solo me daba pastillas y me dijo que no denuncie por que el proceso es muy largo y yo no estoy en condición de afrontar eso.”

- “En un primer momento perdió las ganas de estudiar, no quiera hacer nada en su vida, pues cuando contó lo que sucedió a su madre lo primero que hizo fue llevarle al sicólogo del cuartel militar (el padrastro era militar) aduciendo que “estaba loca”. Cuando la sicóloga le confirmó a su madre que era cierto lo que ella decía, las cosas cambiaron para Karina pues ya tuvo el apoyo de su madre, y ella volvió a pensar en cumplir sus sueños, no cree que le afecta para poder relacionarse con otros hombres.”
- “Sufrimiento, me acordaba de las cosas y no puedo vivir en paz porque eso se quedó en mi cabeza. Siempre, cuando estoy con mi esposo lo recuerdo y a veces me las aguanto porque soy casada y tengo que dejar eso aparte y ver mi vida como estoy ahorita.”
- “Mi familia de parte de mi mamá dice que la culpa es mía, que lo que él hizo esta bien, que yo tengo la culpa de todo.”
- “Mi tío se enteró porque la persona que lo hizo fue mi primo, yo tenía 5 y él tenía 11 o 12 años. Usaba el método de la amenaza, me pegaba, me decía que nadie me iba a creer, y de verdad yo era una niña bien inocente, entonces no sabía ni siquiera lo que estaba haciendo, no sabía lo que estaba mal y lo que estaba bien. Hasta que un día, en algún momento lo vi en la televisión, y me dije “Eso me lo están haciendo a mi, me están violando”...entonces yo quise (piensa y busca las palabras para expresar una sensación de la infancia que es confusa) Siempre supe de alguna manera que estaba mal, pero me culpaba a mi misma y no podía ver lo que me hacía mi primo y además esto que él me decía que nadie me iba a creer, que él me iba a pegar. Entonces un día un tío...un tío, nos encontró. Entonces mi primera reacción fue a abrazar a mi tío como pidiéndole ayuda, pero solamente le retó y se fue. Entonces, otra vez dije: No! entonces ¿está bien? Tenía una confusión muy grande, pero si él lo sabía, él obviamente sabía que estaba mal y yo lo abracé buscando apoyo y no hubo ninguna reacción...y la familia. Bueno mi familia es de la sierra y es más conservadora, entonces tapan todo por las apariencias o siempre el hombre tiene la razón. Yo nunca se lo dije a mi madre porque me da mucha vergüenza y él tampoco le debe querer decir porque le debe dar vergüenza admitir que él no hizo nada (Refiriéndose al tío)”

Cuando los embarazos se llevan a término, se presentan otras situaciones, como la interrupción de los estudios en los casos de mujeres adolescentes, o como en el caso de una de las entrevistadas quien tuvo una hija a causa de una violación, ella señaló que no la tenía en mente, que ya contaba con cinco hijos y eso ha afectado su hogar. Aludió al tiempo de trabajo que perdió y los recursos económicos que invirtió, se dedica a la venta de caramelos. Por otro lado, también se refirió a los conflictos con su cónyuge.

- “ Mi marido me dijo que lo mejor era dejar ahí, eso si que él no se iba a ser cargo de la niña, que él no iba a dar el apellido, ni nada, a ver como lo hacía todo.”

Cuando se conoce la identidad del agresor y no se ha levantado la denuncia por amenazas, algunas mujeres, como en el caso de una de las entrevistadas, se plantean la posibilidad de exigir el pago de la manutención del infante y/o el reconocimiento en el registro civil.

- “Legalmente es como yo lo veo así, yo me niego a reconocer que la violé pero estoy reconociendo que algo paso ahí, él de alguna manera debe pagar por lo que me hizo, quizás no sea con cárcel, yo le dije a la abogada y a la psicóloga que yo no tengo para darle a mi hija, si yo tuviera el dinero la facilidad yo a mi hija le diera mi vida, y no me importara lo que él hizo conmigo pero no tengo cómo.”

En este caso en particular se observa que la preocupación por la subsistencia y crianza de la niña se superpone a la posibilidad de realizar una denuncia, en cierta forma aparece como el mecanismo más cercano de justicia al que puede acceder.

- “Yo no lo busqué, no lo provoqué como ese señor dice, él me busco, él lo hizo sin mi consentimiento, entonces veo como que no va a haber justicia, voy a gastar palabras, tiempo en enjuiciarlo, en

demandarlo, y va a quedar en las mismas, él cómo tiene plata se va a conseguir un abogado, va a pasar billete por debajo y va quedar que aquí no ha pasado nada y nada más. Por eso digo no lo denuncio y que a la criatura la reconozca y le pase la manutención, le dé el apellido y como que pague por lo que me hizo yo lo veo así de esa manera.”

Otro de los problemas en los casos de niños/as, que fueron concebidos por el delito de violación, es la carencia afectiva, en unos casos por parte de la madre y en otros por los demás miembros de la familia, especialmente de los cónyuges.

- “Yo dije que me traería problemas, mi marido me dijo que me iba a ayudar a pasar como que no fue una violación, como que fuera de mi matrimonio, ahora él le ayuda a la bebé de una manera, la trata, le hace bromas, cariños, mis hijos están con su ñañita, por esto yo no le veo como que fuera una violación. Solo que hasta ahora digo, pienso, quiero y pido que me ayuden para que me pase la manutención.”

El temor por las amenazas contra la vida de la víctima o del niño/a por nacer es una de las razones por las que no se realizan denuncias en los casos donde se conoce la identidad del agresor.

- “No quiero tener problemas con él, entonces les dije que no lo metan preso porque él se va a vengar, yo tengo miedo que regrese cuando nazca la niña y nos haga algo.”

En los casos en los que la denuncia se centra en un familiar, se producen sentimientos encontrados, porque implica la separación de uno de sus miembros. Por ejemplo una de las entrevistadas manifestó que siente que desintegró la “familia normal” que tenían. Y a la vez, siente que lo peor es que esto pase entre la misma familia y hay que decirlo para que a otras personas no les pase lo mismo”.

Apoyo durante el proceso

El apoyo que las mujeres han recibido durante esta experiencia varía, para muchas, el CEPAM constituye una institución acogedora a donde las mujeres pobres que no tienen ningún apoyo, pueden acudir.

- “Denuncié con la ayuda del CEPAM y gané, tenía todas las de ganar. Ahí me ayudaron mucho para hacer todos los trámites y desde ahí todo está mejor en mi vida. En la comisaría de la mujer, también me ayudaron.”
- “Mi vida ha cambiado mucho ahora estoy mejor por la ayuda del CEPAM y la iglesia, cada vez estoy mejor, ahora está mejor mi matrimonio y mis hijos porque desde que vamos a la iglesia les damos buen ejemplo a nuestros hijos que ahora son más grandes que nosotros.”

En otros casos, la familia, el padre y la madre son la principal fuente de apoyo afectivo y económico.

- “El apoyo de la familia, ella tuvo tías, tíos, todo el mundo estuvo con ella, todo el mundo se enteró, ella avisó, estaban con ella dándole la fuerza para que se presente, más es el apoyo de la familia. Entre las personas violadas, había una chica que tenía el apoyo de su esposo, él se hizo amigo de la pareja de mi hija.”

“Se apoyan más en la iglesia... pero como que mi hija dejó todo en las manos de dios, cuando fuimos al careo con este tipo, otra madre capaz se lanzaba... yo hablé lo que tenía que hablar... si dios hace justicia aquí en la tierra que mejor¹²⁵.”

Sin embargo existen otros casos en donde no existe un apoyo real ni de la familia, ni de las instituciones, ni de amigos cercanos, es decir que las mujeres en estos casos deben recuperarse por sí mismas y enfrentar los

125 Madre de mujer adolescente, que dio el testimonio por su hija.

cuando realizan la denuncia, en estos casos interactúan con distintas instancias legales y médicas, donde se han identificado algunas dificultades como:

En la atención médica

- Los prejuicios del personal médico, principalmente del ginecólogo, por ejemplo en el caso de adolescentes que han tenido relaciones sexuales. En estos casos se da lugar a la puesta en duda de la víctima frente a lo señalado por el médico. La calidez y confianza que pueda transmitir el personal médico es un aspecto importante para las entrevistadas.
- Otro aspecto identificado se relaciona con la falta de atención en instituciones públicas, una de entrevistadas señaló que producto de una violación hace 2 o 3 años, fue remitida al CEPAM debido a que en la maternidad le indicaron que no hacían legrados. A esto también se puede sumar la falta de medicamentos o insumos para una atención completa.
- “(Sobre el trato) Bien aunque les faltó darme los medicamentos, yo no quería quedarme embarazada y no tenían ahí la píldora del día después, fue lo único que no me dieron, después ya empecé la terapia y en eso estoy.”

En lo legal

- Sensación de nerviosismo, por la actitud de la Fiscal en el caso “era muy fría, insensible, y yo tenía miedo”. A lo que se suma el tratamiento de manera pública del hecho, lo cual en algunos casos motiva al silenciamiento y no realización de la denuncia, como mencionaba una de las entrevistadas: “Es contradictorio porque todo el mundo se enteró y sintió su vida ventilada a toda la gente.”

La actitud y profesionalismo de los funcionarios en el área de justicia juega un papel importante en el apoyo y la obtención de “justicia”.

“...por suerte nos ha tocado un juez que nos ha dado todas las facilidades y no facilitó el camino a la otra parte para que no puedan ingresar argumentos para que los suelten, esa es la manera en que nos han ayudado. Por parte de la fiscal ha ayudado muchísimo pues no solamente está con el psicólogo de aquí sino también con el de fiscalía, ellos están para que se recuperen muy aparte del juicio y trate de llegar al final. Le han dicho que es muy penoso lo que le paso, trabajan de una forma en la que ella se sienta bien, y ellos no estén juzgados, porque nos tocó un juez poco corrupto, el no da libertad, tuvimos el privilegio de que él salga en el sorteo, este juez no da la libertad para nada hasta que se esclarezca. En el caso de nosotros queremos que se haga justicia¹²⁶.”

- Dentro del procedimiento penal, específicamente en el desarrollo de los juicios, uno de los hechos que causa malestar es en la repetición y revictimización del hecho, por ser llamadas más de una vez a declarar. El apoyo de familiares o personas con las que se tiene confianza aparece como un elemento importante para enfrentar y continuar con estos procesos.
- “Dejaría ya todo ahí, lo único que quiero es seguir sus estudios, que me dejen en paz y olvidar lo que pasó.”

Exigibilidad de derechos

Las mujeres que han denunciado se ubican en sectores económicos medios y bajos, acceden a servicios legales gratuitos como el CEPAM o las comisarías de la mujer. Las mujeres de clase media que tienen un

126 Madre de mujer adolescente, que también dio testimonio.

familiar abogado tienen la posibilidad de denunciar, sin embargo existe un porcentaje que no denuncia, ni cuenta a sus familiares lo sucedido. Habría que apoyarse con otras metodologías para comprobar si el motivo tiene relación con la clase social y una idea de moralidad o pudor, o la poca accesibilidad a los servicios legales gratuitos:

- “Fuimos con el papá, fuimos los tres, le pusieron en fila un poco de personas hombres, mi hija les veía de uno en uno para que ella se acuerde, de pronto, le identificó a uno y dijo es este, pero yo quiero acercarme a él. Porque ahí estaba la policía, y mi hija se acercó le olió, por el olfato le identificó, la policía estaba feliz porque era un violador en serie, mi hija fue una más. Nuevamente le volvieron a llamar para el juicio, y fui yo como testigo y estaban las autoridades y te dicen jura decir la verdad, entonces le sentenciaron, sigue preso, le habían sentenciado a 21 años”.
- ““El papá de mi hija es abogado, entonces el le llevó enseguida, le tomaron una muestra, entonces comprobaron todo porque tuvieron una muestra incluso de la ropa y de la tierra del lugar, le encontraron un llavero”.
- “Si denunció, denuncié en la comisaría de la mujer desde el año 96 pero nada... para esperar un papel hay que esperar todo el día, por eso yo ahora, me fui al CEPAM, la doctora Elizabeth Proaño me está ayudando, ahora tengo con qué defenderme, porque es una institución particular. Yo he gastado plata yo le pedí a la doctora que me ayude. El señor está usufructuando de la propiedad y no recibo nada. Este hombre a tratado de afectarme, psicológicamente, sexualmente, me ha hecho de menos, ahora que me fui a España ya cansada porque estaba a nombre de mis hijos y mío pero tuve que venir porque les quería quitar a mis hijos, a ellos ni siquiera les hace caso, solo les importa el, ahí tiene colombianos y cubanos sin papeles. Ya han pasado los años, me siento agotada, lo único que ahora pido es que le saquen a él de ahí.... Porque él quiere que le de la mitad”.

Mujeres que pertenecen a sectores medios-altos no se acercan a denunciar ni utilizan los servicios jurídicos, ya sea por falta de confianza en sus familiares o porque no asumen que atravesaron por esas situaciones:

- “Ahora entiendo que si yo hubiese hecho la denuncia nunca me hubiera hecho tanto daño. El psiquiatra nunca se dio cuenta que a mí lo que me causaba malestar era no haber hecho nada, si es que yo iniciaba un proceso legal hasta psíquicamente me hubiese sentido mejor con migo misma. Pero bueno también yo era muy joven y no conocía ningún lugar de ayuda y mi familia no me daba seguridad. Yo creo que estos procesos se deben juzgar sin prejuicios, siento que de alguna manera mi amiga nunca quiso decir nada porque su familia era muy conservadora y significaba enfrentar algo de lo que ella se sentía culpable. Yo nunca logre recuperarme de lo acontecido, hasta ahora me pesa y yo creo que siempre me va a pesar, por eso tengo un tatuaje de una cruz en mi espalda, es la cruz que cargo desde ese día, pero claro ya puedo enfrentar el problema y hablar de eso ahora aquí contigo, porque logré superar de alguna manera, o por lo menos entender que no había sido mi culpa, también me ayudó enfrentarles a los violadores, un día me encontré con uno de ellos y después de tanto hablar me terminó confesando que si, de hecho habían violado, entonces ahí confirme todo lo que yo creo alrededor del prejuicio machista que existe, por que el me dijo : a la larga uno piensa, si ustedes se fueron con nosotros quiere decir que querían que les pase eso. Es decir hasta ellos nos echaban la culpa, y él me contaba que hasta se reían de lo que había pasado. Después de hablar con él me sentí mejor porque me di cuenta de que es toda una sociedad la que está mal estructurada y que no estoy loca, y también me sentí bien de haberle mandado al diablo por lo menos a uno de ellos”.
- “Yo si se como denunciar, pero no sé por qué no lo hice, es lo que te digo de alguna manera entendí el proceso como que yo hubiera sido también la responsable porque me dormí en la cama de él porque estaba borracha pero yo nunca le di autorización para que tengamos relaciones y tampoco quería, pero en el estado que estaba me era imposible defenderme. Nunca lo denuncie

porque no lo asumía como una violación, hasta que un día un amigo me pregunto que como me había recuperado después de esa experiencia por que el estaba ahí en esa casa, y ahí me di cuenta de que si, me violó”.

Existen distintas percepciones alrededor del trato que reciben las mujeres, para aquellas de recursos económicos bajos, el trato en el CEPAM y en las comisarías es rápido y bueno, mientras que para aquellas que tienen más recursos económicos, el trato en las instituciones públicas no es bueno y prefieren contratar un abogado:

- “Muy bien, ahí apoyan mucho a las mujeres y en la comisaría de la mujer ahí las cosas son rápidas y para una persona pobre que no tiene para el bus es muy buena”.
- “Si fue tratada bien, le llamó una doctora y le tenía al tanto, le trataron súper bien, le estuvieron llamando cuando.
- Mi hija se ponía mal, cada vez que le tocaba ir pero se portó violenta. Yo como madre quería que se quede ahí, yo no quiero que a mi hija le pase eso...

Era un longuito como albañil”.

- “Cuando me decidí a denunciar me ayudaron mucho en el proceso y logré meterlo preso unos meses, ahora él ya no vive con nosotras pero me pasa la mensualidad y todo el tiempo está pendiente de mis hijas, sinceramente el apoyo psicológico que me ofrecieron en el CEPAM no me ayudo mucho. El psicólogo de ahí no me daba confianza y solo me hacia pruebas. Ahora encontré una nueva psicóloga que esta mejor, no me cobra mucho y me dice que el malestar que siento es por el miedo que tengo a quedarme sola, porque sinceramente yo no creí que él se iba a ir de la casa, pensé que con denunciar le iba a dar una lección para que el reaccione, pero me dejó y si hay momentos en los que le extraño, pero no me arrepiento porque no quisiera haber tenido que vivir con él para toda mi vida sin que él me tomara en cuenta.

Por otro lado desde que se fue pude sacar adelante mi negocio con la ayuda de mis hijas.”

- “Si no nos hubiera pasado esto, no nos hubiéramos enterado, el papá hizo todo, a la comisaría de la mujer fuimos por mi última hija, sabes que ahí no nos ayudaron, nos dijeron que necesitaban pruebas, entonces mi ex esposo salió furioso, le dijo ¿qué quiere? ¿que le traiga a mi hija muerta...? ahí no te ayudan, te llaman para venga después de un mes.... ¿o será que hay mucha gente?, ¿y que deben abrir más comisarías?”.

En lo referente a la reparación integral, existen distintas ideas, por ejemplo que debe repararse a la pareja psicológicamente, no solo a la mujer,

- “El apoyo psicológico y legal y se debería dar tratamiento a los dos al esposo y a la esposa para que las cosas se arreglen. Pero sobre todo apoyarse en dios”.

Que la reparación la debería hacer la familia junto con las instituciones,

- “Pero yo creo que para una recuperación integral se necesita más que nada la acogida de la familia para poder enfrentar cualquier problema, siento que también debería haber espacios donde las mujeres se sientan seguras de ir, donde haya alguien que les entienda, debe cambiarse toda la educación alrededor de la sexualidad porque solo te enseñan que métodos anticonceptivos y que el aborto es malo, pero nadie nunca te hablo de los derechos que tienes como mujer, nadie te habla de que es abuso sexual, como defenderse en caso de, o a dónde acudir, nadie tampoco te dice que la sexualidad es para disfrutarla, muchas mujeres no saben que el sexo debe ser placentero, porque eso no te dicen solo te meten miedos absurdos y cargados de prejuicios, para que las mujeres que

pasan por eso puedan recuperarse es necesario cambiar toda la estructura curuchupa que existe. Y que existan nuevos espacios”.

Finalmente existe la percepción de que Dios ayudará a las mujeres para que se recuperen, en este sentido existen mujeres que se van a la iglesia cristiana con el fin de recuperarse de esta experiencia y piensan que esta es la mejor manera. Es decir que no existe un real conocimiento de lo que significa una recuperación integral: física, psíquica y económica.

- Con respecto al conocimiento de leyes e instituciones que protegen a las mujeres, existe un desconocimiento de leyes en aquellas mujeres de sectores bajos sin embargo ellas si conocen instituciones:
- “Que haya una ley que haga que a estos hombres les alejen de la familia, de los hijos porque son un peligro para la sociedad, esta persona lo único que ha hecho es dañar a la juventud.
- Yo presenté denuncias al ministerio de gobierno que él está usando menores de edad para ese negocio, esas situaciones debe dirigir a la justicia me dijeron.

Como quiera que sea, yo ya se defenderme, tiene que haber una ley, esta gente tiene que ser rechazada”.

- “No conozco las leyes que hay... no me han informado... ahora sí que... he puesto mis ojos primero en dios y en las personas que me están ayudando.
- Yo fui la amante de él, él tuvo su mujer, su esposa, en la comisaría yo presenté la partida de nacimiento de los hijos... el es un bígamo... un poco de cosas que presenté yo ahí”.

En relación a esto, en algunos testimonios se ve la necesidad de contar con otro tipo de apoyo, a más de lo legal para tratar esta problemática:

- “Principalmente creo, no sé si será el nombre adecuado, pero la educación sexual debería dejar de ser un tema del que no se habla, debería abrirse... o sea desde que tienes uso de razón saber cuándo pedir ayuda. O sea cuando a mi me sucedió yo tenía 5 años y no sabía nada. Pero como es un tema del que no se habla, si hablará la gente se podría concientizar en cuanto a lo que realmente es violencia, no solo te hablo de violencia sexual, de una mujer es maltratada psicológicamente, de una niña a la que le gritan, una niña a la que le pegan, que la violan, que le quitan algún derecho, que la hacen sentir menos, todo eso es violencia. Debe haber una real concientización, no solamente en lo que es educación sexual, sino a nivel general de lo que es violencia.”

Vulneración de derechos: casos de interrupción de embarazo en Quito y Guayaquil

Se realizaron entrevistas a mujeres de distintas edades desde los 18 hasta los 35 años que han enfrentado la interrupción de un embarazo de acuerdo a las preguntas planteadas para la presente investigación. La mayoría de mujeres acudieron a servicios de salud clandestinos, consultorios médicos y hospitales privados para realizarse abortos ya sea por decisión de hacerlo o por complicaciones en el embarazo. También se registraron casos de embarazos producto del delito de violación, donde se pusieron en juego tanto la salud del niño como de la madre-víctima, así como su situación familiar y económica.

- “...yo decidí no tenerlo porque fue una violación de tres personas extrañas que no sabía ni de donde eran, ni qué enfermedades tenían, ni si estaban drogados, así ¿cómo iba a nacer esa criatura?, ¿ni cuál mismo iba hacer el padre?, otra porque no tenía marido pues supuestamente se había hecho pasar por muerto, yo me sentía solita con mis hijos, me hacia bolas ahora con un sexto hijo, sin saber de quién, si va a nacer normal o enfermo, tantas cosas que se me vinieron a la mente, o si yo también podría tener alguna enfermedad, era algo que no lo quería y no lo quería.”

Proyectos de vida

Con respecto al proyecto de vida de las mujeres que atravesaron la situación antes descrita, se pudo observar que ésta no afectó significativamente sus planes futuros, en especial en lo que tiene que ver con la profesión o la carrera, esto se puede vislumbrar con mayor frecuencia en las mujeres que tienen más de 18 años, pues su vida de alguna manera está encaminada.

Cosa que no sucede tan a menudo con adolescentes que acuden a realizarse abortos, pues para ellas, un proyecto de vida puede ser la familia o la maternidad, pero en otros casos, acudir a un aborto les permite continuar con sus vidas o con lo que tenían planificado. Respecto a cómo ven su vida ahora, después de la dura experiencia, en general las mujeres por distintas razones consideran que su vida está mejor después de haber tomado la decisión de abortar:

- “Fue la mejor decisión, a pesar de que fue una experiencia dura”.
- “También pienso que fue la mejor decisión a pesar de que desearía ser madre, es una experiencia que marcó mi vida y veo como una situación dolorosa, tardé mucho en recuperarme”.
- “Me dolió mucho, fue una experiencia dolorosa física y psicológicamente, pero estoy mejor sin un niño que si hubiera tenido el hijo”.

Para la mayoría de casos atravesar por una situación de aborto no afecta el empleo, los estudios y la economía, al contrario, tal decisión se toma justamente para mantener una situación económica estable, para seguir estudiando y para no perder el empleo. En este sentido, la economía de las mujeres y el aborto están ligados íntimamente, de esta manera se puede observar en la línea de aborto seguro, que muchas mujeres acuden a este servicio gratuito porque no podrían mantener otro hijo o porque su empleo y su carrera se verían afectados. Lo mismo pudo observarse en las entrevistas realizadas:

- “No hubiera hecho ni la décima parte de lo que hice, no hubiera podido irme a Lima tres meses, ni acabar la carrera, ni el postgrado, ni viajar, fue en ese momento la mejor decisión que pude tomar”.
- “Si hubiera continuado con el embarazo no hubiera podido seguir trabajando, no podía seguir con mi microempresa de ajés, también me hubiera afectado en la carrera que estoy siguiendo. Además ahorita no teníamos dinero para tener otro hijo, hubiera sido imposible”
- “Embarazada no hubiera podido seguir trabajando, además si pierdo este trabajo, embarazada no puedo buscar otro. Con un hijo chiquito es casi imposible trabajar no hay quién le cuide...”
- “...no era el momento de tener un hijo, porque yo estaba haciendo mis prácticas en el Luis Vernaza, como que no era el momento, me iba a frenar un poco la vida que yo llevaba, en seguir adelante, en hacer un montón de cosas, porque un hijo es una responsabilidad, tanto es así que yo terminé mi carrera y decidí tener mis dos hijos, y aun así mis hijos me frenaron un montón de cosas que yo quería seguir haciendo, todavía no puedo terminar el masterado, primero tengo que pensar en ellos antes que en mí, ellos necesitan más que yo, verlos a ellos felices, pienso que toda madre es así, pienso que primero son los hijos y después nosotras.”

Muchas mujeres ya tienen una hija o un hijo al cuál criar y mantener, por lo cual se ven obligadas a interrumpir el embarazo.

- “Por una parte, mi novio no quería continuar con el embarazo. Por otra parte, pensaba que la relación con él no progresaría, además tengo una hija pequeña, por lo cual pienso que no hubiera podido asumir a otro hijo”.

- “Yo tenía una hija muy chiquita de dos años, y recién salía de procesos muy duros con la maternidad... y además iban a ser dos años de la muerte de mi primer hijo, con una hija de dos años, con una mala relación”
- “Me asustaba volver a tener un hijo sola, volver a pasar por eso, es lo peor que te puede pasar. Uno tiene que poner energía extra para que no le afecte al bebé, porque sientes una frustración de no estar en pareja, cualquier cosa era mejor que volver a pasar por eso”.

Apoyo durante el proceso

La mayoría de mujeres entrevistadas no cuentan con el apoyo de sus familiares cuando se realizan un aborto, pues en general se trata de un asunto secreto, que no se comparte con la familia, salvo dos de las entrevistadas que tuvieron la posibilidad de tener la compañía de su madre.

- “Apoyo emocional de nadie, yo me fui sola en el momento de aborto. Durante todo ese periodo lo pase sola, todo el tema de cómo asumirlo y de cómo enfrentarlo lo asumí sola”.

En cuanto a las relaciones afectivas, si bien todas han contado con su compañía, se observa que en muchos casos las mujeres se realizan un aborto por presión de la pareja, y el temor de que sus hijos no tengan padre. En este sentido no es por su propia decisión ni deseo, sino obedece a una necesidad y comodidad de la pareja. De esta manera, en algunas entrevistas se observó un dolor profundo o experiencias no superadas, porque las mujeres si querían tener el bebé, no obstante sufrieron una presión psicológica. Las mujeres viven sentimientos de rechazo de su pareja, más que por parte del resto de la sociedad. En vista de que se trata de un asunto que se mantiene en secreto, no atraviesan por una sanción o rechazo social.

- “No conté con el apoyo de mi pareja, de hecho fui prácticamente obligada psicológicamente por mi pareja, pues yo quería tener el bebé, se lo dije varias veces. Hasta antes de entrar a la sala de operaciones, le dije: tú pudiste obligarme a abortar, yo no te pude obligar a tener el bebé. En la sala de partos, le contó el médico, que no me cogía la anestesia, y durante la operación dejé de respirar”.
- “Era un momento de crisis de pareja, no estaba muy bien de salud, tenía infección a los riñones y él definitivamente no quería tener un hijo, no quería truncar su vida, no estaba preparado, la relación estaba súper mal. El tenía 27 años”.
- “Me sentí muy sola. Mi mamá sabía... fui donde mi mamá, estuve en cama tres días, y el día que ella me fue a dejar a la casa de mi pareja empecé a sangrar. Me fui al hospital y fue muy doloroso. Porque él debió quedarse conmigo, cuidándome...”

Otra de las situaciones que se pudieron observar (que son excepcionales) es una decisión que se toma en conjunto, cuando están casados, es decir, que la toman ambos por la situación económica o porque ya tienen un hijo o una hija a quién mantener, en estos casos se observa una solidaridad familiar y un apoyo afectivo antes, durante y después del aborto. Por ejemplo, una de las entrevistadas que se realizó un aborto con pastillas “Citotec” recetadas por el ginecólogo relata cómo para ella la compañía de su pareja fue fundamental para sobrellevar una situación tan dura (pues en su caso perdió mucha sangre y temió por su vida).

- “El me acompañó todo el tiempo, igual yo vi que pasó por distintos procesos, pero fue diferente que el de la segunda pareja porque el sí pasó por muchos estados”.
- “Me sentí muy apoyada físicamente, económicamente y emocionalmente, incluso hicimos una ceremonia de cierre de despedida, le dimos un correcto sitio a este niño que nos visitó. El siempre les preguntaba a los doctores en el eco, en los exámenes”.

En la realización de un aborto, el acompañamiento es importante, por el impacto de esta experiencia para la mujer.

- “El doctor me hizo que me tomara las pastillas y me dijo que cuando empiece a sangrar vaya donde él. Yo me acuerdo que fui donde me había citado que vaya, yo comenzaba a votar sangre cuando llegué me dijo váyase al baño, quítese la ropa y acuéstese en la camilla, sáquese el interior y salió una criatura completa, no me imagine que iba a salir así, la tuve en mi mano estaba del porte de un dedo, parecía una ranita blanca, y esa imagen no se me borra de la mente”.

Servicios de salud

En lo que se refiere a los servicios de salud en donde las mujeres se realizan abortos, la mayoría de ellos son lugares clandestinos. Se trata de consultorios médicos que funcionan normalmente durante el día y que ofrecen este servicio en momentos excepcionales:

- “Ni siquiera fue en una clínica, fue en un consultorio. Era un consultorio normal, tenía una camilla de las que usan los ginecólogos, para acostarse y subir las piernas, una mesa para colocar los instrumentos médicos, un baño, un lugar para colgar la ropa. Tengo que pasar por ahí todos los días y recordar lo que me pasó porque es cerca de mi casa”.
- “Acudimos a este lugar por referencia de una amiga, era un lugar obviamente clandestino pero limpio, tenía un costo medio, era económico, era un lugar que obviamente tenía otro rótulo: de medicina general, por el sector del “Inca”. Fue con anestesia general y no tuve consecuencias posteriores, todo estuvo como normal”
- “El lugar no estaba tan limpio y ahí si hubo una complicación. A las dos semanas, yo presenté un sagrado inesperado y un dolor intenso, lo que hice fue acudir al centro de emergencias. Yo le llamé al médico, él me dijo que era normal... que el dolor era así”

El trato que reciben las mujeres –salvo en excepciones- es normal, es decir que no se da un tratamiento especial ni un apoyo psicológico, en muchos casos, el médico no les realiza exámenes antes de la operación, lo cual puede significar un riesgo para su salud

- “Me trató bien el doctor, se enterneció porque yo era la madrina de la hija de kinder, se le fueron un par de lágrimas... y bueno, con el apoyo de mi mami salí adelante”.
- “El trato fue indiferente, no le importó qué sienta antes y tampoco después, no le importó”

Sin embargo existen casos en los cuales, les dan apoyo psicológico, les realizan una ecografía, les acompañan en el proceso e incluso les recomiendan métodos de planificación familiar, es preciso mencionar que este tipo de servicios los ofrecen profesionales que maneja un discurso de derechos de las mujeres y de género, que ha realizado un trabajo durante años alrededor del tema del aborto. En estos lugares, las mujeres tienen la posibilidad de sobrellevar el tema del aborto, a diferencia de las clínicas clandestinas:

- “Entonces fuimos, ahí me explicaron muy bien el tratamiento, fue muy doloroso, porque te hacían con anestesia local, pero la anestesia local era esa que te ponen para sacarte los dientes, entonces eso era un poco fuerte, es muy doloroso ese procedimiento, con anestesia local es muy doloroso... Pero te acompañan, está la doctora y otra persona que te sostiene, te tranquiliza, e inmediatamente viene tu pareja. Es muy triste, pero más consiente porque una se da cuenta de la real magnitud porque puede curarse emocionalmente. Uno puede llorarlo, dejar ir eso”

En los consultorios clandestinos, muchas veces las mujeres son vulnerables porque pueden enfrentarse a riesgos de muerte. Y en vista de que el aborto constituye una práctica ilegal no tienen ningún tipo de protección, tal como podemos observar en el siguiente testimonio:

- “Fue tratada muy mal, pues fue un aborto mal practicado por lo cual estuvo a punto de perder la vida, cuando acudió a un hospital para ser atendida, le hicieron firmar un papel que decía que los médicos no se responsabilizan por su vida.”
- “El dolor no cedía y ahí empecé a sangrar, ahí decidí ir al hospital Vozandes, fui con el que en ese rato era mi pareja... Pero el trato era displicente, me trataban, de todas las formas de hacerme sentir muy mal, de hacerme sentir culpable, o sea el trato no fue nada simpático, fue frío, distante, no me daban una información real, era una información muy brusca y el primer diagnóstico que me dieron era que tenía una perforación en el útero y aparte tenía restos, pero esa era una información un poco fuerte... y que tal vez tendrían que sacarme el útero, entonces yo sufrí mucho, yo lloraba, en ese momento decía... si... tal vez no debí haberlo hecho, me arrepentí”
- “Yo aborté y estuve sola, no tuve el apoyo de mi familia, ni de mi pareja. Y me pusieron una T de cobre cuando me hicieron el legrado, mientras estaba dormida y sin mi consentimiento”.

En cuanto a la información de los lugares a donde las mujeres acuden a realizarse abortos, por una parte existe una red de información entre amigas, la línea gratuita es otro de los medios por los cuales las mujeres tienen acceso a información sobre este tema, en especial sobre el uso del citotec. En los servicios de salud pública no existe ningún tipo de información al respecto, por ser un tema que está atravesado por la ilegalidad.

- “Me dieron el nombre de un doctor que me recomendó una amiga, que ya se había hecho ahí, entonces él me recomendó la dosis de Citotec. Primero tomé cuatro pastillas, no funcionó, me hizo el eco y todavía estaba ahí. Ahí fue cuando tomé la decisión de tenerle, pero le llamé a la ginecóloga y me dijo que era imposible tenerle. Fue un poco traumante, porque me arrepentí y fui donde la ginecóloga y le dije que haga todo lo posible por salvarle al bebé... me dijo que si el corazón le latía haríamos todo lo posible por salvarle, que ella había conocido muchas pacientes que se habían tomado toda la dosis y que se habían arrepentido y los guaguas habían nacido. Entonces yo me puse eso... pero al siguiente día que fuimos hacernos el eco, ya no había latido”.
- “...acudí a mucha gente, me aconsejaron que haga un montón de cosas, sabía que era un riesgo en mi vida las cosas que yo haría o si me sometía a esas cuestiones que me decían mis amigos, entre comillas, que lo haga, entonces me fui donde un doctor y le dije que yo no estaba en capacidad de tener un hijo en ese momento, y que si él me podría ayudar con eso, me dijo yo no te puedo ayudar con eso pero te voy a mandar donde un amigo que te puede ayudar con eso, pero este amigo es seguro vas a salir bien, no vas a tener problema, si tienes un problema tú coges y me llamas, y me dices si sientes algún dolor para recomendarte las pastillas. Me fui donde este señor él me hizo, fue horrible, fue terrible.
- “Para mí el aborto es la cosa más horrible todavía lo tengo en mi cabeza.

Porque primero es el dolor, cuando a mí me lo hicieron, no me hicieron con los implementos adecuados para que no tenga el dolor de sentirlo, me metieron algo en la vagina y me comenzó a succionar”.

Exigibilidad de derechos

Producto de las situaciones antes descritas, en algunos casos se dio lugar a la reflexión sobre la problemática de la interrupción del embarazo en relación a estatus actual que tiene dentro de la legislación y políticas del país. Al respecto las mujeres señalaron que:

- “Es un mal necesario, yo siempre me voy a acordar, ahora tendría un hijo de... casi 17 años, casi siete años y casi un año... Sé las edades de todos,

- “Estoy de acuerdo con la legalización porque quitaría muchas cargas para la mujer, porque está penalizada para la mujer no para el hombre, y no hay quién haga una apología del aborto. Eso pasa con muchas parejas, muchas de estas decisiones hubieran sido tener el hijo si es que la pareja hubiera estado ahí diciendo yo te apoyo, tal vez todos los niños hubieran nacido. Eso es una apología de la culpa: lo que hacen los hombres y eso, no está penado, y debería penalizarse, la gente que instiga, psicológicamente es muy fuerte y a uno le terminan humillando. Saber que un niño ya tiene un rechazo, que una como madre ya tiene un rechazo.”
- “Sí, porque es la mujer la que lleva la carga física, emocional y a veces económica.”
- “El hecho de tomar la decisión uno, la mujer debería ser la que toma las decisiones. De repente campañas de apoyo, si porque muchas personas, muchas mujeres no se sienten bien con el aborto y piensan que es un acto criminal, pero igual no quieren estar embarazadas, y no lo pueden encarar de frente a la familia, creen que van a haber consecuencias. Yo pienso que debería haber más libertad.”
- “La gente dice por qué hiciste, que es un pecado, que porque no coges y lo conversaste para haberlo tenido, pero en el puesto que está una tiene que tomar las decisiones, porque si uno influye en una persona, no termina haciendo lo que uno decide sino lo que deciden las otras personas, yo lo digo porque lo he visto. No es que uno toma la decisión de abortar por gusto, es un montón de cosas que uno tiene atrás, y uno tiene que afrontarlo sola, porque el gobierno no lo ayuda a criar un hijo, o le da las facilidades de tener un hijo, si no esto estuviera tan lleno de niños, yo lo pienso así, pero si de pronto les da una facilidad a las mujeres de conocer, capacitarnos, enseñarnos, no hubiera abortos en el país o en el mundo. Sí, vuelvo y te repito, nosotras somos las que tomamos la decisión, si lo tenemos o no lo tenemos, si debería ser para nosotras la opción, no hacerlo oculto, o no catalogarnos como si fuéramos unas asesinas, como si somos unas malas madres, eso me dicen a mí, que por gusto tome la decisión, he estado en reuniones de aborto y yo comentaba mi experiencia, y la gente me decía que porque no le había comentado a mi pareja, que por qué no le dije a mi mamá, que por qué no le dije a la familia, porque no se puede uno dice eso, no es el momento en la vida de uno y los demás, los padres piensan que es un error porque haces eso, y después comienzan los insultos, que porque no usaste esto, porque no usaste este otro, no se que y no se cuanto, ahí vienen todas las recriminaciones de cuando uno es joven. Yo si pienso que eso debe ser una opción.”

Las reflexiones no sólo se centraron en la consideración de la interrupción del embarazo como una decisión de las mujeres sino también en el tipo de atención que debería brindarse a las mujeres, especialmente en el ámbito de la salud.

- “Primero condiciones seguras, debería ser en una clínica, un quirófano que tenga todo limpio, que no sea simplemente un consultorio donde uno va y lo atienden y lo acuestan, ahí solo le realizan el aborto sin tener en cuenta que deben tener esterilizadas las cosas, tener más cuidado en realizar un aborto, tener un poco mas de precaución que la persona que se va a realizar el aborto no le duela tanto, el hecho de que te saquen el feto, yo sé que a estas alturas te ponen una inyección en la vena, te duermen unos 15 minutos y luego te realizan el aborto, eso lo están haciendo recién, no les duele. Ahora esa es la parte de cuestión, que como no les duele la gente abusa, y de ahí se van y se quedan embarazadas, y ya, esa es la solución, no me duele me realizo un aborto, pero yo creo que las mujeres deben madurar un poco, deben conocer más de ese tema.”

Conclusiones

En el análisis de la problemática de vulneración de derechos a causa de violencia/delitos sexuales, se observó que las mujeres de clase media –alta entrevistadas, no han tenido la suficiente confianza con sus

padres como para que ellos les ayuden a sobrellevar el tema del abuso sexual, ésta también es una razón fuerte para que ellas no denuncien los casos de violación. Así mismo, se observa que para ellas es difícil asumir que sufrieron una violación por concepciones moralistas que todavía son muy fuertes.

Las mujeres pertenecientes a sectores medio bajos y bajos utilizan los servicios del Estado con mayor frecuencia y en su opinión el Cepam es un lugar en donde son acogidas y apoyadas en todo sentido.

Se observa que las mujeres de clase media alta no encuentran lugares en donde se sienten acogidas y comprendidas, además sienten que en los lugares que existen son juzgadas e incomprendidas.

Existe un desconocimiento de la ley en contra de la violencia a la mujer y la familia, así como el significado de reparación integral en todas las mujeres entrevistadas.

En general la edad y la clase social son factores que influyen significativamente al momento de enfrentar la violencia sexual, cosa que no ocurre con el nivel de educación. Pues la sexualidad es un tabú en todos los sectores sociales, además existe una falta de comunicación en este tema.

En los casos de mujeres víctimas del delito de violación, se han producido embarazos, lo que como se expuso en la metodología llevó a profundizar sobre esta problemática, y fue así que se encontraron hallazgos importantes relacionados con el acceso y la atención a la salud, elemento importante en la reflexión sobre el respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Desde que existe la línea de aborto seguro, las mujeres utilizan Citotec. No obstante este medicamento (Misopostol), las enfrenta con riesgos de sangrado intenso o con la posibilidad de que no ocurra la interrupción del embarazo. A pesar de ello, el Citotec es más accesible económicamente que un aborto (cuyo costo está entre 300 y 500 dólares).

En las clínicas clandestinas, existen distintas formas de negligencia médica: las mujeres no se realizan exámenes previos al legrado, les ponen métodos anticonceptivos como la t de cobre, sin consultarles previamente, les dejan con restos en el útero... A pesar de estas experiencias las mujeres no tienen la posibilidad de denunciar porque el aborto es ilegal, esto quiere decir que el momento en que deciden practicarse un aborto arriesgan su vida.

Cuando las mujeres acuden a hospitales el momento en que tienen un aborto mal practicado o han tomado Citotec son maltratadas en dichos servicios de salud y por el personal médico, pues les hacen sentir culpables y les castigan de distintas maneras.

A pesar de las consecuencias emocionales, para las mujeres, el aborto es un alivio porque pueden mantener sus trabajos, sus estudios y su economía familiar.

Finalmente, tomando en cuenta las dos problemáticas analizadas, se observa que el machismo y el sistema patriarcal son dos factores que influyen en este tema, sobre todo en las situaciones de violencia sexual, pues las mujeres se sienten responsables de ello. Es decir que se percibe que las mujeres son quienes tienen que enfrentar todas las responsabilidades respecto a su sexualidad. En este sentido es necesario analizar desde la perspectiva del sistema sexo género este problema.

Es muy necesario también que en este problema intervengan varias disciplinas: la psicología, la antropología y el derecho, para que se traten los casos de manera integral.

ANEXO

GUÍA PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Objetivo: Recopilar testimonios y experiencias de mujeres sobre la vulneración de derechos sexuales y reproductivos en caso de situaciones de violencia y/o delitos sexuales

Presentación de las personas y del tema.

- Presentar el tema, tomando en cuenta que estas personas han vivido una experiencia traumática pero deseamos enfocarnos en los aspectos positivos. Para calentamiento mental, a la vez que cada persona se va presentando, se puede realizar un ejercicio como este:
 - ¿Cuál ha sido o es su principal aspiraciones? ¿Qué habrían logrado de tener mejores u otras oportunidades?
 - ¿Qué tan cerca estamos o estuvimos de cumplir estas aspiraciones?
 - ¿Qué nos alejó de nuestras aspiraciones? (Si el tema no sale espontáneamente, inducirlo con sutileza)
 - ¿Cómo vemos nuestra vida actualmente, ha influido la dura experiencia que todas compartimos?

Impactos de lo sucedido

- ¿En qué ha cambiado nuestra vida luego de haber pasado por esta experiencia que compartimos?
- ¿Cuál fue la reacción de los familiares, de las amistades, de la pareja? ¿Cómo fueron tratadas?
- ¿Perdieron el empleo? ¿Sus estudios se vieron afectados? ¿Sufrieron pérdidas económicas?
- ¿Se sintieron rechazadas? ¿En qué lugares (contextos) o quiénes sintieron que las rechazaron más?

Exigibilidad de los derechos

- ¿A dónde acudió?
- ¿Cómo se enteró de ese lugar?
- ¿Cómo fueron tratadas?
- ¿Por qué motivo acudieron a ese lugar?
- ¿alguna de ustedes denunció el hecho ante la justicia?
- Por qué no lo hicieron, con quién contaron en ese momento? ¿qué persona les apoyó?
- ¿Conocía de instituciones de ayuda en estos casos? ¿Qué leyes puede utilizar?
- ¿Su pareja ha estado acompañándola en esta decisión?

Finalización:

- Cierre del tema y agradecimiento.

(Footnotes)

1 Schenker JG, Cain JM. FIGO Comité for the Ethical Aspects of the Human Reproduction and Women's health. Int J Gynaecol Obstet, 1999; 64:317-322

- 2 World Health Organization The prevention of unsafe abortion. Report of a technical working Group, Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5), 1992
- 3 A. Donoso, op. cit., Marco legal del aborto. pp. 27-28.
- 4 “Código de Ética Médica: Art. 103.- Al médico le está terminantemente prohibido provocar el aborto al menos que haya necesidad absoluta de hacerlo para salvar la vida de la madre; en caso de enfermedades con alto riesgo hereditario, o cuando la madre haya sido expuesta, dentro del primer trimestre del embarazo a factores teratogénicos científicamente comprobados; debiendo cumplirse los siguientes requisitos: a) Con el consentimiento de la paciente, de su cónyuge o de su representante; y, b) La necesidad de la interrupción del embarazo debe ser certificada por una Junta Médica, uno de cuyos participantes, por lo menos, debe ser especializado en la afección motivo de la indicación.” Ediciones Legales, Régimen Penal Ecuatoriano, op. cit., p. 409.
- 5 En el Ecuador el aborto es legal en dos causales: para salvar la vida de la mujer y cuando una mujer demente o idiota ha sido violada.
- 6 Mundigo Axel Dr. Borradores de las ponencias del Dr. Mundigo y de otros trabajos presentados en la reunión regional “Embarazo no deseado y aborto inducido: desafíos para la salud pública en América Latina y el Caribe” realizada en el año 2001 Cuernavaca-México. Pueden solicitarse directamente a hespinoza@popcouncil.org.mx y además están disponibles en: <http://www.agi-usa.org/lac>: login “lac” password: “hola”.

