

AMICUS CURIAE DEMANDA 105-20-IN

La Fundación Servicios para un Desarrollo Alternativo del Sur, Sendas dentro de la demanda 105-20-IN sobre inconstitucionalidad de la penalización del aborto por violación comparece ante ustedes amparada en el artículo 12 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional con el siguiente Amicus Curiae que aporta con elementos sobre la inversión pública del Estado Ecuatoriano como garante del derecho a la salud y la vida.

Interés en la causa:

Servicios para un Desarrollo Alternativo del Sur Sendas, es una organización, centra su esfuerzo en la generación de evidencia e investigación social en DSDR, así como en el desarrollo de metodologías participativas y campañas edu-comunicacionales dirigidas a mujeres y jóvenes con el objetivo de prevenir la VBG, el embarazo no deseado y el crecimiento de VIH. Como resultado de sus acciones de incidencia política a nivel local y nacional, ha logrado en los últimos 5 años, que 7 gobiernos locales cuenten con ordenanzas en DSDR, Sendas impulsa e implementa la Cátedra de DSDR en la escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca,

Impulsa desde 1991 transformaciones estructurales en lo social, ambiental, cultural y político en Ecuador y para ello contribuye a superar, desde un marco de derechos, las causas de las desigualdades a partir de: Generación de evidencia se destacan la Encuesta Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2011 y el Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador. Incidencia política en derechos sexuales y derechos reproductivos: Ha liderado y acompañado técnicamente, la construcción y vocería en la elaboración de ordenanzas, sobre prevención y erradicación de la violencia en Cuenca- Ecuador; la articulación de espacios multiactor y multinivel, redes de DSDR; implementación de campañas de sensibilización a la población en general para el cambio de patrones culturales machistas violentos, heteronormativos. “Yo soy 65” una campaña emblemática a partir de la encuesta nacional de DSD, o la elaboración de material de formación y sensibilización en zonas de conflicto Frontera Norte de Ecuador con productos como Rurankapak.

Introducción.

El acceso efectivo a servicios de salud es una garantía necesaria para asegurar la salud y bienestar de las mujeres y de la sociedad en su conjunto.

La Salud Sexual y Salud Reproductiva es resultado del ejercicio de derechos, que confiere a hombres y mujeres la facultad de decidir cuándo y con quién formar pareja, definir la cantidad y momento para tener hijos, y de elegir el método anticonceptivo a usar para la prevención del embarazo cuando no se desee procrear. La capacidad para ejercer tales derechos implica tener acceso a servicios de información y de atención, que contribuyan a una maternidad y paternidad sin riesgos, tanto para la mujer como para el producto de la gestación; al ejercicio de la sexualidad de forma segura, previniendo las infecciones de transmisión sexual; y al disfrute de una vida libre de violencia y coerción sexual (7).

La Salud Sexual y Salud Reproductiva es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales (8). Su incorrecta interpretación y manejo tiene consecuencias importantes para toda la sociedad y expresa injusticia, inequidad y desigualdad relacionadas tanto con los procesos sexuales como con los

reproductivos. Estos derechos y deberes individuales están estrechamente vinculados, dado que el derecho de un individuo constituye la obligación de no obstaculizar o impedir el ejercicio del mismo derecho en los otros (2,9)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día se registran 800 muertes de mujeres por complicaciones obstétricas (2), la mayoría de las cuales, podría evitarse con intervenciones de bajo costo.

La muerte de mujeres jóvenes por eventos obstétricos tiene implicaciones económicas y sociales, y merma de manera importante el capital humano, debido al riesgo de enfermar y morir que experimentan los hijos de las madres muertas; sumado a los trastornos por la desintegración del grupo familiar y la frecuente deserción escolar que acarrea (2,3). Pero lo más importante y grave es que, la muerte de mujeres y niñas a causa de una emergencia obstétrica es que es prevenible. Para la Organización Mundial de la Salud es una tragedia humana, una injusticia social y una violación del derecho a la vida y esto es lo que está en discusión a la hora de debatir el derecho de todas las mujeres y niñas violadas a decidir si continuar o no con un embarazo producto de violación.

Contexto país.

Ecuador enfrenta importantes problemas de salud pública y de salud sexual y reproductiva; no logra cumplir la meta de reducción de la razón de muerte materna; tiene la segunda tasa de fecundidad adolescente más alta de la región; y, en el país las complicaciones del embarazo, parto y puerperio generan una alta carga de morbilidades, que impactan en ella inversión pública en salud y por tanto con la respuesta que el Estado Ecuatoriano está obligado a garantizar.

El gobierno de Ecuador ha definido a los problemas de Salud Sexual y Salud Reproductiva; morbilidad y mortalidad materna, embarazo adolescente, aborto inseguro como asuntos de interés público; desde hace varios años ha diseñado políticas públicas e implementado diferentes estrategias orientadas a modificar las condiciones de vida material, sociocultural y de acceso a servicios de salud, en el entendido que estos factores podrían condicionar y modificar la exposición, manejo de los riesgos y las consecuencias en la salud de la población de esta problemática específica.

La pregunta que cabe hacerse es “Si el país ha invertido y ha puesto en marcha tantas acciones de política, ¿cómo es posible que los indicadores sigan siendo malos y estemos a la cola de la región? En Ecuador 111 de cada mil jóvenes entre 15 y 19 años han estado embarazadas lo que le ubica como el país con la tasa mas alta de embarazo adolescente en América Latina y El Caribe según el último informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas. ¹ Los objetivos de desarrollo sostenible establecen una tasa de mortalidad materna inferior a 70 por cada 100.000 habitantes y Ecuador 106 según dato del MSP para el 2019.

La respuesta a la pregunta planteada es fácil y dolorosa, el país no ha logrado implementar políticas de estado de largo plazo basadas en el cumplimiento de derechos humanos y lo que es peor se permite la modificación permanente de políticas de salud basadas en dogmas religiosos y totalmente alejadas de la evidencia de base científica y en este caso económica, que es la que se recoge como argumento principal en este Amicus Curiae.

¹ El poder de decidir. Los derechos reproductivos y la transición demográfica. UNFPA 2018

El aborto en las Políticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva

Para responder a las necesidades de salud de una población desde la evidencia, se recomienda el desarrollo de políticas públicas incluyentes, aceptables, equitativas y justas que incluyan respuestas desde la perspectiva de derechos, atiendan la prevención de los riesgos y la atención de las consecuencias de su exposición.

Se ha demostrado la efectividad de políticas orientadas a: Garantizar el acceso universal a los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva y la atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio; Promover la salud neonatal y la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años; Atender la violencia de género y sexual para evitar embarazos no deseados, complicaciones maternas y neonatales, ITS y muerte materna; y, fomentar el uso de los servicios de planificación familiar para espaciar los embarazos, evitar embarazos no deseados y posibilitar el acceso a los servicios de aborto seguro.

De todos estos temas, el análisis se centra en aborto que es el tema motivo de este Amicus Curiae. La evidencia muestra una relación inversa entre políticas basadas en la criminalización del aborto y la reducción de la frecuencia de práctica del mismo y sus complicaciones. La criminalización del aborto no reduce su frecuencia, pero si incrementa los riesgos de morbilidad y muerte en mujeres con embarazos no deseados. Promueve la creación de espacios informales para la provisión de servicios por parte de personas no calificadas en la práctica del aborto seguro, que ponen en riesgo la salud y vida de las mujeres, siendo que la penalización no afecta el número de abortos que se realizan, pero si las condicione en que los mismo se efectúan. Por tanto, la criminalización del aborto al generar complicaciones obstétricas por procedimientos realizados en condiciones de inseguridad que genera un gasto en salud que puede evitarse proveyendo servicios legales y seguros cuyo costo es menor. Esta medida (despenalizar el aborto) permitiría optimizar la respuesta del Estado para garantizar el derecho a la vida y salud de las mujeres optimizarla inversión en salud y muchos mas cuando el estudio costos de omisión establece que el costo de atender un aborto con complicaciones es de 1800 dólares mientras que la interrupción con medicamentos oscila los 20 dólares.

El estudio de costos de omisión determinó que el costo total de la atención del parto con nacido vivo u óbito, del embarazo que termina en aborto, y de complicaciones obstétricas se estimó en 67.8mdd.i. Para el grupo de adolescentes, la cifra se estimó en 14.34mdd. Si se otorgaran métodos de Planificación Familiar para evitar los más de 100K embarazos ocurridos, se requerirían entre 8.6 y 16.6mdd, lo cual representa un ahorro de entre 13 y 25%. El costo de evitar un embarazo no intencionado se estimó entre 78 y 150 dólares, mientras que atenderlo se estimó en 612.

Asumiendo que la práctica del aborto por fuera del sistema formal de salud es insegura, y que los códigos que pueden matizar su ocurrencia son tres: O05-O07; se encontró un total de 10.6K casos, de los cuales la complicación más frecuente es el aborto incompleto (presentando más de 9 casos por cada 10, independientemente del grupo de edad). El costo total por la atención de todas las complicaciones (aborto inseguro, hemorragias, laceración/perforación uterina, sepsis, otras –como embolia) se estimó en 2.25mdd. Guayas, Pichincha, Manabí y el Oro se encontraron como preponderantes en la ocurrencia de casos, ergo, mostraron los máximos en el costo total de la atención.

Así mismo asumiendo que las atenciones legales del aborto (en las dos atenuantes señaladas por la ley) están contenidas en el código CIE10: O04, se contabilizó la ocurrencia de 569 casos,

principalmente entre los 20 y a 34 años (93%). Los casos entre los 10 y los 19 años, alcanzaron el 3% de importancia relativa. Los más de 90K dólares invertidos en la atención de estos casos dentro del MSP, ocurrieron en la Costa, donde Los Ríos, Guayas y Manabí representaron más del 80% del total.

En América Latina y el Caribe se estima que se practican entre 3.7 y 4.2 millones de abortos inseguros al año y un alto número de ellos concluyen en el fallecimiento de las mujeres y niñas expuestas a esta práctica a causa de su criminalización, ello coloca al aborto inseguro en el primer lugar en el listado de causas de muerte materna en la región (58,59). En contraste, se observa que cuando el aborto se practica en un contexto seguro, con el acceso a información y medicamentos pertinentes, con personal capacitado, equipo, higiene e infraestructura necesaria, la razón de mortalidad materna por este causal disminuye a 0.6 muertes maternas por cada 100 mil abortos.

La criminalización de la interrupción del embarazo resulta no solo en una alta incidencia de abortos inseguros, sino también en un incremento significativo en los riesgos de la salud y la vida de mujeres y niñas con embarazos no deseados y que en todas las niñas son producto de violación. La evidencia muestra que la criminalización del aborto no reduce su incidencia, por el contrario, incrementa la mortalidad materna y los riesgos a la salud de la mujer, y promueve la creación de espacios informales para la provisión de servicios por parte de personas no calificadas en la práctica del aborto seguro, dejar que esto pase es total responsabilidad del Estado (92). El aborto inseguro es una de las causas principales de la mortalidad materna (13%); a pesar de ello, cada año aproximadamente 20 millones, de las 42 millones de mujeres con embarazos no deseados, al no contar con alternativa, optan por un aborto inseguro .

La criminalización del aborto no reduce su frecuencia, pero si incrementa los riesgos de morbilidad y muerte en mujeres con embarazos no deseados. Promueve la creación de espacios informales para la provisión de servicios por parte de personas no calificadas en la práctica del aborto seguro.

- La criminalización del aborto genera inequidad e injusticia social, pues las que acceden a abortos inseguros pertenecen a los estratos más pobres de la sociedad y en muchos casos con historiales de violencia sexual.
- La continuidad a un embarazo no deseado tiene efectos negativos para la madre y para el hijo/a. Los/as niños/as nacidos de un embarazo no deseado reciben menores cuidados, tanto alimenticios, como de afecto y atención, lo cual tiene impacto en su salud a largo plazo. Además, las mujeres a quienes se les niega el acceso a un aborto presentan síntomas de angustia y ansiedad con un impacto negativo en su salud mental y emocional, que es una deuda del Estado

Ecuatoriano para toda la población y en este caso para mujeres criminalizadas por el Estado que debe garantizar su salud integral.

Por otro lado, al analizar el perfil socioeconómico de las mujeres que acceden a abortos inseguros, se evidencia que esta práctica es más común en mujeres de los estratos más pobres de la sociedad y en muchos casos con historiales de violencia sexual, este es un tema fundamental para analizar con evidencia. (93) Pues la penalización del aborto genera como uno de sus impactos la desigualdad entre mujeres, donde aquellas que poseen acceso a recursos económicos tiene una mayor posibilidad de acceder a un aborto clandestino pero seguro, versus las mujeres empobrecidas quienes están obligadas a elegir entre la maternidad forzada o proceso inseguros de aborto que generan grandes impactos en su salud y en ocasiones incluso la muerte.

El debate sobre la legalización y despenalización del aborto por violación en Ecuador se enmarca en un contexto punitivo que lo criminaliza y expone a las mujeres y niñas a una muerte prevenible, pero sobre todo que desconoce la obligación de garantizar el aborto no punible y un marco normativo libre de discriminación para las mujeres y niñas que no tienen una discapacidad.

En estas condiciones, el aborto inseguro y la muerte materna asociada se relacionan con barreras jurídico-legales que afectan principalmente a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad social y que en términos económicos causa que gran parte del presupuesto del estado en salud se destine para la atención de estas complicaciones que podrían evitarse mediante la provisión de servicios seguros, más baratos y beneficiosos para las mujeres en todo sentido. Todas las omisiones en su atención del aborto y la existencia de una política que lo aborde desde la salud pública han generado que el mismo se constituya como asunto de interés público en tanto es uno de los principales problemas de salud colectiva en el país.

La falta de acceso a abortos seguros, se agrava cuando se vive en contextos de violencia que impiden evitar relaciones sexuales no consentidas o en desventajas, y el uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazo no deseado o infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y en contextos donde el embarazo ha sido consecuencia de violencia sexual, pues a todas las afectaciones físicas que se producen en las mujeres se suman los graves impactos de la violencia sexual y la maternidad forzada que repercuten en que la gravedad de este problema aumente.

La penalización del aborto tiene relación con las limitaciones del derecho de acceso a salud sexual y salud reproductiva por parte de las mujeres. Las consecuencias de esta penalización y limitación en el derecho a la salud sexual y salud reproductiva al conjunto social, se expresan en la ocurrencia de embarazos no intencionados en adolescentes, la mortalidad temprana y la mortalidad materna prevenible. En el primero las consecuencias se expresan en los años de escolaridad trunca e ingresos no percibidos a lo largo de la vida por el abandono escolar; el segundo en la pérdida productiva por el deceso de manera prematura (antes de completar la esperanza de vida para el país); y en el tercer fenómeno se generan pérdidas debidas a muerte prematura pero específicamente por alguna de las causas de muerte obstétrica prevenible.

En la mayoría de los países de la región, dada las condiciones sociopolíticas en las cuales se encuentra inserto el aborto, no es la falta de información científico-técnica sobre el tema lo que limita el cumplimiento del derecho al acceso a servicios de salud o al fortalecimiento de capacidades de los proveedores de servicios de salud, fundamentalmente lo que obstruye este

cumplimiento es el desconocimiento del marco legal y elementos de orden regulatorio que dificultan la implementación incluso de las causales legales y una respuesta estatal efectiva.

Es así como en Ecuador la Guía de práctica clínica del aborto terapéutico instrumento normativo a partir del cual se establece el procedimiento de acceso a los abortos no punibles, no cuenta con los métodos científicos más adecuados para la práctica de un aborto seguro, pues no incluye el método medicamentoso combinado ni siquiera para la práctica de abortos no punibles. Esto demuestra como la ilegalidad del aborto en determinadas circunstancias ha influido e influye en la violación del derecho que tenemos las mujeres de acceder al desarrollo científico cuando se nos provea un aborto legal. A pesar de lo grave de esta situación, la misma es solo una muestra de cómo un marco legislativo restrictivo, limita y genera barreras de acceso para todo tipo de aborto incluso el no punible. Obligando a las mujeres, incluso si su vida o salud corre peligro con el embarazo a buscar procedimiento clandestinos e inseguros, o a someterse a abortos legales con tecnología que en otros países ya ha sido sustituida generando mayores riesgos en una intervención que con los métodos más adecuados es muy segura.

Las medidas científico-técnicas para la atención segura del aborto que evitan abortos inseguros muerte y discapacidad dependen sobre todo de un marco regulatorio no punitivo, claro y difundido a los profesionales de salud, y a partir de ello es posible identificar y eliminar omisiones en la atención en los servicios de salud sexual y salud reproductiva y permitir la optimización de la inversión pública.

Es importante mencionar también que la medida más efectiva para prevenir abortos es la educación sexual integral. Es así, que la evidencia muestra que países como Holanda, con programas de educación sexual que inician a edades muy tempranas (4 años de edad) y una ley que permite la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 24 de gestación, registra una de las tasas más baja de abortos (8.43 por 1,000 mujeres entre 15 y 44 años).

Esto demuestra que la despenalización del aborto no generaría un aumento en los abortos que se realizan, sino mejoraría las condiciones en que se hacen y las políticas integrales que deben acompañar a esta medida como la garantía de educación sexual integral y acceso a servicios de salud y anticoncepción.

Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Ecuador.²

La provisión de servicios de salud sexual y salud reproductiva es una responsabilidad del Estado ecuatoriano que se cumple en especial desde el Ministerio de Salud Pública, su no cumplimiento genera costos económicos y sociales que son prevenibles y que en un contexto de crisis y pandemia son fundamentales.

En Ecuador en el año 2016 se realizó el estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva, el mismo que evidenció la carga económica que representan la omisión en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sobre todo la no prevención del embarazo en adolescentes y la mortalidad materna; este estudio permitió estimar los costos de las consecuencias de no generar los servicios requeridos para satisfacer las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población ecuatoriana en especial mujeres y niñas.

² La información del presente Amicus Curiae tiene como fuente principal El Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Ecuador. Ministerio de Salud Pública, Senplades, UNFPA, Sendas. Julio 2017 Ecuador.

Este estudio realizado desde la perspectiva del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de la sociedad, cuantifica el costo incurrido por ambos actores, como consecuencia de la satisfacción parcial de las necesidades de salud sexual y salud reproductiva (SSySR) de la población. Cuantifica la situación actual de operación de las acciones de SSySR, entendida como el abordaje parcial; cuantifica las consecuencias de este abordaje parcial y les asigna un valor monetario a las consecuencias del abordaje parcial.

El estudio consideró que la satisfacción incompleta de las necesidades de SSySR constituye una omisión, que en términos aritméticos puede definirse como la diferencia entre el abordaje deseable (completo) y lo actualmente realizado (parcial). Para su cálculo, se identificaron las intervenciones que, aun siendo necesarias, no se realizan y las consecuencias de su no realización (cuantificación de los tipos de daños a la salud y su magnitud). Los costos se estimaron, con un horizonte temporal del año 2015 en dólares estadounidenses de 2014. La población de análisis fueron las mujeres de 10 a 49 años, con especial énfasis en el grupo de adolescentes, dado el interés del estudio en el embarazo en este subconjunto. Para el componente de planificación familiar se consideró a las mujeres de 12 a 49 años.

El costo total estimado de omisión en SSySR en Ecuador en 2015 ascendió a \$472.9mdd³. El costo de omisión supera 17 veces el costo de prevención en el año de estudio.

Este valor lo integran: 1) los costos médicos o directos (\$92.7mdd; 19.6% del total), atribuibles a la oferta actual de planificación familiar, la atención de embarazos no intencionados y la atención de complicaciones obstétricas, y 2) el costo indirecto o social (\$380.3mdd; 80.4% del total) en que incurre la sociedad ecuatoriana por no prevenir embarazos en adolescentes y por la ocurrencia de muertes maternas.

El costo de prevención de las principales fuentes de omisión en SSySR (demanda insatisfecha de planificación familiar, morbi-mortalidad materna prevenible) más la atención del aborto seguro, ascendió a \$27.67mdd.

Satisfacer la demanda de planificación familiar, evitar la morbi-mortalidad materna prevenible y atender el aborto legal representa un ahorro de \$445.32mdd

A más de cuantificar la omisión este estudio evidencia que a pesar de que está vigente más de 80 años el aborto terapéutico en el Ecuador, no existen las condiciones para el cumplimiento de esta disposición constitucional y legal. Y que existe una sistemática vulneración del derecho de acceder a este servicio, que causa el aumento de las muertes indirectas en mujeres y niñas, a cuya vida no se le otorga importancia, pues al negarles un aborto legal se les niega el tratamiento de salud más efectivo para resguardar su integridad y vida.

Evidencias generadas en el estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador sobre el incumplimiento de la disposición constitucional y legal en relación con aborto.

1. El costo total de la atención de las complicaciones obstétricas prevenibles ascendió a 716.4 mil dólares, en primer lugar, hemorragias con un 58% y en segundo lugar eclampsia 17.4%.

³ Para todo el documento mdd millones de dólares estadounidenses 2014

El costo total por la atención de complicaciones causadas por aborto inseguro es de 4.6 mdd, que incluye aborto incompleto, hemorragias, infección genital/pelviana y otras complicaciones como embolias. Los abortos atendidos en promedio se realizaron a las 10.6 semanas de gestación, y las hemorragias a las 19.4 semanas de gestación.

2. De los más de 40.6K casos de complicaciones obstétricas contabilizados, 3% ocurrió en mujeres entre 10 y 19 años, un 50% en el grupo de edad entre 25 y 29 años, seguido del grupo entre 30 y 34. Resulta cruel e inhumano hablar de niñas con emergencias obstétricas a causa de embarazos producto de violación.

Asumiendo que el aborto fuera del sistema formal de salud es inseguro, se encontró un total de 10.6K casos, de los cuales la complicación más frecuente es aborto incompleto (9 de 10 casos independientemente del grupo de edad)

De las muertes maternas registradas en el año de estudio, 44% ocurrieron en el MSP y estas representan 4 mil años de vida perdidas que pudieron evitarse.

En relación con la atención del aborto y su principal complicación el aborto incompleto, los resultados de la investigación en Ecuador mostraron que la técnica más frecuente de evacuación uterina es LUI (51% de los casos), a pesar de que casi 70% de las mujeres presentaban embarazos de 12 o menos semanas. Del total de atendidas con LUI, 40.4% tenía menos de 12 semanas de gestación. Esta práctica incumple lo indicado en la Guía de práctica clínica de servicios de aborto del 2013, y evidencia la poca o nula adherencia de los servicios de salud al protocolo de servicios de atención de aborto.

La atención ambulatoria de abortos no se encuentra incluida en los reportes oficiales. La calidad de la información no es exclusiva del aborto, en el caso de la mortalidad materna se identificaron causas de muerte que probablemente mal clasificadas.

3. No existe un registro administrativo de abortos seguros atendidos, que son los estipulados en el Código Integral Penal como exentos de penalización legal. La base de egresos hospitalarios tiene registros bajo el código CIE O04 (abortos médicos-terapéuticos-legales) que podrían representar una proporción de los abortos sujetos al marco regulatorio vigente, al menos una parte de los que requieren realizados para salvar la vida de la madre.

Esto da cuenta de un subregistro, probablemente a causa del estigma persistente en torno al tema, pero también que muchas complicaciones postaborto no llegan a los servicios formales de salud y otras tantas podrían encubrirse bajo otros diagnósticos.

El país no cuenta con un registro de embarazos, los datos deben construirse a partir del registro de nacidos vivos, óbitos, y embarazos que terminan en aborto.

No existe una metodología y definición adecuada para el registro de abortos y la tipificación de estos en el sistema de salud por lo que es imposible determinar un número real de dicho evento. Estos casos se registran bajo diagnósticos y servicios alternativos que obstaculizan la visibilización real de los servicios de aborto y de cuidado postaborto que pueden incluirse como hemorragias.

El registro de 'aborto incompleto' sin identificar el tipo de evacuación necesaria invisibiliza casos de abortos en curso pero que no requieren evacuación; estos casos pueden incluir abortos espontáneos o abortos producidos fuera del sistema de salud.

A pesar de que el Estudio de Costos de Omisión, fue realizado juntamente con instituciones estatales y evidencia las principales problemáticas que requieren atención, no han existido políticas integrales que permitan cambiar esta realidad, por lo que estos indicadores no han mejorado. Siendo que, en el Ecuador 10 mujeres murieron en el año 2019 por complicaciones relacionadas con el aborto (MSP, gaceta 50 de muerte materna 2019) y en el 2020 se registran 6

mueres de mujeres relacionadas con aborto (MSP, gaceta 35 de muerte materna 2020), la mayoría de estas muertes se relaciona con la falta de servicios adecuados para la interrupción del embarazo. Además, muchas mujeres sufrieron complicaciones en su salud al acudir a servicios clandestinos e inseguros para interrumpir un embarazo que no deseaban, lo cual constituye al aborto no especificado como una importante causa de morbilidad de mujeres en el país (INEC, 2014).

Además, la penalización del aborto y la falta de implementación adecuada de la normativa de acceso al aborto legal, hace que exista una restricción inadecuada al acceso a abortos por las causales legales, siendo que: a) muchas mujeres no saben que pueden tener la opción de abortar cuando su vida y salud corre peligro o cuando el embarazo ha sido producto de violación y se padece una discapacidad mental, y nunca son informadas de esto a pesar de existir una obligación estatal de transparencia activa frente al derecho a la salud; b) a muchas mujeres que solicitan abortos por estas causales se les niega la posibilidad desde una interpretación restrictiva de los proveedores de servicios. Es así como en el año 2019 únicamente se registraron 911 casos de aborto resueltos por causales legales lo cual equivale al 5,6% de los abortos que se registran en el país. Asimismo, existe un número considerable de muertes maternas, denominadas como causas obstétricas indirectas que se relacionan también con la denegación de abortos legales, cuando las condiciones de salud de las mujeres se ven agravadas por el embarazo, registrándose en el 2019, 26 muertes de mujeres por esta causa y en el 2020, 35 muertes por esta causa.

Estos indicadores empeoraron durante el año 2020, como consecuencia de la Pandemia y el mal manejo de esta por parte del Estado. Registrándose los siguientes indicadores:

1. Un significativo descenso del consumo de MAC entre marzo a junio de 2020 con respecto al mismo período del año 2019, donde se registró un decremento del 35,97% en el total de MAC a nivel nacional.⁴
2. Un incremento de 3320 embarazos entre el mes de marzo a julio de 2020, donde se incluyen 486 de niñas y adolescentes, en particular 190 embarazos en niñas de 10 a 14 años,⁵
3. Aumento del 33,64% de los casos de mortalidad materna (MM) con respecto al año 2019 entre el 1 de enero al 1 de noviembre de 2020⁶ en relación con las MM sucedidas en 2020. Aumento de 17 casos donde la muerte se produce durante el embarazo respecto a 2019, incremento en un 84% de las causas directas prevenibles de MM por trastornos hipertensivos, donde 25 casos se dan por preeclampsia severa y 8 por eclampsia.⁷ Aumento de las causas indirectas, aquellas relacionadas con enfermedades previas de la mujer gestante o que se generan y empeoran por el embarazo de 24 de casos en 2019, a 49 en 2020.⁸

4 MSP: Oficio de respuesta a solicitud de información Número MSP-SNGSP-2020-0881, 5 octubre de 2020.

5 Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud del MSP del Ecuador: Informe Técnico DNH #232, Oficio Número MSP-DNH-2020-0005-O. Enviado a Surkuna el 1 de octubre de 2020. Disponible en: <https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/wcBWSE2qeTuakg1>; y Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud del Ecuador: Respuesta Ciudadana, MSP-DNPNAS-2020-0102-O. Enviada a Surkuna el 16 de octubre de 2020.

6 MSP: Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 44 Ecuador 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/Gaceta-de-MM-SE-441.pdf>

7 Definición: "Muerte materna obstétrica directa: muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas". en <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

8 Definición: "Muerte materna obstétrica indirecta: muerte materna que resulta de una enfermedad existente previa al embarazo, que no se relaciona a una causa obstétrica directa pero que puede verse afectada por los efectos fisiológicos del embarazo, parto o puerperio". en <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

4. La atención a emergencias obstétricas relacionadas con abortos se redujo un 54,19% entre los meses de marzo a julio de 2020 en comparación con el mismo período de 2019⁹.1 De 10479 ingresos hospitalarios registrados por este motivo en los meses mencionados de 2019, se atendieron 4800 entre marzo y julio de 2020¹⁰. En particular, las atenciones del aborto espontáneo disminuyeron un 41,24%; y las vinculadas al aborto inseguro descendieron un 67,26%, donde el aborto no especificado experimentó el decremento más grave con un 81,19%¹¹. La falta de atención postaborto no solo vulnera los derechos a la atención integral de salud de las mujeres, niñas y personas gestantes, sino que aumenta la probabilidad de experimentar situaciones agravadas de morbilidad y de mortalidad materna.
5. Las atenciones del aborto terapéutico disminuyeron drásticamente en un 68,79% entre los meses de marzo a julio de 2020 en relación al mismo período del año previo.¹² La interrupción del acceso a abortos médicos es especialmente alarmante, dado que esta situación pone en grave riesgo la salud y la vida de las mujeres, niñas y personas gestantes que presentan complicaciones durante el embarazo o enfermedades donde la gestación agudiza las afectaciones de las mismas y su desatención también se vincula al aumento de la morbimortalidad materna.

Conclusiones.

La evidencia económica, establece que el Estado Ecuatoriano invierte 17 veces más en la respuesta que debe dar en los servicios de salud por las omisiones que comete en la atención en salud sexual y salud reproductiva. Este gasto disminuiría

Esta omisión es estructural y se expresa en la configuración y funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva como lo evidencian los hallazgos citados, no es posible que a más de 80 años de la existencia del aborto no punible en el sistema de salud no exista un servicio seguro, técnico que garantice una respuesta oportuna y el cumplimiento de la Existen serias deficiencias de registro de datos, de capacidades profesionales, de cumplimiento de protocolos, de prestación misma de los servicios de salud conforme lo establecen normas internacionales y nacionales.

Si esto sucede con el aborto no punible, la permanencia del aborto punible específicamente en casos de violación, solo contribuye con la profundización de la no respuesta del Estado, la vulneración de derechos y en términos de este Amicus Curiae sobre todo en el incremento de la inversión en salud por un actitud negligente que pueden evitarse eliminando las omisiones en salud sexual y salud reproductiva en las que la no atención adecuada de aborto punible y no punible representan una proporción importante de omisión del Estado Ecuatoriano.

Petición Concreta

1. Que se tomen en cuenta los criterios desarrollados en este Amicus Curiae, y por lo tanto, se acepte la acción de inconstitucionalidad en referencia, declarando la inconstitucionalidad del aborto en caso de violación. Asimismo, que se disponga la reparación integral de las personas que han sido afectadas.

9 Definición: "Muerte materna obstétrica directa: muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas". en <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

10 Ibid.

11 Ibid. El porcentaje de aborto inseguro incluido en este informe ser incluye los códigos CIE-10 de aborto no especificado (O06), otros abortos (O05) y otros productos anormales de la concepción (O02) donde se pueden registrar abortos retenidos.

12 Ibid.

Notificaciones:

Notificaciones que me correspondan las recibiré en el casillero electrónico
direccion@sendas.org.ec

A handwritten signature in blue ink that reads "Guay Cabrea". The signature is written in a cursive style with a horizontal line extending from the end of the name.

Directora Ejecutiva Sendas

C.c Causas 109-20-IN; 115-20-IN; 0034-19-IN.