

DERECHOS REPRODUCTIVOS

LA PANDEMIA PROFUNDIZÓ LOS VACÍOS EN EL RECONOCIMIENTO DE DERECHOS



La pandemia de la covid-19 profundizó desigualdades en el acceso a información, insumos y servicios de salud reproductiva y retrasó el reconocimiento de otros derechos reproductivos. Es esperable un aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como el aumento de embarazos no deseados o no planificados.

PALABRAS CLAVES: derechos reproductivos, aborto, embarazo adolescente, embarazo de niñas, salud reproductiva.

Mirta Moragas Mereles

COORDINACIÓN DE MUJERES DEL PARAGUAY (CMP)

BALANCE DE LOS 25 AÑOS

La discusión sobre los derechos reproductivos como parte integrante de los derechos humanos inicia a nivel internacional con la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, donde el término “derechos reproductivos” fue incorporado por primera vez a un instrumento acordado por los Estados¹.

Los temas de derechos reproductivos fueron incorporados en los informes de derechos humanos de la Codehupy por primera vez en el año 2007², aunque en conjunto con los derechos sexuales³ y en el capítulo de derechos de familia. Esto último, tal vez vinculado al hecho de que el artículo 61 de la Constitución Nacional (CN), que se refiere a la planificación familiar, se encuentra en el capítulo de derechos de la familia. Cabe recordar que la CN es anterior a la Conferencia de El Cairo. Ya en el 2008⁴, el artículo de derechos reproductivos se vuelve un artículo independiente, aunque todavía en el mismo capítulo. A partir del año 2010⁵, pasa al capítulo de libertad, reflejando la evolución en el debate sobre el concepto.

Hasta hoy, el Estado paraguayo enfrenta aún varios desafíos para el reconocimiento de los derechos reproductivos.

CONCEPTOS, LIMITACIONES Y AVANCES JURÍDICOS

En estos 25 años, el progreso de la discusión sobre los contenidos y límites ha tenido mucho que ver con el trabajo de los movimientos de mujeres y feministas, que han incidido para que el Estado modifique la concepción de la maternidad como un destino biológico de las mujeres y las personas con capacidad de gestar⁶. Por ejemplo, se ha pasado de pensar los temas de anti-concepción como “planificación familiar”, es decir, como unas medidas que se toman solo en un contexto determinado (la familia/la pareja), a pensarse

1 Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, capítulo VII, párrafo 7.3.

2 Natalia Slepoy Benites, “Derechos sexuales y reproductivos, una asignatura pendiente”, en *Derechos Humanos en Paraguay 2007* (Asunción, Codehupy, 2007), 308-325.

3 En el artículo de derechos sexuales de este informe se hace referencia a la crítica—todavía persistente—de considerar los derechos sexuales como un subconjunto de los derechos reproductivos.

4 Articulación nacional de la campaña por la Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, “Personas Libres, Estados Laicos”, en *Derechos Humanos en Paraguay 2008* (Asunción: Codehupy, 2008), 465-473.

5 Mirta Moragas, “Muchos ataques fundamentalistas y poco debate de argumentos. Derechos Reproductivos”, en *Derechos Humanos en Paraguay 2008* (Asunción: Codehupy, 2008), 229-236.

6 María Betania Ávila, “Reflexiones sobre los derechos Reproductivos”, en *Derechos Sexuales, derechos reproductivos, derechos humanos* (Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, 2002). Por otra parte, cuando se utiliza el término “capacidad de gestar” se reconoce que no todas las personas que tienen capacidad de gestar son mujeres o se reconocen identitariamente como mujeres.

desde marcos más amplios de gestión de la reproducción partiendo de perspectivas más diversas.

Sin embargo, el marco conceptual sigue siendo una de las grandes limitaciones para el reconocimiento de los derechos reproductivos porque, para el Estado paraguayo, en este cuarto de siglo ha estado mayormente vinculado al ámbito de la salud reproductiva.

Igualmente, se hace evidente otra limitación conceptual: las dificultades para hablar del poder, el placer y la autonomía para la toma de decisiones reproductivas⁷. Esto se refleja, por un lado, en que la política más importante ha venido históricamente desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) que, desde finales de los noventa, ha tenido planes al respecto⁸ que han pasado de estar vinculados solamente a las mujeres a las nociones de “planificación familiar”. Basta ver que su Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (PNSSR) todavía está apegado a ese lenguaje.

Por otro lado, se refleja en la evolución de la discusión sobre la despenalización/legalización del aborto, que es, en el fondo, la discusión sobre la real autonomía de las mujeres y personas gestantes para tomar decisiones sobre su reproducción⁹. Este tema ha pasado de ser uno prácticamente tabú a ser más discutido, pero sin hasta el momento permear en el Estado. Muestra de esto es que en el año 1997 se modificó el Código Penal de 1914¹⁰, siendo los artículos sobre aborto los únicos que no fueron modificados hasta la reforma penal de 2008¹¹. Varias propuestas de modificación de la ley penal desde el movimiento feminista y organizaciones de derechos humanos fueron desechadas sin ser siquiera consideradas¹². Un avance registrado en la materia se relaciona con las normas de atención humanizada posaborto aprobadas en 2012¹³ y que buscan proteger los derechos de las pacientes que llegan a instituciones de salud con un aborto incompleto, en curso o en posaborto.

7 Moragas, “Muchos...”.

8 Una de las primeras políticas sobre salud reproductiva fue la Política Nacional de Atención a la Salud Integral de la Mujer, vigente a partir de su aprobación por Resolución Ministerial N.º 412 del MSPyBS de agosto de 1999, que incluía el tema de salud reproductiva de las mujeres (ver: Informe Oficial del Estado paraguayo al Comité CEDAW, documento CEDAW/C/PAR/3-4, 11 de febrero de 2004, párrafo 133).

9 María Betania Ávila, “Reflexiones...”.

10 El Código Penal de 1914 penalizaba el aborto con varias complejidades: establecía menor pena si el aborto se realizaba para salvaguardar “el honor” de la mujer y, especialmente, cuando un hombre lo hiciera para salvar el honor de su esposa, madre, hija o hermana (arts. 349 y 353 del Código Penal de 1914). Esto estuvo vigente hasta el año 2008.

11 Ley N.º 3440/2008.

12 La Coordinación de Mujeres del Paraguay, Cladem, Amnistía Internacional Paraguay y Codehupy, entre otras organizaciones, han presentado variadas propuestas de modificación de la ley penal sobre la penalización del aborto en diversos procesos de revisión de las normas penales.

13 Resolución N.º 146/2012, versión en pdf, disponible en la página de Cepep, acceso el 24 de octubre de 2020, http://www.cepep.org.py/archivos/Normas_atencion_human_pos_aborto.pdf.

Otros avances han sido la Ley N.º 4313/2011 “de aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y de aprovisionamiento del kit de partos del MSPyBS”; la Ley N.º 5508/2015 de “promoción, protección de la maternidad y apoyo a la lactancia materna”¹⁴, que fue objeto de ataques del empresariado y de instituciones del Estado durante el tratamiento y la etapa de aplicación¹⁵, así como la existencia del PNSSR del MSPyBS.

DESAFÍOS

Paraguay ha sido observado por diversos órganos de tratados y por el Consejo de Derechos Humanos en el marco del Examen Periódico Universal (EPU) por el incumplimiento de varios derechos reproductivos. Entre ellos, se ha señalado la necesidad de ampliar las causales de aborto legal¹⁶. La relevancia de tomar medidas para prevenir el embarazo adolescente ha sido señalada por diversos órganos de tratados de derechos humanos¹⁷. Sobre este tema, en el segundo ciclo del EPU, Paraguay recibió y aceptó recomendaciones del Reino Unido y Colombia¹⁸, sin que hasta el momento hayan sido abordadas adecuadamente.

Así, varios desafíos persisten: la implementación de una política de educación integral de la sexualidad (EIS) por parte del Ministerio de Educación y Ciencias (MEC)¹⁹, la discusión sobre la despenalización/legalización del aborto; la paternidad irresponsable²⁰ y la redistribución de las tareas de cuidado²¹.

14 Ley N.º 5508/2015, de promoción y protección de la maternidad y apoyo a la lactancia materna, *Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación*, acceso el 15 de octubre de 2020, <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4428/promocion-proteccion-de-la-maternidad-y-apoyo-a-la-lactancia-materna>.

15 Mirta Moragas, “El Estado reafirma su posición antiderechos”, en *Derechos Humanos en Paraguay 2016* (Asunción: Codehupy, 2016), 316.

16 En el segundo ciclo del EPU, Paraguay recibió una recomendación específica sobre la necesidad de subsanar las deficiencias jurídicas con relación a la penalización del aborto con relación a niñas (recomendación de Alemania, párr. 102.156) y tres recomendaciones sobre despenalización del aborto, sobre las cuales el Paraguay tomó nota (recomendaciones de Australia, Eslovenia y Suiza, párr. 105.3, 105.5 y 105.6, respectivamente).

17 Entre otros, el Comité de los Derechos del Niño (2010, CRC/C/PRY/CO/3, párrafo 53), el Comité DESC (2015, párrafo 29), CEDAW (2011, CEDAW/C/PRY/CO/6, párrafo 27).

18 Párrafos 102.57 y 102.153.

19 Para un análisis más exhaustivo sobre la EIS, ver el artículo de derechos sexuales de este capítulo.

20 En marzo de este año se daba cuenta de que el 40% de las embarazadas que acuden al Hospital de Clínicas declara no estar acompañada por el padre de su hijo o hija. Ver: “Paternidad irresponsable: el 40% de las embarazadas en Clínicas da a luz sola”, *La Nación*, 19 de mayo de 2020, acceso el 13 de octubre de 2020, <https://www.lanacion.com.py/pais/2020/05/19/paternidad-irresponsable-el-40-de-las-embarazadas-en-clinicas-da-a-luz-sola/>.

21 La distribución de las tareas de cuidado es un tema fundamental a la hora de tomar decisiones reproductivas, ya que la excesiva carga de cuidado en las mujeres impacta negativamente en varias facetas de su vida, entre ellas, la laboral. Ver, por ejemplo: “Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo”, en *SciELO – Pensamiento psicológico*, Vol. 9, N.º 15 Cali, junio de 2011, acceso el 14 de octubre de 2020, http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000100007.

SITUACIÓN DEL DERECHO

MODIFICACIÓN DE LA LEY DE REGISTRO DE CONCEBIDOS NO NACIDOS

En mayo se promulgó la Ley N.º 6546/2020 “Que modifica el artículo 11 de la Ley N.º 5833/17 que establece el libro de defunciones de concebidos no nacidos en el Registro del Estado Civil”, con el fin de establecer un plazo especial hasta el 20 de octubre de 2020 para registrar a concebidos no nacidos sin importar el tiempo que haya ocurrido desde el fallecimiento. Esta ley ya ha sido criticada por la inversión de recursos que constituye frente a los desafíos de registrar a niños y niñas²².

Resultan preocupantes los datos obtenidos desde la Dirección General de Registro del Estado Civil (DGREC) sobre la cantidad de inscripciones que se han efectuado desde la vigencia de la ley. En la consulta realizada por la autora, respondida en septiembre de 2019, se informó que se habían registrado 100 concebidos no nacidos²³ mientras que, en una consulta posterior respondida en diciembre de 2019, dieron cuenta de 73 registros²⁴, lo que muestra una incongruencia que podría significar o que han respondido faltando a la verdad o que la DGREC ni siquiera tiene una contabilización fidedigna de registros.

PLANES, POLÍTICAS Y CAMPAÑAS

PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA 2019-2023 DEL MSPYBS²⁵. Aprobado en diciembre de 2019, este plan tiene como algunos ejes estratégicos: maternidad segura, paternidad saludable y salud neonatal; planificación familiar; aseguramiento de insumos y medicamentos de salud sexual y reproductiva; salud reproductiva de hombres y adolescentes, y comunicación estratégica sobre derechos y salud sexual y reproductiva.

ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL. El MSPyBS informó que cuenta con 32 servicios amigables para adolescentes en 13 regiones sanitarias (Concepción, San Pedro, Cordillera, Guai-

22 Moragas, “El Estado...”, 322.

23 “Solicitud #24565. Informe sobre datos estadísticos”, Portal Unificado de Información Pública, acceso el 27 de septiembre de 2020, <https://informacionpublica.paraguay.gov.py/portal/#!/ciudadano/solicitud/24565>.

24 “Solicitud #27025. Informe de número de concebidos no nacidos inscriptos”, Portal Unificado de Información Pública, acceso el 20 de septiembre de 2020, <https://informacionpublica.paraguay.gov.py/portal/#!/ciudadano/solicitud/27025>.

25 Resolución N.º 597 del 2 de diciembre de 2019.

rá, Caaguazú, Caazapá, Itapúa, Paraguari, Alto Paraná, Central, Ñeembucú, Presidente Hayes y Capital)²⁶.

DISTRIBUCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. Con relación al 2019, en el 2020 hay una disminución de la entrega, como puede notarse en el cuadro 1. En parte, esto puede deberse a las limitaciones para acceder efectivamente a los servicios de salud desde que se desató la emergencia sanitaria, lo que podría resultar en el incremento de embarazos no deseados o no planificados²⁷ y en el aumento de infecciones de transmisión sexual (ITS)²⁸. Otra explicación posible podría encontrarse en la introducción de métodos anticonceptivos de larga duración, que harían innecesario volver a solicitar por un tiempo prolongado.

Cuadro 1. Distribución de métodos anticonceptivos en el sistema público de salud

MÉTODO	CANTIDAD DISTRIBUIDA EN EL AÑO 2019	CANTIDAD DISTRIBUIDA DE ENERO A AGOSTO DE 2020
Dispositivo intrauterino (DIU)	16.930	6.775
Orales combinados	1.037.520	561.330
Depo-Provera - inyectable trimestral	257.775	159.997
Condón masculino	6.429.600	3.416.400
Píldoras de anticoncepción de emergencia (PAE)	10.726	6.514
Implante subdérmico	3.000	5.000

Fuente: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MSPyBS²⁹.

Hasta marzo de 2020 se contaba con las PAE, no hubo stock hasta que se recibió un nuevo lote de 2.700 a inicios de agosto³⁰. Por otra parte, el implante

26 "Solicitud #33994. Informes de estadísticas del MSPyBS", Portal Unificado de Información Pública, acceso el 24 de octubre de 2020, <https://informacionpublica.paraguay.gov.py/portal/#!/ciudadano/solicitud/33994>.

27 Investigaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas estimaron un posible aumento de embarazos, entre otras cosas, por los problemas de acceso a métodos anticonceptivos. Ver: <https://news.un.org/es/story/2020/04/1473572>.

28 Se señala, entre otras causas, el acceso a métodos de protección y la reasignación de personal médico para el tratamiento del coronavirus. Ver: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/27-04-20.

29 Información entregada por el Portal de Acceso a la Información Pública, acceso el 24 de octubre de 2020, <https://informacionpublica.paraguay.gov.py/portal/#!/ciudadano/solicitud/33994>.

30 Según datos proporcionados por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. "Solicitud #33994...".

subdérmico estuvo disponible este año hasta el mes de agosto y en el mes de septiembre estaba en proceso de compra³¹.

CAMPAÑA ÑAÑANGAREKO. El MSPyBS, el Ministerio de la Niñez y la Adolescencia (MINNA), el MEC, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), con la cooperación del Gobierno de la India, lanzaron esta campaña para prevenir la violencia sexual hacia niñas y adolescentes partiendo desde el embarazo de niñas y adolescentes³². Los materiales de la campaña hacen principalmente referencia al embarazo como un problema derivado del abuso sexual, bajo el lema “una niña embarazada es una niña abusada”. Esta visión limitada sobre el abuso sexual excluye a los niños y adolescentes. Además, aunque el MEC está involucrado formalmente, esta campaña no significó ningún paso adelante para discutir la EIS, lo que implica que las causas estructurales no están siendo abordadas efectivamente. Asimismo, la vinculación casi ineludible entre abuso sexual y embarazo en la etapa de la adolescencia invisibiliza aquellos embarazos que no son producto del abuso sexual, sino de la experimentación sexual entre pares adolescentes. De la misma forma, este enfoque continúa sin centrarse en los casos donde el embarazo sigue siendo para algunas adolescentes el único proyecto de vida que pueden visualizar³³. Finalmente, el hecho de que la campaña sea financiada con fondos de cooperación internacional muestra también la escasa importancia que el Estado está dando a la temática.

CAMBIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA OBLIGADOS POR LA PANDEMIA. La emergencia sanitaria por la covid-19 obligó a realizar una reestructuración del sistema de salud y por medidas de prevención, lo que también repercutió en los servicios de salud reproductiva. Entre otras cosas, se limitaron las consultas prenatales presenciales y la presencia de los padres u otras personas acompañantes en la sala de parto³⁴. Varias mujeres relataron sentir miedo al contagio y verse solas en el proceso del parto³⁵.

31 Ibid.

32 Ver video de la campaña disponible en línea: “ÑAÑANGAREKO” [Facebook Watch], UNFPA Paraguay [@UNFPAPy/], 29 de septiembre de 2020, <https://www.facebook.com/watch/?v=4723634804328274>.

33 Una investigación cualitativa realizada en Paraguay en el año 2011 mostró que, para algunas adolescentes, la maternidad es el único proyecto de vida que ven como posible ante el fracaso de la movilidad social a través de la educación y el trabajo. Si bien no se ha avanzado en estudios más cuantitativos sobre el tema, sería importante que el Estado invierta tiempo y recursos en explorar este tipo de situaciones, lo que muestra lo poco que se está haciendo como sociedad para que las adolescentes puedan realmente pensar sus proyectos de vida desde enfoques más amplios. Si únicamente se ve a las adolescentes embarazadas como víctimas de abuso sexual, se está dejando de ver otras situaciones que merecen abordajes más complejos. Ver investigación: Emma Näslund-Hadley y Georgina Binstock, *El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase* (Washington: BID, 2011), acceso el 25 de septiembre de 2020, <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36225399>.

34 “Convertirse en mamá durante la pandemia”, *El Surtido*, 13 de mayo de 2020, acceso el 10 de octubre de 2020, <https://elsurti.com/coronavirus/scroll/2020/05/13/convertirse-en-mama-durante-la-pandemia/>.

35 Ibid.

MUERTES POR CAUSA DEL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO³⁶ Y ABORTO

Los registros oficiales muestran que, en 2019, la razón de mortalidad materna disminuyó levemente con relación a 2018, que cerró en 70,8 por cada 100.000 nacidos vivos³⁷.

Los números con relación al aborto podrían estar ocultos bajo otras categorías como toxemia, hemorragias y sepsis, que son consecuencias de abortos inseguros, ya que muchas veces estas muertes son registradas bajo otras categorías, por lo que no es posible contar con cifras que reflejen fielmente las muertes por aborto.

Asimismo, llama la atención la cifra tan alta de “otras complicaciones” (cuadro 2), que muestra la necesidad de mejorar las categorías de clasificación a fin de contar con información que refleje mejor las causas de mortalidad materna.

Cuadro 2. Número y razón de mortalidad materna, por años y causas

CAUSAS	2019		2020*
	N.º	RAZÓN	N.º
1. Aborto	1	0,9	4
2. Toxemia	16	14,8	18
3. Hemorragia	12	11,1	6
4. Sepsis	5	4,6	1
5. Tétanos obstétrico	0	0,0	0
6. Sida	0	0,0	0
7. Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio	39	36,1	29
Total	73	67,6	58

(*) Datos provisorios. Fecha de actualización: 17/09/2020. La tasa se calcula de forma anual, por lo que no es posible realizar el cálculo para el año 2020.

Fuente: MSPyBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. DGPS - UME - DGV.S.

36 En términos estadísticos, el Estado registra estas muertes como “muertes maternas”, donde subyace la idea de maternidad, que es considerado por la autora algo que excede el hecho biológico del embarazo. De todas formas, se mantiene la terminología utilizada en las estadísticas oficiales para mejorar su comprensión.

37 Mirta Moragas, “Naturalizando la postergación de los derechos”, en *Derechos Humanos en Paraguay 2019* (Asunción: Codehupy, 2019), 423.

Con relación al número de muertes maternas por departamento, como se desprende del cuadro 3, llama la atención el aumento de las muertes en Concepción y Caaguazú. También se podría esperar que Central cierre el 2020 con más muertes maternas que el 2019, ya que al mes de septiembre se registra una muerte menos que todo el año anterior (cuadro 3).

Cuadro 3. Número y razón* de mortalidad materna, por años y regiones sanitarias

REGIONES SANITARIAS	2019		2020**
	N.º	RAZÓN	N.º
Concepción	3	73,2	5
San Pedro	6	88,4	4
Cordillera	4	98,6	0
Guairá	2	73,3	0
Caaguazú	5	63,6	6
Caazapá	0	0,0	2
Itapúa	5	69,5	2
Misiones	1	58,2	1
Paraguarí	0	0,0	4
Alto Paraná	15	98,8	11
Central	14	41,5	13
Ñeembucú	1	121,4	0
Amambay	5	168,4	2
Canindeyú	3	86,8	3
Presidente Hayes	2	93,0	3
Boquerón	5	298,3	2
Alto Paraguay	0	0,0	0
Asunción	2	25,0	0
Total	73	67,6	58

* Razón por 100.000 nacidos vivos.

** Datos provisorios. Fecha de actualización: 17 de septiembre de 2020. La tasa se calcula de forma anual, por lo que no es posible realizar el cálculo para el año 2020.

Fuente: MSPyBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales.

Los egresos hospitalarios por aborto hacen referencia al número de mujeres y personas con capacidad de gestar que han estado internadas en el sistema público por alguna complicación relacionada al aborto. Estas cifras no discriminan entre abortos espontáneos y provocados. Existe una disminución entre el 2018 y el 2019 (cuadro 4). De todas maneras, estos números son mayores al promedio estimado entre los años 2006 y 2010, que estaba en 8.343 egresos hospitalarios anuales³⁸. Es preocupante que, pese a que se solicitó información actualizada, el MSPyBS no remitió datos del 2020. Sin embargo, información publicada en medios de comunicación refieren que de enero a agosto de este año se registraron 3.877 complicaciones por aborto³⁹. Esto significaría que posiblemente terminaremos el 2020 con más complicaciones que en el 2019, lo que podría explicarse por las dificultades de acceso a servicios de salud reproductiva por la pandemia.

Como puede notarse en el cuadro 4, los departamentos donde se registraron aumentos entre 2018 y 2019 fueron San Pedro, Cordillera, Ñeembucú, Amambay y Alto Paraguay. Aun cuando estas cifras no representan la totalidad de casos –cantidad total difícil de obtener por la penalización del aborto–, es una muestra de la magnitud de la ocurrencia de este. Normalmente, quienes terminan en los hospitales públicos por complicaciones vinculadas al aborto son las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad. No sería casualidad que los departamentos donde se registran aumentos sean los más pobres del país. Frente a esta realidad, la penalización del aborto no es solo inútil para impedir la práctica⁴⁰, sino que expone la vida y la salud de niñas, adolescentes y mujeres.

38 Clyde Soto y Mirta Moragas, "Aborto, sistema penal y derechos humanos de las mujeres", en *Derechos Humanos en Paraguay 2013* (Asunción: Codehupy, 2013), 32.

39 "Casi 4.000 complicaciones por aborto en el año 2020", *ABC Color*, 29 de septiembre de 2020, acceso el 10 de octubre de 2020, <https://www.abc.com.py/nacionales/2020/09/29/casi-4000-complicaciones-por-aborto-en-el-ano-2020/>.

40 En el 2019, el Ministerio Público recibió 66 denuncias por aborto y hasta septiembre de este año recibió 45 denuncias. Datos del Ministerio Público entregados por acceso a la información pública. Estos datos muestran el escaso interés en perseguir la práctica y la desproporción con relación a los casos de hospitalización.

Cuadro 4. Egresos hospitalarios a causa de aborto, por años, según regiones sanitarias de internación*

REGIONES SANITARIAS	2018	2019
Concepción	350	343
San Pedro	553	571
Cordillera	456	458
Guairá	260	240
Caaguazú	553	495
Caazapá	258	206
Itapúa	756	665
Misiones	268	237
Paraguarí	282	232
Alto Paraná	1.082	849
Central	2.923	2.674
Ñeembucú	86	93
Amambay	213	258
Canindeyú	383	383
Presidente Hayes	191	173
Boquerón	66	2
Alto Paraguay	12	18
Asunción	989	763
Total	9.681	8.660

* Los datos corresponden únicamente a instituciones dependientes del MSPyBS.
Fuente: MSPyBS/DIGIES/DES. Sistema de Egresos Hospitalarios (SEGHOSP).

EMBARAZO DE NIÑAS Y ADOLESCENTES

Los partos de niñas de 10 y 14 años se mantienen relativamente estables en el 2019, ya que en el 2018 se registraron 588 partos de niñas⁴¹ (cuadro 5). Por su parte, el MEC informó que recibió 27 notificaciones de embarazo y maternidad de estudiantes en el 2019⁴², lo que abre la pregunta sobre la situación de

41 Moragas, "Naturalizando...", 423.

42 "#Solicitud 33996. Informes estadísticos del MEC sobre matriculación y deserción escolar", Portal Unificado de Información Pública, acceso el 24 de octubre de 2020, <https://informacionpublica.paraguay.gov.py/portal/#!/ciudadano/solicitud/33996>.

las demás niñas y adolescentes embarazadas y acerca del sistema de registro de los casos en el espacio escolar. Si tomamos las cifras globales de partos de niñas y adolescentes entre el año pasado y lo que va de este (27.521), se puede estimar que al menos 40 niñas y adolescentes dan a luz diariamente en Paraguay, que es el segundo país con mayor fecundidad adolescente en la región⁴³. Adicionalmente, de los embarazos registrados hasta finales de septiembre de 2020, llama mucho la atención que para 11 de las 339 niñas de 10 a 14 años se trata de un segundo embarazo y 3, un tercer o más. Entre tanto, en la franja de 15 a 19 años, 1.616 de las 9.382 estaban en un segundo embarazo y 212 en un tercer o más⁴⁴.

Cuadro 5. Número de nacidos vivos por años, según grupos de edad de la madre⁴⁵

GRUPOS DE EDAD	2018	2019	2020*	TOTAL
10 a 14 años	588	590	339	1.517
15 a 19 años	16.788	15.191	9.382	41.361

Fuente: MSPyBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. DGPS-UME - DCVS.

CONCLUSIONES

La pandemia de la covid-19 profundizó las brechas de acceso a los servicios de salud reproductiva y mantuvo la postergación del reconocimiento de otros derechos reproductivos. La reestructuración de los servicios de salud y la cuarentena sanitaria podrían derivar en el aumento de ITS y embarazos no planificados o no deseados. Mientras tanto, las cifras de partos de niñas y adolescentes no están bajando, así como las de mortalidad vinculada al embarazo, parto y puerperio. Las medidas estatales son insuficientes, considerando sobre todo que muchas más podrían tomarse en las actuales condiciones financieras.

43 UNFPA, *Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Paraguay. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe MILENA 1.0* (Asunción: UNFPA, 2019).

44 "#Solicitud 34502. Informe sobre mortalidad materna, Portal Unificado de Información Pública, acceso el 13 de octubre de 2020, <https://informacionpublica.paraguay.gov.py/portal/#!/ciudadano/solicitud/34502>.

45 *Ibid.*, Informe sobre abuso sexual.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que se han registrado escasos o nulos avances, se mantienen las recomendaciones realizadas en informes anteriores⁴⁶.

- Hacer efectiva la vigencia de un Estado laico, tal como lo garantiza la Constitución Nacional (art. 24).
- Aprobar el proyecto de Ley de Salud Sexual, Reproductiva y Materno-perinatal, que está pendiente de tratamiento desde su presentación en el año 2008⁴⁷.
- Garantizar que los servicios de salud atiendan de manera inmediata y adecuada a las mujeres que acuden a los centros de salud con complicaciones posaborto.
- Extender el alcance y garantizar la calidad y calidez de los consultorios amigables para adolescentes.
- Garantizar la vigencia efectiva de las “normas de atención humanizada posaborto”.
- Elaborar e implementar un protocolo de atención médica para casos de aborto no punible.
- Garantizar sistemas de monitoreo del cumplimiento de los estándares de derechos humanos en materia de derechos reproductivos.
- Garantizar que existan datos oficiales sobre derechos reproductivos y que estos incluyan a lesbianas, gais, bisexuales, personas trans e intersex (LGTBI).
- Realizar un debate social y político amplio sobre la ley penal en lo relativo al aborto, presentando información acerca de su aplicación y efectos, y mostrando cuáles son las consecuencias que tiene sobre las mujeres, desde el enfoque de derechos humanos, considerando una perspectiva de igualdad de género y con la aspiración de una sociedad justa y democrática.
- Realizar investigaciones para poder cuantificar la magnitud y modalidades de violencia obstétrica.

⁴⁶ Moragas, “Naturalizando...”, 427-428.

⁴⁷ “Ficha Técnica del Expediente”, SiLPy - Sistema de Información Legislativa, acceso el 14 de octubre de 2020, <http://silpy.congreso.gov.py/expediente/2191>.

- Contar con mecanismos concretos y accesibles para investigar y sancionar los casos de violencia obstétrica.
- Garantizar prevención, sanción y reparación del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes (NNA) y en especial de niñas y adolescentes embarazadas como consecuencia del abuso.
- Dar cumplimiento a la recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de “garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis de la pandemia, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de diseminación de información por medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad”⁴⁸.

48 CIDH/OEA, *Pandemia y Derechos Humanos. Resolución N.º 1/20*, acceso el 24 de octubre de 2020, <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>.