

AUTOR: Pedro Felipe Rivadeneira Orellana

**LOS CENTROS DE “DESHOMOSEXUALIZACIÓN”
EN EL ECUADOR:
ANÁLISIS JURÍDICO DE LA RESPONSABILIDAD ESTATAL**

DIRECTORA: Carolina Von Opiela

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

2019

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS Y DEMOCRATIZACIÓN
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Agradecimientos

Agradezco a mi mami, papi y ñaño(s). Ustedes me enseñaron que cualquier prejuicio se rompe con educación, pero sobre todo, con y por amor. Pese a la distancia, les sentía cerca y eso me sostuvo siempre, especialmente a mi ñaño.

A mi directora de tesis, Caro, porque este trabajo tuvo un camino cierto gracias a ella.

A Diego por ayudarme a pulirlo.

A mis compañeras/os de la maestría, porque gracias a ustedes esta experiencia ha sido todavía más inolvidable.

A todas las personas que contribuyeron para que saque adelante este trabajo y a todas quienes estaban pendientes de que lo logre, especialmente a mis abuelitos.

Palabras clave: Terapias de conversión, Derechos de personas LGBTI

Resumen

Las terapias de conversión son una forma de violencia específica que afecta a la población LGBTI porque obligan a la adecuación heterosexual / heteronormativa de las personas. En el Ecuador, estas terapias han sido practicadas en establecimientos que ofertan tratamientos para rehabilitación de adicciones, y las personas LGBTI internadas forzosamente en estos lugares han sufrido diversas vulneraciones a sus derechos humanos por la violencia experimentada. El Estado ha actuado sobre este problema, pero ha sido un fenómeno que todavía persiste. Este trabajo analiza la responsabilidad estatal del Ecuador en cuanto a la práctica de estas terapias en estos establecimientos, a la luz de los estándares existentes en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Abstract

Conversion therapies are a specific type of violence that affects LGBTI people because they promote people's adequation to a heterosexual / heteronormative lifestyle. In Ecuador, these therapies have been practiced in addiction treatment centres, and people who had been forcibly interned have suffered human rights violations due to the violence experienced. The State has tried to stop these practices, but the problem persists. This work analyzes State's responsibility related to the practice of these therapies in these centres considering juridical standards developed in International Human Rights Law.

ÍNDICE

Introducción	1
CAPÍTULO I – Las terapias de conversión: Contexto internacional y los centros de “deshomosexualización” en el Ecuador	4
I. Reseña histórica de la aparición de las terapias de conversión y la patologización de la diversidad sexogenérica	4
II. El camino para eliminar la patologización	5
III. Las terapias de conversión enfocadas en lo religioso	10
IV. Los centros de terapias de conversión en el Ecuador	13
1. Los lugares de terapias de conversión conocidos como centros de “deshomosexualización” y su relación con los establecimientos para el tratamiento de adicciones	13
2. Los relatos de las vivencias de las personas que han sido internadas en los centros de terapias de conversión	16
CAPÍTULO II - Marco jurídico internacional y las terapias de conversión: Derecho Internacional de los Derechos Humanos y Derecho comparado	23
I. Estándares generales sobre integridad, libertad física, salud e igualdad y no discriminación	23
1. Derecho a la integridad personal y la libertad física	23
2. Derecho a la salud	28
a. Obligaciones específicas de los Estados en materia de salud	30
3. Derecho a la igualdad y no discriminación	32
II. Interrelación entre diversos derechos y otros estándares sobre las terapias de conversión en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos	34

1. Salud física y mental, una vida libre de violencias y discriminación en cuestiones de identidad de género y orientación sexual	34
2. Autonomía personal y el derecho a la salud en relación con las terapias de conversión	42
3. La tortura y su relación con las terapias de conversión según el Derecho Internacional de los Derechos Humanos	45
III. Pronunciamientos en otros organismos regionales respecto a las terapias de conversión y patologización de la diversidad sexogenérica	50
IV. Normativa de otros países sobre las terapias de conversión	51
V. Observaciones de órganos de tratados al Ecuador debido a la existencia de los centros donde se ofrecen terapias de conversión	55
CAPÍTULO III – El accionar estatal ecuatoriano sobre los centros de terapias de conversión	58
I. Disposiciones constitucionales	58
II. Instituciones estatales involucradas en los centros que practican terapias de conversión	62
1. Ministerio de Salud Pública – MSP	63
a. Los Acuerdos Ministeriales No. 0767 y 080, y la prohibición expresa de la práctica de las terapias de conversión en los centros de tratamiento de adicciones	64
a.1. El Acuerdo Ministerial No. 0767 (2012)	65
a.2. Acuerdo Ministerial No. 080 (2016)	69
a.3. Comparación entre ambos acuerdos ministeriales y análisis jurídico	72
b. Operativos organizados por el Ministerio	80
c. Manual “Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)”	82

2. La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS)	84
3. La Defensoría del Pueblo	87
4. Las actuaciones judiciales y la falta de respuesta del Estado	89
III. El problema generalizado de la información que proporciona el Estado	90
Conclusiones	93
Referencias bibliográficas	100
Anexos	112

INTRODUCCIÓN

Una de las etapas más complicadas para una persona LGBTI (Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans y/o Intersex) es la aceptación de sí misma, que en muchas ocasiones esta etapa termina convirtiéndose en un proceso doloroso, poco llevadero y muy difícil de superar debido a la presión personal, familiar y social que la persona puede sentir. Además del miedo a la discriminación y rechazo, en el peor de los casos, las personas LGBTI deben afrontar estigmas asociados a su condición, y uno de ellos es la posibilidad de que sean sometidas a lo que se conoce como terapias de conversión. Estas terapias no son un fenómeno actual y pretender ser una especie de tratamiento que propugnan que la orientación sexual y la identidad de género pueden cambiar para adecuarse a lo heterosexual y a lo cisgénero (lo no trans) (Madrigal-Borloz, 2018).

En el Ecuador, este fenómeno fue visible gracias a que medios de comunicación y organizaciones de la sociedad civil denunciaron en la primera década de los 2000 que las terapias de conversión sucedían en lugares que ofrecían tratamiento para adicciones. Sin embargo, lo más grave de esto, no era propiamente el hecho que existan estas terapias, sino la violencia que las víctimas relataban haber experimentado. Insultos, golpes, hacinamiento, manipulación, violaciones, entre otros, son solo algunas de las formas de maltrato que las víctimas relatan haber vivido dentro de estos centros. En virtud de la persistencia de tales prácticas, el presente trabajo tendrá por objeto de análisis los centros para tratamiento de adicciones que practican terapias de conversión, los cuales, en el caso ecuatoriano, fueron denominados por los medios como “centros de deshomosexualización”. Si bien esta última categoría no existe, es necesario resaltar que la idea que subyace en este nombre consiste en el internamiento de una persona para “quitarle” la homosexualidad.

Esta tesis tiene por objetivo principal analizar la responsabilidad del Estado sobre la existencia de las terapias de conversión que son practicadas dentro de estos centros para el tratamiento de adicciones. Para entender esto, será necesario analizar los antecedentes de estas terapias a nivel internacional, así como su aparición en Ecuador. Posteriormente, serán sistematizados los estándares que el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) ha emitido sobre la práctica de las terapias, para posteriormente, describir las actuaciones de las entidades estatales competentes para abordar esta problemática. Para el cumplimiento de estos objetivos, se llevó

a cabo una investigación bibliográfica de las diversas fuentes del DIDH, así como de la información que existe sobre la historia y la actualidad de las terapias de conversión. Para entender con mayor detalle el accionar del Estado y lo que le sucedieron a las víctimas fueron entrevistadas seis personas¹ a través de cuestionarios semiestructurados: tres activistas de derechos de personas LGBTI (Silvia Buendía, Efraín Soria y Jorge Medranda) que por su experiencia han tenido relación cercana con víctimas internadas en estos centros, el periodista Carlos Flores y dos informantes claves del Ministerio de Salud Pública y de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), instituciones centrales para el control de los establecimientos que ofrecen tratamiento para adicciones a sustancias.

Adicionalmente, para acceder a información oficial, se realizaron solicitudes a las dos instituciones señaladas (MSP y ACESS), así como a la Defensoría del Pueblo y al Consejo de la Judicatura. La pertinencia de solicitar información a la Defensoría radica en el hecho que es la Institución Nacional de Derechos Humanos del Ecuador y su trabajo está enfocado a la protección y tutela de los derechos fundamentales de las personas en el país, así como bajo sus competencias se a cargo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, previsto por el Protocolo Facultativo a la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos y Degradantes. En relación con el Consejo de la Judicatura, este es el órgano administrativo de la Función Judicial, y a través de este, se procuró acceder a los procesos judiciales iniciados sobre esta problemática.

En cuanto a la organización del trabajo, esta tesis estará dividida en tres capítulos, relacionados con los objetivos ya mencionados. En el primero, se hará una breve reseña de la aparición de estas terapias desde los ámbitos psicológico, médico y religioso, lo cual ha conllevado que persista una idea de patologización sobre la orientación sexual e identidad de género. Esto además será relacionado con la práctica de estas terapias en el Ecuador y la descripción del fenómeno de los centros a través de testimonios de víctimas que han sido documentadas en diversas fuentes. En el segundo capítulo se abordará la cuestión jurídica internacional, analizando las fuentes pertinentes del DIDH, así como la normativa comparada sobre las terapias de conversión. En el capítulo tercero se analizará la actuación estatal que permitirá dilucidar el cumplimiento de los estándares antes señalados. Al finalizar el texto, se realizará una reflexión general, a modo de conclusión, que permite verificar los estándares y las

¹ Las personas aquí detalladas consintieron en que sus datos sean presentados.

obligaciones internacionales que el Estado ecuatoriano aún mantiene pendientes por cumplir para abordar esta problemática.

Antes de cerrar esta introducción, es importante señalar que el presente trabajo no pretende problematizar específicamente sobre el estatus de víctimas de las personas que han estado internadas en los centros que practican terapias de conversión. Por las afectaciones que estas personas han sufrido, debido a las descripciones que serán analizadas con mayor detenimiento en la última parte del primer capítulo, es un hecho que sus derechos han sido vulnerados. El presente trabajo está enfocado en determinar el alcance de la responsabilidad estatal sobre estos hechos y, por lo tanto, es un análisis jurídico de las instituciones estatales y su forma de abordar esta problemática.

CAPÍTULO I

Las terapias de conversión: Contexto internacional y los centros de “deshomosexualización” en el Ecuador

Para abordar la cuestión de las terapias de conversión en el Ecuador es necesario considerar determinados antecedentes alrededor del mundo, especialmente para entender la forma en la que fue construida la patologización de la diversidad sexogenérica². El primer tema que será abordado en este capítulo tiene relación con un breve recuento histórico sobre la aparición de este tipo de terapias a nivel mundial, tanto desde el punto de vista médico-psicológico, así como religioso. A continuación, se realizará la particularización sobre las terapias ofertadas en el Ecuador, para centrarse en aquellos lugares que se han conocido como centros de “deshomosexualización”. En la parte final, se expondrán algunos relatos de víctimas que han estado internadas en estos centros con la finalidad de mostrar las afectaciones que han vivido.

I. Reseña histórica de la aparición de las terapias de conversión y la patologización de la diversidad sexogenérica

El principal antecedente histórico de lo que médicamente comenzaron a ser las terapias de conversión sucedió a finales del siglo XIX en Alemania, con la presentación realizada por el psiquiatra Albert von Schrenck-Notzing. Este profesional en 1899 aseguró haber brindado un exitoso tratamiento, a través de hipnosis y visitas a burdeles, para que un hombre deje de sentir atracción por personas de su mismo sexo (Blakemore, 2018). En la posición de este psiquiatra, la homosexualidad no era innata, ni una desviación genética, sino que se convertía en algún tipo de “debilidad patológica de la voluntad de resistir impulsos desviados sexualmente”, por lo que la consideraba como una condición adquirida que podía ser corregida (Sommer, 2012).

² En este trabajo, el término de “diversidad sexogenérica” es usado para abarcar las distintas manifestaciones de la orientación sexual e identidad y expresión de género. Sobre la cuestión de terminología y la dificultad que implica abarcar también a personas que no se identifican únicamente dentro de las categorías de “lesbiana”, “gay”, “bisexual” o “trans”, es posible revisar el informe de la CIDH (2015, párrs. 10-23), criterio aceptado para este trabajo por lo que decide usar este término que pretende englobar a la mayor cantidad de personas.

Adicionalmente, el término que comenzó a ser usado para esta época fue el de “inversión sexual” para referirse a la atracción homosexual (Sigusch, 2012).

En igual sentido, desde el área de la medicina se pensó en las causas de la homosexualidad como un problema hormonal, lo cual fue apoyado por el trabajo del endocrinólogo austriaco Eugen Steinach durante las primeras décadas del siglo XX. En su investigación, consideró que las hormonas influenciaban fuertemente en el comportamiento y en las características consideradas como femeninas o masculinas. Esto lo logró a través de sus pruebas en crías de cuyes, implantando ovarios en cuyes machos y testículos en hembras (Nuñez-Eddy y Turriziani, 2017). Esto conllevó que el siguiente experimento, en su trabajo *Conversión de la Homosexualidad a través del Intercambio de Glándulas de la Pubertad*³, explicara sobre el cambio de los testículos de un hombre homosexual por uno heterosexual, afirmando haber reemplazado así cualquier tendencia de atracción sexual hacia hombres (Blakemore, 2018; Nuñez-Eddy y Turriziani, 2017)

En el siglo XX, en Europa y Estados Unidos principalmente, fueron apareciendo diversas técnicas y estudios sobre la patologización de la diversidad sexogenérica. Así, un método usado fue el de la estimulación cerebral profunda, procedimiento que consiste en la introducción en el cerebro de electrodos conectados a un aparato neuroestimulador, el cual está diseñado para transmitir señales eléctricas. De esta manera, los electrodos estimulan eléctricamente determinadas zonas del cerebro dependiendo del propósito (U.S. National Library of Medicine, 2019). El médico estadounidense Robert Heath, en 1972, publicó su investigación respecto del uso de la técnica de estimulación cerebral profunda para el tratamiento realizado en un hombre homosexual, al cual denominó paciente B-19 (O'Neal, Baker y Glenn, 2017; Colvile, 2016). El tratamiento consistió en que el paciente presionara repetidamente un botón que activaba el neuroestimulador, el cual que estaba conectado en determinadas zonas del cerebro para provocar placer, mientras veía pornografía heterosexual y se masturbaba hasta alcanzar el orgasmo. Posteriormente, para alcanzar el éxito de su investigación, Heath y sus colegas consiguieron la aprobación judicial para lograr que B-19 mantenga relaciones sexuales con una trabajadora sexual contratada para este fin, lo cual ocurrió, mientras el paciente era monitoreado al recibir la estimulación cerebral. A este caso, Heath lo había denominado como exitoso para

³ Traducción propia de la fuente en inglés que lo nombra como "Conversion of Homosexuality through Exchange of Puberty Glands".

comprobar lo que comenzaba a ser conocido como terapia de conversión (O'Neal, Baker y Glenn, 2017).

Un método aún más invasivo consistió en el uso de la psicocirugía como forma de corregir la homosexualidad, la cual es entendida como “el procedimiento encaminado a la remoción quirúrgica o destrucción de vías neurales con el fin de influenciar el comportamiento o las emociones” (Carreño, 2007). Una de las técnicas que fue aplicada a varios pacientes enfermos psiquiátricos fue la lobotomía, cirugía que consiste específicamente en la “ablación total o parcial de los lóbulos frontales del cerebro” (RAE, 2019). Así, diversas investigaciones con sus respectivos resultados fueron publicadas para demostrar que, en efecto, la lobotomía era importante para cambiar el comportamiento de personas consideradas como desviadas sexualmente, con la finalidad de que puedan ser “socialmente recuperadas” (Banay y Davidoff, 1942). Se conoce que el Dr. Walter Freeman, mencionado como pionero en difundir ampliamente el uso de la lobotomía en Estados Unidos, de las más de mil lobotomías que practicó, se estima que alrededor del 40% las realizó en personas homosexuales (Scot, 2013).

Otra variante aplicada para ‘tratar’ la homosexualidad durante el siglo XX fue la terapia de aversión en sus diversos tipos. Inicialmente, estas terapias fueron pensadas para tratar problemas de adicciones como el alcoholismo u otras sustancias psicotrópicas, generando en el cuerpo un condicionamiento o impulso encaminado a generar un malestar generalizado combinado con sensaciones corporales desagradables para asociar la idea del consumo a este malestar (García, 1993). Las terapias de aversión estaban divididas en tres tipos dependiendo de su agresividad en el tratamiento: de sensibilización encubierta, químicas y eléctricas. Las primeras consisten en el uso de imágenes desagradables a través de la sugestión verbal al paciente, con lo cual la persona entra en un estado de relajamiento, durante el cual se le habla de escenarios desagradables relacionados con su adicción. Las segundas necesitan de sustancias químicas para su propósito, las cuales inducen al cuerpo a sensaciones de malestar, tales como vómitos, mareos, parálisis musculares temporales, incapacidad respiratoria, entre otras. El tercer tipo de terapias aversivas usan electrochoques en determinadas partes del cuerpo para lograr un cambio de conducta (García, 1993). Estas terapias fueron aplicadas a personas con la finalidad de que generen una aversión a la conducta sexual considerada como desviada, de tal manera, al mostrarles imágenes eróticas o pornográficas homosexuales, se les administraba tales drogas o se les enviaba los electrochoques (Williams, Marks y Pick, 2018).

A finales del siglo XX, otro de los pioneros en difundir las terapias de conversión, aunque retomando la perspectiva psicológica, fue Joseph Nicolosi, psicólogo que acuñó el término “terapia reparativa”. Este tipo de terapias son producto de entender a la orientación sexual⁴ y a la identidad de género⁵ como una cuestión conductual y que cualquier orientación no heterosexual es una enfermedad, inclusive cuando una persona siente disociación entre su género y sexo. Así, estas terapias “buscan ‘reparar’ el daño producido en el desarrollo psicosexual ‘cambiando’ la orientación sexual desenfocada”, asumiendo “que en todos los homosexuales está latente una heterosexualidad y que son infelices por su condición” (Montoya, 2006). El término ‘reparativo’, acuñado por su propulsor, implica que esta terapia busca reparar aquel trauma o problema en la vida de esta persona que hizo que cambie su conducta normal heterosexual y que le llevó a la enfermedad de su homosexualidad (Nicolosi, 1993).

Para mediados del siglo XX, la homosexualidad -masculina y femenina, así como cualquier tipo de pensamiento o muestra homoerótica- y la transexualidad, desde el punto de vista médico, eran consideradas desórdenes o enfermedades, a las cuales se les dotaba de “características patológicas” surgidas de los sujetos que habían sido estudiados, tal como lo afirma Lanteri-Laura, citada por Cornejo (2007). La Asociación Americana de Psiquiatría, para el año 1952, en su DSM I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* o *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*), consideraba a la homosexualidad como una alteración sociopática de la personalidad, que inclusive veía al hecho de que una persona se acepte como tal como parte de su patología (de la Espriella Guerrero, 2007).

II. El camino para eliminar la patologización

Si bien se llevó a cabo este control por parte de las áreas del conocimiento relacionadas con la salud que patologizaban cualquier conducta homosexual o transgénero, este punto de vista también fue cuestionado por determinados/as profesionales de la Medicina y la Psicología,

⁴ Por orientación sexual se puede usar la definición que ha dado la Asociación Americana de Psicología (APA, 2019), la cual señala que “es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros”.

⁵ La identidad de género “se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (Principios de Yogyakarta, 2016).

quienes, en esencia, se podría afirmar que fueron una minoría (Baughey-Gill, 2011). Uno de los primeros ejemplos que puede ser anotado es el del psiquiatra y sexólogo Kurt Freund, Este médico se interesó por las supuestas técnicas de reorientación sexual que a la época eran altamente populares, motivo por el cual, pacientes acudían a él con la finalidad de recibir algún tipo de terapia de aversión. Freund consideró que en los pacientes que atendió, no importaba el condicionamiento que hubieran recibido previamente, inclusive en aquellos que tenían matrimonios heterosexuales satisfactorios, ninguno mostró una reducción en la excitación sexual al recibir imágenes asociadas con la homosexualidad (Williams, Marks y Pick, 2018).

Asimismo, otros estudios pioneros que dieron insumos para la lucha por evitar la patologización de la diversidad sexual fueron llevados a cabo por el sexólogo Kinsey, en el Instituto de Investigación Sexual, alrededor de las décadas del 40 y 50 del siglo XX en Estados Unidos (Williams et. al., 2018: 10). En estos, Kinsey logró demostrar que la orientación sexual es una característica fluida, no inmutable, y que podría estar presente en aproximadamente el 10% de la población, así como ir cambiando a través de una escala categorizada en 6 niveles, variando desde una completa heterosexualidad a una completa homosexualidad (Kinsey, Pomeroy y Martin, 2003).

Por su parte, la psicóloga Evelyn Hooker, en 1956, ejecutó pruebas de personalidad estandarizadas tanto a un grupo de hombres que se identificaban como homosexuales y a otro que se consideraban heterosexuales para encontrar diferencias, debido a que, bajo su criterio, los estudios anteriores tenían un sesgo respecto a que la mayoría de pacientes homosexuales analizados habían buscado algún tipo de ayuda psiquiátrica. Posteriormente, estos resultados los presentó a un grupo de expertos para que determinen semejanzas y diferencias que existen entre los sujetos estudiados, y los resultados arrojaron que no había diferencias que puedan ser detectadas. Esto le permitió concluir que la homosexualidad no puede ser entendida como una “entidad clínica” o enfermedad mental (Santiago Hernández y Toro-Alfonso, 2010).

Como señala la autora Baughey-Gill (2011), tanto estos estudios como la incidencia de activistas como Frank Kameny⁶ y Barbara Gittings⁷ que confrontaron a las asociaciones

⁶ Frank Kameny fue una persona gay que fue empleado público estadounidense hasta 1957, año en el que, por razones de discriminación basadas en su orientación sexual, fue despedido. En 1961, funda un grupo de activistas en Washington D.C., y en la década de 1970 luchó contra la idea de patologización de la homosexualidad por parte de las asociaciones médicas en su país (Marcus & Burningham, 2019).

⁷ Barbara Gittings fue parte de la primera organización de lesbianas en Estados Unidos llamada DOB (*Daughters of Bilitis*, en español *Las Hijas de Bilitis*, en referencia al libro de poesía *Las canciones de Bilitis* del autor Pierre Louÿs que incluía poesía de amor lésbico (Encyclopedia.com, 2007)), y colaboró con la apertura de una extensión de la organización en Nueva York. Al conocer a Kameny, de quien

médicas y psiquiatras de la época en Estados Unidos, se logró que el 15 de diciembre de 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría removiera a la homosexualidad como un trastorno mental del DSM, lo cual fue apoyado por la Asociación Americana de Psicología, dos años más tarde en 1975 (APA, 2018). Adicionalmente, recién en el año 1991, la Asociación Psicoanalítica Americana aprobó una resolución que se oponía a la discriminación en contra de las personas homosexuales tanto en el ámbito público, como en el privado (Baughey-Gill, 2011). No fue sino hasta 1990 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió que la homosexualidad no debía ser considerada como una enfermedad psiquiátrica y, por lo tanto, quitarla de su lista de patologías (Redacción Público, 2017). Asimismo, la OMS consideraba a la transexualidad como un trastorno mental y del comportamiento, hasta mayo del 2019, fecha en la que afirmó que el término es el de ‘incongruencia de género’, catalogada así como una condición relacionada a la salud sexual, para evitar el estigma y la discriminación en perjuicio de las personas con distinta identidad de género (Redacción El Mundo, 2019). En su página web actual, la Asociación Americana de Psicología, después de 35 años de estudios científicos, señala categóricamente: “Los psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental concuerdan en que la homosexualidad no es una enfermedad, un trastorno mental ni un problema emocional” (APA, 2018).

A pesar de esto, es necesario destacar que psicólogos como Joseph Nicolosi (1993), mencionado anteriormente, ofertaba sus terapias catalogando aún a la homosexualidad, especialmente a la masculina, como un trastorno del desarrollo, pese a que asociaciones de profesionales habían ya emitido criterios sobre dejar de considerarla como un trastorno o una patología cuando él comenzó a ofertar sus “terapias reparativas”⁸. De tal manera, este control que sigue ejerciendo la medicina en el cuerpo y el estilo de vida de las personas no se ha quebrantado del todo, considerando que el hecho de que este tipo de terapias se siguen ofertando en otros contextos alrededor del mundo⁹, como lo que sucede en el Ecuador, lo cual será

admiraba su punto de vista sobre la filosofía de derechos de personas LGBT, colaboró con la lucha para alcanzar la remoción de la patologización de la diversidad sexual, con el apoyo de las organizaciones *Gay Liberation Front* y *Gay Activists Alliance* (Iovannone, 2018).

⁸ Una de la reseñas realizadas al libro de Nicolosi, señala que este psicólogo da una visión que permite ser “honesta y una ofrenda directa de esperanza para aquellos individuos deseosos de realizar ajustes relacionados con su identidad, deseos sexuales y crecimiento personal y social”, y arguye sobre la importancia de preocuparse por el homosexual no gay, quien no puede ser discriminado y debe tener la posibilidad de llevar a cabo una terapia que no le obligue asumir un estilo de vida gay que no quiere, ni está buscando (Payne I. R., 1993).

⁹ Por citar un ejemplo, una noticia del año 2017 en Rusia vislumbra los tratamientos ofertados para “curar la homosexualidad”, los cuales están basados en la hipnosis, autoayuda o señalando que la orientación sexual y diversidad de género puede ser asimilada a una adicción (Golubeva, 2017).

analizado posteriormente. Sin embargo, antes de especificar sobre la situación de este país, es pertinente referir otro tipo de terapias que han tenido una fuerte influencia para formar una imagen negativa de la diversidad sexogenérica, y que opera desde el ámbito religioso.

III. Las terapias de conversión enfocadas en lo religioso

La tradición de la religión católica ha tenido un rol fundamental para la persecución de los actos homosexuales, especialmente desde la aparición de la Inquisición (Boswell, 1980). La tradición judeocristiana ha entendido que la conducta no heterosexual y las actividades sexuales no reproductivas son pecaminosas y, por lo tanto, dañinas a la persona e indeseables para la sociedad (Ardila, 2007).

En la segunda mitad del siglo XX, una serie de movimientos evangélicos¹⁰ aparecieron en Estados Unidos propugnando la posibilidad de que las personas homosexuales podían cambiar y llevar vidas heterosexuales. Ejemplos de estos se puede ver en movimientos como *Love in Action* o *Exodus International*, los cuales usaban figuras específicas de personas que declaraban haber cambiado su estilo de vida después de haber encontrado a Dios, lo que les ayudó a adoptar una vida heterosexual, por lo que estas personas son conocidas como “exgay” (Schlanger y Wolfson, 2014; Santiago Hernández y Toro-Alfonso, 2010). El caso de *Exodus International* tuvo un alcance global apoyando a diferentes organizaciones alrededor del mundo, proponiendo la idea de “la liberación de la homosexualidad a través del poder de Jesucristo” (Payne, 2013).

La autora Wilkinson (2013: 62-64) recalca que lo relevante en el apareamiento de estos grupos y en su forma de operar a partir de redes de apoyo, las cuales se han conformado tanto a nivel

¹⁰ Sobre las y los fundadores de diversas órdenes evangélicas se pueden citar muchos ejemplos, tanto en Estados Unidos como en otras partes del mundo, incluyendo en la actualidad. Una de ellas es Janet Boynes, quien hoy por hoy maneja una serie de iglesias o ministerios bajo su nombre, y en la página oficial de estos, afirma que su organización se fundó debido a que “sintió el llamado de Dios en su vida para ayudar a quienes están atrapados en el pecado de la homosexualidad y añoran ser liberados, (...) para alcanzar a aquellos que luchan con deseos hacia personas del mismo sexo y disforia de identidad de género” (Janet Boynes Ministries, 2019) (traducción propia). Entre su testimonio para la campaña exgay llamada *#OnceGay* (traducción que equivaldría a *#AlgunaVezGay*, que supone que en algún momento lo fueron pero ya no lo son), indica que: “Finalmente, encontré lo que estaba buscando. Después de vivir un estilo de vida lésbico durante 14 años, encontré la libertad a través de Jesús” (Changed Movement, 2019) (traducción propia). Otro caso es el de Malena Mattos, una mujer peruana fundadora de CREHO, acrónimo para el Centro de Restauración de Homosexuales del Perú (Agencia La Voz, 2011), quien afirma que brinda “teoterapias”, basadas en la Biblia, ya que “La homosexualidad no es mala. ... Existe una alternativa para quien no es feliz así. La homosexualidad no es una opción de acuerdo con las Escrituras. Dios ha hecho hombres y mujeres, no ha hecho un tercer sexo” (Inzunza, 2010).

nacional como transnacional, es la construcción de un contradiscurso que se opone directamente al movimiento de activistas que promueven la garantía y reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI. Así, estas organizaciones cristianas evangélicas promueven la “repatologización de la homosexualidad”, mostrándola “como pecado y/o como enfermedad curable”. Uno de sus principales fundamentos para su discurso es la importancia que señalan sobre el libre albedrío y la responsabilidad personal (Wilkinson, 2013) para demostrar que es posible el cambio siempre y cuando la persona entienda lo que verdaderamente Dios quiere para ella. Inclusive, la postura que promueven afirma que la persona LGBTI no nace como tal, porque esta condición es un error, y Dios no comete errores, además que el apareamiento de esta condición se vincula con una inapropiada relación de afectividad con el progenitor del mismo sexo, y que generalmente, una de las causas para que una persona tenga sentimientos homosexuales es el abuso sexual acaecido durante la niñez (Cianciotto y Cahill, 2006 citados en Wilkinson, 2013: 65).

Las terapias ofertadas, si bien no tienen la misma agresividad de aquellas ideadas en el mundo médico durante los años cuarenta a setenta del siglo XX, usan generalmente métodos de variantes no clínicas, a través de “... sesiones de consejo individual, grupos de apoyo, a veces acompañado de los doce pasos, oraciones, y conversión religiosa”, de acuerdo con lo que señalan Cianciotto y Cahill, citados por Wilkinson (2013: 66). A pesar de esta afirmación, existe evidencia de que en otras ocasiones estas terapias se pueden ver entrelazadas, por lo cual, se podría hablar sobre una especie de agresividad combinada en la aplicación de estas terapias, porque operan en conjunto el lado médico y el religioso.¹¹

Sin embargo, pese a toda la propaganda que estas congregaciones manejan, la prensa ha documentado que en varias ocasiones líderes de estas comunidades se han retractado de sus declaraciones y han confesado abiertamente que no es posible dejar de ser homosexual. Para ilustrar este caso, se puede nombrar a la misma organización *Exodus International*, la cual al momento de su cierre, su entonces presidente Alan Chambers emitió una disculpa pública, mediante la cual aceptó que continuaba sintiendo atracción por hombres, y porque la organización fue parte “de un sistema de ignorancia que perpetuaba el daño” a la comunidad LGBTI (Payne, 2013).

¹¹ Por ejemplo, en el reportaje periodístico realizado por Inzunza (2010), se menciona que en la ciudad de Barcelona, España, la Policlínica Tibidabo, “ofrece pastillas y tratamientos a sus pacientes para dejar de ser gays”. Así, un médico de la comunidad evangélica solicitaba a uno de sus pacientes que rece cuando sienta atracción por personas de su mismo sexo y que se medique medicina psiquiátrica.

En el Ecuador, Wilkinson (2013) hace un recuento de cómo históricamente los grupos exgay surgieron en el país, especialmente a través de su investigación llevada a cabo en el grupo *Camino de Salida*, el cual es un afiliado a la cadena internacional perteneciente a *Exodus Global Alliance*, la rama internacional que aún opera de *Exodus International* señalada previamente. La autora indica que la razón de ser de la existencia de *Camino de Salida* está enfocada en el apoyo que pueden brindar a quien sienta atracción por personas de su mismo sexo. De esta manera, es posible corroborar que en su página web, esta congregación señala: “Somos un grupo cristiano dedicado a comunicar un mensaje de cambio a las personas que desean salir del estilo de vida homosexual, así como también a la iglesia y la sociedad, por medio de la esperanza, amor y plenitud de Cristo” (Camino de Salida, 2017).

A través de su trabajo antropológico, Wilkinson (2013) especifica en qué consiste el servicio que brindan, el trabajo que han realizado desde sus orígenes, así como las motivaciones personales para la fundación de esta agrupación. Señala, además, que este grupo difunde sus servicios a través de escuelas cristianas, eventos e iglesias, así como a través de programas televisivos y radiales cristianos. Sus convicciones están basadas en que la homosexualidad es un pecado, que no se trata de una cuestión biológica, sino espiritual y/o psicológica, y que puede y debe ser cambiada (Wilkinson, 2013: 87-88), lo cual se circunscribe a lo señalado previamente sobre los principios que defienden los grupos exgay. Si bien el objeto de este trabajo no consiste en analizar propiamente este tipo de servicios de acompañamiento que estos grupos realizan, resulta importante mencionarlos como una forma de terapia de conversión que actualmente se continúa practicando en diferentes partes del país.

Este tipo de terapias de conversión que se enfocan en lo religioso también existen en Ecuador y su pertinencia para mencionarlas en el presente trabajo resalta en el hecho de que contribuyen a fomentar una imagen que patologiza y condena la diversidad sexogenérica. Sus postulados retoman una posición en contra de lo que ha señalado la comunidad científica, como fue indicado en el apartado anterior, y además alientan a perpetuar un sistema que deslegitima cualquier tipo de defensa de los derechos de personas LGBTI.¹² Así, Wilkinson (2013: 132), al referirse a la organización *Camino de Salida* y su impacto en el Ecuador, señala que esta es una organización “pro-activa, pública, politizada, conectada y nutrida transnacional así como

¹² Esto particularmente se pudo comprobar después de la sentencia de la Corte Constitucional ecuatoriana que dio paso al reconocimiento del matrimonio entre personas del mismo sexo, hecho que provocó que congregaciones evangélicas y católicas protesten abiertamente en contra de esta decisión, solicitando la destitución de las y los jueces que fallaron a favor de este reconocimiento (Paucar, 2019)

nacionalmente”. Al respecto, afirma que esta organización “forma parte de un proceso activo de la introducción, circulación, y legitimación de la premisa –tanto dentro de los individuos como en la sociedad más amplia– que la homosexualidad debe y puede cambiar.” Esta posición claramente refuerza la idea de patologización que ha coadyuvado al apareamiento de fenómenos como el de los centros que ofertan terapias de conversión, los cuales serán analizados a continuación dentro del contexto ecuatoriano.

IV. Los centros de terapias de conversión en el Ecuador

1. Los lugares de terapias de conversión conocidos como centros de “deshomosexualización” y su relación con los establecimientos para el tratamiento de adicciones

Después de este recuento sobre las distintas terapias o tratamientos, es importante considerar que el fenómeno que sucede en Ecuador respecto de los centros de terapias de conversión se distingue porque estos funcionan como clínicas residenciales, lo cual probablemente sea un fenómeno aislado de este país (Wilkinson, 2013)¹³. En varios de estos lugares se entremezclan elementos tanto psicológicos como religiosos para la realización de terapias que pretenden la posibilidad de cambio de la diversidad sexogenérica. Por este motivo, han sido visibilizados por la prensa como centros de “deshomosexualización” (Flores C. , 2017; Redacción Notimérica, 2018; Brik, 2018; Morales, 2015; Televistazo, 2017; González, 2017). Estos centros funcionan como clínicas residenciales privadas para el tratamiento de adicciones a sustancias, por lo que requieren que la persona esté internada durante algunos meses. Según lo que señala Wilkinson (2013: 136), “los centros [a la diversidad sexogenérica] la colocan en la

¹³ No obstante, hay que considerar que, de acuerdo con la investigación documental realizada, en Guatemala, existen centros de recuperación para adicciones en donde se conoce que se ofertan terapias de conversión en conjunto con tratamiento para adicciones. En su reportaje, Pia Flores (2019) documenta varias de las vejaciones que han sufrido personas adictas a sustancias, así como personas homosexuales, en estos centros que son entidades privadas religiosas, y que su funcionamiento depende de la autoridad en materia de salud guatemalteca. Una de las principales similitudes con el caso ecuatoriano consiste en que el internamiento es completamente involuntario y la familia paga para retener a la persona en este lugar. Al respecto, Pressly (2014) también visibiliza la misma problemática, aunque no menciona el caso de ninguna persona LGBTI. También se conoce sobre campos religiosos en los que, generalmente, menores de edad, son enviados para que reciban terapia de conversión. En el peor de los casos en un campo de Sudáfrica, se han reportado la muerte de tres chicos después de haber sido maltratados como parte de su supuesto tratamiento (Marr, 2015).

misma categoría de las adicciones y los trastornos de conducta. Es decir, es concebida como un comportamiento, un vicio, y algo que se puede y se debe cambiar, igual a una adicción.”

De esta manera, para hablar sobre los centros de terapias de conversión es necesario remitirse a aquellos que fueron instituidos para actuar sobre el consumo problemático de sustancias. Los centros para el tratamiento de adicciones comenzaron a aparecer en Ecuador alrededor de los inicios del siglo XX y ofertaban terapias para personas que eran consumidoras de alcohol y otros estupefacientes. Probablemente, la primera casa de salud residencial fundada con este fin fue el Centro de Reposo y Adicciones en la ciudad de Cuenca, por el apoyo de la Universidad de Cuenca en 1967. Aproximadamente una década después, en 1978, en la ciudad de Quito, se fundó una “clínica de recuperación”, la cual ofrecía una terapia grupal y estaba administrada por el doctor Javier Velasco Terán (Wilkinson, 2013: 140).

Este mismo profesional, un año después, realizó una especialización en Estados Unidos, y al regresar en 1984, a las afueras de la ciudad costera de Guayaquil, fundó el Instituto Ecuatoriano de Adiccionología y Psiquiatría (INSECADI), gracias al cual comenzó a brindar sus servicios a pacientes que tenían problemas con el alcohol y las drogas. El INSECADI es fundamental para entender el tipo de terapias que se diseminaron a través de todo el país como uno de los principales modelos a seguir. Se conoce que este centro dio origen a un tipo de terapia conocida popularmente como “garroterapia”, haciendo alusión al garrote, por el maltrato que se ejercía sobre los pacientes al usar una “disciplina dura” (Wilkinson, 2013: 140). Según lo que ha sido señalado por una funcionaria del Ministerio de Salud, en esta clínica “... [s]í había maltrato. ... Utilizó un modelo muy ‘represivo’. Les encadenaban, les golpeaban, utilizaba la [sic] grillete. Y después, muchos centros eran así, porque muchas personas salieron de ese centro y abrieron sus propios centros” (Wilkinson, 2013: 141). Posteriormente, este tipo de terapias se fueron replicando alrededor de Ecuador, porque varias de las personas que salían de estos lugares, probablemente al no tener oportunidades laborales, decidían colocar su propio centro para poder ganar algo de dinero (Ibídem).

A partir de los años 90, se comenzaron a fundar, en diversas partes del país, centros de este tipo bajo la dirección de personas recuperadas que salían de otros centros. Adicionalmente, al no existir una entidad que cuente con el aparataje y recursos para controlar y fiscalizar a todos los centros que iban apareciendo, estos establecimientos escapaban del control estatal. Por este motivo, hasta el año 2010, se estimaba que su número sobrepasó los 200, los cuales comenzaron a disminuir a partir del control gubernamental que se ejercía de forma más estricta través del

Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), entidad que se constituyó en el año 1995 (Wilkinson, 2013: 144), pero que aparentemente en un inicio no alcanzaba a realizar un control estricto sobre estos lugares.

En marzo del año 2002, el INSECADI fue cerrado debido al maltrato de varios/as de sus pacientes, denuncias que también recayeron en contra de su director, el doctor Velasco Terán. Vale señalar que la influencia que tuvo este profesional en su modelo de rehabilitación de adicciones estaba enfocado en mostrar este problema como un asunto de “modificación de conducta –a veces de manera coercitiva–”, para generar “un proceso de que va más allá del tratamiento de una adicción a la (trans)formación y la producción de un sujeto normalizado” (Wilkinson, 2013: 145).

El mayor problema que ha existido en la última década consiste en la falta de información conectada entre las diferentes entidades estatales, lo cual ha dado paso a irregularidades en el control y falta de datos certeros sobre estos centros. De acuerdo con el análisis realizado por la organización Taller de Comunicación Mujer, para el año 2010, existían 205 centros, de los cuales “un 70,25% (144) ‘tiene información contradictoria que refleja irregularidades o que carecen de datos’. Cerca del 61,97% (125) de esos establecimientos ‘no tiene información sobre el permiso de funcionamiento’. Sólo 4,88% ‘registra que está en buenas condiciones’. El 54,15% (102) ‘no registra información sobre su situación legal’” (Wilkinson, 2013: 145-146). Asimismo, la situación puede ser peor en la región Costa del país, en la que el Ministerio de Salud ha asegurado que en Guayaquil existen 25 centros con permiso, pero 40 sin permiso, sin contar a aquellos que funcionan de manera clandestina, lo cual sumaría a más de 65 centros que existen en una sola ciudad. De esta forma, Wilkinson (2013: 46), en su estudio señala:

Estas cifras proveen un retrato del estatus actual de los centros de rehabilitación en Ecuador. Hay algunos que son profesionales, que cumplen con los reglamentos. Pero muchos se caracterizan por una falta de registro y regulación adecuada, están plagados de irregularidades y denuncias de maltrato. Además, algunos de estos han sido denunciados por la práctica forzada de alguna forma de ‘terapia reparativa’. Aunque no se sabe cuántos, se sabe de algunos casos específicos ...

Por lo anteriormente señalado, no se conoce con exactitud la cantidad de centros de recuperación de adicciones que podrían estar ofreciendo terapias de conversión, en los cuales la principal característica es el maltrato excesivo que han sufrido las y los internos (Brik, 2018; Taller de Comunicación Mujer, 2017). Además, una forma para categorizar estos centros según su estatus legal consiste en centros con permisos, sin permisos y totalmente clandestinos. Vale señalar también que la práctica de las terapias no es exclusiva de los centros que funcionan en

la clandestinidad, ya que, se conoce de establecimientos que pese a tener permisos legales han tenido denuncias por este motivo (Flores C., 2017; Flores y Rivas, 2019; Televistazo, 2017). La principal diferencia que se puede anotar con los anteriores tipos de terapias de conversión, especialmente en el ámbito religioso, es que el ingreso a este tipo de centros generalmente no depende de la voluntad del paciente, como será profundizado en el siguiente acápite, sino que implica un internamiento involuntario usualmente mediante el ejercicio de violencia (Flores C., 2017; Ortiz y Torres, 2008; Televistazo, 2017). Asimismo, estos centros implican un costo para el supuesto tratamiento que recibiría la persona, mientras que en las terapias ofrecidas por los grupos religiosos exgay, la asesoría y acompañamiento que brindan es gratuita. El costo promedio mensual del internamiento en uno de estos centros varía de 200 a 1250 USD, con un promedio estimado de 500 USD (Wilkinson, 2013: 151).

2. Los relatos de las vivencias de las personas que han sido internadas en los centros de terapias de conversión

De acuerdo con la investigación de Wilkinson (2013), no está claro desde cuándo ha sucedido el internamiento de personas en estos lugares, aunque los primeros casos visibles se dieron a conocer a partir del año 2000, gracias al trabajo de la Fundación Causana, la cual brindó asistencia y acompañamiento a dos mujeres lesbianas que habían ingresado en estos lugares. Sobre el tiempo de duración del tratamiento por adicciones puede variar aparentemente entre cuatro a ocho meses en los centros que tienen un estatus legal; sin embargo, en los centros clandestinos, en donde generalmente se ha encontrado la aplicación de terapias de conversión, el internamiento puede tomar mucho más tiempo. Así, se conoce de casos de personas LGBTI que en centros clandestinos han estado más de un año (Wilkinson, 2013: 151). Con excepción de un caso recogido por el reportaje de Televistazo (2017) y otro señalado en el reportaje de Ortiz y Torres (2008), todas las demás personas ingresan en estos lugares en contra de su voluntad, porque miembros de su familia cercana deciden internarles. Las personas internadas en estos lugares no tienen la posibilidad de consentir en su ingreso y menos aún, en conocer y consentir el supuesto tratamiento que recibirían.

Varios de los testimonios relatan que el internamiento puede ser a través de una “captura” que se organiza en complicidad con la familia, lo cual tiene un costo adicional a la pensión mensual pagada por mantener a la persona en el centro (Televistazo, 2017; Flores, comunicación personal, 2019; Buendía, comunicación personal, 2019). De lo obtenido en las entrevistas con

la y los activistas, Silvia Buendía, Jorge Medranda y Efraín Soria, aseguran sobre varios casos en los que han participado personas que usan métodos coercitivos para someter a quien será internado/a, y que estas personas actúan como parte del servicio que ofertan los mismos centros. Para ejemplificar se puede nombrar a uno de los testimonios relatados en el libro de Taller de Comunicación Mujer (2017: 26), quien indica cómo fue capturada cuando acudió al cumpleaños de su hermana:

Llegué donde mi ñaña¹⁴ y le encontré en la parte de afuera de la casa, había un taxi y mi ñaña me dijo que no me preocupara, se me acercó un señor, dos chicas y una señora quienes con malas palabras me dijeron que me callara y me subiera al carro, que no hiciera bulla que todos se iban a enterar. Yo solo veía a mi ñaña y le decía ‘¿qué estás haciendo?’, mi ñaña no me respondía, entró a la casa, cerró las puertas y el taxi arrancó. Intenté botarme del taxi y ellas me agredieron y me dijeron que me sentara, el taxista me dijo hasta de qué me iba a morir, que pararía el taxi y me enseñaría a respetar; que si no había aprendido a respetar él iba a enseñarme (Las cursivas pertenecen al original.)

Igualmente, un caso de captura está narrado en el libro de Wilkinson (2013: 184-185), en el cual, la víctima María Auxiliadora señala lo que le sucedió el 28 de mayo del 2011: “Me encierran obviamente a la fuerza, violentan el umbral de la puerta de mi habitación cuando vivía con mi madre y me llevaron cargada contra mi voluntad (...).”

En otros casos, la familia droga a las personas para llevarlas al centro. En el libro de Taller de Comunicación Mujer (2017: 14), al referirse a la visita de su hermana, narra una de las mujeres: “Estábamos paseando en mi carro cuando me invitó a un jugo, lo tomé y al despertar estaba en una clínica. Ni sabía qué era cuando me levanté. Después me explicaron que estaba en una clínica de rehabilitación para alcohólicos (...).” Además, el testimonio de un chico transmasculino refiere un caso similar cuando fue internado cuando todavía era menor de edad y estaba pasando por un tratamiento hormonal que lo descompensó:

... Tiempo después, me hice tratar y descubrí que mi cuerpo había dejado de producir progesterona porque había demasiada, entonces producía testosterona en exceso para compensar, todo era un caos y mi mami no sabía qué hacer. Decidió meterme a la clínica, yo tenía 15 años, un domingo estaba en la casa tomando café, cuando desperté ya estaba allí.

Lo primero que recuerdo es que era un lugar asqueroso y yo estaba ahí tirada, semidesnuda, sangrando ... (Taller de Comunicación Mujer, 2017: 20).

De esta forma, el consentimiento de la víctima difícilmente puede ser problematizado, porque simplemente no existe. No hay posibilidad de negociación respecto del supuesto tratamiento que recibirían, ni sobre el tiempo en el que habrían estado en estos lugares. No existe una

¹⁴ Palabra de origen quichua usada en Ecuador para designar a la hermana o hermano (ñaño).

posibilidad de llegar a un acuerdo, porque quienes consienten en su nombre son los mismos familiares que deciden el internamiento de estas personas.

Si bien estas formas de ingreso ya constituyen en sí mismas vejámenes, adicionalmente, todo el supuesto tratamiento que reciben está marcado por una excesiva violencia, siendo esta la tónica dentro de los centros de terapias de conversión, especialmente con la finalidad de someter a la persona y querer modificar su comportamiento (Arévalo, 2016; Taller de Comunicación Mujer, 2017). En palabras de Wilkinson (2013: 177), la violencia es entendida como parte del tratamiento para todas las personas internas, tanto para las personas LGBTI como para quienes están por problemas de consumo de sustancias. Por este motivo, aclara que el hecho de ser ‘adicto’ reemplaza al hecho de ser lesbiana, homosexual o trans, y la finalidad siempre radica en querer cambiar a la persona, porque se entiende que la orientación sexual y la identidad de género debe adecuarse a lo socialmente esperado y es similar a una situación de conducta como si de una adicción se tratara. Adicionalmente, indica que varios de los centros clandestinos en donde se ofrecen este tipo de terapias han tenido denuncias de maltrato, que “incluyen palizas, el uso no autorizado de drogas, incluyendo tranquilizantes y hormonas”, y que este maltrato no necesariamente va únicamente por lo físico, sino también por lo psicológico (Ídem: 163).

En el caso narrado por Arévalo (2016), se relata que a la víctima “le repetían que estaba ahí por homosexual, que lo metieron en una celda donde lo tenían amarrado”, así como le daban sedantes para mantenerlo adormecido y golpearlo. En otro testimonio sucedido con anterioridad y que lo reportan Ortiz y Torres (2008), se indica que una chica lesbiana que aceptó ser internada para que su familia no sufriera por su orientación sexual, la mantenían drogada todo el día con tres pastillas que la hacían tomar a diferentes horas. Estos son ejemplos de la forma en la que en ciertos centros se administran medicación que resulta no adecuada al no existir un cuadro médico específico, y que la única finalidad es colocar en estado de sedación a las personas internas.

En varios de los casos el hecho de que una persona haya sido internada por su diversidad sexual o de género conlleva un tratamiento diferenciado en cuanto a las formas de violencia que se ejercen en su contra. Así, por ejemplo, uno de los testimonios recabados por Wilkinson (2013: 178 – 179) narra sobre el maltrato que sufrió una mujer lesbiana, el cual consistía en permanecer aislada de sus otras compañeras, para después ser abusada sexualmente por uno de los guardias del lugar en el que se encontraba. Otras formas de maltrato también son especificadas: “Permanecer esposada por más de tres meses. Que te privan del alimento por más de tres o

cuatro días, que te esposan a un tubo en plena sala de terapia, que te esposan a un inodoro con la cara en el inodoro, esposado así, en donde toda una comunidad de sesenta personas necesita hacer sus necesidades” (CNN México, citado por Wilkinson, 2013: 178-179).

En el caso de una persona transfemenina, se relata que, aparte del maltrato físico que tuvo en su ingreso, inclusive sufrió una intervención corporal que nunca autorizó, debido a que le raparon la cabeza y le removieron los implantes que tenía en su pecho después de haberla drogado. Ella lo narra de la siguiente manera: “Yo estaba ya allí, cortado el cabello, todo eso, yo no sé qué droga me metieron, que me despierto yo sin la una prótesis de mis tetas.” (Wilkinson, 2013: 181). En otro relato de una persona transmasculina, se conoce que recibía terapias de electrochoque: “Aún tengo secuelas físicas, recibía todos los días descargas de electroshock, las de mediana intensidad, ni muy fuertes para dejarte noqueado ni muy bajas, sino las que dejaban alteradas tus neuronas. Hay momentos en los que todavía tengo sobresaltos musculares por todo lo que me produjo estar ahí.” Esta misma persona señala sobre el maltrato que vivieron sus compañero y compañera: “(...) a la otra chica la violaban siempre y yo tenía que contemplarlo todo el tiempo, era muy denso. Al otro chico también le hacían cosas terribles, le ponían hielo en los genitales, le introducían cosas en el ano y le decían ‘¿eso es lo que te gusta? ¿eso es lo que quieres para el resto de tu vida?’” (Taller de Comunicación Mujer, 2017: 21-22).

Similar maltrato vivió una persona transfemenina en otro centro en el que se encontraba con otras personas homosexuales, quien narra que le inyectaron hormonas y que le realizaban descargas de corrientes eléctricas en sus genitales:

[Me] preguntaban si era hombre o mujer. (...) Nos bajaban el pantalón. Nos tiraban agua entre las piernas y nos ponían cables pelados para pasarnos electricidad. Me aplicaron hormonas que me cambiaban la voz. Nos ponían videos de hombres y, si acaso teníamos una erección, nos pegaban. Nos levantábamos a las 05:30 y, si no habíamos cometido alguna infracción, nos daban desayuno. Nos aplicaron descargas eléctricas en las partes íntimas y en las manos. (Ortiz & Torres, 2008)

Como Wilkinson (2013) señala, todas estas son formas de la violencia con la finalidad de ejercer la disciplina sobre la persona, como “experiencias sexualizadas y marcadas por género” con la finalidad de obtener el cambio, ya que, se concibe que la identidad de género y la orientación sexual son producto de un trastorno de la conducta, como un hábito corregible y reemplazable a través de los métodos que cada persona encargada de estos centros considera que son los más “apropiados”.

Un ejemplo más de esto se realza en el testimonio de Alina, una mujer lesbiana a quien le obligaran a que se comporte de manera “femenina” y que se vista como trabajadora sexual (Wilkinson, 2013: 187). En el relato de una persona a la que le obligaron a usar el vestido pequeño de una de las compañeras que tenía en el centro y que era trabajadora sexual, la víctima lo consideraba como algo humillante por la asociación que hacían en el centro de la terapia de conversión como si ella quisiera ser hombre, y a lo que se suma el hecho que le obligaban a exponer su cuerpo vestido de esta forma al frente de sus compañeros. En palabras de esta víctima, se puede conocer:

Cuando dije, ¡Me quitan éste [sic] vestido, no quiero este vestido, esto es un abuso, comencé a gritar y a llorarles, y a decirles que no me iban a cambiar, y que le contaría todo a mi papá! Y ellos me gritaron y me dijeron: Tú aquí no puedes decir nada, tú tienes que aceptar todo lo que se diga aquí, así que tú vas ha [sic] estar con ese vestido y punto, y en gritos [...] Estaban haciendo algo que yo no quería hacer, yo les decía: creen que me visto con pantalones porque yo quiero ser hombre, yo no quiero ser hombre, yo se [sic] que soy femenina, yo se [sic] que soy una mujer, por qué tienen que humillarme de esta manera. Ellos me decían: tú sólo tienes que aceptarlo nada más y cuándo se te diga que ya no usas el vestido, no lo vas a usar. Eso fue humillante, sentía que pasaba el tiempo y empezaba a creer lo que ellos me decían, marimacha, me comencé a sentir mal con el hecho de ser lesbiana, ¡realmente me comencé a sentir mal y con todas esas cosas que pasaron y el rechazo! (CEDES, 2005)

En su testimonio se relata también el acoso que vivió por parte de uno de sus compañeros. Este compañero realizaba alusiones para que ella pueda lograr el cambio de su orientación sexual a través de mantener relaciones sexuales con él. La víctima señala: “(...) Incluso un compañero me comenzó a acosar -los terapeutas le habían dicho que lo hiciera- yo le gustaba y me dijo: yo puedo hacerte el amor, tú vas a saber lo que es una penetración, si tú estas [sic] conmigo, estoy seguro de que te van a gustar los hombres y eso era tan asqueroso (...)” (Ídem, 2005).

Esta violencia está reforzada con la idea de minimizar y degradar a las personas de la diversidad sexogenérica. Las humillaciones y vejaciones descritas en muchas ocasiones tienen la principal finalidad de reforzar una idea de rechazo por su identidad para adecuarla a lo que socialmente se puede esperar de ellas. Por su parte, en el mismo relato de la chica que sufrió acoso y que le obligan a usar la ropa de su compañera trabajadora sexual, describe la manipulación a la que fue sometida usando cuestiones afectivas con su familia, particularmente su madre porque ansiaba que su hija cambie:

... Me llamaron a la terapia, me hicieron cruzar al frente y me dijeron que yo era una asesina con mi mamá, (...) Me decían, por favor mira a tu mamá como sufre, ¡cambia!. Entonces, vieron mi debilidad, porque yo adoro a mi familia. Ahí dentro yo no tenía personalidad, no tenía decisión, ya no sabía qué hacer. Me hicieron sentir que yo estaba haciendo daño a mi familia, como si yo fuera una persona mala (CEDES, 2005).

En el caso de una de las personas que acompañó la activista Buendía (comunicación personal, 2019) y por información documentada en medios (Arévalo, 2016), estas terapias en estos centros también conjugan elementos religiosos de las terapias de conversión señaladas anteriormente. Por ejemplo, en el caso de Zulema C., en el centro ubicado en la ciudad del Tena en el que estuvo internada, “le decían que su orientación sexual era una enfermedad, la hacían leer la Biblia mientras le repetían que ella era una degenerada.” En la experiencia que tuvo María Auxiliadora (CEDES, 2005), ella relata que había un psicólogo “que [l]e quería curar poniendo la mano en la Biblia, decía que era parte del tratamiento”.

Con todos los anteriores testimonios queda completamente claro que el centro obtiene el control absoluto de la persona, de su cuerpo, su comportamiento, su libertad, e inclusive con este último correspondería también decir que de sus ideas. La finalidad del centro de terapia de conversión pretende someter a la persona para ajustarla al daño que le hacen y creer que en efecto debe cambiar para ser parte del sistema heteronormativo¹⁵, mezclando violencia con elementos religiosos. Los centros, de esta manera, se constituyen en entes de control para quebrantar la dignidad de la persona, con la finalidad de modificarla y adecuarla a lo que su familia y la sociedad espera de ella. Además, que la denigración va directamente ligada a su situación de diversidad sexogenérica, legitimándose también prácticas como el acoso y la violencia sexual, propias de una sociedad machista y violenta.

Así, es claramente visible la vulneración de derechos que estas personas han vivido, en varias dimensiones. El hecho que una persona esté privada de libertad, sometida a niveles de violencia física, psicológica, e inclusive en muchos casos, sexual, es una práctica que conlleva la pérdida de la dignidad, que responde a quebrantarla como sujeto, poniéndola en una situación del ‘no-ser’, siguiendo lo que ha establecido Fanon (Grosfoguel, 2012)¹⁶. Este autor indica la dicotomía entre la *zona del ser* y la *zona del no-ser*, porque en la sociedad que oprime existen sujetos que se localizan en la línea superior de lo humano, *zona del ser*, mientras que quienes son oprimidos se encuentran en el lado inferior, en la *zona del no-ser* (Grosfoguel, 2012). En la *zona del ser* están todos/as quienes pueden ser sujetos plenos, con acceso a derechos, pero en la *zona del no-ser* existe una negación de la humanidad, por lo tanto, se coarta la posibilidad de realización,

¹⁵ Según lo que señala la CIDH (2015), el término de *heteronormatividad* “se refiere al sesgo cultural a favor de las relaciones heterosexuales, conforme al cual dichas relaciones son consideradas “normales, naturales e ideales” y son preferidas sobre relaciones del mismo sexo o del mismo género” (párr. 31).

¹⁶ Si bien los trabajos de Fanon están principalmente ligados al racismo y la discriminación en razón de la etnia y el color de la piel, las categorías que aplica entre las dos zonas, *del ser* y *del no-ser*, resultan útiles para relacionarlas con la situación de los centros de terapias de conversión.

de derechos y dignidad (Grosfoguel, 2012). Para quienes están de este lado, resulta imposible la realización de su dignidad dentro de esa sociedad que oprime, que en este caso busca su cambio y que, además, resulta que esta sociedad está representada por las propias familias de las víctimas. Es la familia la que les han expuesto a vivir las degradaciones y vejaciones que han experimentado. La víctima del centro de terapia de conversión termina convirtiéndose en la no-persona, en alguien no-digno, particularmente por su orientación sexual e identidad de género.

Por lo analizado en este capítulo, está claro que los lugares conocidos popularmente como centros de “deshomosexualización” se constituyen en una forma más que persigue la patologización de la diversidad sexogenérica, pese a todos los pronunciamientos médicos, psicológicos y psiquiátricos que existen a nivel internacional, de tal forma, es un problema que afecta principalmente a este grupo de personas. Estos centros, no solo brindan supuestas terapias que quieren cambiar a la persona desde una idea supuestamente científica, sino que también se promulga una idea de que la orientación sexual y la identidad de género dependen solamente de la conducta y la voluntad de la persona para “corregirlas”. Además, en varios de los casos se involucran elementos religiosos para convencer a la persona de que esto es lo que “necesitan” para que la sociedad y su familia las acepte. Claramente, la sola idea de que una persona pueda ser sometida a este tipo de tratamiento es algo que no puede ser avalado por ninguna política estatal. Sumado a ello, se ve el problema de la facilidad con la que aparecen los centros clandestinos que se encuentran afuera de todo tipo de control gubernamental. Resulta necesario, entonces, verificar los derechos involucrados a la luz de los estándares internacionales para entender el alcance de la responsabilidad del Estado sobre este tema y para analizar jurídicamente las actuaciones que ha implementado.

CAPÍTULO II

Marco jurídico internacional y las terapias de conversión: Derecho Internacional de los Derechos Humanos y Derecho comparado

Para entender cómo ha sido abordado el fenómeno de las terapias de conversión en el ámbito jurídico ecuatoriano, resulta necesario primero entender cómo el ámbito internacional ha dado tratamiento a este tema desde en la perspectiva de los derechos humanos considerando sus diversas fuentes, particularmente las convencionales y doctrinarias. De tal forma, en este capítulo se acudirán a la normativa existente en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) respecto a los derechos fundamentales a la integridad en conjunto con la libertad física, a la salud y a la igualdad y no discriminación. Posteriormente, se realizará un análisis interrelacionado de estos derechos, a través de un recuento de los pronunciamientos hechos por expertos a nivel internacional. Este análisis tendrá por finalidad de entender los diversos estándares internacionales que se encuentran en conflicto con la existencia de los centros en donde son aplicadas las terapias de conversión. Posteriormente, serán mencionados los pronunciamientos emitidos a nivel regional europeo¹⁷ más las distintas legislaciones que han sido emitidas por otros países sobre este tipo de terapias. Finalmente, se analizarán los pronunciamientos que específicamente han sido emitidos para Ecuador desde los órganos de tratados del DIDH.

I. Estándares generales sobre integridad, libertad física, salud e igualdad y no discriminación¹⁸

1. Derecho a la integridad personal y la libertad física

El derecho a la integridad está reconocido en instrumentos universales y regionales, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (en adelante, Declaración Universal o DUDH)

¹⁷ El sistema europeo ha sido elegido debido a que es el otro sistema regional, aparte del interamericano, que ha emitido pronunciamientos sobre la patologización de la diversidad sexogenérica.

¹⁸ Para esta sección de este capítulo serán tomados en cuenta aquellos tratados y órganos que son aplicables para Ecuador, considerando que haya ratificado el instrumento internacional pertinente o reconocido la competencia del organismo.

(ONU, 1948) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en adelante, PIDCP) (ONU, 1966)¹⁹. En la Declaración Universal, el derecho a la integridad se encuentra formulado de la siguiente forma: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. Además, el artículo 7 del PIDCP a esta fórmula añade que “nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”. Esta última disposición cobra especial relevancia para el caso analizado, debido a que en la gran mayoría de casos sobre personas internas en estos centros de recuperación de adicciones para recibir las terapias de conversión no han brindado su consentimiento, como fue mencionado en el capítulo previo.

Por otra parte, el derecho a la libertad personal se encuentra en el artículo 9 de la DUDH (ONU, 1948). El PIDCP también en su artículo 9 reconoce este derecho en conjunto con la seguridad y lo relaciona con el poder estatal en el ámbito penal. Al respecto, el órgano que supervisa el cumplimiento del PIDCP, el Comité de Derechos Humanos, ha señalado en su Observación General No. 35 sobre libertad personal (2014) que es obligación de los Estados erradicar prácticas anticuadas sobre salud mental y privación de libertad, por lo que señala: “El Comité pone de relieve el daño inherente de cualquier privación de libertad y también los daños concretos a que pueden dar lugar las situaciones de hospitalización involuntaria.” (párr. 19) Si bien las disposiciones de este párrafo las relaciona directamente con el internamiento de personas con discapacidad psicosocial, para el tema de estudio cobra relevancia debido al control que el Estado debe realizar para aquellas privaciones que terminan asimilándose a hospitalizaciones involuntarias, tal como en el presente caso.

Respecto a las disposiciones sobre integridad por parte del Comité de Derechos Humanos, este órgano sólo había emitido la Observación General No. 20 (1992). Sin embargo, esta no profundiza en el desarrollo e interpretación de este derecho, como lo hace en sus posteriores Observaciones relacionados a otros temas. Es necesario rescatar que la prohibición de tortura no abarca solo lo físico, si no también lo moral (párr. 5), así como el Comité a través de su Observación General, insta a los Estados al control sobre experimentos médicos o científicos no consentidos (párr. 7).

En relación con el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (en adelante, SIDH o Sistema Interamericano), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (en adelante, Declaración Americana) (OEA, 1948) no contiene específicamente el derecho a la

¹⁹ De acuerdo con la página oficial de Naciones Unidas (2019), el tratado fue ratificado por Ecuador el 6 de marzo de 1969.

integridad como sí lo contempla la Declaración Universal. Sin embargo, en el artículo I hay una mención más genérica relacionada con el derecho a la vida y la seguridad personal, señalando: “Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Adicionalmente, la Declaración Americana contiene disposiciones relacionadas a la libertad física y protección contra detenciones arbitrarias (artículo XXV).

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante, CADH o Convención Americana) (OEA, 1969)²⁰ en su artículo 5 contiene un desarrollo que abarca otras dimensiones de la integridad y menciona específicamente el respeto a la integridad física, psíquica y moral. Adicionalmente, contiene disposiciones determinadas para personas privadas de la libertad (numerales 2, 4 y 5) y la imposición de penas (numerales 3, 5 y 6). Las disposiciones aplicables que pueden ser consideradas para el caso de los centros en donde ofrecen terapias de conversión son las correspondientes a la protección de integridad en contextos de privación de libertad, pese a que la limitación de la libertad que viven las personas LGBT en estos centros no corresponde al sentido tradicional de imposición de una pena por el cometimiento de un delito.

Especialmente, sobre el derecho a la integridad, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, Corte IDH o Corte Interamericana)²¹ ha tenido un desarrollo jurisprudencial amplio. La violación al artículo 5 de la CADH ha sido determinada en diversos casos, en los cuales la Corte IDH ha lidiado principalmente en casos que a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos constituyen tortura (*Caso Tibi vs. Ecuador, 2004; Caso Maritza Urrutia vs. Guatemala, 2003*). Sin embargo, sobre el concepto de tortura se hará una especificación en un acápite más adelante, considerando fuentes específicas del Sistema Universal como del Interamericano que abordan este tema en conjunto con las terapias de conversión.

En relación con la libertad física o personal, la CADH reconoce este derecho en su artículo 7. Además de un contenido genérico, la Convención Americana brinda una serie de garantías para evitar y prevenir la privación de libertad arbitraria y sobre los recursos que los Estados deben poner a disposición para garantizar este derecho. En particular, el Sistema Interamericano en sus principales tratados se ha enfocado en la privación de libertad como un acto estatal, ya sea por un tema penal o como una medida administrativa, pero propiamente relacionada a

²⁰ De acuerdo con la página oficial de la Organización de los Estados Americanos (en adelante, OEA) (2019), el Ecuador ratificó este Convenio el 12 de agosto de 1977.

²¹ Ecuador ha reconocido la competencia contenciosa de la Corte Interamericana desde el 24 de julio de 1984 (OEA, 2019).

tratamientos médicos, no ha existido un desarrollo específico. No obstante, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH o Comisión Interamericana) ha emitido los *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas* (2008). Este documento contiene 25 principios que los Estados deben considerar al momento de proteger y garantizar los derechos de este grupo de personas. Así, esta protección no abarca únicamente a las personas que se encuentran en cárceles o centros de rehabilitación social, sino que su concepto es mucho más amplio:

A los efectos del presente documento, se entiende por ‘privación de libertad’:

‘Cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre esta categoría de personas, no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio, apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas’. (Disposición General)

De esta manera, la protección que este documento brinda es bastante amplia, enfocándose en los distintos contextos de privación de libertad que pueden existir para que los Estados puedan salvaguardar de forma adecuada a las personas bajo su jurisdicción. Sin embargo, resulta pertinente aclarar que este documento aplicaría para los contextos en los cuales la privación de la libertad es resultado de la orden de una autoridad, ya sea esta, judicial, administrativa o de cualquier otra índole, tal como lo menciona el texto transcrito supra. Asimismo, esta definición aclara que protege a las personas que se encuentran bajo “la custodia y responsabilidad” de una serie de instituciones que tenga por objetivo la privación de libertad. Sobre el Principio X, que contiene el derecho a la salud, este menciona en uno de sus acápites: “El Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad.”

En consonancia con lo anterior, otro estándar que habla sobre la protección de la vida e integridad de personas que se encuentran privadas de la libertad en contextos de prestación de servicios de salud mental se encuentra en el caso emblemático resuelto por la Corte IDH, *Ximenes Lopes vs. Brasil* (2006). Los hechos del caso se refieren a la institucionalización del

señor Diamão Ximenes Lopes, un paciente con una discapacidad mental, quien había sido ingresado en la Casa de Reposo Guararapes, un centro privado de atención psiquiátrica. Dos días después de su ingreso, el interno falleció debido a las malas condiciones a las que se vio expuesto y al maltrato que recibió. Al respecto, la Corte Interamericana constató las pésimas condiciones del lugar, tanto higiénicas como sanitarias, y el contexto de violencia en el que se encontraban las personas ahí internas (párr. 120). Por este motivo, la Corte IDH se pronunció sobre el alcance de las obligaciones del Estado en materia de protección a la vida e integridad, cuando una persona se encuentra en una institución privada adscrita al sistema nacional de salud, frente a lo cual señaló la obligación de regular y fiscalizar a estas casas de salud:

El Tribunal ha establecido que el deber de los Estados de regular y fiscalizar las instituciones que prestan servicio de salud, como medida necesaria para la debida protección de la vida e integridad de las personas bajo su jurisdicción, abarca tanto a las entidades públicas y privadas que prestan servicios públicos de salud, como aquellas instituciones que se dedican exclusivamente a servicios privados de salud (...). En particular, respecto de las instituciones que prestan servicio público de salud, tal y como lo hacía la Casa de Reposo Guararapes, el Estado no sólo debe regularlas y fiscalizarlas, sino que además tiene el especial deber de cuidado en relación con las personas ahí internadas.

Debido al incumplimiento de la fiscalización y control que debían haber ejecutado las autoridades, pese a que tenían conocimiento sobre los hechos que ocurrían en este lugar, la Corte determinó la responsabilidad del Estado de Brasil por incumplir “su deber de cuidar y de prevenir la vulneración de la vida y de la integridad personal, así como su deber de regular y fiscalizar la atención médica de salud”. Determinó, por lo tanto, que se vulneraron los deberes derivados de los derechos a la vida e integridad contenidos en la CADH (párr. 146). Tomando este estándar como antecedente, la Comisión Interamericana se pronunció de manera similar en su *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de la libertad en las Américas* (2011), y estableció lo siguiente:

La CIDH considera que con respecto a las personas privadas de libertad, en sentido amplio, los deberes del Estado de regulación y fiscalización de la asistencia de salud prestada por agentes privados es aun mayor, precisamente en función de la posición especial de garante en la que se coloca el Estado frente a las personas sujetas a su custodia (párr. 532).

Por su parte, dentro del Sistema Universal ha sido emitido el documento *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos*, conocidas también como *Reglas Nelson Mandela* (2016). No obstante, este documento está específicamente direccionado para las personas que se encuentran privadas de la libertad en el sistema penitenciario. Además, para

mayor especificidad, existen reglas similares para la protección de niñez y adolescencia privada de la libertad²² y para mujeres²³.

Por lo anterior, el Sistema de Naciones Unidas ha emitido algunos estándares para la protección de personas privadas de la libertad, pero estos han estado principalmente dirigidos al ámbito penitenciario o de justicia. Sin embargo, el Sistema Interamericano en particular ha considerado un concepto más amplio sobre libertad personal y ha determinado un alcance mayor sobre la protección, control y fiscalización que el Estado debe brindar sobre diferentes instituciones que fácticamente evitan que la persona pueda disponer de su libertad. Ahora bien, después de haber mencionado las cuestiones que abarcan la privación de la libertad en conjunto con la protección de la integridad, vida y salud, resulta necesario analizar los estándares específicos sobre el derecho a la salud.

2. Derecho a la salud

El derecho a la salud se encuentra reconocido en distintos instrumentos internacionales, tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, PIDESC) (ONU, 1966)²⁴, en su artículo 12, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, Protocolo de San Salvador) (OEA, 1988)²⁵, en su artículo 10. El PIDESC específicamente señala: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y menciona una serie de medidas que los Estados deben adoptar en relación con la reducción de la mortalidad

²² En el caso de niñez y adolescencia se puede nombrar a las *Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de la Libertad* (ONU, 1990). Vale aclarar que, en este documento, el concepto que se utiliza sobre privación de libertad no refiere únicamente al ámbito penal, sino que se encuentra expresado de manera general, señalando: “Por privación de libertad se entiende toda forma de detención o encarcelamiento, así como el internamiento en un establecimiento público o privado del que no se permita salir al menor por su propia voluntad, por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u otra autoridad pública”.

²³ En el caso de mujeres existen, por ejemplo las *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes*, conocidas también como *Reglas de Bangkok* (ONU, 2011), a través de las cuales se hace mención a varias necesidades específicas para la atención de mujeres que se encuentran privadas de su libertad en el sistema penitenciario.

²⁴ De acuerdo con la página oficial de Naciones Unidas (2019), el tratado fue ratificado por Ecuador el 6 de marzo de 1969.

²⁵ De acuerdo con la página oficial de la OEA (2019), el Ecuador ratificó el tratado el 2 de octubre de 1993.

infantil, la higiene en el trabajo y del medio ambiente, la prevención y tratamiento de enfermedades, así como la creación de condiciones para asistencia y servicios médicos.

Adicionalmente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, Comité DESC)²⁶, en su Observación General No. 14 (2000) ha señalado que el derecho a la salud “debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” (párr. 9). Si bien la OMS en su Constitución (1946), señala que la salud es “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, el Comité DESC (2000) aclaró que el derecho a la salud no puede ser entendido como el derecho a estar sano. Al no ser equiparables ambos conceptos, la salud -entendida como derecho y no como estar sano- implica, tanto libertades como derechos. Entre las libertades figuran el no ser sometido/a ningún tratamiento médico sin el consentimiento, ni a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Por su parte, los derechos incluidos se relacionan con la posibilidad de disponer de un sistema de protección de salud con igualdad de oportunidades, el derecho de prevención y tratamiento de enfermedades, acceso a medicamentos esenciales, acceso igual y oportuno a servicios básicos de salud, la participación de las personas en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones de salud (OMS; ACNUDH, 2008).

Es necesario señalar que el Comité DESC, en la Observación General No. 14 (2000) ha determinado el alcance de las obligaciones estatales en relación con el derecho a la salud, y así, ha señalado cuatro elementos esenciales que deben ser considerados para la mejor garantía de este derecho, los cuales son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (párr. 12). Para este trabajo, principalmente es necesario considerar estas dos últimas dimensiones, a las cuales, el Comité ha definido de la siguiente manera:

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (párr. 12)

²⁶ Órgano especializado de Naciones Unidas para la supervisión del PIDESC, de acuerdo al Protocolo Facultativo del PIDESC, el cual fue ratificado por Ecuador el 11 de junio del 2010 (ONU, 2019).

De tal forma, es necesario entender que cualquier tipo de servicio médico debe ser aceptable y de calidad, lo cual implica un respeto de la ética médica y de todas las minorías. A la par, los servicios médicos deben ser respetuosos del enfoque de género, gracias al cual se permite visibilizar las situaciones inequitativas entre hombres, mujeres, así como de personas que se identifican con orientaciones sexuales distintas a la heterosexual y de personas con identidades de género no binarias (Parra Vera, 2009). Asimismo, cualquier tipo de terapia debe cumplir estándares de calidad, lo cual significa que, cualquier tratamiento o servicio sea científicamente apto o aprobado para el fin que se propone.

a. Obligaciones específicas de los Estados en materia de salud

El Comité DESC (2000: párr. 33 - 37) ha hecho referencia a tres obligaciones sobre el derecho a la salud, las cuales con respetar, proteger y cumplir. De manera detallada, la obligación de respeto implica que el Estado se abstenga de imponer prácticas discriminatorias o de impedir el acceso a cualquier tratamiento médico y/o información relacionada a la salud, incluyendo temas de educación sexual. También obliga a que el Estado no realice prácticas que pongan en riesgo la salud de las personas. Asimismo, el respeto conlleva que el Estado no ejecute acciones discriminatorias en perjuicio de ningún grupo para el acceso a los servicios de salud, así como también que se abstenga de prohibir “cuidados preventivos, prácticas curativas o medicinas tradicionales”. Los Estados tampoco pueden imponer tratamientos coercitivos “salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas.” (párr. 34) Igualmente, el respeto obliga a que los Estados no limiten el acceso a anticonceptivos o medios para mantener la educación sexual y genésica, ni tampoco la participación de las y los ciudadanos en asuntos relacionados a la salud. Otra obligación que se deriva del respeto consiste en la prohibición de contaminar o liberar sustancias nocivas para la salud de las personas.

Por otra parte, la obligación de protección implica adoptar leyes y medidas que permitan velar por el cumplimiento del derecho, así como fiscalizar que la privatización de los servicios de salud no afecte ninguna de las características esenciales de este derecho. Otra obligación que se deriva consiste en que los Estados supervisen que las prácticas tradicionales o sociales no sean nocivas contra la salud de las personas y que impidan que terceros obliguen a otras personas realizarse tales prácticas. De igual forma, parte de la protección conlleva que se adopten “medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en

particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género” (párr. 35). Los Estados en su obligación de proteger igualmente deben velar que terceros no limiten el acceso a la información y servicios de salud en perjuicio de otras personas.

Finalmente, en cuanto a la obligación de cumplir, los Estados deben mantener un reconocimiento suficiente del derecho a la salud en sus ordenamientos jurídicos y políticas. Además, los Estados deben aplicar una política integral, que incluya formación del personal médico, creación de instituciones e implementación de programas específicos dirigidos a grupos en situación de vulnerabilidad. El sistema del seguro de salud que resulta fruto de esta obligación debe ser asequible para todas las personas y fomentar la educación en esta materia. Asimismo, el cumplir obliga a que los Estados adopten políticas que combatan la contaminación y sus efectos nocivos, así como los accidentes y enfermedades laborales. La obligación de cumplir puede ser también subdividida en otras dos categorías que son el facilitar y el promover, las cuales consisten en la adopción de medidas positivas que permitan que personas que no estén en las condiciones de ejercer un derecho por sí mismas puedan acceder a este. En cambio, parte de la obligación de promover conlleva fomentar el reconocimiento de factores que permitan resultados positivos para el mejoramiento de condiciones de salud, supervisar que los servicios de salud cumplan con los estándares mencionados, que exista una difusión de información apropiada, entre otras.

Existen también otras obligaciones relativas al derecho a la salud, las cuales tienen relación con otros principios sobre derechos humanos. Estas obligaciones han sido principalmente conceptualizadas por otros organismos internacionales como la Corte Interamericana. Por ejemplo, una de las obligaciones desarrolladas tiene que ver con el principio de progresividad y no regresividad. Así, en el caso *Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala* (2018), en el cual la Corte IDH se pronuncia sobre la falta de una política adecuada para la atención de las personas que viven con VIH, y específicamente, sobre la dimensión progresiva de los DESC contenida en el artículo 26 de la Convención Americana. En este caso, la Corte “reconoce una cierta gradualidad para [la] realización” de estos derechos, así como “la mejora efectiva de las condiciones de goce y ejercicio” de estos, razón por la que la inactividad del Estado en materia de salud se encuentra prohibida bajo la protección internacional de estos derechos. Esta Corte concluye en este caso que “el Estado incumple sus obligaciones convencionales de realización progresiva al no contar con políticas públicas o programas que de facto –y no sólo de jure– le

permitan avanzar en el cumplimiento de su obligación de lograr la plena efectividad del derecho a la salud.” (párr. 146)

3. Derecho a la igualdad y no discriminación

Tanto en el Sistema Interamericano como en el Universal han existido convenios específicos sobre la discriminación. Especialmente, en el Sistema ONU, estas convenciones han versado sobre grupos humanos o categorías específicas, tales como mujeres, personas con discapacidad, cuestiones raciales, migrantes, por nombrar algunos. Esto sin perjuicio de las cláusulas genéricas sobre igualdad y no discriminación e igualdad ante la ley que contienen los instrumentos internacionales: la DUDH (artículos 2 y 7), el PIDCP (artículo 26), el PIDESC (artículo 2), la Declaración Americana (artículos II y V) y la CADH (artículos 1 y 24). Por su parte, de manera más específica dentro del SIDH es posible mencionar a la Convención Interamericana contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia (OEA, 2013)²⁷. En este texto se define a la discriminación de la siguiente forma:

Discriminación es cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia, en cualquier ámbito público o privado, que tenga el objetivo o el efecto de anular o limitar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales consagrados en los instrumentos internacionales aplicables a los Estados Partes. La discriminación puede estar basada en motivos de nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, idioma, religión, identidad cultural, opiniones políticas o de cualquier otra naturaleza, origen social, posición socioeconómica, nivel de educación, condición migratoria, de refugiado, repatriado, apátrida o desplazado interno, discapacidad, característica genética, condición de salud mental o física, incluyendo infectocontagiosa, psíquica incapacitante o cualquier otra.

Vale señalar que, en el segundo acápite transcrito, la lista de categorías sospechosas es sumamente amplia e incluye a la orientación sexual, la identidad y expresión de género, las cuales generalmente no solían constar en anteriores textos convencionales. De acuerdo con esta Convención, entre las diversas obligaciones que los Estados deben adoptar se encuentran medidas con miras a la prevención, erradicación y sanción de cualquier tipo de discriminación (artículos 4 y 7), medidas especiales y de acción afirmativa (artículos 5, 6 y 9) y políticas para reflejar la diversidad existente dentro de los países (artículo 9).

²⁷ La página oficial de la OEA (2019), señala que el único país que ha ratificado el tratado, por el momento, es Uruguay. Ecuador lo firmó el 6 de junio del 2013.

En el Sistema Universal, uno de los documentos que más desarrolla los diversos tipos de discriminación y las medidas para mitigar sus efectos es la Observación General No. 20 del Comité DESC (2009). Los diversos tipos de discriminación que esta Observación describe son:

- Formal, que implica que ninguna norma o política tenga un carácter discriminatorio por sí mismas.
- Sustantiva, la cual tiene relación con el hecho de pertenecer a determinados grupos de personas, por lo que el Estado debe generar condiciones que permitan a estas personas superar inequidades para un real acceso de derechos. Por esto, el combatir este tipo de discriminación está relacionado con alcanzar la igualdad material.
- Directa, la cual conlleva que una persona reciba un trato perjudicial diferenciado en relación con otra cuando están en las mismas condiciones, o cuando se trate de alguno de los motivos prohibidos.
- Indirecta, la cual se presenta cuando existen normas o políticas esencialmente neutrales, pero que en la práctica tienen un efecto discriminatorio, sin que ese haya sido su fin propiamente.
- Sistémica, la cual se relaciona con la discriminación existente en la sociedad contra grupos específicos y que “es omnipresente, está fuertemente arraigada en el comportamiento y la organización de la sociedad y a menudo implica actos de discriminación indirecta o no cuestionada” (párr. 12).

Adicionalmente, a estas fuentes sobre discriminación vale mencionar a los Principios de Yogyakarta, como una fuente doctrinaria auxiliar dentro del DIDH en cuestiones sobre derechos de personas LGBTI. Esta fuente contiene “una serie de principios sobre cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género” (Principios de Yogyakarta, 2016)²⁸. De tal forma, sirven como referente para interpretar varias de las obligaciones adquiridas por los Estados en materia de derechos humanos, transversalizándolas con un enfoque que permite desarrollar un contenido específico para una mejor garantía y protección de las personas LGBTI.

Ahora bien, después de haber realizado un recuento de los estándares generales, resulta pertinente analizar cuestiones que se interrelacionan entre estos derechos. De tal manera, serán

²⁸ De acuerdo a su página web, estos Principios fueron desarrollados en la ciudad de Yogyakarta, Indonesia, gracias a la acción de un grupo de expertos en derechos humanos, que incluyó a jueces/zas, académicos/as, titulares de mandatos especiales dentro del Sistema Universal, miembros de órganos de tratados, personas pertenecientes a ONG, entre otros (Principios de Yogyakarta, 2016).

considerados los diversos pronunciamientos que provienen de los órganos de derechos humanos en varios temas, entre los cuales, también se incluyen pronunciamientos específicos respecto de las terapias de conversión.

II. Interrelación entre diversos derechos y otros estándares sobre las terapias de conversión en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos

1. Salud física y mental, una vida libre de violencias y discriminación en cuestiones de identidad de género y orientación sexual

Dentro del Sistema Universal, han existido diversos pronunciamientos respecto a las prácticas violentas sufridas por personas debido a su diversidad sexogenérica. Así, en el informe titulado *Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación e identidad de género*, emitido por la Alta Comisionada para los Derechos Humanos, Navanethem Pillay (2011), se menciona sobre las terapias que pretenden curar a las personas por su atracción homosexual, y la Alta Comisionada las denuncia “por carecer de rigor científico, ser potencialmente perjudicial y contribuir al estigma” (párr. 156). En la parte final de su informe, esta dignidad establece que “se observa un patrón de violaciones de los derechos humanos que requiere una respuesta”, y llama a una serie de medidas para que los Estados investiguen y sancionen los actos de violencia que han perjudicado a las personas en razón de su orientación sexual e identidad de género.

De forma posterior, otros pronunciamientos específicos fueron emitidos. El titular del mandato del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Zeid Ra'ad Al Hussein, en su Informe titulado *Discriminación y violencia contra las personas por motivos de orientación sexual e identidad de género* (2015) describe una serie de problemas a nivel mundial que perjudican el goce de derechos de personas LGBT, tales como criminalización de conductas homosexuales consentidas entre adultos, asesinatos, linchamientos, discriminación en distintos ámbitos, entre otros. En la sección específica sobre prácticas discriminatorias en el ámbito de la salud, el Alto Comisionado menciona las “terapias de conversión”, sobre las cuales expresa su preocupación, al ser “poco éticas, poco científicas e ineficaces, y en algunos casos, equiparables a la tortura” (párr. 52), razón por la que señala que los órganos de la ONU han condenado este tipo de prácticas (párr. 14). De esta manera, en sus recomendaciones, insta a la

prohibición de estas terapias y cualquier tratamiento involuntario, incluyendo “esterilización forzada y los exámenes genitales y anales forzados”.

Otros pronunciamientos que deben ser considerados son aquellos emitidos por los Expertos Independientes sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. Al inicio de su mandato, en su informe *Diversidad en la humanidad, humanidad en la diversidad* (Muntarbhorn, 2017), el Experto Independiente aborda diversas cuestiones relativas a la lucha contra la violencia y la discriminación, específicamente en temas sobre la despenalización de relaciones consentidas entre personas del mismo sexo, medidas específicas de lucha contra la discriminación, el reconocimiento jurídico de la identidad de género, la eliminación de la estigmatización vinculada con la patologización, la inclusión sociocultural y la promoción de la educación y la empatía.

Sobre el tema del reconocimiento jurídico, señala que este generalmente se ve enmarcado por un entorno que favorece el cometimiento de ciertas prácticas violentas y discriminatorias, y que las personas trans se ven obligadas “a someterse a una intervención quirúrgica de reasignación de género, o a otros procedimientos médicos, como la evaluación psicológica, la terapia de conversión, la esterilización”. Igualmente, la práctica de las terapias de conversión es abordada en la sección referente a la eliminación de la patologización. Al respecto, el Experto Independiente Muntarbhorn hace un recuento de cómo la diversidad sexogenérica era considerada una patología, lo cual le lleva a mencionar los diversos problemas que tal situación ha acarreado en perjuicio de las personas LGBTI, así, entre estos, se encuentran la práctica de las terapias de conversión:

La estigmatización por motivos de orientación sexual e identidad de género y, simultáneamente, la violencia y la discriminación, pueden surgir en diversas situaciones, en particular en el sector médico y los sectores conexos, y están vinculadas a la cuestión de la patologización. Antes de 1990, incluso en el plano internacional, los homosexuales eran clasificados como enfermos mentales; cabe citar como ejemplo el enfoque de patologización de la identidad sexual y de género (...). Si bien ahora los homosexuales o gais ya no se enfrentan a la patologización en el plano internacional, en los planos nacional y local la situación sigue siendo opaca. Además, en algunas partes del mundo las personas gais y lesbianas todavía siguen siendo sometidas a una terapia de conversión al creer erróneamente que esto cambiará su orientación sexual e identidad de género (...). (párr. 58)

En virtud de ello, el Experto Independiente menciona la importancia de mantener un enfoque de salud integral, que elimine el estigma y, sobre todo, la patologización:

... El enfoque preferido debería ser garantizar el acceso a la atención integral de la salud para todos, sin recurrir a etiquetas que den lugar a la estigmatización. La invitación a eliminar la

estigmatización y la patologización abre la posibilidad de una mayor cooperación con los sectores de la medicina, la ciencia y la ética, con miras a promover el entendimiento común de que la orientación sexual y la identidad de género forman parte del estado natural del ser humano y, por consiguiente, garantizar el respeto de todas las personas sin distinción. (párr. 58)

En su posterior informe dirigido a la Asamblea General de la ONU, *Acepta la diversidad e impulsa a la humanidad*, el Experto Independiente Muntarbhorn (2017), menciona como buenas prácticas de los Estados el hecho que se hayan adoptado iniciativas para la prohibición de las terapias de conversión, mencionando los casos de Taiwán, los estados de Victoria en Australia y de California en Estados Unidos -los cuales serán tratados posteriormente dentro de este mismo capítulo al revisar las fuentes comparadas-. Adicionalmente, informa sobre los problemas que afectan de forma particular a adolescentes y niñas/os, mencionando, entre otros, a dichas terapias. Señala que, durante el periodo de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, “participó en una mesa redonda sobre las personas transgénero, la salud mental y los derechos humanos y abogó por la necesidad de una colaboración más estrecha con el sector de la salud, especialmente en cuestiones tales como las terapias de conversión (...)”. Para finalizar este Informe, recomienda específicamente la eliminación de la patologización, así como medidas que permitan un mejor entendimiento sobre la diversidad sexual y de género -en sentido similar a la cita transcrita de su anterior Informe-, las que considera complementarias para combatir de forma efectiva la violencia y discriminación. Textualmente, señala en sus recomendaciones:

h) También es necesario que los Estados adopten urgentemente medidas eficaces de lucha contra la discriminación; (...), así como de una estrategia preventiva basada en la movilización de la comunidad para entender la orientación sexual y la identidad de género y el llamamiento a la inclusividad para ofrecer protección a todas las personas frente a la violencia y la discriminación;

i) Los Estados deben velar por que las diversas partes interesadas adopten medidas de educación y desarrollo de la capacidad en relación con la orientación sexual y la identidad de género a fin de fomentar la empatía hacia la diversidad inherente a la humanidad, desde una edad temprana. También deben fortalecer el desarrollo de la capacidad de los encargados de hacer cumplir la ley y el personal relacionado, entre otras cosas mediante la integración de la orientación sexual y la identidad de género en sus planes de estudios y capacitación, con el fin de mejorar el entendimiento de la diversidad sexual y de género.

En el Informe del siguiente Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, Víctor Madrigal-Borloz (2018), se señalan nuevamente a las terapias de conversión como una de las formas de violencia a las que las personas LGBTI han sido expuestas por dichos motivos. Adicionalmente, este Experto Independiente brinda información más detallada sobre cómo funcionan este tipo de terapias y sus efectos:

... Las “terapias de conversión” son tratamientos que supuestamente pueden cambiar la orientación sexual de una persona. Esas prácticas son nocivas para los pacientes y pueden causar graves dolores y sufrimientos y provocar depresión, ansiedad y pensamientos suicidas. A pesar de que las principales organizaciones de salud mental las rechazan de forma categórica, solo unos pocos Estados Miembros de las Naciones Unidas las prohíben realmente. Tales procedimientos no solo son llevados a cabo por algunos profesionales de la salud, sino también por miembros del clero o consejeros espirituales en el contexto de la práctica religiosa... (párr. 47)

Si bien en este Informe no se profundiza en la legislación que impide la realización de estas terapias, el Experto Independiente emite una recomendación sobre estos supuestos tratamientos con la finalidad de que sean prohibidos, en conjunto con otras prácticas médicas abusivas, tales como “los exámenes anales, los tratamientos involuntarios, las evaluaciones psiquiátricas forzadas o involuntarias, las intervenciones quirúrgicas y la esterilización forzadas o bajo coacción” (párr. 100).

Vale enfatizar que, la realidad mencionada sobre las terapias de conversión no ha sido ajena a las preocupaciones de los órganos de derechos humanos en el mundo, y esto se puede reflejar cuando personalidades y organismos pertenecientes a los Sistemas Universal, Africano, Europeo e Interamericano²⁹, emitieron en mayo del 2017, en ocasión del Día Internacional contra la Homofobia, la Transfobia y la Bifobia, un comunicado de prensa conjunto titulado *Aceptemos la diversidad y protejamos a niñas/os/es y adolescentes trans y de género diverso (Embrace diversity and protect trans and gender diverse children and adolescents)*. En su contenido, además de diversas cuestiones de violencia y de discriminación que afectan el goce de los derechos humanos de la niñez y adolescencia LGBTI, se insta a los Estados para que se elimine la patologización de estas condiciones:

Reiteramos nuestro llamamiento a los Estados para que despenalicen y despatologicen [sic] las identidades trans y de género diversas, en especial de las personas jóvenes trans, para que prohíban las “terapias de conversión” y para que se abstengan de adoptar nuevas leyes penalizadoras y clasificaciones médicas patologizadoras [sic], incluyendo en el contexto de la próxima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Asimismo, exhortamos a

²⁹ Las partes firmantes fueron: Por parte del Sistema de Naciones Unidas firmaron el Comité para los Derechos del Niño, el Comité contra la Tortura, y los/as expertos/as independientes o relatores/as especiales: Philip Alston (extrema pobreza y derechos humanos), Koumbou Boly Barry (derecho a la educación), Vitit Muntarbhorn (protección en contra de la violencia y discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género), Dainius Pūras (derecho a la salud), Dubravka Šimonović (violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias) y el Grupo de Trabajo sobre la discriminación en contra de la mujer en la legislación y en la práctica. Por parte del SIDH, la Comisión Interamericana. Por parte del Sistema Africano, Lawrence Murugu Mute, perteneciente a la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y Presidente del Comité para la Prevención de la Tortura en África. Por parte del Consejo de Europa, Nils Muižnieks, Comisario para los Derechos Humanos.

los Estados a que proporcionen acceso igualitario a la atención de salud y al tratamiento de reafirmación de género a aquellos que lo pidan.

El comunicado añade que, en muchos países, las personas trans se ven impedidas de obtener un reconocimiento legal que les permita reflejar el género que han definido, lo cual causa obstáculos en el acceso a derechos como educación, empleo, salud, entre otros. Asimismo, señala que entre los requisitos abusivos para obtener el cambio de género en los documentos de identidad se imponen la realización de tratamientos forzados e involuntarios, y aclara que estas prácticas “violan la integridad física y mental de las personas y sus derechos afines, ya que equivalen a maltrato o tortura, e infringen su dignidad inherente”.

Un pronunciamiento similar fue emitido dos años antes, en mayo del 2015, con la finalidad de concientizar y llamar a la acción a los Estados sobre los problemas de la juventud LGBTI, en un comunicado titulado *Ante la discriminación y vulneración de sus derechos, los jóvenes LGBT e intersex necesitan reconocimiento y protección Para el Día Internacional contra la Homofobia, la Bifobia y la Transfobia*³⁰. En este documento también se informa sobre las terapias de conversión, y señala que estas supuestas terapias “son dañinas, contrarias a la ética, carecen de fundamento científico, son ineficaces y podrían constituir una forma de tortura”. Un año después, otro comunicado fue emitido con el título, *Patologización – Ser lesbiana, gay, bisexual y/o trans no es una enfermedad*³¹, en la cual se habla sobre cómo la patologización ha permitido que las terapias de conversión y otras prácticas que justifican abusos y discriminación existan, tales como la criminalización, el solicitar requisitos abusivos para obtener la identidad, entre otros, y menciona que este tipo de prácticas involuntarias y forzadas, resultan violatorias de derechos:

³⁰ Las partes firmantes fueron: Por parte del Sistema de Naciones Unidas firmaron el Comité de Derechos del Niño, Representante Especial del Secretario General de ONU sobre Violencia contra Niños, Marta Santos Pais, y los expertos/as independientes o relatores/as especiales: Philip Alston (extrema pobreza y derechos humanos), Maina Kiai (libertad de reunión pacífica y asociación), David Kaye (libertad de expresión y opinión), Dainius Pūras (derecho a la salud), Michel Forst (defensores y defensoras de derechos humanos), Juan Méndez (tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes). Por parte del SIDH, la Comisión Interamericana. Por parte del Sistema Africano, Reine Alapini-Gansou, Relatora Especial sobre la situación de los defensores de los derechos humanos en África de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. Por parte del Consejo de Europa, Nils Muižnieks, Comisario para los Derechos Humanos.

³¹ Las partes firmantes fueron: Por parte del Sistema de Naciones Unidas firmaron el Comité de Derechos del Niño, y los expertos/as independientes o relatores/as especiales: Philip Alston (extrema pobreza y derechos humanos), Dainius Pūras (derecho a la salud), Juan Méndez (tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes), y Dubravka Šimonović (violencia en contra de la mujer, sus causas y consecuencias). Por parte del SIDH, la Comisión Interamericana. Por parte del Sistema Africano, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. Por parte del Consejo de Europa, Nils Muižnieks, Comisario para los Derechos Humanos.

Asimismo, sobre la base de estas clasificaciones patologizantes [sic], las personas LGBT continúan siendo sometidas a tratamientos abusivos, nocivos y carentes de ética. Estos incluyen las llamadas ‘terapias de conversión’ basadas en su orientación sexual o identidad de género con efectos especialmente perjudiciales en niños, niñas y adolescentes.

Los tratamientos y procedimientos forzados, coercitivos o involuntarios pueden causar dolor y sufrimiento físico y mental, de forma severa y de por vida, y pueden violar el derecho a estar libre de tortura y de otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

En línea con lo anterior, se menciona entonces a la patologización como uno de los problemas que continúan perjudicando el goce y ejercicio de otros derechos de las personas LGBTI:

Las clasificaciones patologizantes [sic] también se han usado para justificar otros abusos contra personas LGBT – como la criminalización de personas trans y de las relaciones entre personas del mismo sexo o la negación o establecimiento de requisitos abusivos para el reconocimiento oficial de la identidad de género de las personas trans – y siguen contribuyendo a la marginalización y exclusión de personas LGBT, en contextos de educación, salud, empleo, y vivienda, entre otros.

De tal manera, es posible notar que estos/as expertos/as realizan una relación directa entre la patologización a la diversidad sexogenérica y las acciones que justifican y perpetúan situaciones de abuso, violencia y discriminación, y como una de estas prácticas se encuentran las terapias de conversión. Adicionalmente, estos/as expertos/as mencionan claramente que este tipo de acciones terminan ocasionando que las personas LGBTI tengan mayores dificultades para el goce de otros derechos fundamentales.

Por lo anterior, es claro demostrar que las terapias de conversión patologizan una conducta que no debe ser considerada como tal y en el caso ecuatoriano llama la atención la violencia con las cuales estas son ejercidas. Como fue mencionado en el capítulo anterior, la práctica de estas terapias incluye maltratos físicos y psicológicos, y en los peores de los casos, también vulneraciones a la integridad sexual. En el ámbito internacional, como fue mencionado al inicio de este capítulo, si bien está reconocido el derecho a la integridad, es necesario también mencionar que el único tratado que hace mención específica al derecho a una vida libre de violencia³² es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) (OEA, 1994), que como su nombre lo indica, está enfocada a combatir y tomar acciones para evitar que exista la violencia contra la mujer, tal

³² La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), en su artículo 16 contiene el derecho de “protección contra la explotación, la violencia y el abuso”, mediante la cual los Estados se comprometen a adoptar medidas para erradicar cualquiera de estas formas de violaciones a la integridad física que perjudique a las personas con discapacidad. No obstante, no contiene un derecho específico respecto a una “vida libre de violencias”, y en general, la cuestión de la presente tesis no aborda la situación de las personas con discapacidad, por lo cual se ha omitido este estándar del texto principal.

como lo menciona explícitamente el artículo 3 de este instrumento internacional: “Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.”

Además de los pronunciamientos específicos realizados sobre las terapias de conversión, dentro del Sistema de Naciones existen pronunciamientos sobre la relación existente entre violencia y el perjuicio que causa en diferentes derechos, como en el derecho a la salud. El Relator Especial sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainus Pūras, en su Informe (2015), trata la cuestión de la violencia como un impedimento al goce adecuado de dicho derecho. Al respecto, indica: “Todas las formas de violencia son dañinas y perjudiciales para la salud y el desarrollo de los seres humanos (...)” (párr. 104), y agrega que no debería haber una categorización sobre formas de violencia graves y moderadas, ya que, esto daría paso a la legitimación de prácticas sociales violentas y, por lo tanto, a la justificación de vulneraciones de derechos humanos (párr. 105). A la par, este Relator considera la importancia de adoptar medidas adecuadas para la protección de la salud mental y el bienestar emocional como factores esenciales para gozar de una salud plena, y señala los problemas de acceso a servicios de salud mental, especialmente cuando estos resultan estigmatizadores (Pūras, 2015: párrs. 74 - 82).

Siguiendo un punto de vista similar, el Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, titulado *Salud mental y derechos humanos* (Ra’ad Al Hussein, 2017), refiere la importancia de generar marcos legales y políticas públicas que permitan el goce de los derechos de los usuarios de servicios para este tipo de salud (párr. 37). Además, indica que el enfoque de derechos humanos aplicado en este ámbito debe considerar la atención de factores determinantes como problemas relacionados a violencia y abuso, problemas en la infancia, relaciones afectivas de soporte, entre otros (párr. 38). El Estado, por su parte, tiene la obligación de promover leyes y políticas que fomenten la eliminación del estigma y discriminación, proteger el derecho al consentimiento libre e informado de las personas usuarias de los servicios de salud mental, así como prohibir el internamiento forzoso y detenciones arbitrarias por estos motivos, lo cual incluiría la prohibición de cualquier forma de aceptación del consentimiento de terceros para el tratamiento de otra persona (párr. 41).

Sobre este punto, es necesario considerar lo que establecen los Principios de Yogyakarta (2016) en relación con el derecho a la seguridad personal. En el Principio 5 se reconoce este derecho, que a la par conlleva que el Estado adopte todas las medidas necesarias para que exista la protección frente cualquier “acto de violencia o daño corporal que sea cometido por

funcionarios públicos o por cualquier individuo o grupo.” De tal manera, los Estados tienen la obligación de adoptar medidas que prevengan cualquier forma de violencia y hostigamiento producidas por la orientación sexual y/o identidad de género; también la incorporación de medidas que no permitan que estas condiciones sean consideradas como justificativos válidos para el ejercicio de cualquier acto violento. Los Principios resaltan la obligación de emprender la investigación necesaria para alcanzar el enjuiciamiento y sanción a los responsables de dichos actos, así como una reparación adecuada para la víctima. De manera más contundente, estos Principios indican que los Estados deben tomar medidas legislativas adecuadas para, inclusive sancionar a la familia, si han incurrido en estos actos. Así, literalmente señala: “Adoptarán todas las medidas legislativas necesarias para imponer castigos penales apropiados frente a la violencia, amenazas de violencia, incitación a la violencia y hostigamientos relacionados con ella, motivados por la orientación sexual o la identidad de género de cualquier persona o grupo de personas, en todas las esferas de la vida, incluyendo la familia”.

El Principio 18 de los Principios de Yogyakarta, el cual refiere la protección contra abusos médicos, indica: “Ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un establecimiento médico, por motivo de su orientación sexual o su identidad de género.” Por lo tanto, los Estados tienen que adoptar medidas de toda índole para proteger a las personas contra cualquier práctica médica abusiva, así como deben garantizar que “ningún tratamiento o consejería de índole médica o psicológica considere, explícita o implícitamente, la orientación sexual y la identidad de género como trastornos de la salud que han de ser tratados, curados o suprimidos”. En tal sentido, estos Principios abogan por todo tipo de eliminación de patologización de estas condiciones.

El Sistema Interamericano también ha abordado las cuestiones de identidad de género y orientación sexual en relación con la violencia, y el perjuicio que esta genera para el disfrute de varios derechos de las personas LGBTI. Así, la Comisión Interamericana, en su informe *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América* (2015), tiene una sección específica sobre la práctica de las terapias encaminadas al supuesto cambio de la orientación sexual y/o la identidad de género. En este informe, documenta diversos casos y modalidades en las que ha operado este tipo de terapias en diferentes países de la región. Por ejemplo, una de estas modalidades es el internamiento en campamentos e instituciones educativas, y refiere el caso de un adolescente estadounidense, quien fue enviado a un internado religioso llamado *Escuela Caribe*, instituto ubicado en República Dominicana y administrado

por la organización cristiana *New Horizons Youth Ministries* (su traducción equivaldría a *Ministerios de Nuevos Horizontes para la Juventud*), con la finalidad de corregir su comportamiento, pero sobre todo, su orientación sexual (Schlanger, 2014). Igualmente, otro de los casos más analizados por la Comisión Interamericana en su Informe es el ecuatoriano, del cual se describen las denuncias que habían interpuesto las organizaciones de la sociedad civil por conocer casos de varias víctimas de las terapias de conversión en los centros para rehabilitación de adicciones.

En este mismo Informe, la CIDH (2015) hace eco sobre lo que ha señalado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012), respecto a que estos supuestos tratamientos no producen los efectos que dicen ofrecer y que sus secuelas merman la salud mental y física de las personas que se someten a estos por los daños que ocasiona la represión de la orientación sexual e identidad de género, y enfáticamente señala:

Considerando que estas “terapias” carecen de indicación médica y representan una grave amenaza a la salud y a los derechos humanos de las personas afectadas, la CIDH recomienda que los Estados Miembros de la OEA adopten medidas para que el ente rector de servicios de salud estatal garantice efectivos procesos de regulación y control de los médicos y profesionales de la salud que ofrecen estos servicios. En líneas generales, prácticas que generan daño en la salud física, mental y social no deberían ser aceptadas como terapias médicas. Asimismo, la Comisión recomienda a los Estados Miembros de la OEA a que diseminen información basada en evidencia científica y objetiva sobre el impacto negativo que tienen estas “terapias” en la salud. (párr. 211)

La Comisión Interamericana, en su siguiente informe temático sobre derechos de personas LGBTI, *Avances y Desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas* (2018), retoma la preocupación por la práctica de este tipo de terapias en perjuicio de este grupo de personas y reitera su recomendación respecto de la prohibición de estas (párr. 160). Adicionalmente, en este documento, la CIDH muestra nuevamente su consternación respecto a la atención que los Estados Miembros de la OEA brindan para enfrentar la violencia en perjuicio de las personas LGBTI, por lo que resalta “la ausencia de una respuesta estatal eficiente frente a dicha problemática” (párr. 172).

2. Autonomía personal y el derecho a la salud en relación con las terapias de conversión

Desde la Bioética, la autonomía personal ha sido entendida como “la capacidad de tomar decisiones y gestionar el propio cuerpo” como una dimensión amplia del ejercicio de la libertad

(Bustillo, 2014; Sogi et. al., 2012). Como corolario de valorar la posibilidad de decidir sobre la propia vida, surge entonces la importancia del concepto del consentimiento informado, el cual significa "la necesidad de dar al paciente una información completa sobre su enfermedad, el posible desarrollo, el plan terapéutico, las alternativas posibles, los riesgos y beneficios", con la finalidad de que este "pueda estar en condiciones de ejercer su autonomía y tomar las decisiones que le corresponden" (Sogi et. al., 2012).

En este sentido, es posible preguntarse sobre la posibilidad de que una persona pueda someterse por su propio consentimiento a alguna terapia de conversión, sobre lo cual es pertinente problematizar la cuestión del consentimiento en estas circunstancias. Al respecto, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Grover, 2009) ha indicado que la figura del consentimiento informado es un aspecto para el "respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona en un proceso continuo y apropiado de servicios de la atención de salud solicitados de forma voluntaria." (párr. 18) Bajo este sentido, este Relator indica que siempre es necesario la salvaguarda de la capacidad de la persona para poder ejercer este consentimiento, y así, protegerla frente a cualquier tipo de abuso.

Adicionalmente, el Relator Grover (2009) hace hincapié sobre la implementación de un enfoque basado en derechos para abordar la cuestión del consentimiento informado, con lo cual se deben tener en cuenta las desigualdades estructurales por la "repercusión en las condiciones mentales o físicas o en la relación con los proveedores de servicios de salud" (párr. 23). Otro aspecto que aborda el Relator (Grover, 2009) tiene relación con el consentimiento proveniente de quien es representante de una persona que no puede brindar el suyo, por lo cual, realiza la aclaración que únicamente es posible proceder de esta manera cuando la persona no está en condiciones de brindar su consentimiento debido a un estado físico o mental. Asimismo, solo en el caso de que exista una autorización previa, la o el familiar más cercano puede intervenir brindando su consentimiento a favor de determinada persona, caso contrario no podría hacerlo (párr. 29). En líneas similares, los Principios de Yogyakarta (2007) mencionan la cuestión de la autonomía y de la capacidad de decisión informada en relación con el derecho a la salud. El Principio 17 que contiene el derecho al disfrute más alto nivel posible de salud señala que el Estado debe garantizar la posibilidad de que la persona esté informada adecuadamente y que su autonomía sea promovida para que tome "sus propias decisiones relacionadas con el tratamiento y la atención médica en base a un consentimiento genuinamente informado, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género".

Un pronunciamiento desde el ámbito del DIDH que podría causar controversia al respecto es el emitido por el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, Juan Méndez en su informe que aborda las prácticas abusivas en entornos de prestación de servicios de salud (2013). El Relator Méndez hace referencia a las terapias de conversión, conocidas también por del nombre de “reparativas”, señalándolas como una de las prácticas de odio en perjuicio de las personas LGBTI y que además han sido infligidas por profesionales de la salud. Como recomendación final en su informe, señala:

El Relator Especial exhorta a todos los Estados a que deroguen cualquier ley que permita la realización de tratamientos irreversibles e intrusivos, como la cirugía reconstructiva urogenital obligatoria, la esterilización involuntaria, la experimentación contraria a la ética, las demostraciones médicas y las "terapias reparativas" o "terapias de conversión", **si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado del paciente**. Los exhorta además a que proscriban la esterilización forzada o coaccionada en cualquier circunstancia y ofrezca una protección especial a los miembros de los grupos marginados. (párr. 88) (El resaltado no pertenece al original)

Si bien insta a que los Estados prohíban este tipo de tratamientos, lo coloca en forma condicional a que estas prácticas deben ser prohibidas “si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado del paciente”. Lo que permitiría entender que, si estas terapias son administradas bajo el consentimiento libre e informado del paciente, entonces no habría ningún problema en que sean practicadas. Sin embargo, esto contradeciría principalmente lo señalado anteriormente por la OPS, la CIDH y el Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. No sería posible, bajo estos estándares, que se pueda permitir la práctica de este tipo de terapias, pese a que medie el consentimiento informado del paciente en el caso de Ecuador, por los niveles de violencia que estas terapias implican en el caso de los centros de rehabilitación para adicciones.

Tomando en consideración los testimonios de las personas que se han sido internadas en los centros de adicciones que ofrecen terapias de conversión en el Ecuador desprendidas de las diferentes fuentes bibliográficas usadas (Taller de Comunicación Mujer, 2017; Flores, 2017; CEDES, 2005; Wilkinson, 2013), solo se conocen de dos casos que han aceptado voluntariamente internarse en un centro de tratamiento de adicciones para recibir una terapia de conversión. El primer caso está documentado por el reportaje del programa *Visión 360* del canal Televisatzo (2017), del cual se puede inferir por la entrevista realizada que nunca hubo un consentimiento realmente informado porque el chico que fue internado no conocía el supuesto tratamiento que recibiría. El segundo caso trata sobre una chica lesbiana de 20 años

que aceptó ser internada porque no quería que su familia sufra y en la nota periodística no existe especificación si conocía o no en qué consistía la terapia de conversión (Ortiz y Torres, 2008). Adicionalmente, una característica fundamental en los casos ecuatorianos consiste en la intervención de familiares cercanos a la víctima quienes brindan su consentimiento y aprobación para que esta última sea considerada como “viciosa”, similar a una intervención en el caso de personas con consumo problemático de sustancias, y por lo tanto, pueda ser internada en contra de su voluntad para recibir la terapia de conversión (Wilkinson, 2013; Televistazo, 2017).

Por todo lo anterior, no sería factible aceptar que los padres o familiares de una persona LGBTI tengan la potestad para decidir que su hijo o hija reciba una terapia de conversión. Menos aún cuando esta implica el ejercicio de altos niveles de violencia que resultan perjudiciales para la persona en diferentes niveles (Taller de Comunicación Mujer, 2017; Televistazo, 2017; CEDES, 2005). Pensar en la posibilidad que avale la privación de la capacidad de decisión de una persona por su orientación sexual o identidad de género generaría una cultura que promueva la patologización de estos hechos, y que siga fomentando una imagen indeseable de las personas LGBTI. A la par, se contradeciría con la posibilidad de un ejercicio efectivo del derecho a la salud en la dimensión de la libertad que entraña el no ser sometido/a a un tratamiento no elegido. Esto necesariamente tiene implicaciones relacionadas con el consentimiento de niñas, niños y adolescentes, porque tampoco sería posible para el Estado permitir que estos tratamientos puedan ser aplicados a este grupo etario con la justificación de que sus progenitores son sus representantes. Al respecto, se hará una mayor referencia en otro acápite dentro de este capítulo sobre la normativa de otros países que ha sido desarrollada con la finalidad de salvaguardar la integridad de cualquier niño o niña.

3. La tortura y su relación con las terapias de conversión según el Derecho Internacional de los Derechos Humanos

La última cuestión que debe ser abordada versa sobre el concepto de tortura de acuerdo con los lineamientos del DIDH y los pronunciamientos de las y los expertos respecto de las terapias de conversión. Sin embargo, antes de entrar a mirar estos pronunciamientos, es necesario mencionar qué se entiende por tortura. La tortura está contemplada en los instrumentos de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (ONU,

1984) y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (OEA, 1987). Con una definición muy similar, la primera, en su artículo 1, indica que tortura es

... todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia.

La Corte IDH en su jurisprudencia ha determinado que la prohibición de la tortura es una norma de jus cogens, por lo que esta es una prohibición absoluta que rige para cualquier circunstancia (*Caso Cantoral Benavides vs. Perú*, 2000; *Caso Maritza Urrutia vs. Guatemala*, 2003).

Uno de los elementos constitutivos de esta figura consiste en la participación de una persona que sea funcionaria pública o porque estos actos suceden con la aquiescencia del Estado (*Masacre de Mapiripán vs. Colombia*, 2005). Pese a que este requisito ha sido esencial, el Comité contra la Tortura, en su Observación General No. 2 (2008), por un lado, ha señalado que la Convención impone obligaciones a los Estados y no propiamente a los individuos, por lo que la responsabilidad internacional se configura a partir de las actuaciones de agentes estatales o personas que actúen en nombre del Estado o con su colaboración (párr. 15). Por otro lado, el Comité (2008) también ha aclarado que

... cuando las autoridades del Estado u otras personas que actúan a título oficial o al amparo de la ley tienen conocimiento o motivos fundados para creer que sujetos privados o actores no estatales perpetran actos de tortura o malos tratos y no ejercen la debida diligencia para impedir, investigar, enjuiciar y castigar a dichos sujetos privados o actores no estatales de conformidad con la Convención, el Estado es responsable y sus funcionarios deben ser considerados autores, cómplices o responsables por otro concepto en virtud de la Convención por consentir o tolerar esos actos inaceptables. (párr. 18)

De tal forma, es posible atribuir responsabilidad internacional a los Estados cuando la conducta también haya sido realizada por personas privadas y las autoridades tengan conocimiento, pero no ejercen su rol de debida diligencia. Además, esta disposición es relevante en el sentido que la Convención señala obligaciones específicas para evitar la impunidad cuando ha existido un acto de tortura.

Ahora bien, pasando a los pronunciamientos de expertos/as, el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Sir Nigel Rodley (2001), fue uno de los primeros en abordar la cuestión de terapias que tienen por objeto el

cambio de orientación sexual y las asimiló como formas de maltrato específico a personas LGBTI. Si bien en su documento no usó el término de terapias de conversión, al abordar la cuestión de la tortura en contra de minorías sexuales indicó lo siguiente:

El Relator Especial ha recibido información de que miembros de las minorías sexuales han sufrido tratos crueles, inhumanos o degradantes en instituciones no penales. Se dice que en algunos países se ha ingresado a miembros de las minorías sexuales contra su voluntad en instituciones médicas estatales en las que al parecer, se les ha obligado a recibir tratamiento por razón de su orientación o identidad sexuales, incluso terapia de electrochoque y otra “terapia de aversión”, lo que, según las informaciones, les ha causado daños psicológicos y físicos. El Relator Especial señala en particular que la Organización Mundial de la Salud eliminó en 1992 la homosexualidad de su Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) ... (párr. 24)

Del texto transcrito se desprende que, para aquel momento, la información disponible indicaba que las personas LGBTI eran ingresadas forzosamente a recibir terapias de conversión en entidades estatales, lo cual es una característica necesaria para asimilar este tipo de maltrato a la definición que el DIDH entiende por tortura. A pesar de esta afirmación, el Relator no realizó ninguna recomendación específica sobre este tema, aunque sí menciona el adoptar medidas estrictas en contra de profesionales de salud que participen indirecta o indirectamente en actos de tortura.

En el Informe ya citado del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan Méndez (2013), se mencionan formas de abuso específicas en el ámbito de la salud. Este abordaje tiene particular relevancia para el avance del DIDH y la consideración de lo que puede constituir tortura, debido a que el Relator menciona que este concepto debe irse revisando “a la luz de las condiciones actuales y los valores en evolución de las sociedades democráticas” (párr. 14). Por esta razón, la conceptualización de la tortura en los entornos de salud resultaba ser producto de la revisión de un fenómeno reciente para el momento de expedición del documento y que, por lo tanto, era necesario analizar cuestiones relativas en este ámbito para entender otras formas de tortura y tratos crueles. Aclara así que la necesidad de abordar estas prácticas radica en que muchas veces estas son defendidas por autoridades “por razones de eficiencia administrativa, para modificar conductas o por imperativo médico”, señalándolas como “tratamientos” pese a su carácter dañino, con lo cual el informe del Relator Especial pretende cuestionarlas detectando “fallas o deficiencias intersectoriales” (párr. 13).

En este informe, el Relator Especial Méndez (2013: 20-21) trata la situación de algunos grupos catalogados como marginados, y a uno de los que menciona es el de las personas LGBTI. En

dicha sección analiza una serie de vejámenes documentados en su contra, los cuales son perpetuados por profesionales de la salud. El Relator indica que existen

... testimonios y declaraciones de personas a quienes se denegó tratamiento médico y que se vieron sometidas a vejaciones verbales y humillaciones públicas, evaluaciones psiquiátricas, diversos procedimientos obligatorios como esterilizaciones, exámenes anales forzosos, permitidos por el Estado y dirigidos a enjuiciar la comisión de presuntos actos homosexuales, y reconocimientos invasivos para constatar la virginidad realizados por profesionales sanitarios, así como terapias hormonales y cirugía reconstructiva urogenital, bajo el pretexto de las llamadas "terapias reparativas"... (párr. 76)

Con esto, retoma lo que ha señalado la OPS sobre la importancia de denunciar este tipo de malos tratos, e indica sobre su carácter innecesario desde el punto de vista médico y que son perjudiciales y fomentan el estigma (párr. 76). A partir de esto, como se indicó en el acápite anterior, el Relator Especial recomienda a los Estados derogar leyes o prohibir este tipo de prácticas. Si bien ya fue cuestionado el tema del consentimiento informado en este tipo de casos, el Relator no hace alguna alusión directa a equiparar a las terapias de conversión como tortura, aunque con la introducción explicada previamente es posible entender que quedaría una puerta abierta interpretativa para poder relacionarlas.

De forma posterior en otro informe, el mismo Relator Especial Méndez (2016), refiere las terapias de conversión al hablar sobre la tortura en “entornos sanitarios” en perjuicio de mujeres, niñas y personas LGBTI. En este caso, sí indica que este tipo de prácticas podrían equivaler a tortura, señalando: “Desde el punto de vista médico, estos procedimientos son rara vez necesarios, por no decir nunca, y ocasionan un dolor y un sufrimiento físico y mental intenso y crónico que puede equivaler a tortura y malos tratos...” (párr. 48), y cita el Informe mencionado antes. En las recomendaciones, vuelve a exhortar a los Estados para que deroguen las leyes que permitan este tipo de tratamientos abusivos, pero nuevamente repite como condición que su prohibición depende de que “estos se empleen de manera forzada o se administren sin el consentimiento libre e informado del paciente” (párr. 72). Con esto, brinda la posibilidad de interpretar que en el caso de que estos sean consentidos, entonces no causarían un perjuicio.

A pesar de estos pronunciamientos, el Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, órgano creado en virtud del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 2002) ha adoptado una posición más clara y deja mejor establecida la relación existente entre la tortura y la práctica de las terapias de conversión en su *Noveno*

Informe Anual (2016). El Subcomité retoma lo señalado por el Relator Especial Sir Nigel Rodley (2001), citado anteriormente, y señala que a las personas que representan minorías sexuales “se los somete en una proporción excesiva a torturas y otros malos tratos porque no responden a lo que socialmente se espera de uno y otro sexo”, y que el estigma asociado a este grupo contribuye a la deshumanización de la víctima, “lo que con frecuencia es una condición necesaria para que tengan lugar la tortura y los malos tratos” (párr. 48).

En el informe documenta diversas formas específicas de maltrato en contra de personas LGBTI, quienes han sufrido tales vejámenes en razón de su orientación sexual y/o identidad de género. Así, señala a las terapias de conversión o “terapias de normalización” como formas en las que se manifiesta el maltrato en entornos sanitarios, lo que ha provocado daños físicos y psicológicos en las personas expuestas a este tipo de tratamientos. Frente a esto, cita al Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, quien señala que “los intentos por ‘curar’ a quienes tienen relaciones homosexuales no solo son inadecuados, sino que pueden causar traumas psicológicos considerables y aumentar la estigmatización de estos grupos vulnerables” (párr. 69). El Subcomité propone una serie de recomendaciones para combatir la tortura y malos tratos en perjuicio de este grupo de personas, entre las cuales se encuentran la derogación de leyes que criminalicen conductas homosexuales, la persecución judicial efectiva hacia perpetradores de estos actos y la adopción de medidas que aborden de manera adecuada las necesidades específicas de la población LGBTI en situación de vulnerabilidad. Específicamente sobre las terapias de conversión indica su prohibición absoluta:

Los Estados deben prohibir la denominada “terapia de conversión”, los tratamientos involuntarios, la esterilización forzosa y los exámenes genitales y anales forzosos; deben asegurarse también de que en ningún tratamiento o asesoramiento de carácter médico o psicológico se aborde, de manera explícita o implícita, la cuestión de la orientación sexual y la identidad de género como enfermedades que es necesario tratar, curar o suprimir. En particular, la prevención de las prácticas médicas nocivas debe incluir la protección de los niños intersexuales, y han de prohibirse los procedimientos innecesarios desde el punto de vista médico (párr. 81).

Con esta recomendación, el Subcomité no permite una interpretación que supondría una posibilidad de que las terapias serían pertinentes cuando medie el consentimiento informado. Además, este órgano de expertos/as es determinante en señalar que no es posible brindar ningún tipo de asesoramiento médico que continúe con una visión que patologice la diversidad sexogenérica.

Como dato adicional, y en consonancia con lo que ha mencionado el Comité contra la Tortura, es importante mencionar que el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Nils Melzer, en su Informe (2017) refiere la importancia del deber de los Estados para perseguir los actos que constituyen tortura y malos tratos por agentes no estatales, cumpliendo con su deber de debida diligencia para investigar, juzgar y sancionar a quienes han cometido estos actos. Recalca que la figura de la prohibición de la tortura puede ser entendida como un principio general del derecho, apuntando “lo que la Corte Internacional de Justicia denominó ‘consideraciones elementales de humanidad’”, y que por este motivo, esta prohibición se constituiría como una fuente autónoma dentro del Derecho Internacional. Igualmente, el Relator hace énfasis en que esta prohibición, si bien recae principalmente en el Estado, también existen otras formas de persecución a agentes no estatales que hayan cometido tortura o malos tratos equivalentes como desde el Derecho Penal Internacional (párrs. 44 - 48).

III. Pronunciamientos en otros organismos regionales respecto a las terapias de conversión y patologización de la diversidad sexogenérica

La Unión Europea, a través de sus diversos organismos se han preocupado sobre la situación de los derechos de las personas LGBTI, por lo que han realizado pronunciamientos o publicaciones de diversos tipos analizando estas situaciones. Así, la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (por sus siglas en inglés, FRA -European Union Agency for Fundamental Rights-) en su Informe sobre Derecho Fundamentales 2016 (2016) señala diversas acciones llevadas a cabo por los Estados Miembros de la Unión Europea para combatir la discriminación en razón de la orientación sexual e identidad de género.

El Parlamento de la Unión Europea se ha pronunciado sobre la patologización de la diversidad sexogenérica, y en su *Resolución sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género en las Naciones Unidas* (2011) del 28 de septiembre del 2011 establece en uno de sus puntos que “Condena con la máxima firmeza el hecho de que en algunos países, incluso en el seno de la UE, todavía se perciba la homosexualidad, la bisexualidad o la transexualidad como una enfermedad mental, y pide a los diferentes Estados que luchen contra este fenómeno (...)”. De manera más reciente, este mismo organismo emitió su *Resolución sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión en 2016* (2018), en la cual señala en su punto 65 que: “Acoge con satisfacción las iniciativas por las que se prohíben las terapias de conversión LGBTI y se prohíbe la patologización de las identidades trans e insta a todos los Estados

miembros a que adopten medidas similares que respeten y apoyen el derecho a la identidad de género y la expresión de género”.

IV. Normativa de otros países sobre las terapias de conversión

De la información que se desprende de las diferentes fuentes revisadas, a nivel internacional, se puede afirmar que existen siete países, incluyendo a Ecuador, que cuentan con legislación que prohíbe explícitamente la práctica de terapias de conversión, aunque con diferentes matices como será analizado más adelante. Los otros países son Brasil (Conselho Federal de Psicologia, 1999), la República China³³ (Shangaiist.com, 2018), Australia (Muntarhorn, 2017), Estados Unidos (Movement Advancement Project, 2019), Malta (Worland, 2016) y Canadá (Murphy, 2018). De estos países, vale resaltar que los únicos casos en los que la normativa tiene un alcance nacional son Malta, Ecuador y Brasil, aunque en estos dos últimos Estados las normas emitidas no tienen un rango de ley, en el sentido de haber sido expedidas por el máximo órgano de representación popular. En esta sección se revisará la normativa de todos estos países, con la excepción de Ecuador, sobre el cual se ahondará específicamente en el siguiente capítulo al analizar las acciones estatales sobre los centros de terapias de conversión.

En el caso de Brasil, fue el primer país del mundo, cronológicamente hablando, que prohibió este tipo de terapias desde el seno de un órgano federal de ejercicio profesional como es el Consejo Federal de Psicología, en el año de 1999. Este órgano colegiado tiene un régimen de derecho público, con autonomía administrativa y financiera, creado por la Ley 5766/1971, cuyos objetivos son reglamentar, orientar y fiscalizar el ejercicio de la profesión de Psicología, así como promover espacios de discusión sobre temas de la materia que permitan la mejor calificación de los servicios profesionales (Conselho Federal de Psicologia, s.f.).

La Resolución CFP 001/99 que “Establece normas de actuación para los psicólogos en relación a la cuestión de la orientación sexual” (1999), indica que las y los profesionales de la Psicología deben contribuir a eliminar los prejuicios y discriminación respecto a la orientación sexual o comportamientos homoeróticos (artículos 1 y 2). Adicionalmente, señala que las y los psicólogos no deben ejercer ningún tipo de acción que favorezca la patologización de

³³ No confundir con la República Popular de China. Mientras que la República China o Taiwán es un Estado parcialmente reconocido por otros 20 países dentro de la comunidad internacional y tiene un dominio limitado de territorio, en el cual se incluye la Isla de Taiwán y otras islas aledañas, la República Popular de China es el Estado gobernado por el Partido Comunista y que tiene el amplio reconocimiento de la comunidad internacional y el control territorial continental (BBC Mundo, 2017).

comportamientos o prácticas homoeróticas, ni tampoco obligarán a alguna persona a aceptar algún un tratamiento no solicitado. En línea con lo anterior, dicha Resolución prohíbe a estos/as profesionales participar o pronunciarse en eventos públicos o medios de comunicación con la finalidad de reforzar preconceptos sociales relacionados a las personas homosexuales como enfermas psíquicas (Conselho Federal de Psicologia, 1999). En el mismo sentido, en el año 2018, fue emitida una normativa con énfasis en la no patologización de las personas trans y travestis, a través de la Resolución CFP 01/2018, la cual “Establece normas de actuación para las psicólogas y psicólogos en relación a las personas transexuales y travestis” (2018). Esta resolución cuenta con un articulado semejante direccionado a la protección de estas identidades, y aclara que las y los psicólogos, durante su práctica profesional, deberán reconocer y legitimar la autodeterminación de las personas trans y travestis en relación a sus identidades de género (artículo 7) (Conselho Federal de Psicologia, 2018). Dentro del ordenamiento jurídico brasileño, este tipo de resoluciones se encuentran en el último peldaño de la jerarquía normativa (Leite & Luiz, 2018).

En el caso de la República China, la información recabada sobre la normativa emitida no lleva a una conclusión clara sobre la prohibición. De acuerdo con algunas noticias (Shangaiist.com, 2018; Lambert, 2017; News Team of Pride Life, 2017), el gobierno de Taiwán, a través de su Ministerio de Salud y Bienestar, pensó en una reforma a su *Physicians Act* (el equivalente a la Ley sobre Médicos o Ley sobre el Ejercicio Médico) para imponer multas y suspensiones de la licencia de práctica profesional a profesionales médicos que realicen estas terapias. Esta iniciativa surgió después de que una ONG haya visibilizado la queja de una persona a quien se le había administrado una de estas terapias causándole daños físicos y psicológicos (Hang, 2017). Mientras una fuente (Shangaiist.com, 2018) asegura que la terapia fue prohibida a través del *Code of Criminal Procedure* (equivalente al Código de Procedimiento Penal) y la norma *Protection of Children and Youth Welfare Act* (que su traducción equivaldría a la Ley de Protección del Bienestar de la Niñez y Juventud), en la página oficial de las leyes del gobierno de Taiwán, tales disposiciones no han sido encontradas (Ministry of Justice of Taiwan , 2015; 2017).

Del libro *2017 Taiwan LGBTI Rights Policy Review (Revisión 2017 de la Política de Derechos LGBTI de Taiwán)* (Hang, 2017: 36), se desprende que el mencionado Ministerio había enviado la propuesta de su proscripción a través de la *Physicians Act* como una de las prácticas profesionales prohibidas de acuerdo al artículo 28-4, que señala el impedimento de realizar prácticas o tratamientos prohibidos por la autoridad central competente (Ministry of Justice of

Taiwan, 2016). Para el informe de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (por sus siglas en inglés, ILGA - International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association), *Homofobia de Estado 2017* (Carroll & Mendos, 2017), la información disponible señala solo sobre la iniciativa de prohibición de estas terapias por parte del Ministerio de Salud y Bienestar.

Australia, por su parte, no tiene una norma que prohíba las terapias de la conversión a nivel nacional, pero el Estado de Victoria ha sido la única jurisdicción que de alguna forma se ha ocupado del asunto. El *Health Complaints Commissioner* (Comisionado para las Quejas de Salud) es la autoridad competente según la norma *Health Complaints Act* (Ley de Quejas en Salud) para recibir denuncias sobre malas prácticas en el sistema de salud, y esta autoridad llevó a cabo una investigación sobre las terapias de conversión, lo cual preocupó al gobierno estatal (Health Complaints Commissioner, 2019). De esta manera, el gobierno de Victoria prometió generar una norma que prohíba absolutamente la práctica de estas terapias (Eddie, 2019). De la información recabada, esta normativa parece aún no haber sido expedida.

En el caso de Estados Unidos, son 15 estados y el Distrito de Columbia³⁴ los que han prohibido la oferta de este tipo de terapias para la protección de niñez LGBTI en el lapso de la última década. Hasta el momento no existe una legislación federal al respecto y el único intento del Estado de California para aprobar una norma estatal que prohíba la práctica de estas terapias incluyendo en personas adultas, no fue aprobada (State of California, 2018). Al revisar la mayor parte del contenido de estas normas, existe una especie de preámbulo que establece que el hecho de ser gay, lesbiana o bisexual no es ningún desorden o enfermedad, y que además la evidencia de la APA se ha pronunciado sobre los efectos nocivos de las terapias de conversión, los cuales incluyen riesgos a la salud de las personas LGBTI, incluyendo confusión, depresión, desesperanza, culpa, aislamiento, deseos suicidas, estrés, decepción, abuso de sustancias, entre otros. Otra cuestión que consideran estas normas es la posición de la Asociación Americana de Consejeros Escolares (*American School Counselor Association*), la cual recalca que no corresponde a cualquier consejero/a escolar brindar ningún tipo de terapia o de persuadir a adolescentes y niños/as LGBTI de cambiar su orientación sexual o identidad. Todas las normas estatales están enfocadas en la imposibilidad de que ningún profesional de la salud mental pueda

³⁴ Los estados son: California (2012), Connecticut (2017), Delaware (2018), Hawaii (2018), Illinois (2015), Maryland (2018), Massachusetts (2019), Nevada (2017), New Hampshire (2018), New Jersey (2013), New Mexico (2017), New York (2019), Oregon (2015), Rhode Island (2017), Vermont (2016) y Washington (2018). El Distrito de Columbia lo prohibió en el 2014 (Movement Advancement Project, 2019).

brindar terapias de conversión a personas menores de 18 años, manteniendo un enfoque de protección desde el ámbito de los derechos de la niñez y la adolescencia.

Por su parte, en Malta, el 9 de diciembre del 2016, fue expedida la Ley para la Afiración de la Orientación Sexual, Identidad de Género y Expresión de Género (*Affirmation of Sexual Orientation, Gender Identity and Gender Expression Act*), a través de la cual se determina como actividades ilegales el realizar terapias de conversión en una “persona vulnerable”, realizarla de manera involuntaria o forzosa a cualquier persona, o publicitarlas. Además, recalca que es ilegal que un profesional oferte, realice o refiera la práctica de cualquier terapia de conversión. Para esta norma, la categoría de “persona vulnerable” debe entenderse a cualquier persona menor de 16 años, o que sufra de algún desorden mental, o que pueda encontrarse en un riesgo particular dependiendo de su edad, madurez, salud, discapacidad mental, estado psicológico o emocional, o cualquier situación de dependencia. La consecuencia de incurrir y ser encontrado culpable por realizar alguna de estas prohibiciones es la imposición de multas entre 1000 a 5000 euros, y en el caso de que se trate de un profesional, la multa puede variar entre 2000 a 10000 euros (Parlamento de Malta, Act No. LV, 2016).

En el caso de Canadá, las prohibiciones emitidas solo han tenido un alcance provincial específicamente en Ontario, Manitoba y Nueva Escocia, pese al intento que existió de que la práctica sea prohibida a nivel nacional pero esta iniciativa no progresó (Murphy, 2018). En la página de la legislación de Ontario, se comprueba que existe la norma *Affirming Sexual Orientation and Gender Identity Act* (Ley para la afirmación de la orientación sexual y la identidad de género) (Bill 77, 2015), la cual señala que “ninguna persona en la provisión de servicios profesionales debe brindar algún tratamiento que busque cambiar la orientación sexual o la identidad de género de una persona menor a 18 años” (traducción propia). Sobre la provincia de Manitoba, se ha emitido una declaración pública sobre el respeto a la igualdad y no discriminación en razón de la orientación sexual e identidad de género, y la posición oficial del Gobierno de la Provincia (2019) señala en su página que la práctica de este tipo de terapias no puede tener lugar dentro del sistema de salud. En Nueva Escocia, fue emitida la ley, *Sexual Orientation and Gender Identity Protection Act* (Ley para la protección de la orientación sexual y la identidad de género) (Bill No. 16, 2018), en virtud de la cual se especifica la prohibición para que un profesional pueda proveer servicios de terapias de conversión a personas menores de 19 años, así como declara la imposibilidad para algún adulto que pueda consentir su práctica en nombre de alguien menor a esta edad. Sin embargo, esta norma aclara que, si una persona

mayor a 16 años es capaz de brindar su consentimiento, tal prohibición al profesional no resulta aplicable.

En cuanto a normas alrededor del mundo que no mencionan expresamente la prohibición de las terapias de conversión, pero que sirven como fundamento importante para la protección de personas LGBTI, es posible mencionar a la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina (Ley 26.657, 2010). En esta norma se prohíbe expresamente que se realicen diagnósticos médicos en el campo de la salud mental basándose exclusivamente, entre otras causas, en la “elección o identidad sexual” (artículo 3). Disposiciones similares se encuentran en la *Mental Health Act* (Ley de Salud Mental) de Samoa y en el *Mental Health Decree* (Decreto sobre la Salud Mental) de Fiji (Carroll & Mendos, 2017), en las que se prohíbe considerar como trastorno mental el hecho de que una persona exprese, exhiba, o se niegue a expresar o exhibir una “preferencial sexual u orientación sexual”.

Finalmente, también se puede nombrar a los países que públicamente han emitido su preocupación por la práctica de estas terapias. Estos países son Alemania (Bierbach, 2019), Costa Rica (Ramírez, 2019) y el Reino Unido (Picheta, 2019). Especialmente, porque se han hecho visibles varios casos de víctimas y afectaciones en la salud mental de la población LGBTI que ha experimentado alguna forma de estos supuestos tratamientos. Sin embargo, estos países, hasta el momento no han emitido una normativa que prohíba la práctica de las terapias, aunque en el caso de Costa Rica, la noticia afirma que existen avances en la aprobación de la reforma legal que se busca.

V. Observaciones de órganos de tratados al Ecuador debido a la existencia de los centros donde se ofrecen terapias de conversión

Debido a las alertas levantadas por organizaciones de la sociedad civil (Matrimonio Civil Igualitario; et. al., 2016; Taller de Comunicación Mujer; Sexual Rights Initiative, 2017; Taller de Comunicación Mujer; Sexual Rights Initiative, 2012), el Ecuador ha recibido observaciones concretas sobre este tema por parte del Comité contra la Tortura, el Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. El Comité contra la Tortura (2017) expresó su preocupación por los centros de “deshomosexualización” e indicó que “pese al cierre de 24 centros de este tipo, el Comité observa con preocupación que hasta la fecha los procesos iniciados por la Fiscalía no han concluido en ninguna condena” (párr. 49), En específico recomendó:

El Estado parte debe velar por que se investiguen todos los casos de violencia contra las personas por motivos de orientación sexual e identidad de género, a fin de enjuiciar y castigar a los autores de tales actos. También debe realizar actividades de concienciación pública para combatir la estigmatización social de las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero. (párr. 50)

Por su parte, el Comité de Derechos Humanos (2016) también había manifestado su inquietud anteriormente sobre el tema, y señaló su preocupación sobre los casos de “personas que habían sido sometidas a ‘tratamientos para curar la identidad sexual o la identidad de género’ en centros de rehabilitación de adicciones”, y que “lamenta no haber recibido información detallada acerca de las acciones de carácter penal desplegadas contra los responsables de esos ‘tratamientos’ y sus resultados” (párr. 11). De tal forma, este Comité recomendó al Ecuador que:

debe redoblar sus esfuerzos para erradicar de manera efectiva la práctica de internamiento de personas LGBTI para someterlas a “tratamientos para curar la identidad sexual o la identidad de género”; adoptar las medidas necesarias para investigar, procesar y sancionar con penas apropiadas a los responsables de dichos “tratamientos”; y otorgar reparación integral a las víctimas, incluyendo rehabilitación e indemnización. (párr. 12)

Similar cuestión consideró el Comité para la Eliminación de la Mujer (2015), un año antes, pero relacionando la cuestión de la práctica de estas terapias de conversión con la persistencia de estereotipos “que sustentan formas de discriminación contra la mujer, la violencia y la desigualdad”, y señala que pese a los esfuerzos del Estado ecuatoriano, “se mantenga la práctica de la ‘deshomosexualización’ en dispensarios establecidos inicialmente para el tratamiento de la drogadicción” (párr. 18). Así, entre las recomendaciones que propenden a la deconstrucción de actitudes patriarcales y estereotipadas en la sociedad, este Comité exhortó al Ecuador a:

Velar por que la aplicación del artículo 176 del Código Orgánico Integral Penal³⁵ sobre la discriminación basada en la identidad de género y la legislación que prohíbe prácticas de deshomosexualización [sic], adoptar medidas específicas y establecer un mecanismo para supervisar periódicamente las instituciones de tratamiento de la drogadicción y aplicar sanciones adecuadas. (párr. 19)

³⁵ El Código Orgánico Integral Penal (2014) en su artículo 176, tipifica el delito de discriminación, señalando:

La persona que salvo los casos previstos como políticas de acción afirmativa propague practique o incite a toda distinción, restricción, exclusión o preferencia en razón de nacionalidad, etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, condición socioeconómica, condición migratoria, discapacidad o estado de salud con el objetivo de anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de derechos en condiciones de igualdad, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

Si la infracción puntualizada en este artículo es ordenada o ejecutada por las o los servidores públicos, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

Por los anteriores pronunciamientos, es pertinente mencionar que los órganos de tratados del Sistema Universal, al revisar la situación específica del Ecuador no han sido ajenos a esta problemática. Por esta razón, han emitido recomendaciones específicas para que el Estado tome acciones encaminadas a que exista una investigación y sanciones sobre quienes sean responsables de la práctica de estas terapias, combatir la estigmatización fomentada en roles de género o la orientación sexual, y finalmente, para que se otorgue reparación integral a las víctimas de estos lugares.

CAPÍTULO III

El accionar estatal ecuatoriano sobre los centros de terapias de conversión

Para abordar jurídicamente el asunto de las terapias en Ecuador resulta necesario mencionar toda la normativa existente relacionada con los derechos que entran en conflicto con la existencia de los centros que ofrecen terapias de conversión, así como analizar la actuación estatal sobre esta problemática, incluyendo la normativa que ha sido emitida para la regulación y control de estos lugares. Por este motivo, este capítulo, en su primera parte, hará un recuento de las disposiciones constitucionales sobre los derechos analizados en el capítulo anterior: libertad con integridad, salud, igualdad y no discriminación. A continuación, será analizada la actuación de las instituciones para abordar este problema, incluyendo la normativa que han emitido, así como contrastar con la información que ha sido recabada de otras fuentes documentales periodísticas y de las entrevistas realizadas. Finalmente, se reflexionará sobre la falta de información clara y actualizada.

I. Disposiciones constitucionales

La Constitución del Ecuador (2008) señala que el país es un Estado constitucional de derechos y justicia, según lo propugna el artículo 1. Esto tiene implicaciones relevantes desde puntos doctrinarios y prácticos, ya que, se rompe con la idea tradicional del entendimiento del Estado de Derecho. En el trabajo de Ávila (2008: 20), se explica que en el rol tradicional del Estado de Derecho, “la ley determina la autoridad y la estructura de poder”, con lo cual, la ley era la que reconocía y definía los derechos y sus garantías. Sin embargo, desde la idea de un Estado constitucional, “la constitución determina el contenido de la ley, el acceso y el ejercicio de la autoridad y la estructura de poder”, ya que, esta “es material, orgánica y procedimental.” (Ídem: 22). De tal manera, la Constitución es directamente aplicable y es la fuente para todos los actos del poder público. Este autor también explica la implicación de que el Estado sea “de justicia y de derechos”, lo cual lo liga con que la Constitución satisface un carácter axiológico para determinar el quehacer del estatal como justo y de la importancia del reconocimiento de derechos como parte de dicho quehacer, enfocando así su accionar en la persona. En virtud de este tipo

de Estado, “se está redefiniendo la centralidad de los derechos de las personas sobre el Estado y sobre la ley” (Ibídem: 23-28, 36-37).

El concepto anterior tiene sentido en cuanto los derechos puedan ser materialmente justiciables y aplicables, lo cual se logra gracias a los principios consagrados en la misma Constitución. Estos son parámetros claros para la aplicación y ejercicio de los derechos fundamentales. Así, el artículo 11 señala una serie de principios entre los cuales se pueden mencionar el de igualdad y no discriminación (numeral 2, en el cual se reconocen una serie de categorías sospechosas por las cuales se prohíbe realizar un trato diferenciado), la directa e inmediata aplicación de los derechos y la justiciabilidad plena (numeral 3), la no restricción de la normativa inferior sobre los derechos consagrados constitucionalmente (numeral 4), la interpretación que mejor favorezca a su aplicación y vigencia (numeral 5), la cláusula abierta para su reconocimiento (numeral 7), el desarrollo progresivo (numeral 8), entre otros. Adicionalmente, el principio fundamental para entender toda la idea garantista de la Norma Suprema ecuatoriana, se verifica en el numeral 9, que expresamente señala en sus dos primeros incisos:

El más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución.

El Estado, sus delegatarios, concesionarios y toda persona que actúe en ejercicio de una potestad pública, estarán obligados a reparar las violaciones a los derechos de los particulares por la falta o deficiencia en la prestación de los servicios públicos, o por las acciones u omisiones de sus funcionarias y funcionarios, y empleadas y empleados públicos en el desempeño de sus cargos.

Así, este artículo establece una serie de principios que permiten la mejor vigencia y garantía de los derechos fundamentales que están contenidos en la Constitución. Además, reconoce que la principal obligación estatal consiste en respetarlos y hacerlos respetar. Por estos motivos, se vuelve uno de los pilares fundamentales para entender cómo el Estado debe actuar frente a los problemas en derechos humanos.

Ahora bien, es posible mencionar los distintos derechos involucrados tratados en el capítulo anterior dentro de las disposiciones de la Constitución. En el Título II de Derechos, su capítulo sexto reconoce los “Derechos de libertad” y parte de ellos se encuentra en una lista que señala el artículo 66. Así, este artículo reconoce en su numeral 3 el derecho a la integridad personal, el cual contiene cuatro disposiciones. La primera relacionada con la integridad física, psíquica, moral y sexual. La segunda sobre el derecho a una vida libre de violencia en los ámbitos público y privado, disposición que además asegura que se deben tomar medidas necesarias para “prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y

contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad”; este literal también aclara que se deben tomar las mismas medidas en contra de la violencia, esclavitud y explotación sexual. La tercera disposición consiste en la prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanos o degradantes. La última prohíbe el “uso de material genético y la experimentación científica que atenten contra los derechos humanos”.

Este mismo artículo, en el numeral 4 menciona el derecho a la igualdad formal, igualdad material y no discriminación. Esta disposición está complementada con los principios de aplicación de los derechos, como fue mencionado, contenidos en el artículo 11 de la Constitución, que en su numeral 2 reconoce el principio a la igualdad y no discriminación, y señala varias categorías sospechosas o prohibidas por las cuales no se pueden realizar distinciones. Entre estas se encuentran la identidad de género y la orientación sexual. Similarmente, en el artículo 66, numeral 9, se reconoce: “El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual.” Este numeral además añade que el Estado debe promover “el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras”.

El artículo 66 de la Constitución, adicionalmente, reconoce el derecho a la vida digna en su numeral 2, que, entre otros derechos, incluye a la salud como uno de sus componentes. De forma independiente y como parte de los “Derechos del Buen Vivir”, se encuentra garantizado el derecho a la salud en el artículo 32. En el primer inciso de este artículo se menciona sobre la interrelación de este derecho con otros, y en el segundo, se señalan obligaciones estatales específicas:

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Este cuerpo normativo, en su Título VII “Régimen del Buen Vivir”, contiene una serie de disposiciones mediante las cuales el Estado se compromete a adoptar obligaciones específicas para garantizar algunos derechos. Uno de estos es la salud, el cual se encuentra en la segunda sección dentro de este título. Desde el artículo 358 hasta el 366 se desarrollan estas obligaciones, entre las cuales se incluye la instauración de un sistema nacional de salud que “comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención,

recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social” (artículo 359). Además, se indica que este sistema nacional “garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (...).” (artículo 360).

También se aclara que la salud como servicio público “se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. (...)” (artículo 362). Adicional a esto, se señala: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”. Se aclara, además, en el artículo 363 que es responsabilidad del Estado el “formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario” (numeral 1); “asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva” (numeral 6); y “promover el desarrollo integral del personal de salud” (numeral 8).

Estas disposiciones permiten dejar en claro que, por un lado, el sector de la salud es un servicio público que se articula a través de diversas entidades, por lo cual, el Estado tiene una facultad primordial en regular estos servicios, y garantizar los principios constitucionales transcritos anteriormente. Además, comprender este derecho y servicio público, desde lo que señala el texto constitucional, resulta esencial para comprender el tratamiento que brinda el resto del ordenamiento sobre el tema de los centros de rehabilitación de adicciones y su control.

Al respecto, vale aclarar que la Constitución en su artículo 364 declara a las adicciones como un problema de salud pública, razón por la que el Estado es responsable de “desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo” de sustancias. Este artículo también señala que no se puede vulnerar los derechos de las personas consumidoras de estas sustancias, ni tampoco se puede permitir su criminalización. En consonancia con lo anterior, en la Ley Orgánica de Salud (2006), en el artículo 38 recalca que que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el consumo de tabaco, de sustancias estupefacientes y

psicotrópicas son un problema de salud pública, y el último inciso, de este artículo establece: “Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social”.

La mención de estas disposiciones resulta pertinente en cuanto las características principales de los centros que practican terapias de conversión, que fueron analizadas en el capítulo I, ya que, estos lugares funcionan principalmente como centros de tratamiento de adicciones a sustancias. De tal forma, por las disposiciones anteriores, la competencia para el control y regulación de estos lugares ha recaído en entes relacionados con el ámbito de la salud. A continuación, serán analizadas las instituciones que han intervenido en este control, así como otras que particularmente han participado de alguna u otra forma sobre el problema de los centros que practican terapias de conversión.

II. Instituciones estatales involucradas en los centros que practican terapias de conversión

Históricamente, la primera entidad que se encargaba de la regulación y control de este tipo de centros fue el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), labor que llevó a cabo desde 1990. Sin embargo, esta entidad fue cambiada por la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, y posteriormente, esta entidad también fue eliminada (Flores y Rivas, 2019). De tal manera, desde el año 2012 las actuaciones en concretas para abordar el problema de los centros que practican terapias de conversión fue llevado a cabo por el Ministerio de Salud, bajo la administración de Carina Vance Mafla, la primera ministra abiertamente lesbiana y que era reconocida por su anterior activismo con organizaciones sociales que apoyaban derechos de personas LGBTI (Flores y Rivas, 2019; Redacción Notimérica, 2013).

El Acuerdo Ministerial No. 0767 (2012), emitido por esta cartera de Estado y que será analizado con mayor detenimiento posteriormente, fue el primero que se encargó del tema central de este trabajo, para luego ser reemplazado por el Acuerdo Ministerial No. 080 (2016). Sin embargo, tal situación cambió respecto del control que era desempeñado del Ministerio desde el apareamiento del Decreto Ejecutivo No. 703 (2015). Este cuerpo normativo causó que la entidad encargada de esta atribución sea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los

Servicios de Salud y Medicina Prepagada (conocida por sus siglas ACCESS), entidad adscrita al Ministerio de Salud. Por estas cuestiones, resulta primero hacer referencia a estas instituciones, para después hablar sobre la actuación de la Defensoría del Pueblo sobre el acompañamiento y conocimiento de casos de personas internadas en contra de su voluntad por su orientación sexual e identidad de género, y el rol que ha tenido la justicia en este tema.

1. Ministerio de Salud Pública - MSP

El Ministerio de Salud Pública (conocido también por sus siglas MSP), de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud (2006), en su artículo 4, es la “autoridad sanitaria nacional (...) entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento” de esta Ley. Según el artículo 6 de dicho cuerpo normativo, al MSP le corresponde establecer programas de prevención y atención en salud integral para “la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables” (numeral 7); emitir políticas respecto de la regulación y para evitar el consumo de sustancias (numeral 10); regular y controlar publicidad que atente contra la salud e induzcan comportamientos que afecten negativamente (numeral 21). Asimismo, el MSP tiene la obligación de regular, controlar, vigilar y autorizar el funcionamiento de establecimientos de salud, tanto públicos como privados (numeral 24); regular procesos de licenciamiento y certificación para acreditar a servicios de salud (numeral 25); y, dictar normas sanitarias para funcionamiento de locales que atiendan al público (numeral 30).

Adicionalmente, entre otras disposiciones que serían pertinentes para el caso en cuestión de atender y erradicar los centros de terapias de conversión, se puede mencionar al artículo 20, el cual indica:

Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Vale señalar también, que las facultades del Ministerio en materia de violencia son mejor explicadas en dicha Ley, la cual contiene un capítulo específico sobre este tema. En el artículo 31 de la Ley Orgánica de la Salud (2006) se indica que la violencia es un problema de salud pública, lo cual tiene una especial relevancia para que el Estado tome acciones concretas como el desarrollo de programas en contra de esta problemática. Este mismo artículo aclara que le corresponde al MSP, como autoridad sanitaria nacional, y a todos los servicios de salud

“contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud”.

Por su parte, el tema de control y vigilancia sanitarias se encuentra regulado en el Libro III de la mencionada Ley. El segundo inciso del artículo 129 señala que: “La observancia de las normas de vigilancia y control sanitario se aplican también a los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada”. Además, el siguiente artículo especifica la obligación de estos establecimientos de contar con un permiso de funcionamiento que tiene la duración de un año.

En el Libro IV de la Ley Orgánica de Salud (2006), que trata sobre los servicios y profesionales de la salud, se indica en el artículo 180 que el MSP “regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados (...)”, y que debe regular los procesos de licenciamiento y acreditación. Finalmente, este cuerpo normativo en su Libro VI cuenta un procedimiento sancionatorio en sede administrativa por las sanciones previstas y el quebrantamiento de estas normas.

a. Los Acuerdos Ministeriales No. 0767 y 080, y la prohibición expresa de la práctica de las terapias de conversión en los centros de tratamiento de adicciones

Ahora bien, para entrar al tema de la normativa que regula específicamente a los centros de tratamiento de adicciones, resulta necesario mencionar a uno de los primeros antecedentes que no favorecían la situación de los derechos de las personas LGBTI. El Acuerdo Ministerial No. 339 (2010) contenía el *Reglamento de calificación, autorización, regulación, control, funcionamiento y sanción de centros de recuperación para personas con algún tipo de adicción por el consumo de alcohol, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia*, y en su segundo y tercer incisos del artículo 9 señalaba:

Los [centros de rehabilitación] brindarán tratamiento de especialidad por grupos separados de acuerdo a la edad y al sexo, como: niñas y niños; adolescentes y jóvenes; y grupos de adultos mayores.

Se fomentará la creación de centros especializados para su tratamiento, así como de pacientes ‘duales’ (psiquiátricos adictos), adolescentes con trastornos conductuales y **de personas con trastornos en su identidad u orientación sexual primaria a su adicción**, así como trastornos de los impulsos, como el ‘juego patológico’ (F63.0 DSM-JV-TR) y otras adicciones a fármaco dependientes. (El resaltado no corresponde al original.)

Como se desprende del texto transcrito, este Reglamento fomentaba la patologización de la diversidad sexogenérica y creaba una visión errónea sobre la posibilidad de “tratarla”, como si esta fuera un componente o coadyuvante del problema de adicción por el que esté atravesando una persona. Sin embargo, cuando la ex Ministra de Salud, Carina Vance, asumió sus funciones, abordó de mejor manera la problemática de los centros que ofrecían terapias de conversión, y así expidió el Acuerdo Ministerial No. 0767 (2012). Este Acuerdo significó un avance trascendental en relación con el anterior, ya que, fue el primero que prohibió explícitamente la terapia.

De tal manera, la emisión del Acuerdo No. 0767 (2012) fue un avance significativo para romper una visión que patologizaba la diversidad sexogenérica, y dejaba claramente establecido desde un órgano estatal que no es posible de ninguna manera que los centros de tratamiento de adicciones puedan brindar terapias que ofrezcan “curar” la orientación sexual no heterosexual o la identidad de género trans. Resulta necesario hacer mención a las disposiciones específicas del Acuerdo No. 0767 (2012), para luego analizar la normativa vigente, el Acuerdo Ministerial No. 080 (2016).

a.1. El Acuerdo Ministerial No. 0767 (2012)

El Acuerdo Ministerial No. 0767 (2012) contiene el *Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas*. Esta normativa, en esencia, contiene las disposiciones para obtener el permiso de funcionamiento y todos los requisitos para que los centros de recuperación de adicciones brinden sus servicios. La denominación que este Acuerdo maneja respecto de los centros es “centros de recuperación (CR) para personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas” (artículo 1). Se indica que estos lugares pueden ser públicos o privados, y pueden ser clasificados en tres categorías: centros de desintoxicación, comunidad terapéutica y centros de recuperación integral (artículo 5), la diferencia entre estos, además de los servicios que pueden ofrecer, radica también en el tiempo que puede variar el internamiento de la persona.³⁶

³⁶ En el Título VIII “Definiciones”, este Acuerdo determina una conceptualización sobre estos tipos de centros. Al respecto señala:

a) Centros de desintoxicación o precomunidad: Son aquellos que realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, cuando las condiciones bio-psico-sociales y familiares del paciente lo requieren. Los tratamientos que brindan estos centros pueden durar hasta 28 días.

El artículo 5 señala que los centros serán específicos para adultos y clasificados según el sexo, con lo cual aclara que no pueden ser mixtos, ni tampoco pueden mezclar en el mismo lugar a distintos grupos etarios, diferenciando en dos grupos entre quienes son mayores y menores de edad (18 años), por lo cual existe una obligatoriedad para los distintos centros de separar a las personas internadas en grupos etarios y dependiendo del sexo, sin posibilidad de compartir espacios.

Este Acuerdo Ministerial, adicionalmente, contiene disposiciones relativas a las y los pacientes y sobre el internamiento, para lo cual se necesita de una entrevista de admisión en la que el paciente manifiesta su voluntad de ingresar al centro, así como la obligación de que le sean realizados los estudios médicos y psicológicos que determinen el tratamiento más pertinente y el tiempo de internación que tendrá (artículos 8 y 9). De manera excepcional, el internamiento puede ser ordenado por un médico, siempre que exista un riesgo para la vida o integridad del o la paciente o de su entorno. Al respecto, se señala el control que puede realizar el MSP:

... El MSP a través de las direcciones provinciales o distritales, y conforme lo establecido en la GDD³⁷, deberá en todo caso en que se reporte un internamiento no voluntario realizar una inspección, en la que evaluará el diagnóstico y mantendrá una entrevista con la persona internada a fin de confirmar el internamiento. La inspección debe darse máximo setenta y dos (72) horas después de haberse reportado el internamiento.

En caso de encontrar incongruencias en el diagnóstico o en la documentación se ordenará de forma inmediata la libertad de la persona internada.

Si una persona es internada sin cumplir con estos procedimientos durante cualquier inspección, se ordenará la salida inmediata de la persona y se impondrán las sanciones correspondientes tanto para el centro como para el profesional responsable del centro ...

Además, una obligación de los centros es remitir mensualmente a la Dirección Provincial o Distrital de Salud de la jurisdicción correspondiente el listado de todas las personas internadas, realizando una diferenciación entre pacientes voluntarios y quienes ingresaron por situación de riesgo (artículo 10). En esta última categoría están quienes representan un peligro para su vida

b) Comunidad terapéutica: Son centros que ofrecen tratamiento integral en régimen de internamiento para la deshabitación, recuperación y reinserción a través de terapia farmacológica, psicológica y social. Trata a personas con un cuadro de dependencia de cualquier sustancia psicoactiva que presentan problemas de apoyo familiar y dificultades en su responsabilidad laboral. Se promueve la participación activa de los integrantes por un tiempo determinado, estructurada y con límites precisos, y tienen como objetivo principal el cambio global a un estilo de vida saludable. El tratamiento en la misma dura de 6 (seis) meses hasta 24 (veinte y cuatro) meses; y,

c) Centros de recuperación integral: Son aquellos que ofrecen los servicios tanto de un centro de desintoxicación o precomunidad como de uno de comunidad terapéutica. Dura de 7 (siete) meses a 25 (veinte y cinco) meses. (El resaltado pertenece al original.)

³⁷ Siglas para Guía para el Diagnóstico y Derivación, de acuerdo con el artículo 8 del mismo Acuerdo Ministerial.

o integridad debido al consumo de sustancias (artículo 12), y sobre quienes se desarrolla un procedimiento específico para que se lleve a cabo este internamiento cuando el o la paciente ha sido derivado/a de un centro de desintoxicación. En los casos en los que se trate de un niño o niña, la orden de internamiento estará sujeta a control judicial en materia de niñez de la jurisdicción correspondiente (artículo 12, numeral 1, literal c). Se prevé también la posibilidad de que exista un internamiento debido a la expedición de una orden judicial, la cual deberá remitirse al MSP para realizar un control sobre la misma y verificar si existen o no incongruencias (artículo 12, numeral 2).

Un punto central de este Acuerdo es la existencia de prohibiciones específicas para los centros, y el literal a), menciona:

Ofrecer, practicar o recomendar tratamientos o terapias que tengan como finalidad la afectación de derechos humanos de las personas, en especial el libre desarrollo de la personalidad, la identidad de género, la orientación sexual (como deshomosexualización), la libertad, la integridad, la no discriminación, la salud y la vida, o cualquier otro tipo de prácticas que ratifican o propugnan violencia de género o contra niños, niñas y adolescentes.

Adicionalmente a esta disposición, se dejaba en claro que otra prohibición para estos lugares consiste en atentar contra la integridad de las personas a través de cualquier forma de violencia, señalando que es prohibido: “Utilizar forma alguna de maltrato físico, psicológico, sexual, violencia de género sobre las personas como: utilización de cadenas, esposas, grilletes o similares, baños forzados, intimidación de ninguna forma...” (literal b). En consonancia con esto, tampoco estaba permitido retener a una persona que haya sido internada forzosamente (literal g). Asimismo, estaba prohibido para los centros adoptar medidas que vulneren derechos como privación de comida, incomunicación, o “forzar a usar vestimenta ajena a su expresión de género” (literal e). Otra prohibición consistía en efectuar prácticas para manipular la voluntad y conseguir obediencia y sumisión para que la persona consienta en un determinado tratamiento. En el caso de incumplimiento de estas prohibiciones, la sanción prevista consistía en la remisión al artículo 256 de la Ley Orgánica de Salud (2006), la cual prevé “la clausura temporal o definitiva del establecimiento”, así como con sanciones pecuniarias que varían de los cinco a diez salarios básicos unificados. El artículo 22 del Acuerdo señala las disposiciones correspondientes para las personas que se encuentren en un centro que haya sido clausurado y sobre la posibilidad de reubicación en algún otro centro.

Es posible considerar que entre las disposiciones que estaban mejor diseñadas para la fiscalización, se encuentra la conformación de una “Coordinación interinstitucional” especificada en el Título VI con este mismo nombre. En virtud de esta, se articulaban diversas

instituciones del Estado, específicamente (artículo 25): el Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, la Defensoría del Pueblo, la Fiscalía General del Estado y el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP)³⁸. Esta coordinación se levantaba en dos niveles, tanto nacional como local. La coordinación nacional estaba a cargo de la Comisión Técnica Interinstitucional a nivel Nacional (CTIN), según el artículo 24, la cual estaba conformada por delegados/as de las máximas autoridades “mediante acuerdo ministerial” (artículo 25) y debía reunirse “trimestralmente o cuando el caso lo amerite” (artículo 26). Entre sus funciones se encontraba el mantener reuniones para

... analizar la situación de los CR³⁹ a nivel nacional, protocolos, casos graves de vulneración de derechos, adopción de políticas, planes y acciones conjuntas para la prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción de personas en adicción, así como cualquier otra temática de interés conjunto. Esta comisión también será la encargada de investigar casos de corrupción dentro del mismo MSP o de cualquiera de las Instituciones involucradas relacionadas con los CRs. (artículo 26)

Además, esta Comisión recibía informes quincenales de las coordinaciones locales para evaluar estrategias jurídicas conjuntas. También la CTIN podía realizar visitas de inspección programadas o espontáneas para mantener un sistema de control y monitoreo de funcionamiento de los centros (artículo 27).

Por su parte, la coordinación local, conocidas como Comisiones Técnicas Interinstitucionales de soporte a nivel local (CTIL,), debían reunirse de forma mensual o de considerarlo necesario, “a fin de analizar la situación de CR a nivel local, denuncias de malas prácticas o vulneraciones a derechos humanos” (artículo 33). El control general y la prohibición de los centros de realizar prácticas que atenten contra los derechos fundamentales de las personas se reforzaba con la disposición contundente que contenía el artículo 35, el cual mencionaba: “Todo acto que atente a los derechos humanos de los pacientes, es causal de clausura definitiva y debe ser denunciado en los estamentos competentes, fiscalías, defensoría del pueblo.” [sic] Así, siendo esta la sanción que se imponía en este tipo de casos claramente se reforzaba la gravedad de que los centros hayan incurrido en este tipo de prácticas.

Otras disposiciones relevantes consistían en la posibilidad de fiscalización desde la sociedad civil. Este Reglamento, en su Título VII llamado “Veeduría y control social”, señala la

³⁸ Entidad que, al momento de la suscripción del Acuerdo Ministerial, aún existía como fue señalado al inicio de esta sección.

³⁹ Siglas para centros de recuperación de acuerdo al mismo Acuerdo Ministerial.

obligación de todo centro de recuperación de articular con ONG, familiares de pacientes y personas interesadas “la participación e integración en procesos de veeduría y control social” respecto de su manejo (artículo 36). Así también se incluía la obligatoriedad de los centros de permitir el acceso a la información que posean (artículo 37), y de los comités interinstitucionales de brindar información sobre cualquier tipo de vulneración de derechos registradas en los centros, especialmente sobre los resultados de las investigaciones que han llevado a cabo (artículos 39 y 40).

a.2. Acuerdo Ministerial No. 080 (2016)

En el año 2016, el Acuerdo Ministerial No. 0767 (2012) fue reemplazado por el Acuerdo Ministerial No. 080 (2016), el cual contiene la *Normativa sanitaria para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan servicio de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (ESTAD)*, y el cual es la norma actualmente vigente. Esta normativa contiene disposiciones similares al anterior Acuerdo No. 0767 (2012) en cuanto a requisitos y condiciones que estos centros deben cumplir, y una de las primeras cuestiones en la que existe un cambio es la denominación de estos lugares, que pasa de “centros de recuperación” a “establecimientos que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas”. Los centros además son clasificados de acuerdo a su nivel de complejidad, según como se especifica a continuación:

- Centro ambulatorio para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CATAD), que pertenece al 2do nivel de complejidad y consiste en un centro clínico ambulatorio u hospital del día.
- Centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), que incluye a las casas de acogida y de tratamiento para adolescentes. Estas son centros especializados que pertenecen al 1er nivel de complejidad.
- Hospital especializado en salud mental que presta servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (HESM), que pertenece al 2do nivel de complejidad.

Sobre la división etaria y por género o sexo, este nuevo Acuerdo, señala: “... Las instalaciones pueden estar ubicadas en un mismo inmueble, sin embargo, cada grupo etario (adultos, adultas), (niños y adolescentes hombres), (niñas y adolescentes mujeres) debe tener independencia y

privacidad entre ellos” (artículo 6). Dentro de las prohibiciones se aclara la separación que debe existir entre hombres y mujeres, ya que, para los establecimientos se indica que es prohibido: “Brindar tratamiento residencial para pacientes hombres y pacientes mujeres en la [sic] mismo ambiente” (artículo 21, literal j).

Este Acuerdo hace énfasis en el personal técnico – profesional con el que deben contar estos establecimientos, y menciona que todos los que tengan una modalidad residencial deben contar con los siguientes profesionales: trabajador(a) social, psicólogo/a clínico/a, licenciado/a en enfermería, médico/a general, médico/a especialista y terapeuta ocupacional (artículo 12). También menciona sobre la obligación de que estos lugares cuenten con asesoría profesional de nutricionista para elaboración de menús especiales (artículo 13). Igualmente, se realizan especificaciones sobre el personal vivencial que trabaje o sea voluntario en estos lugares, aclarando la imposibilidad de residir en el mismo establecimiento y solamente pudiendo “realizar charlas grupales (nunca individuales) de motivación sobre experiencias personales” (artículo 14). Adicionalmente, el Acuerdo menciona ciertas reglas generales respecto a las condiciones en las que deben encontrarse estos establecimientos, haciendo una remisión a las normas que dicten las autoridades competentes (artículo 10).

Sobre el internamiento, el Acuerdo No. 080 hace hincapié en la documentación y requisitos necesarios cuando se trata del caso de niños, niñas y adolescentes (artículo 7). Sin embargo, no hace mayores especificaciones respecto de personas adultas. Este Reglamento tiene disposiciones más concretas sobre el tratamiento que deben seguir las personas que han ingresado en estos establecimientos, y se aclara que “la internación como estrategia terapéutica es el último recurso a emplearse por los profesionales de la salud, y debe ser voluntaria y debidamente justificada”. Además, únicamente la autoridad judicial es la que puede disponer el internamiento de la persona cuando “se ponga en peligro la vida de la persona con consumo problemático o de terceros” (artículo 17), así como esta orden cuenta expresamente como un requisito en todos los casos para el internamiento de niños o niñas (artículo 7). Esta disposición igualmente es reiterada al momento de señalar que las o los profesionales de la salud que ordenen el internamiento de cualquier persona sin que exista una orden judicial serán sancionados/as de conformidad con la normativa vigente (artículo 22).

Entre las prohibiciones específicas de los establecimientos se encuentra una lista de 20 prohibiciones, que en algunos casos son similares entre sí (artículo 21). Entre estas, está prevista una muy similar a la contenida en el Acuerdo Ministerial No. 0767 (2012) sobre terapias que

vulneren derechos en relación con la identidad de género y orientación sexual, eliminando la expresión “deshomosexualización” y añadiendo como práctica prohibida cualquier terapia que tenga como consecuencia “la violencia de género o contra niños, niñas y adolescentes; o cualquier otro tipo de prácticas que atenten contra los derechos de los usuarios/pacientes.” (literal g). Se incluye otra prohibición adicional a la anterior, la cual señala: “Ofrecer tratamientos para trastornos tales como el ‘tratamiento para la homosexualidad’, tratamientos para patologías como trastornos de personalidad y problemáticas de conducta” (literal s). Igualmente, para precautelar la integridad y vida de los pacientes se encuentran distintas disposiciones, entre las que pueden nombrarse el mantener a personas en contra de su voluntad, con excepción de los casos señalados en el Acuerdo (literal b), negarse a brindar información sobre los pacientes a familiares o personas autorizadas (literal c), promover prácticas de intimidación, violencia, acoso, abuso sexual, de género y otras formas de violencia (literal d), utilizar formas de maltrato (físico, psicológico, sexual) a través de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes (literal h), entre otras.

El Acuerdo señala sobre obligaciones específicas del personal que preste sus servicios en los establecimientos, así como del representante legal (artículos 23 al 25). El Capítulo X contiene una serie de artículos relativos al control de estos establecimientos. Entre estos se encuentra el realizar operativos “de conformidad con los protocolos de inspección que el Ministerio de Salud Pública expida para el efecto”, y de la obligación de los establecimientos de permitir el libre ingreso de autoridades correspondientes (artículo 26). La imposición de sanciones estará a cargo de la autoridad sanitaria nacional, y existe una disposición genérica sobre la denuncia de los casos: “Todo acto que atente contra los derechos humanos de los usuarios / pacientes será denunciado ante la autoridad competente a fin de que se apliquen las sanciones en el marco de la normativa legal vigente” (artículo 28). Este Acuerdo también menciona que en caso de denuncia se debe conformar una comisión técnica que investigue y controle al establecimiento denunciado, y que dicha comisión no puede ser la misma que estuvo involucrada en otorgar el permiso de funcionamiento (artículo 29).

En relación con la articulación entre otras entidades, se indica en el artículo 30 que el Ministerio de Salud “coordinará con las instituciones pertinentes a fin de adoptar políticas, planes y acciones conjuntas para la prevención, recuperación, rehabilitación, inclusión e integración de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y de ser pertinente tomar acciones conjuntas en casos de vulneración de derechos”. Sobre la veeduría y control social, se dispone que se debe promover “el trabajo conjunto con la sociedad civil organizada para

construir acciones de veeduría y control social”. Finalmente, en las Disposiciones Generales del Acuerdo se especifica sobre la capacitación en derechos humanos del personal de los ESTAD, la cual señala que “se realizará a través de la página web del Ministerio de Salud Pública.”

a.3. Comparación entre ambos acuerdos ministeriales y análisis jurídico⁴⁰

Existen algunos aspectos en los que ambos acuerdos difieren y que son cuestiones trascendentales al momento de la mejor protección de derechos de personas que pueden ser internadas en estos lugares. El primer aspecto tiene relación con las normas relacionadas al internamiento voluntario, las cuales se encuentran claramente establecidas en el Acuerdo Ministerial No. 0767 (2012), mas no así en el actual. En estas normas se procura principalmente que el centro tenga la documentación necesaria que permita verificar el consentimiento libre e informado del o la paciente cuando ingrese en estos centros (artículo 9). Esto particularmente, como fue mencionado en el capítulo I, tiene especial relevancia sobre el control que se puede ejercer para las personas que podrían ingresar por terapias de conversión.

El segundo aspecto tiene relación con la orden judicial para el internamiento. El Acuerdo Ministerial No. 080 (2016) señala que la única posibilidad de internamiento no voluntario requiere una orden de este tipo (artículo 17), mientras que el anterior Acuerdo indicaba que este también podría haber sido ordenado por el criterio de algún profesional médico (artículo 9). Esto particularmente podría haber conllevado que existan casos de arbitrariedad, especialmente si se esta recomendación hubiera provenido de algún profesional de la salud que crea en la posibilidad de la realización de terapias de conversión, razón por la que no hubiera sido la norma más adecuada para mantenerla. Por este motivo, el control judicial como principal requisito para el internamiento forzado de cualquier persona parece ser la manera más independiente de garantizar que no existan arbitrariedades de los mismos profesionales de la salud, tanto en casos relacionados con la práctica de terapias de conversión, así como en casos de adicciones. Bajo este criterio, resulta mucho más claro que una autoridad judicial tenga los elementos suficientes que le permitan decidir si es viable una medida que, fácticamente, priva de la libertad a una persona, aunque no sea propiamente una sanción.

⁴⁰ Para encontrar datos más detallados sobre la comparación entre las disposiciones de ambos acuerdos se puede consultar el Anexo 1.

Al respecto, la propia Convención Americana (1969) en el artículo 7, que contiene el derecho a la libertad personal, en el numeral 5 señala:

5. Toda persona detenida o retenida debe ser llevada, sin demora, ante un juez u otro funcionario autorizado por la ley para ejercer funciones judiciales y tendrá derecho a ser juzgada dentro de un plazo razonable o a ser puesta en libertad, sin perjuicio de que continúe el proceso. Su libertad podrá estar condicionada a garantías que aseguren su comparecencia en el juicio.

Siguiendo esta disposición convencional, la Corte Interamericana (*Caso Tibi vs. Ecuador*, 2004) ha enfatizado la importancia del control judicial, ya que, “en un Estado de derecho corresponde al juzgador garantizar los derechos del detenido” (párr. 114). Así, los Estados tienen la obligación de garantizar que una autoridad competente judicial pueda pronunciarse sobre cualquier detención. Si bien estos casos han sido resueltos en contextos de procesos penales, también el estándar citado podría ser análogo para otros casos en los que la libertad personal sea limitada por otra razón no penal. De tal manera, el control judicial sobre este tipo de situaciones resulta necesario para una mejor garantía de los derechos de la persona y evitar arbitrariedades de cualquier actor que interviene para llegar a esta decisión.

Pese a esto, sobre los internamientos involuntarios y el control que podía ejercer la autoridad de salud competente, las disposiciones del anterior Acuerdo (2012) resultaban mucho más garantistas, lo cual se perdió totalmente en el vigente Acuerdo No. 080 (2016). Así, por un lado, el Acuerdo No. 0767 (2012) disponía sobre la posibilidad de que se realicen inspecciones inmediatas dentro de las 72 horas por parte del Ministerio de Salud, desde que fue reportado el internamiento involuntario para verificar que este cumpla con toda la normativa vigente; por otro, el centro de tratamiento siempre debía remitir la lista de las y los pacientes diferenciando entre internamientos voluntarios o no, y en el caso de inconsistencia en la documentación se dejaba clara la posibilidad de dictaminar la suspensión del funcionamiento del centro y que existan sanciones (artículo 35). Este punto resulta fundamental para que el MSP o la entidad competente que realice los controles pueda verificar de la forma más inmediata posible que no exista una privación de la libertad que no responda al respeto de los derechos humanos de quien estaba siendo internado/a.

Otra cuestión en la que ambos acuerdos difieren tiene que relación con el reconocimiento de derechos de los pacientes. En el Acuerdo No. 0767 (2012) se incluían 10 literales, los cuales versaban sobre cuestiones terapéuticas para el tratamiento para adicciones (literales a, c, g y j), la garantía del consentimiento libre e informado (literal d), el respeto de la dignidad sin la posibilidad de discriminación (literal e), a mantener contacto con familiares (literal h) y la

posibilidad de contar con “procedimientos, protocolos y mecanismos orientados a evitar violencia sexual, de género y otras formas de violencia ...” (literal i). En tal sentido, estas disposiciones resultaban las más adecuadas en el contexto del Ecuador, ya que, varios de estos derechos tienen una relación directa para impedir y prevenir la práctica de terapias de conversión, y en general, para que sean protegidos los derechos de pacientes que se encuentran efectivamente por problemas de adicciones. Esta especificación que resulta positiva, en el Acuerdo No. 080 no es detallada, y en su lugar, esta norma realiza un señalamiento genérico del respeto de los derechos humanos de las y los pacientes y de aquellos establecidos en normativa vigente, aunque se incluya una disposición que indica: “El personal que labora en los establecimientos de salud (...) firmará un Acuerdo de Compromiso de Respeto a los Derechos Humanos de forma individual (...)”, sobre lo cual inclusive hay un anexo dentro del mismo Acuerdo. Asimismo, este Acuerdo No. 080 en la disposición general segunda indica: “La capacitación en Derechos Humanos y Salud para el personal de los ESTAD se realizará a través de la página web del Ministerio de Salud Pública.”

Respecto de la parte concerniente a las prohibiciones de los centros, la lista que se encuentra en el vigente Acuerdo No. 080 (2016) contiene ocho literales más de los que contempla el Acuerdo No. 0767 (2012). Ambos contienen un literal sobre la prohibición de práctica de terapias de conversión, como se indica en el Cuadro 1, aunque el Acuerdo vigente reitera en una de sus disposiciones que está prohibido para los centros: “Ofrecer tratamientos para trastornos tales como el "tratamiento para la homosexualidad" ...” (literal s). En general, es posible afirmar que no existen diferencias sustanciales entre estas prohibiciones, aunque en el caso del Acuerdo del año 2012, se incluía un literal para la protección de la identidad de género, e iba más allá protegiendo también la identidad cultural, señalando como prohibición a los centros: “Adoptar medidas disciplinarias que vulneren los derechos de los pacientes como: (...) retirar por la fuerza accesorios o implantes corporales, forzar a usar vestimenta ajena a su expresión de género, cultura u otras” (literal e). Parte de los literales adicionales que constan en el Acuerdo No. 080 tienen relación con el respeto de normas de infraestructura, funcionamiento o capacidad. Sin embargo, en su mayoría, estas prohibiciones están directamente relacionadas con el respeto de derechos fundamentales tales como la integridad, la libertad, el derecho a la salud, entre otros.

Ahora bien, sobre el tema de las sanciones, se puede plantear una mayor discusión por la información recabada en una entrevista. De acuerdo con la entrevista realizada a quien trabaja en el Ministerio de Salud (comunicación personal, 2019), una de las razones que llevaron a la

modificación del Acuerdo Ministerial No. 0767 consistió en que el ente de control se excedía en facultades sancionatorias, ya que, la Ley Orgánica de Salud no establece propiamente una sanción por este tipo de prácticas y porque el tema sanitario no es el mismo que el penal. De tal manera, especificó que, si el organismo que actualmente lleva el control verifica el cometimiento de vulneraciones de derechos humanos, no lo puede clausurar, y estos hechos deben ser remitidos a la Fiscalía para su investigación y sanción correspondiente. Sin embargo, como se desprende de lo señalado anteriormente y del Cuadro 1 (ver en Anexos), el Acuerdo No. 0767 hacía una remisión expresa a la Ley y no imponía sanciones por sí mismo. Adicionalmente, este Acuerdo mencionaba de forma explícita que, si en los centros se vulneraban los derechos humanos de las o los pacientes, entonces la sanción que debían enfrentar era la clausura, sin ninguna otra posibilidad. Sin embargo, el Acuerdo No. 080 hace solamente una remisión genérica sobre las vulneraciones de estos derechos, frente a lo cual se establece que debe ser aplicada la normativa vigente por la autoridad competente. Así, con la normativa vigente existe menos la posibilidad de sanción administrativa a los centros que estén quebrantando el orden jurídico, especialmente cuando exista la práctica de terapias de conversión.

La disposición contenida en el Acuerdo actual tampoco se compagina del todo con las facultades establecidas en la misma Ley Orgánica de Salud (2006). Como fue señalado anteriormente, el MSP tiene facultades de regular, controlar y vigilar los establecimientos de salud, y estos centros al formar parte del Sistema Nacional de Salud, deben ser controlados en su accionar por la autoridad competente. Adicionalmente, esta Ley Orgánica reconoce potestades sancionatorias al MSP y a sus delegaciones en las provincias (artículos 216 al 220)⁴¹, por lo que, de incurrir en prohibiciones legales, el Ministerio puede ejercer estas potestades. Inclusive, la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 222 reconoce que las autoridades de salud “que no cumplieren adecuadamente su obligación de conocer, juzgar e imponer las sanciones previstas en esta Ley, serán sancionadas de conformidad con el reglamento correspondiente y demás normas atinentes a la materia, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles y penales a que hubiere lugar.” En otras palabras, el Ministerio no solo tiene esta potestad, sino que también es su obligación el ejercer sus facultades sancionatorias, en vista de que se trata de

⁴¹ De estos artículos, entre los más relevantes se puede mencionar que en el artículo 217 se señala que quienes pueden “conocer, juzgar e imponer las sanciones” de la Ley Orgánica de Salud (2006) son las siguientes autoridades: “a) El Ministro de Salud Pública; // b) El Director General de Salud; // c) Los directores provinciales de salud; y, // d) Los comisarios de salud.” Además, el artículo 219 señala que mientras las dos primeras autoridades tienen competencia nacional, las siguientes tienen competencia en el ámbito provincial.

la prestación de un servicio público por un agente privado. Además, que la responsabilidad administrativa que puede acarrear un acto no necesariamente es excluyente a la responsabilidad penal; sobre la una debe actuar la entidad de control sanitaria, mientras que sobre la otra debe actuar la Fiscalía con una investigación. En el caso de la fiscalización para que no ocurran terapias de conversión en los centros para adicciones es necesario que el Estado verifique ambos tipos de responsabilidad.

Por otra parte, otras diferencias fundamentales que son muy palpables entre ambos cuerpos normativos tienen relación con las disposiciones sobre los temas de veeduría y control social y con las correspondientes a la coordinación interinstitucional. Respecto del primer punto, los artículos del Acuerdo No. 0767 (2012) son más detallados y propenden verdaderamente a que las comisiones técnicas puedan ejercer un control riguroso y sostenido, así como mantener un canal de información con la ciudadanía respecto de los problemas que acontecen tanto a nivel nacional como local sobre la situación de los centros de tratamiento. Además, existen disposiciones específicas encaminadas a garantizar el derecho al acceso a la información, así como informar sobre las investigaciones que se estén llevando a cabo cuando exista una presunción de vulneración de derechos. Igualmente, la disposición general sexta estaba enfocada en que el Reglamento pueda ser revisado anualmente “con la participación de la mayor cantidad posible de actores entre ellos: organizaciones de derechos humanos, colectivos de mujeres, colectivos GLBT, veedurías, comités de usuarios/as, ex usuarios [sic], propietarios de los CR y cualquier otro/a que se considere necesario”.

Todas estas disposiciones, necesarias para fomentar efectivamente un control desde las organizaciones de la sociedad civil, así como de la familia o personas cercanas de quien pudiera estar interno/a, no encuentran una correspondencia en la normativa actual. Esto resulta claramente perjudicial porque la ACCESS hoy en día, con las disposiciones vigentes, no pretende fomentar un mecanismo de control externo que esté encaminado a una rendición de cuentas transparente, ni tampoco mantener cercanía con la ciudadanía. Igual de perjudicial resulta que el Acuerdo No. 080 (2016) tampoco propenda a garantizar información sobre las investigaciones en las que estén involucrados los establecimientos de tratamiento de adicciones.

Sobre la coordinación interinstitucional, el Acuerdo anterior brindaba una posibilidad de articulación en dos niveles, tanto local como nacional. Esto permitía que las instituciones busquen mecanismos de acción para la protección de derechos y de problemas tanto en ambos niveles de actuación. Además, el Acuerdo No. 0767 (2012) claramente proponía una idea

encaminada a sostener un desarrollo de diferentes políticas para tener un control sobre la vigilancia y funcionamiento de los centros. Las instituciones pensadas para este control tienen un rol importante para la protección de derechos, tales como la Fiscalía General del Estado para investigar posibles cometimientos de delitos, así como la Defensoría del Pueblo, la cual es la Institución Nacional de Derechos Humanos⁴². Una disposición que llama particularmente la atención es la que mencionaba el artículo 26 del anterior Acuerdo, el cual, al mencionar a la Comisión Técnica Interinstitucional a nivel Nacional (CTIN), señala como una de sus atribuciones que “será también la encargada de investigar casos de corrupción dentro del mismo MSP o de cualquiera de las instituciones involucradas relacionadas con los CRs.” Esto tiene una clara relación con la información proporcionada a través de dos entrevistas, en las cuales fue mencionado el problema de la corrupción que puede existir en estos centros y del involucramiento de servidores públicos encargados de su control.

Al respecto, se puede mencionar uno de los casos que constan en el reportaje de Carlos Flores (2017) sobre el Centro La Esperanza, ubicado en la ciudad de Tena, en la provincia del Napo, y la relación que existía entre dos agentes estatales. Este caso fue ampliamente conocido al tomar bastante notoriedad mediática por las denuncias que realizó abiertamente la víctima, Zulema C., quien, para ese entonces, era una estudiante que se reconocía como lesbiana y que fue llevada por sus padres a este lugar (Buendía, comunicación personal, 2019; Flores, C., 2017; Televistazo, 2017). En el reportaje, se indica que el terreno en el cual funcionaba este centro era propiedad de una pareja de servidores públicos, la una Comisaria de Salud, autoridad dependiente del Ministerio de Salud⁴³, y el otro presidía la Junta Cantonal de Protección de

⁴² De acuerdo los *Principios de París* contenidos en la Resolución A/RES/48/134 (1994) del Sistema Universal, las instituciones nacionales de derechos humanos son competentes para la promoción y protección de derechos humanos a través de la incidencia y fiscalización de los actos públicos. Deben poseer un mandato fijado constitucional o legalmente y que sea lo más amplio posible para el cumplimiento de sus atribuciones.

⁴³ Cuando el caso fue cubierto por los medios, el periódico *El Telégrafo* (2013) realizó una entrevista a la entonces Ministra de Salud, Carina Vance, sobre el funcionamiento de estos lugares y el caso específico de esta excomisaria implicada. Al respecto, la exministra señaló:

“... tuvimos una denuncia el 6 de junio por parte de una joven guayaquileña, quien mencionaba que había sido internada en un centro de rehabilitación para uso de drogas y alcohol, por su orientación sexual. El 11 de junio ingresamos a Napo y clausuramos ese centro, que no contaba con el permiso de funcionamiento. Remitimos la información a la Fiscalía para que realizaran el proceso investigativo. Trabajamos con la Fiscalía y la Policía alrededor de un mes, y ya con la información obtenida entramos hace un par de días a Tena para intervenir la clínica, o más bien, emprender los casos penales hacia las 8 personas que estaban vinculadas. ¿Cuál fue nuestra sorpresa, y para el Ministerio de Salud algo indignante? Que una de las personas involucradas era justamente la comisaria provincial de Salud.

Esa comisaria era la presidenta del Comité local intersectorial, que el MSP ha armado y lo preside. Ella era la representante de esta cartera, justamente para realizar controles en estas

Derechos de la Niñez y Adolescencia⁴⁴. Si bien, en conjunto con otros tres involucrados fueron procesados por el delito de odio, la pareja fue absuelta, y en el contacto que se mantuvo para la nota periodística, señalaron que no tenían relación alguna con la situación del centro, aunque no brindaron ninguna entrevista.

Asimismo, en el trabajo de Flores y Rivas (2019), se indica que en varios operativos y en el nivel más alto de coordinación institucional, uno de los mayores problemas fue la fuga de información. Cuando el Ministerio acudía a las instalaciones, las personas propietarias o gerentes de los centros de rehabilitación ya tenían conocimiento y no se encontraba evidencia alguna. Así, el y la autora afirman: “Esto supuso que, algunos representantes de las instituciones participantes, sospecharan de los vínculos de ciertos funcionarios públicos con algunos dueños de centros de adicciones.”

Ahora bien, desde el punto de vista jurídico, el primer problema que presentan ambos acuerdos es el nivel jerárquico en el que se encuentran dentro de la pirámide normativa ecuatoriana. De acuerdo con el artículo 425 de la Constitución ecuatoriana, el orden de aplicación de las normas es: “... La Constitución; los tratados y convenios internacionales; las leyes orgánicas; las leyes ordinarias; las normas regionales y las ordenanzas distritales; los decretos y reglamentos; las ordenanzas; los acuerdos y las resoluciones; y los demás actos y decisiones de los poderes públicos.” De esta manera, los acuerdos se encuentran en el penúltimo lugar de aplicación, por lo que, jerárquicamente tienen un nivel inferior a muchas otras normas. Esto resulta relevante para la definición de competencias. Según la Norma Suprema, el artículo 154 permite que las y los ministros en el ejercicio de sus funciones puedan expedir acuerdos “que requiere su gestión”, las cuales, al ser una cartera del Ejecutivo, no pueden tener una injerencia mayor a la que ejerce sobre la propia entidad de la que son titulares y respecto de las entidades sobre las cuales ejercen algún tipo de control. Adicionalmente, esto lo corrobora la persona funcionaria del MSP (comunicación personal, 2019), ya que afirma que un acuerdo ministerial no puede tener tanto alcance como lo tendría una ley.

De tal manera, la novedad sobre la coordinación interinstitucional que contenía el Acuerdo Ministerial No. 0767 (2012) terminaba careciendo de eficacia normativa. Una norma con una jerarquía tan inferior no podía disponer sobre las actuaciones de otras entidades estatales, que

clínicas. Así que eso nos da una idea de las grandes mafias que existen y que lucran de la ignorancia y de los prejuicios que existen todavía en la sociedad, relacionados con las personas que tienen una orientación sexual distinta.”

⁴⁴ Autoridad que se encuentra prevista en el artículo 207 del Código de la Niñez y Adolescencia (2003).

además pertenecen a otras Funciones del Estado de acuerdo al propio texto constitucional. Así, por ejemplo, un acuerdo ministerial no puede disponer sobre instituciones como la Fiscalía General del Estado o la Defensoría del Pueblo, las cuales además son instituciones autónomas con rango constitucional, pertenecientes a la Función Judicial y la Función de Transparencia y Control Social, respectivamente (artículos 194 y 214 de la Constitución). Tampoco sería posible que un acuerdo proveniente de una cartera específica del Ejecutivo disponga sobre los asuntos de otro ministerio, como serían los Ministerios de Inclusión Económica y Social o el Ministerio del Interior. De esta manera, resulta necesaria una norma de mayor rango para involucrar y comprometer a distintas entidades estatales, especialmente si estas pertenecen a otras Funciones del Estado. Este particular también fue corroborado en la entrevista con la persona servidora de la ACCESS (comunicación personal, 2019).

Asimismo, resulta problemático con el tema del establecimiento de sanciones al analizar el resto de la normativa aplicable. Ambos acuerdos hacen una remisión a la Ley Orgánica de Salud (2006) para referir las penalidades que son aplicables, ya que esta Ley contiene un capítulo específico al respecto. No obstante, el Acuerdo No. 0767 (2012) contenía propiamente los actos que constituían sanción, mientras que el Acuerdo No. 080 (2016) se limita a hacer la remisión tanto en lo que constituye sanción como en las penalidades. En otras palabras, mientras el anterior Acuerdo No. 0767 indica los actos que constituyen infracciones y las sanciones que son aplicables según el mismo texto de la Ley Orgánica de Salud especificando la sanción que prevé la Ley en el caso de incurrir en alguna de las prohibiciones, el Acuerdo vigente solo indica que el quebrantamiento de las disposiciones debe remitirse a lo que señala la Ley sin entrar en especificaciones.⁴⁵ Para ahondar en esta cuestión, es necesario remitirse a la Constitución (2008), la cual, en su artículo 76, numeral 3, señala como una de las garantías del debido proceso lo siguiente: “Nadie podrá ser juzgado ni sancionado por un acto u omisión que, al momento de cometerse, no esté tipificado en la ley como infracción penal, administrativa o de otra naturaleza”. Por lo cual, una interpretación literal diría que, si estos actos no constan como prohibiciones en la ley, entonces no podría haber una sanción al respecto, ya que, se estaría

⁴⁵ El Acuerdo No. 0767 (2012) en su artículo 21, como fue mencionado anteriormente, contiene todas las sanciones que sería aplicables. Por ejemplo, el numeral 9 de este artículo señala: “El irrespeto a los derechos de los pacientes establecidos en los literales a), d), e), h); e i) del artículo 13 del presente reglamento será sancionado conforme lo establecido en los artículos 249 y 202 literal d) de la Ley Orgánica de Salud”. En contraste, el artículo 32 del Acuerdo No. 080 (2016), indica: “El incumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente normativa será sancionado a lo establecido en la Ley Orgánica de Salud y demás legislación vigente.”

quebrantando el principio de legalidad de los actos que constituyen infracciones o prohibiciones.

Sin embargo, otro problema se presenta cuando, al acudir a la Ley Orgánica de Salud (2006), en su artículo 237 se señala lo siguiente: “Las infracciones en materia de salud serán sancionadas de conformidad con las disposiciones contenidas en esta Ley y sus reglamentos, sin perjuicio de las sanciones civiles, administrativas y penales a que hubiera lugar.” Así, la propia ley hace una remisión expresa a las infracciones que pueden estar contenidas en reglamentos, motivo por el cual estaría permitido que dichos reglamentos contengan sanciones específicas para determinados actos. De tal forma, al realizar una interpretación sistemática de estos cuerpos normativos, sería posible entender que estos acuerdos contengan prohibiciones que permitan sancionar al Ministerio de Salud de acuerdo con las mismas potestades sancionatorias que la propia Ley Orgánica de Salud (2006) le confiere. Adicionalmente, no tendría sentido que la facultad normativa del Ministerio carezca de eficacia al emitir prohibiciones que su incumplimiento no conlleve ningún tipo de consecuencia jurídica específica. Esto desvirtuaría el sentido de control sobre las entidades que sean prestadoras de servicios de salud, ya que, este es un servicio público y, por lo tanto, el Estado debería tener una mayor posibilidad de fiscalización de las actividades llevadas a cabo por agentes privados, conforme a los estándares analizados en el anterior capítulo.

b. Operativos organizados por el Ministerio

Aparte de emitir la normativa correspondiente para el control de estos centros, la principal acción que llevó a cabo el Ministerio de Salud Pública, mientras tuvo competencia, fue la realización de operativos con la finalidad de sancionar y clausurar los establecimientos que incumplían con la normativa entonces vigente. De la información consultada al propio MSP no se obtuvieron datos específicos sobre los resultados de estos, aunque se pudo conocer que empezaron en el año 2013. Sin embargo, por el reportaje de Flores C. (2017), se puede conocer que la mayoría de estos operativos se llevaron a cabo hasta el 2015, y se desplegaron un total de 290. El Informe Técnico DNDHGI-INF-#0036 - *Acciones Sanitarias a los Centros de Recuperación de Adicciones*, realizado por el propio Ministerio de Salud (2016) señala que para el año 2016, solo existían 97 centros con permiso de funcionamiento; además que, durante los años 2015 y 2016, cinco centros fueron clausurados definitivamente, tres de manera temporal y 9 procesos administrativos sancionatorios estaban aún abiertos.

Vale señalar que los operativos fueron articulados con otras instituciones, tales como Fiscalía, Defensoría del Pueblo, Ministerio del Interior, Policía Nacional (Flores y Rivas, 2019; Flores, C., 2017). Como información adicional por parte del Ministerio de Salud se supo que, en ocasiones, estos operativos resultaban peligrosos para las personas que participaban en estos por las amenazas que hubo en contra de su integridad (Persona funcionaria MSP, comunicación personal, 2019). Uno de estos casos puede ser ilustrado a través de un caso reportado en la prensa sobre lo sucedido con la entonces Comisaria de Salud de la provincia del Guayas, Yisela Quiñónez, quien denunció a la Fiscalía las agresiones que recibió por parte de Ithel Idrovo, propietario de algunos centros, mientras realizaba un operativo. Citando al canal de noticias RTU, el portal de *Ecuadorinmediato.com* (2011) indicó que: “Con un vocabulario soez y discriminatorio, (...) Idrovo amedrentó a Quiñónez, quien en reiteradas ocasiones le pidió que se calmara, mas no fue así y amenazó con ahogarla en la piscina del lugar, además de agredirla con empujones, golpes e incluso arrastrarla tratando de sacarla del centro de rehabilitación.” Por estos hechos, Idrovo fue sancionado con 2 años de prisión (El Telégrafo, 2012).

Anteriormente, la información recopilada por la organización Taller de Comunicación Mujer (2012) reflejaba una situación mucho más complicada que se remite a los años anteriores del 2012, al intentar verificar la información que tenían disponible tanto el MSP como el CONSEP⁴⁶ sobre el control y vigilancia que ambas instituciones ejercían sobre los centros para rehabilitación de adicciones. De esta manera, en el total de la información que analizan de 205 centros, un total de 74 centros no tenían información, y 58 presentaban irregularidades. Adicionalmente, sobre el permiso de funcionamiento, 125 no tenían información sobre este aspecto, mientras que “43 clínicas (20.98%) tuvieron permiso de funcionamiento alguna vez, 4 clínicas (1.95%) funcionan sin permiso, 31 clínicas (15.12%) no tienen permiso, 2 clínicas (0.98%) se registra como que no lo necesitan.” Aclaran que las que tuvieron alguna vez permiso, no significa que para el momento de revisión lo hayan tenido vigente (Ídem: 3).

Sobre el análisis de las denuncias en su contra, 27 centros registraban algún tipo y se los podía clasificar por los siguientes motivos: “En 16 casos, se reporta maltrato físico y psicológico, en 8, internamiento involuntario, en 7, irregularidades de profesionales, en 6, no se cumplía con los requisitos, en 5, funcionamiento ilegal, en 3 hacinamiento, en 3 abuso sexual, en 1 trabajo

⁴⁶ Para aquel momento, se encontraba en vigencia la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (2004), la cual señalaba que el CONSEP debía autorizar a “[l]os establecimientos privados que realicen programas de tratamiento y rehabilitación”, según el segundo inciso del artículo 33. Esta Ley fue derogada en el año 2016.

forzado, en 1 corrupción, en 1 falta de servicios, en 1 medicalización forzada y en 1 estrangulamiento.” Se aclara también que no existe ninguna denunciada basada en el irrespeto a la orientación sexual, y que, entre todos estos centros, solamente fue clausurado uno (Ibidem: 6).

Adicionalmente, en años posteriores, de la información publicada por un medio de prensa escrito del año 2015 (El Telégrafo), la situación de los centros clandestinos de tratamiento de adicciones tampoco se puede afirmar que iba en mejores condiciones. Para aquel entonces, este medio afirmó que el mismo MSP indicaba que en el país existían “58 establecimientos privados autorizados para brindar tratamiento, otros 17 tramitan el permiso y unos 125 funcionan de manera ilegal”.

Si bien las cifras aquí presentadas, especialmente las correspondientes a las sistematizadas por la organización Taller de Comunicación Mujer (2012), para aquel momento mostraban un claro desinterés estatal en abordar seriamente el problema de la vigilancia de estos centros, parecería ser que, a partir del año 2013 en adelante, los controles fueron realizados con más rigurosidad y transparencia en la información. Sin embargo, este nivel de control no ha podido ser replicado, según lo que demuestra la información que ha sido brindada por el mismo Ministerio en su accionar en estos últimos años, especialmente desde que perdió la competencia directa sobre este control (Flores, C., 2017; Persona funcionaria MSP, comunicación personal, 2019). Sobre este punto se realizará una reflexión en la parte final de este capítulo después de haber analizado las actuaciones de las otras entidades.

c. Manual “Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)”

En el año 2015, el MSP emitió el Acuerdo Ministerial No. 125, que contiene el *Manual Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)*, con la “finalidad [de] garantizar el derecho a la atención de salud y al buen trato de este grupo de personas.” En este sentido, el objetivo general de este instrumento consiste en:

Proveer a los profesionales de la salud del material, herramientas y las mejores recomendaciones para la atención en salud a la población LGBTI, respetando e incluyendo el enfoque de derechos, género, interculturalidad e intergeneracionalidad, que permita mejorar el nivel de la calidad de la atención de salud de dicho grupo de personas y reducir las barreras de acceso a los servicios de salud.

Este Manual se constituye como un instrumento básico para evitar que existan casos de discriminación en el ámbito de la salud, y para lograr una transversalización del enfoque de derechos relacionado directamente con la diversidad sexogenérica para las y los profesionales de la salud. Adicionalmente, el documento cuenta con un glosario de términos con una finalidad didáctica para comprender conceptos básicos sobre este tema, así como particulariza en situaciones de riesgos relacionadas con la salud en las que muchas veces la personas LGBTI se encuentran por determinados motivos.

Una de las cuestiones abordadas en este documento versa sobre la salud mental de este grupo de personas. En esta sección, se aclara que “la homosexualidad no es o no está correlacionada con una psicopatología”, y que “dadas las tensiones creadas por el estigma, la desigualdad, el acoso y violencia, las personas LGBTI están bajo mayor riesgo de trastornos psicológicos relacionados con las experiencias de vida.” En esta sección se reconoce como uno de los principales riesgos para la salud mental los internamientos involuntarios en los centros que practican terapias de conversión, en el que además se señalan varias de las afectaciones de derechos que han experimentado las personas rescatadas de estos lugares. Adicionalmente, sobre el punto de las terapias, este Manual indica:

Hoy en día, las "terapias de cambio de orientación sexual" no tienen ningún rigor científico y son dañinas para sus potenciales "pacientes", además de estar totalmente desacreditadas en el mundo científico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace mucho tiempo que descatalogó la homosexualidad como enfermedad mental y recomendó que no se siguieran practicando las "terapias" encaminadas a cambiar la orientación sexual de las personas. Aun así, todavía hay psiquiatras y clínicas que ofertan la "curación de la homosexualidad". Las víctimas de estas terapias suelen ser menores de edad a los cuales no se toma en cuenta su derecho de decisión, ya que éste lo detentan sus padres, para quienes la homosexualidad sigue siendo motivo de vergüenza o entendida como una enfermedad.

Basándose en lo anterior, emite una serie de recomendaciones para las y los profesionales de la salud en su atención a personas LGBTI o a padres o madres que los busquen por este motivo. Así, señala que los y los profesionales de la salud deben procurar invitar a pacientes LGBTI a que compartan sus experiencias que puedan poner en riesgo su salud mental, para realizar las evaluaciones correspondientes que les permitan evitar problemas asociados con este tipo de salud. Adicionalmente, en las recomendaciones ideadas a la familia respecto de la aceptación de su hijo o hija LGBTI, se realiza un énfasis estableciendo que la persona no requiere atención psicológica o psiquiátrica por este motivo y que las terapias resultan dañinas para la persona. Entre otras recomendaciones que las y los profesionales de la salud deben brindar para padres y madres de personas LGBTI constan: “No busque causas de la homosexualidad del la/el

adolescente, esto es reflejo de la homofobia”; “[f]acilite a los padres/madres del adolescente el acceso a información adecuada y objetiva, sin falsas creencias ni estereotipos sobre la homosexualidad”; entre otras.

Este es el primer esfuerzo que realiza el Ministerio de Salud en brindar este tipo de herramientas que permitan fomentar una imagen no prejuiciada, ni tampoco estigmatizadora para la atención a personas LGBTI, desde el ámbito de la salud para garantizar este derecho con un enfoque pertinente y respetuoso. Adicionalmente, que el propio ente rector nacional de salud reconozca que las distintas orientaciones sexuales e identidades de género no conllevan ningún tipo de enfermedad o condición anómala es un pilar fundamental para evitar la réplica de discursos que fomenten la patologización de la diversidad sexogenérica.

2. La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS)

La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (conocida por sus siglas, ACCESS) es una entidad adscrita al MSP y fue creada a través del Decreto Ejecutivo No. 703 (2015). El artículo 2 de esta norma indica que la Agencia “será la institución encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada y del personal de salud.”

Entre las atribuciones que señala este Decreto en el artículo 3 se encuentran:

- ... 2. Expedir la normativa técnica, estándares y protocolos, orientados a asegurar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la mejora continua de la prestación de los servicios de salud, en el ámbito de su competencia;
3. Controlar que los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, las empresas de salud y medicina prepagada y el personal de salud, cumplan con la normativa técnica correspondiente;
4. Otorgar, suspender, cancelar y restituir los permisos de funcionamiento, licencias, registros, certificaciones y acreditaciones sanitarias de los servicios de salud (...);
5. Procesar las consultas, denuncias, quejas, reclamos o sugerencias de mejora en la calidad, de la atención de salud y seguridad del paciente, por parte de los usuarios de los servicios de salud (...)
11. Emitir informes vinculantes a las instancias respectivas para la aplicación de sanciones en los casos de incumplimiento de la normativa de control y vigilancia sanitaria vigente, en relación a la calidad de los servicios de salud que de conformidad con la ley le correspondan a otras entidades;

12. Aplicar las medidas y sanciones que correspondan en los casos de incumplimiento de la normativa de control y vigilancia sanitaria, en relación a la calidad de los servicios de salud y de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud ...

Otra disposición relevante tiene relación con la posibilidad de imponer sanciones. A través del Decreto Ejecutivo No. 703 ya mencionado, el MSP y sus dependencias locales perdieron su competencia sancionatoria porque el artículo 8 señala que esta competencia es transferida a la ACCESS. Este artículo señala:

“Reorganizase [sic] al Ministerio de Salud Pública y, como consecuencia de esto, transfíerese [sic] a la (...) -ACCESS- la competencia para la imposición de sanciones que, dentro del ámbito de las atribuciones que asume por este Decreto, venían ejerciendo el Ministerio de Salud Pública, el Director de Salud Pública, los directores provinciales de salud y los comisarios de salud.”

De tal forma, esta Agencia es la que en la actualidad tiene la competencia para el control y posible sanción de estos centros, y eso se puede corroborar tanto en su propia página web, así como en la prensa que ha reportado sobre este tema (ACCESS, 2018; Cedeño, 2018; Televistazo, 2017). En el marco de la presente investigación se realizó una entrevista a un informante clave de la Agencia, por la cual se pudo conocer que, aunque esta institución fue creada en el 2015, la transición para asumir sus competencias se extendió, y no fue sino hasta el 2017 que dicha transición concluyó para que desde el año 2018 cuente efectivamente con todo el presupuesto para su funcionamiento (Persona funcionaria ACCESS, comunicación personal, 2019). Por información de medios de comunicación se conoce que, desde el año 2018 al presente 2019, han sido clausurados 67 centros para rehabilitación de adicciones, y que la mayoría de estos han sido centros clandestinos (Paucar, 2019). En la página web de la ACCESS (2019), se señala que en la actualidad existen 41 CETAD que cuentan con licenciamiento, de los cuales cinco son directamente administrados por el Estado, mientras que los demás son privados.⁴⁷

Una cuestión que puede dar paso a controversias sobre el accionar de la ACCESS fue mencionada en otra de las entrevistas realizadas. En esta se informó que la Agencia al realizar los operativos en los centros clandestinos, en muchas ocasiones no los clausuran y, más bien, brindan el asesoramiento pertinente para alcanzar que estos centros obtengan los permisos necesarios, inclusive evitando la posibilidad de que sean sancionados. Tales hechos terminan convirtiéndose en un contrasentido en la actuación de la Agencia, ya que, su labor de fiscalización no podría estar encaminada a permitir que los centros que han aparecido en la

⁴⁷ Este listado de alguna forma puede ser contrastado con el que maneja el MSP (2017), el cual fue elaborado de hace dos años, e indica que existen 110 lugares para tratamiento de adicciones.

clandestinidad obtengan permisos después de haber quebrantado el ordenamiento jurídico. Sobre este punto, se desconoce propiamente si esta práctica también ha sido aplicada sobre aquellos centros que han sido denunciados por practicar terapias de conversión. No obstante, se pudo conocer que la Agencia, desde enero del 2018 hasta el 30 de junio del 2019 ha realizado 133 operativos, y únicamente un centro fue investigado por una denuncia realizada debido a la práctica de terapias de conversión. Se informó que tal establecimiento fue clausurado, pero no por este motivo, sino por mal manejo de desechos, ya que, la denuncia sobre las terapias de conversión nunca pudo ser comprobada. La Agencia sostiene que en el período en el que se ha llevado a cabo estos operativos hasta la fecha no ha existido ningún otro caso relacionado con la práctica de estas terapias, lo cual demuestra una menor incidencia de la existencia de este problema (Persona Funcionaria ACCESS, comunicación personal, 2019).

Durante la entrevista, también fue mencionado que los operativos que se realizan cuentan con una comisión técnica conformada por un/a abogado/a, un/a psicólogo/a y un/a médico/a general, así como con personal de otras instituciones, incluyendo la Fiscalía y la Policía Nacional. Indicó que la articulación se lleva a cabo con otras instituciones que se consideren necesarias, aunque no exista actualmente una posibilidad de lograr que la participación de otras instituciones estatales sea obligatoria. Sobre este punto, la persona entrevistada de la ACCESS indicó que la articulación que establece el Acuerdo Ministerial No. 080 (2016) le parece mejor que la que señalaba el Acuerdo No. 0767 (2012) ya derogado, puesto que deja una puerta abierta para considerar a las entidades que sean necesarias, y no restringe mencionando específicamente a aquellas con las que se debería contar. Adicionalmente, señaló que la ACCESS, al no entrar dentro del ámbito de su competencia, no forma parte de la articulación de ninguna política para personas LGBTI, aunque refiere que el hecho de que las terapias de conversión estén prohibidas es un indicador del compromiso del Estado sobre este tema y de no mantener una idea de patologización de la orientación sexual. De tal forma, mencionó que para erradicar este problema deben también analizarse otros factores, como el cultural, con la finalidad de eliminar una idea de entender a la homosexualidad como si fuera una enfermedad. Asimismo, señaló que la ACCESS no ha estado involucrada en ningún proceso de reparación a las víctimas que han estado en estos lugares y que tal cuestión debería ser definida por el sistema judicial, ya que, tampoco hay una claridad sobre quién debe recaer la obligación de reparar (Persona Funcionaria ACCESS, comunicación personal, 2019).

3. La Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo, como fue mencionado, es un organismo público establecido como la Institución Nacional de Derechos Humanos del Ecuador y su existencia está prevista en el artículo 214 de la Constitución (2008). El siguiente artículo 215 señala que esta entidad “tendrá como funciones la protección y tutela de los derechos de los habitantes del Ecuador y la defensa de los derechos de las ecuatorianas y ecuatorianos que estén fuera del país”. Esto también se reafirma en las disposiciones de su Ley Orgánica (2019). Entre los fines de la Defensoría que constan en esta Ley, su artículo 3 señala que son:

- a) Ejercer la magistratura ética en derechos humanos y de la naturaleza;
- b) Prevenir las vulneraciones de los derechos humanos y de la naturaleza;
- c) Promover la difusión pública, la educación, la asesoría, la incidencia y el monitoreo de los derechos humanos y de la naturaleza; y,
- d) Proteger y tutelar los derechos humanos y de la naturaleza.

Si bien en el ordenamiento jurídico y entre sus competencias determinadas en el artículo 215 de la Constitución (2008) y el artículo 6 de su Ley Orgánica (2019) no existen disposiciones propiamente relacionadas al control de los centros de tratamiento de adicciones, por su naturaleza y atribuciones, la Defensoría ha brindado acompañamiento en diversos casos que han llegado su conocimiento sobre personas que han sido internadas forzosamente en razón de su orientación sexual o identidad de género. De la información que proporcionó la propia Defensoría en la respuesta que en su momento brindó a la Fundación Ecuatoriana Equidad (ver en Anexos), ONG que trabaja sobre derechos de personas LGBTI, se conoce que para el año 2016 había intervenido en ocho casos de este tipo relacionados con terapias de conversión. En cuatro casos realizó investigaciones defensoriales⁴⁸ que le permitieron concluir que en dichos establecimientos se efectuaron vulneraciones de derechos por esta razón, y se pudo articular con instituciones como el MSP para conseguir la clausura. Sobre otros tres expedientes, se informó que la institución había ejercido su facultad de vigilancia del debido proceso⁴⁹,

⁴⁸ De acuerdo al artículo 6 de la Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo (2019), el literal f) prevé como una de sus competencias: “Realizar investigaciones defensoriales para verificar posibles vulneraciones de los derechos humanos o de la naturaleza que podrán realizarse por medio de visitas in situ”.

⁴⁹ La Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo (2019), en el artículo 6 prevé en el literal h), como competencia de esta institución: “Ejercer y promover la vigilancia del debido proceso en el ámbito judicial o administrativo en casos donde existan posibles vulneraciones a los derechos humanos y de la naturaleza cuando sean generalizadas y sistemáticas, de relevancia social, incluyendo los casos de personas desaparecidas”. De tal forma, esta estrategia está encaminada a verificar los procesos administrativos o judiciales y verificar que todas las garantías del debido proceso sean respetadas.

mientras que, en los dos casos restantes, interpuso la acción constitucional de hábeas corpus⁵⁰. Adicionalmente, en este mismo documento consta que la entidad ha participado en ocho operativos para la fiscalización de distintos centros alrededor del país.

Una cuestión adicional sobre las competencias de la Defensoría del Pueblo consiste en que esta institución es la que tiene a su cargo el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos y Degradantes, como lo señala el artículo 22 de su Ley Orgánica (2019). Esta unidad administrativa es la materialización del compromiso estatal que Ecuador adquirió al haber ratificado el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 2002)⁵¹, previsto en el artículo 3 de dicho Protocolo⁵². Asimismo, el artículo 19 del texto convencional establece lo siguiente:

Los mecanismos nacionales de prevención tendrán como mínimo las siguientes facultades:

- a) Examinar periódicamente el trato de las personas privadas de su libertad en lugares de detención, según la definición del artículo 4, con miras a fortalecer, si fuera necesario, su protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
- b) Hacer recomendaciones a las autoridades competentes con objeto de mejorar el trato y las condiciones de las personas privadas de su libertad y de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, tomando en consideración las normas pertinentes de las Naciones Unidas;
- c) Hacer propuestas y observaciones acerca de la legislación vigente o de los proyectos de ley en la materia. (Las cursivas pertenecen al original.)

El artículo 4 del mencionado Protocolo Facultativo brinda una posibilidad bastante amplia para entender a los lugares de privación de libertad, ya que, establece que estos son “cualquier lugar bajo su jurisdicción y control donde se encuentren o pudieran encontrarse personas privadas de su libertad, bien por orden de una autoridad pública o a instigación suya o con su consentimiento expreso o tácito”. Además, el siguiente numeral de este artículo indica la definición de privación de libertad, la cual “se entiende cualquier forma de detención o encarcelamiento o de custodia de una persona por orden de una autoridad judicial o administrativa o de otra autoridad pública,

⁵⁰ El artículo 89 de la Constitución (2008), señala como una de las garantías de protección de derechos la acción de hábeas corpus, sobre la cual dispone: “La acción de hábeas corpus tiene por objeto recuperar la libertad de quien se encuentre privado de ella de forma ilegal, arbitraria o ilegítima, por orden de autoridad pública o de cualquier persona, así como proteger la vida y la integridad física de las personas privadas de libertad.”

⁵¹ De acuerdo la página de Naciones Unidas (2002), Ecuador ratificó este tratado el 20 de julio del 2010.

⁵² El Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 2002) señala en su artículo 3: “Cada Estado Parte establecerá, designará o mantendrá, a nivel nacional, uno o varios órganos de visitas para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (en adelante denominado el mecanismo nacional de prevención).”

en una institución pública o privada de la cual no pueda salir libremente.” Al respecto, si bien el Mecanismo Nacional de Prevención puede realizar visitas a los centros de tratamiento de adicciones, de la información que señala el reportaje de Flores C. (2017), estos controles no se han llevado en la actualidad debido a que ya existe otra autoridad competente que lo están realizando. Además, en la entrevista que realiza Flores a la Defensoría para su reportaje, esta institución indicó que para el 2017 no tenían programadas visitas a estos centros, y en la entrevista realizada a Flores (comunicación personal, 2019) se señaló que la Defensoría mencionó que en el año 2018 únicamente realizó dos visitas.

Vale recalcar que, la información proporcionada sobre las actuaciones específicas que la institución ha llevado a cabo sobre casos relacionados con personas internadas por terapia de conversión únicamente data hasta el año 2016. No se cuenta con información actualizada. Además, en el pedido de información a la institución se solicitó mantener una entrevista con algún funcionario o funcionaria encargado del tema, pero después de varios intentos, la entrevista nunca fue concretada por parte del funcionario con el que se entró en contacto.

4. Las actuaciones judiciales y la falta de respuesta del Estado

Al analizar las actuaciones judiciales sobre los casos relacionados con personas que han estado internadas en centros donde se realizan terapias de conversión, el panorama estatal resulta bastante inadecuado para abordar esta problemática. Por un lado, es importante considerar que toda violación de derechos que sea cometida bajo la jurisdicción de un Estado debe ser investigada y juzgada, ejecutando una investigación que conlleve a la determinación de responsables, la cual no debe ser entendida como una simple formalidad que pretenda ser infructuosa, conforme lo señalan los estándares fijados en la jurisprudencia constante de la Corte Interamericana (*Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, 2006; *Caso Tibi vs. Ecuador*, 2004; *Caso Veliz Franco y otros vs. Guatemala*, 2014). Especialmente en el *Caso Veliz Franco y otros vs. Guatemala* (2014), se indica claramente la obligación estatal de investigación que debe ejecutarse cuando tenga conocimiento de violaciones de derechos:

La Corte reitera que la obligación de investigar violaciones de derechos humanos se encuentra dentro de las medidas positivas que deben adoptar los Estados para garantizar los derechos reconocidos en la Convención. El deber de investigar es una obligación de medios y no de resultado. Sin embargo, debe ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa, o como una mera gestión de intereses particulares, que dependa de la iniciativa procesal de las víctimas o de sus familiares o de la aportación privada de elementos probatorios. A la luz de ese deber, una vez que las

autoridades estatales tengan conocimiento del hecho, deben iniciar *ex officio* y sin dilación una investigación seria, imparcial y efectiva. Esta investigación debe ser realizada por todos los medios legales disponibles, y ser orientada a la determinación de la verdad. La obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente para evitar la impunidad y que este tipo de hechos vuelvan a repetirse ... (párr. 183) (Las cursivas pertenecen al original.)

Como se desprende del estándar anterior, resultaría necesario que en todo caso que hayan existido denuncias sobre el cometimiento de terapias de conversión en centros de tratamiento de adicciones, el Estado ejecute acciones efectivas encaminadas a investigar estos hechos. Especialmente, con la finalidad de sancionar a las personas responsables del cometimiento de estas vulneraciones. Sin embargo, del reportaje de Flores, *Impunidad que tortura* (2017), como su título lo nombra, únicamente se conoce que existe un caso que ha llegado a obtener una condena, la cual corresponde a una multa pecuniaria de seis dólares y la pena de diez días de privación de la libertad. Para el año de la publicación de dicho reportaje, existían solamente seis casos que habían sido judicializados.

Después de haber realizado una solicitud de información al órgano administrativo de la Función Judicial en el Ecuador, el Consejo de la Judicatura, sucedió algo similar que en las otras instituciones. La institución nunca brindó una respuesta por escrito detallando los procesos judiciales que han sido iniciados sobre personas que han estado internas en estos centros, así como después de haber entrado en contacto con un funcionario responsable del trámite, después de varias excusas, no brindó ninguna otra respuesta.

III. El problema generalizado de la información que proporciona el Estado

Uno de los mayores problemas que ha vislumbrado esta investigación es la imposibilidad de acceder a información completa por parte de los órganos estatales, por cuestiones atribuibles a las mismas instituciones. Si bien existe una Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LOTAIP) (2004), que prevé que toda información que se encuentra en poder del Estado es pública y, por lo tanto, se reconoce su acceso como un derecho (artículo 1), en la práctica, tal derecho no es respetado de la mejor manera.

En las cuatro instituciones investigadas para este trabajo, el Ministerio de Salud, la ACESS, la Defensoría del Pueblo y el Consejo de la Judicatura, fueron ingresadas peticiones de acceso información. La LOTAIP (2004) prevé como tiempo máximo de respuesta 15 días a partir de la recepción del documento (artículo 9). Únicamente la Defensoría del Pueblo contestó dentro del tiempo que estipula dicha Ley, transmitiendo información sobre procesos y denuncias en

contra de los centros de tratamiento de adicciones y sobre las acciones llevadas a cabo en centros de “deshomosexualización”. Sin embargo, esta información solo estaba actualizada hasta el año 2016. No existió un oficio de respuesta a la solicitud, y la información sobre las acciones respecto de estos centros fue transmitida porque es el mismo documento con el cual la Defensoría había contestado previamente a la organización Fundación Equidad (ver en Anexos). La entrevista solicitada nunca fue concretada, pese a que se informó que existía una disposición de la máxima autoridad de ser atendida. En el caso de la ACCESS y el MSP, ambos accedieron a mantener entrevistas, lo cual pudo ser concretado con informantes claves, pero tampoco emitieron una contestación por escrito a la solicitud realizada. En el caso de la ACCESS, la entrevista pudo ser realizada dos meses después de que se ingresó la petición de información.

La peor situación fue la falta de información por parte del Consejo de la Judicatura. Si bien hubo el contacto con una persona servidora pública que prometió remitir la información, después de varias insistencias, este traspaso nunca se concretó. Tampoco hubo alguna respuesta oficial que explicite las razones de la falta de remisión de la información sobre los procesos judiciales relacionados con los centros que hayan practicado terapias de conversión.

Esto conlleva distintos problemas respecto a la falta de fiscalización que puede haber por parte de la ciudadanía o de la sociedad civil para verificar las acciones que ha llevado a cabo el Estado sobre el tema de las terapias de conversión en centros para adicciones. Además, esto claramente pudo ser corroborado a través de la investigación que publicó Flores C. (2017) y de los propios pronunciamientos que han emitido el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité de Derechos Humanos y el Comité contra la Tortura del Sistema Universal, que fueron citados en el Capítulo II de este trabajo, en el cual se muestra que el Estado no brinda información suficiente o la actividad judicial no ha concluido con sanción de responsables, excluyendo el único caso mencionado anteriormente.

Asimismo, la organización Taller de Comunicación Mujer, si bien no se involucró de alguna forma en esta investigación, es una de las organizaciones de la sociedad civil que más ha trabajado el tema (Taller de Comunicación Mujer, 2012; 2018; 2019). Para el presente año, esta organización emitió un comunicado de prensa sobre las acciones judiciales que decidió emprender en vista de la falta de información por parte de los organismos estatales. En la parte pertinente del comunicado se señala:

A lo largo del 2018 e inicios del 2019 se realizaron peticiones de información a Consejo de la Judicatura, Ministerio de Salud, Fiscalía General del Estado y Secretaría de Derechos Humanos. Pedir información sobre las acciones estatales ante tales terapias de tortura es un derecho de la

sociedad civil y sobre todo, forman parte del seguimiento a las actuaciones del Estado, principalmente para recordarle que tiene que garantizar los derechos humanos, pero además investigar, sancionar y reparar los derechos vulnerados.

Ante la falta de adecuada e incompleta información por parte del Estado, Taller de Comunicación Mujer interpuso una **Acción de Acceso a la Información Pública**⁵³ (8 marzo 2019), la misma que fue negada en primera y segunda instancia. Esta respuesta estatal demuestra la ausencia de compromiso con los derechos humanos. (Taller de Comunicación Mujer, 2019) (El resaltado pertenece al original.)

De esta forma, estas afirmaciones solo corroboran que el aparente secretismo con el que el Estado ha manejado este tema no garantiza los derechos de la sociedad civil para fiscalizar los actos del poder público. A la par, muestra una falta de interés del Estado en intentar promover acciones concretas que acerquen a las personas interesadas con los entes públicos, que inclusive podrían ayudar a mejorar su actuar. Este acercamiento podría resultar útil para construir conjuntamente una política sostenida para la erradicación de estos centros donde se practican terapias de conversión, cuestión que también fue afirmada por Medranda (comunicación personal, 2019), para quien, la sociedad civil debe trabajar desde el ámbito preventivo y no solo interviniendo al momento de interponer denuncias sobre estos hechos.

⁵³ De acuerdo a la Constitución (2008), esta acción es una de las garantías que pueden ser activadas judicialmente para la protección de derechos, y en el artículo 91, se indica:

“La acción de acceso a la información pública tendrá por objeto garantizar el acceso a ella cuando ha sido denegada expresa o tácitamente, o cuando la que se ha proporcionado no sea completa o fidedigna. Podrá ser interpuesta incluso si la negativa se sustenta en el carácter secreto, reservado, confidencial o cualquiera otra clasificación de la información. El carácter reservado de la información deberá ser declarado con anterioridad a la petición, por autoridad competente y de acuerdo con la ley.”

CONCLUSIONES

Las terapias de conversión, que pretenden cambiar la orientación sexual o la identidad de género de una persona y adecuarla a la heteronormatividad, son una realidad hoy en día, y en el caso del Ecuador continúan siendo practicadas de distintas maneras, tanto por grupos religiosos como dentro de los establecimientos para tratamiento de adicciones. A la par, existe un arraigo histórico que permite dar cuenta que estas terapias han perdurado a través del tiempo hasta la actualidad, pese a que existen asociaciones de profesionales de la salud que explícitamente las proscriben y señalan sus efectos negativos en las personas. Este trabajo estuvo enfocado en abordar la problemática de la existencia de los centros para adicciones que practican terapias de conversión, los cuales funcionan principalmente a través de una administración privada, por lo que no son manejados por el Estado. Además, cabe señalar que en los centros que operan clandestinamente son en donde existe una mayor ocurrencia de la práctica de este tipo de terapias, sin perjuicio de que existen establecimientos que cuentan con permisos de autoridades competentes que también han sido denunciados por estas prácticas.

Todas las formas de terapias de conversión terminan manteniendo una idea que es sumamente perjudicial para las personas LGBTI y la diversidad sexogenérica: la patologización y rechazo de estas condiciones. En el Ecuador específicamente, estos centros de tratamiento de adicciones consideran que tanto la orientación sexual como la identidad de género no heterosexuales o heteronormadas son “conductas viciosas” que una persona puede y debe corregir. De esta manera, se promueve una imagen negativa sobre este colectivo. El principal problema de la existencia de estos tratamientos consiste en que la identidad de género y la orientación sexual deban adecuarse a lo heteronormativo, lo cual es resaltado como la única forma válida de vivencia de la sexualidad y afectividad de una persona.

Los testimonios recopilados de las víctimas de estos lugares muestran los niveles de violencia a las que estas personas han sido expuestas. La violencia experimentada ha sido una de las características principales de estos establecimientos y se ha manifestado en diferentes formas, ya sea, verbal, psicológica, física e, inclusive, sexual. Debido a las denuncias existentes y a los casos que han llegado a ser mediáticos, la sociedad civil ha logrado levantar su alerta y por este motivo órganos de la supervisión de tratados del Sistema Universal han emitido sus pronunciamientos y recomendaciones al Estado de Ecuador para que adopte medidas efectivas

encaminadas a erradicar este problema. Los órganos que se han pronunciado han sido el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité de Derechos Humanos y el Comité contra la Tortura. En todos los casos, de alguna u otra forma, las recomendaciones están encaminadas a que Ecuador implemente políticas que fomenten la eliminación de estereotipos y prejuicios por la orientación sexual o identidad de género, así como la erradicación de la violencia en contra de las personas LGBTI. Adicionalmente, estos órganos indican la necesidad de reparar a las víctimas, lo cual incluye una investigación, juzgamiento y sanción de quienes sean responsables de cometer estos hechos que constituyen vulneraciones a los derechos quienes han sufrido estas prácticas.

De los estándares analizados en el Capítulo II, es posible inferir las obligaciones de Ecuador y el modo en el que estos derechos se entrelazan. Vale señalar que, la mayoría de los estándares sobre libertad e integridad en conjunto fueron pensados inicialmente con la finalidad de proteger a las personas privadas de libertad en contextos penales, como había sido previamente señalado. Sin embargo, particularmente en virtud de la sentencia del *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil* de la Corte IDH (2006) y del documento que contiene los *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas* (CIDH, 2008), el Sistema Interamericano ha extendido el concepto para que los Estados brinden protección a quienes no puedan disponer de su libertad ambulatoria y se encuentren en otro tipo de instituciones, tales como hospitales, centros para personas refugiadas, entre otros. En tal sentido, la tradicional equiparación de restricción de libertad con los sistemas penales ha evolucionado y el margen de protección ha sido ampliado para abarcar otros contextos de privación de libertad.

Específicamente, la definición de “privación de libertad” que brindan los señalados *Principios y Buenas Prácticas* (CIDH, 2008), permite entender que esta también puede llevarse a cabo cuando una persona está institucionalizada, bajo el control de cualquier autoridad -incluyendo una autoridad de facto-, en cualquier tipo de institución, ya sea pública o privada. En tal sentido, resulta pertinente realizar el nexo con la situación de los centros que brindan tratamiento para las adicciones en Ecuador, ya que, estos lugares están directamente regulados por el Estado al formar parte del Sistema Nacional de Salud. Vale recordar que, la razón por la que forman parte de este Sistema radica en el hecho que brindan servicios para tratar el problema de adicciones a sustancias, el cual ha sido declarado, tanto por la Constitución (2008) en su artículo 364 como por la Ley Orgánica de Salud (2006) en su artículo 38, como un problema de salud pública.

No obstante, es necesario retomar la forma en la que estos centros han operado, particularmente los que brindan terapias de conversión. Como ha sido mencionado, este problema ha sido asociado principalmente en los centros que operan en la clandestinidad, aunque igualmente hayan existido centros con permisos que han sido denunciados por esta razón. Así, resulta pertinente hacer una puntualización específica para entender el nivel de responsabilidad estatal, que resultaría distinto dependiendo del estatus jurídico de estos lugares, es decir, si se tratan de establecimientos autorizados o clandestinos. Por un lado, la responsabilidad del Estado recae directamente en los centros autorizados o que cuentan con un permiso de funcionamiento, porque como lo señala el *Caso Ximenes Lopes* (Corte IDH, 2006), los Estados tienen un deber de cuidado sobre las personas que se encuentran internadas en lugares autorizados para la prestación de un servicio público, inclusive si este lugar tiene administración privada. Así, el Estado se vuelve directamente responsable por la internación de cada persona en dichos centros y del tratamiento que ahí reciban. Por otro lado, la cuestión de que la práctica de las terapias de conversión suceda en centros clandestinos agrava el panorama, porque el Estado si bien debe evitar que este tipo de privaciones ilegítimas a la libertad ocurran, en estos casos no ha interferido mediante una autorización para que determinado lugar preste dicho servicio. Sin embargo, esto no implica cualquier deslinde de responsabilidad estatal, porque estos sitios se ofertan como lugares de tratamiento para un problema de salud pública, aunque no hayan recibido el aval necesario. De tal forma, en cumplimiento de su obligación de protección, el Estado tiene una responsabilidad sobre estos lugares para controlarlos y evitar que operen en la clandestinidad.

Adicionalmente, la responsabilidad directa también surgiría de otra manera en el caso de estos centros clandestinos, tal como ha sido visibilizado por los Comités en sus Observaciones finales al Ecuador y por las actuaciones de la Función Judicial al abordar este tema. Siempre que el Estado tenga conocimiento de un hecho que vulnere derechos es su obligación iniciar una investigación para juzgar y sancionar a los responsables de estas vulneraciones. Si el Estado no lleva a cabo dichas investigaciones o si estas no están encausadas a cumplir con su fin, y son llevadas como un mero asunto de formalidad, entonces no está actuando con debida diligencia. Esto conlleva el incumplimiento de sus obligaciones internacionales para sancionar a particulares que vulneran derechos humanos, e inclusive estaría fomentando la impunidad.

A su vez, tal responsabilidad va de la mano con la obligación que el Estado tiene en evitar la impunidad de actos de particulares que puedan asimilarse a la tortura o a tratos crueles, inhumanos y degradantes. En este sentido, vale rescatar lo indicado por el Subcomité para la

Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, que en su *Noveno informe anual* (2016) señala distintas prácticas que se ven agravadas en razón de la orientación sexual o la identidad de género de las personas. Así, este órgano indica que por estos motivos “a los miembros de las minorías sexuales se los somete en una proporción excesiva a torturas y otros malos tratos porque no responden a lo que socialmente se espera de uno y otro sexo” (párr. 48), lo cual fue también señalado por el Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Sir Nigel Rodley (2001). Si es una afectación específica a un grupo humano en razón de su orientación sexual o identidad de género, claramente es posible hablar de vulneraciones que conllevan también discriminación, lo cual a la par, es uno de los elementos de la definición de tortura según la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en su artículo 1 (ONU, 1984).

Siguiendo con lo anterior, el Subcomité (2016) indica que las terapias de conversión son una de las formas específicas de maltrato en los entornos sanitarios debido a la orientación sexual o identidad de género, y en tal sentido, cualquier tipo de tratamiento para “curar” una condición que no constituye de ninguna manera una patología resulta en “traumas psicológicos considerables” y en el aumento de la estigmatización sobre este grupo humano (párr. 69). Debido a lo anterior, el Subcomité recalca que los Estados deben prohibir este tipo de terapias y deja claramente establecido que ningún tipo de asesoramiento médico o psicológico, de forma implícita o explícita, debe abordar la cuestión de la identidad de género u orientación sexual como si se tratara de una enfermedad (párr. 81). Esto, para los Estados, tiene una trascendental importancia para entender que las terapias de conversión, además de ser una forma específica de violencia, fomentan una idea de estigmatizadora en perjuicio a un grupo humano. Se puede inducir que aceptar la posibilidad de que estas terapias sean practicadas se transforma en una forma clara de mantener la estigmatización y no sancionar los hechos que pueden ser asimilables a la tortura, a la par, que se constituye en una discriminación de facto, por contribuir a la impunidad en casos de violencia en contra de las personas LGBTI. La prohibición absoluta de estas prácticas se compagina por lo establecido en los Principios de Yogyakarta.

Sobre el concepto de tortura, resulta pertinente entender que, en el caso de los lugares clandestinos, la responsabilidad estatal se configura cuando no toma las medidas necesarias para juzgar y sancionar a quienes sean responsables. Sin embargo, en el caso ecuatoriano preocupa particularmente la información obtenida de las entrevistas en las que se pudo conocer que, los controles estatales actualmente ejecutados a los establecimientos clandestinos no

tendrían una finalidad reguladora o sancionatoria, sino que propenden brindar apoyo para regularizar la situación de estos centros. Si bien el dato oficial manejado por la ACESS señala que solo ha existido un centro que fue denunciado por práctica de terapias de conversión, esto no quiere decir necesariamente que estos casos hayan dejado de suceder, considerando el trabajo documentado por la sociedad civil y las organizaciones de derechos de personas LGBTI. En tal sentido, el Estado a través de su control debe evitar que prácticas asimilables a la tortura sean aplicadas, por lo cual esta fiscalización debe ser lo más estricta y rigurosa posible para evitar el acaecimiento de estas prácticas y alcanzar una verdadera sanción a responsables.

El hecho de haber sido sometido/a a una terapia de conversión en las condiciones en las que se viven en los centros de tratamiento de adicciones en el Ecuador vulnera directamente el derecho a una vida libre de violencias por los actos que han sido descritos. Tal particular tiene repercusiones importantes porque la violencia en sí misma se constituye un obstáculo para una adecuada salud mental, como lo ha señalado el Relator Especial sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainus Pūras, en su Informe (2015). Adicional a ello, existen los diversos pronunciamientos de cada Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, así como de la Comisión Interamericana y otros expertos/as internacionales, quienes han emitido su criterio sobre la nocividad de las terapias de conversión. A la par, esto va de la mano con lo que han señalado los mencionados Expertos Independientes sobre mantener un enfoque adecuado dentro de los servicios de salud, que elimine la patologización y estigmatización de la diversidad sexogenérica.

Al respecto, si bien el Acuerdo Ministerial No. 125 (2017) da una pauta clara para eliminar este estigma, el problema se agrava cuando parecería ser que esta herramienta que promueve una imagen positiva y respetuosa sobre la diversidad sexogenérica no ha sido realmente transversalizada en todo el Sistema Nacional de Salud. Esto se puede afirmar porque aún existen centros que ofertan terapias de conversión. Si bien se pudo conocer que el fenómeno probablemente haya disminuido, no se puede hablar de una erradicación total en el cual la intervención del Estado haya sido lo suficiente para eliminar la problemática.

Debido a las actuaciones estatales en este tema, la violación al derecho a la salud se ha ido configurando de diferentes maneras en cuanto a las obligaciones específicas que tiene sobre este derecho y sus características. De tal forma, el Estado ha cumplido parcialmente con su deber de proteger, porque, si bien implementó operativos desarrollados para controlar las

actividades de estos centros, el Estado no ha tomado las medidas necesarias para la investigación de los hechos que se han constituido vulneraciones realizadas por particulares. Adicionalmente, en vista de que estos tratamientos no responden a las características de aceptabilidad y de calidad de este derecho como lo indica el Comité DESC, puesto que no son apropiados desde el punto de vista ético-médico porque continúan fomentando la existencia de una supuesta “cura” de la diversidad sexogenérica, el Estado debe realizar un especial esfuerzo para lograr erradicar este tipo de prácticas.

El Estado ha emitido una normativa que, en línea con los pronunciamientos de expertos/as y órganos de tratados, prohíbe absolutamente la práctica de estas terapias en el contexto de los centros de tratamiento de adicciones. Sin embargo, esta normativa en comparación con la anterior y con el control que actualmente se realiza no resulta suficiente por diversos motivos. El Estado ecuatoriano debe adoptar una norma que le permita ejercer un control efectivo sobre estos lugares, incluyendo la posibilidad de imponer todas las sanciones necesarias cuando verifique que han existido estas prácticas. Al respecto, como fue señalado en el último capítulo, una norma con rango de acuerdo ministerial no resulta suficiente. Por otra parte, el Acuerdo Ministerial No. 080 (2016) actual tampoco promueve una posibilidad de coordinación interinstitucional que sea lo suficientemente clara entre las diferentes entidades de las Funciones estatales. Esto no permite que exista una obligación normativa para las otras instituciones para abordar todas las dimensiones de este problema y brindar el acompañamiento necesario. Tal articulación no debería estar supeditada a la voluntad política de cada institución, y por ejemplo, una norma con rango de ley podría obligar a que organismos públicos claves puedan implementar políticas sostenidas sobre la problemática que engloban los centros para adicciones y las irregularidades que han existido, las cuales inclusive van más allá de la práctica de terapias de conversión.

Igualmente, tanto las instituciones como la normativa actual de control de los centros no establecen ni promueven mecanismos de fiscalización por parte de la sociedad civil. Esto no solo ha sido denunciado por una organización, como es Taller de Comunicación Mujer, sino también fue una realidad muy palpable al realizar este trabajo. Únicamente, la ACESS brindó cifras actualizadas sobre los operativos que se han ejecutado, pero instituciones como la Defensoría del Pueblo y el Consejo de la Judicatura no proporcionaron información actualizada sobre los procesos de control llevados a cabo, ni tampoco sobre acciones pertinentes que estén encaminadas a abordar este problema. Especialmente, en el caso del Consejo de la Judicatura no fue posible acceder a ningún tipo de proceso judicial abierto, ni se brindó ningún tipo de

justificación sobre la falta de entrega de información. En el caso de la Defensoría del Pueblo, que consta como la Institución Nacional de Derechos Humanos y que tiene a su cargo el Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura podría ejecutar acciones concretas sobre estos centros, pero tal cuestión tampoco fue informada. Aparentemente, el Estado, a través de su aquiescencia, ha sostenido una política de silencio que deja de lado la posibilidad de fiscalización certera, y que probablemente lleva a ocultar la inacción y la falta de políticas sostenidas que permitan erradicar el problema de las terapias de conversión en los centros de tratamiento de adicciones.

Como reflexión final, otro de los problemas que debe abordar el Estado es la práctica de las terapias de conversión en sus diversas formas. Si bien el presente estudio se enfocó en la práctica de estas terapias dentro del contexto de los centros para adicciones, este problema continúa siendo latente en la realidad del país, sobre lo cual es necesario que exista una mayor investigación que permita dimensionar las afectaciones de derechos que genera la falta de prohibición absoluta de cualquier tipo de terapia de conversión. Aunque las cifras que proporcionó la ACCESS brindan un panorama alentador, ya que en el transcurso de un año y medio aproximadamente (todo el 2018 y mediados del 2019), solo ha existido un presunto caso de un centro que practicaba estas terapias, es pertinente que el Estado se cuestione seriamente si el problema ha sido del todo erradicado o sobre los posibles sesgos de este dato, especialmente cuando aún existen problemas respecto a la investigación, juzgamiento y sanción de las víctimas de estos centros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros

- Ávila, R. (2008). Ecuador Estado constitucional de derechos y justicia. En Ávila, R. (ed.), *La Constitución del 2008 en el contexto andino. Análisis desde la doctrina y el derecho comparado*, (págs. 19-38). Quito: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Boswell, J. (1980). *Christianity, Social Tolerance and Homosexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Carroll, A., & Mendos, L. R. (2017). *Homofobia de Estado*. Ginebra: ILGA - International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. Obtenido de https://ilga.org/downloads/2017/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf
- Hang, Y.-C. (2017). *2017 Taiwan LGBTI Rights Policy Review*. Taipei: Taiwan Tongzhi Hotline Association.
- Nicolosi, J. (1993). *Quiero dejar de ser homosexual*. Madrid: Encuentro.
- OMS; ACNUDH. (2008). *Folleto Informativo No. 31: El derecho a la salud*. Ginebra: ONU.
- Parra Vera, O. (2009). El derecho a la salud desde la perspectiva de género y de los derechos de las mujeres. En IIDH (ed.), *Interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los instrumentos del Sistema Interamericano* (págs. 145-168). San José: IIDH.
- Taller de Comunicación Mujer. (2017). *Retratos del encierro: sobrevivientes a las clínicas de deshomosexualización* (Primera ed.). Quito, Ecuador: Corporación Promoción de la Mujer - Taller de Comunicación Mujer. Obtenido de http://www.tcmujer.org/dct/tmp_adjuntos/noEn/000/000/RetratosEncierro_Final.pdf
- Wilkinson, A. K. (2013). *"Sin sanidad, no hay santidad". Las prácticas reparativas en el Ecuador*. Quito, Ecuador: FLACSO - Sede Ecuador. Obtenido de <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54210.pdf>

Artículos en revistas especializadas

- Ardila, R. (Enero-Marzo de 2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 67-77. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502007000100006&script=sci_arttext&lng=en
- Banay, R., y Davidoff, L. (1942). Apparent recovery of a sex psychopath after lobotomy. *Journal of Criminal Psychopathology* (4), 59-66. Recuperado el 19 de Mayo de 2019, de <https://psycnet.apa.org/record/1943-00143-001>
- Baughey-Gill, S. (2011). When Gay Was Not Okay with the APA: A Historical Overview of Homosexuality and its Status as Mental Disorder. *Occam's Razor*, 1, 5-16.
- Carreño, J. (Diciembre de 2007). Psicocirugía, estimulación cerebral profunda y cirugía para enfermedades psiquiátricas: El Riesgo del Neurodeterminismo. *Persona y Bioética*, 11(2), 106-125. Recuperado el 18 de Mayo de 2019, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222007000200002&lng=en&nrm=iso

- Cornejo Espejo, J. (2007). La homosexualidad como una construcción ideológica. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*, 2(16), 83-108.
- de la Espriella Guerrero, R. (2007). Homofobia y Psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(4), 718-735. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636411>
- García, R. (1993). Algunas intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en los dependientes del alcohol. *Anales de Psicología*, 9(1), 43-51. Recuperado el 19 de Mayo de 2019
- Grosfoguel, R. (Enero - Junio de 2012). El concepto de «racismo» en Michael Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no ser? *Tabula Rasa*(16), 73-102. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39624572006>
- Kinsey, A., Pomeroy, W., y Martin, C. (2003). Sexual Behavior in the Human Male. *American Journal of Public Health*, 894-898. Recuperado el 21 de Mayo de 2019, de <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.93.6.894>
- Montoya, G. (2006). Aproximación bioética a las terapias reparativas. Tratamiento para el cambio de la orientación homosexual. *Acta bioethica*, 12(2), 199-210. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200009&lng=es&nrm=iso
- Núñez-Eddy, C. y Turriziani, F. (16 de Febrero de 2017). Eugen Steinach (1861-1944). Obtenido de The Embryo Project Encyclopedia: <https://embryo.asu.edu/pages/eugen-steinach-1861-1944>
- O'Neal, C., Baker, C., Glenn, C., et. al. (Septiembre de 2017). Dr. Robert G. Heath: A controversial figure in the history of deep brain stimulation. *Neurosurgical Focus*, 43(3). Obtenido de <https://thejns.org/view/journals/neurosurg-focus/43/3/article-pE12.xml>
- Payne, I. R. (1993). Review of 'Reparative Therapy of male sexuality: A new clinical approach' by Joseph Nicolosi. *Issues in Religion and Psychotherapy*, 19(1), 113-116. Recuperado el 23 de Mayo de 2019, de <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1350&context=irp>
- Santiago Hernández, M., y Toro-Alfonso, J. (Mayo-Agosto de 2010). La cura que es (lo)cura: Una mirada crítica a las terapias reparativas de la homosexualidad y el lesbianismo. *Revista Salud & Sociedad*, 1(2), 136-144.
- Sigusch, V. (Abril de 2012). The Sexologist Albert Moll – between Sigmund Freud and Magnus Hirschfeld. *Medical History*, 56(2), 184-200. doi:10.1017/mdh.2011.32
- Sommer, A. (Abril de 2012). Policing Epistemic Deviance: Albert von Schrenck-Notzing and Albert Moll. *Medical History*, 56(2), 255-276. Recuperado el 4 de Mayo de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381523/>

Artículos de periódicos y notas periodísticas

- Agencia La Voz. (2011). *¿Se puede dejar de ser homosexual?* Recuperado el 27 de Mayo de 2019, de Agencia La Voz: <http://agencialavoz.blogspot.com/2009/03/se-puede-dejar-de-ser-homosexual.html>
- Arévalo, L. La desaparición, búsqueda y hallazgo de Santiago, el chico al que su madre quería curarle lo homosexual. *GK*. (16 de Octubre de 2016). Recuperado el 23 de Junio de 2019, de <https://gk.city/2016/10/10/deshomosexualizacion/>
- BBC Mundo. (4 de Junio de 2017). China vs. Taiwán: la disputa de más de 60 años que divide al país más grande de Asia. *BBC*. Recuperado el 17 de Junio de 2019, de

- https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151106_china_taiwan_rencuentro_xi_jinping_ma_ying_jeou_historia_aw
- Bierbach, M. (1 de Marzo de 2019). Gay 'conversion therapy' ban in Germany gains momentum. *DW*. Recuperado el 20 de Abril de 2019, de <https://www.dw.com/en/gay-conversion-therapy-ban-in-germany-gains-momentum/a-47748034>
- Blakemore, E. (30 de Agosto de 2018). Gay Conversion Therapy's Disturbing 19th-Century Origins. *History*. Recuperado el 4 de Mayo de 2019, de <https://www.history.com/news/gay-conversion-therapy-origins-19th-century>
- Brik, D. (26 de Junio de 2018). "Clínicas de deshomosexualización" en Ecuador. *El Espectador*. Recuperado el 28 de Mayo de 2019, de <https://www.elespectador.com/noticias/el-mundo/clinicas-de-deshomosexualizacion-en-ecuador-articulo-796634>
- Colvile, R. (2016). The 'gay cure' experiments that were written out of scientific history. *Mosaic*. Recuperado el 17 de Mayo de 2019, de <https://mosaicscience.com/story/gay-cure-experiments/>
- Ecuadorinmediato.com. (19 de Abril de 2011). Comisaria de Salud del Guayas denuncia agresión física y verbal. *Ecuadorinmediato.com*. Recuperado el 6 de Julio de 2019, de http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=148007
- Eddie, R. (3 de Febrero de 2019). Australian-first move to ban gay conversion therapy will 'save lives'. *The New Daily*. Recuperado el 18 de Junio de 2019, de <https://thenewdaily.com.au/news/state/vic/2019/02/03/gay-conversion-therapy-victoria/>
- El Telégrafo. (14 de Enero de 2012). Sentencia de 2 años por injurias. *El Telégrafo*. Recuperado el 6 de Julio de 2019, de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/justicia/1/sentencia-de-2-anos-por-injurias>
- El Telégrafo. (3 de Marzo de 2015). 125 centros para recuperar adictos son clandestinos en Ecuador (Infografía). *El Telégrafo*. Recuperado el 7 de Julio de 2019, de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/12/125-centros-para-recuperar-adictos-son-clandestinos-en-ecuador-infografia>
- Flores, C. (2017). Las clínicas de deshomosexualización: Impunidad que tortura. *Plan V*. Obtenido de <http://www.planv.com.ec/historias/sociedad/clinicas-deshomosexualizacion-impunidad-que-tortura>
- Flores, C., & Rivas, N. (Enero de 2019). *Centros de tratamiento de adicciones: el peligroso limbo entre la legalidad y la clandestinidad*. Recuperado el 1 de Julio de 2019, de FES-ILDIS: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/15167.pdf>
- Flores, P. (Marzo de 2019). Así funciona el negocio de los centros de rehabilitación evangélicos en Ciudad de Guatemala. *Nómada*. Recuperado el 29 de Marzo de 2019, de <https://nomada.gt/identidades/guatemala-urbana/asi-funciona-el-negocio-de-los-centros-de-rehabilitacion-evangelicos-en-ciudad-de-guatemala/>
- Golubeva, A. (1 de Mayo de 2017). Los controvertidos tratamientos que médicos usan en Rusia para "curar la homosexualidad". *BBC*. Recuperado el 26 de Mayo de 2019, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-39770514>
- González, Y. (10 de Mayo de 2017). Artista ecuatoriana denuncia y recrea abusos de las "clínicas de deshomosexualización" en serie fotográfica. *Global Voices*. Recuperado el 29 de Mayo de 2019, de <https://es.globalvoices.org/2017/05/10/artista-ecuadoriana-denuncia-y-recrea-abusos-de-las-clinicas-de-deshomosexualizacion-en-serie-fotografica/>

- Inzunza, A. (20 de Junio de 2010). Oraciones para dejar de ser gay. *El País*. Recuperado el 27 de Mayo de 2019, de https://elpais.com/diario/2010/06/20/sociedad/1276984802_850215.html
- Iovannone, J. (2018). Barbara Gittings: Mother of the Gay Rights Movement. *Medium*. Recuperado el 8 de Julio de 2019, de <https://medium.com/queer-history-for-the-people/barbara-gittings-mother-of-the-gay-rights-movement-b321cb527f20>
- Lambert, M. (3 de Enero de 2017). Taiwan Publishes Plan to Ban Conversion Therapy. *Out*. Recuperado el 17 de Junio de 2019, de <https://www.out.com/news-opinion/2017/1/03/taiwan-publishes-plan-ban-conversion-therapy>
- Marr, R. (27 de Febrero de 2015). Gay "cure" camp in South Africa guilty of murdering teen. *Metroweekly*. Recuperado el 27 de Marzo de 2019, de <https://www.metroweekly.com/2015/02/gay-cure-camp-in-south-africa-guilty-of-murdering-teen/>
- Morales, K. (1 de Marzo de 2015). Centros de deshomosexualización en el Ecuador. *El Telégrafo*. Recuperado el 29 de Mayo de 2019, de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/columnistas/1/centros-de-deshomosexualizacion-en-ecuador>
- Murphy, J. (21 de Diciembre de 2018). Thousands of Canadians have signed petitions to ban conversion therapy. *BBC News*. Recuperado el 20 de Abril de 2019, de <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-46562130>
- News Team of Pride Life. (4 de Enero de 2017). Taiwanese Bill to Ban Gay Cure Therapy Published. *Pride Life*. Recuperado el 17 de Junio de 2019, de <https://pridelife.com/taiwanese-bill-to-ban-gay-cure-therapy-published/>
- Ortiz, M., y Torres, M. A. (18 de Mayo de 2008). Oración y encierro para 'curar' a gays. *El Universo*. Obtenido de <https://www.eluniverso.com/2008/05/18/0001/18/4D35CE267F034BD4AD2F5795C316E225.html>
- Paucar, E. (15 de Enero de 2019). 67 centros para tratar adicciones fueron clausurados desde el 2018. *El Comercio*. Recuperado el 7 de Julio de 2019, de <https://www.elcomercio.com/actualidad/centros-tratamiento-adicciones-clausurados-ecuador.html>
- Paucar, E. (18 de Junio de 2019). Grupos rechazan sentencia de la Corte Constitucional que reconoce el derecho al matrimonio civil igualitario. *El Comercio*. Recuperado el 8 de Julio de 2019, de <https://www.elcomercio.com/actualidad/oposicion-derecho-matrimonio-igualitario-ecuador.html>
- Payne, E. (8 de July de 2013). Group apologizes to gay community, shuts down 'cure' ministry. *CNN*. Obtenido de <https://edition.cnn.com/2013/06/20/us/exodus-international-shutdown/index.html>
- Picheta, R. (21 de Enero de 2019). 'A legal form of abuse': Conversion therapy is lurking in the shadows. *CNN*. Recuperado el 20 de Junio de 2019, de <https://edition.cnn.com/2019/01/21/health/conversion-therapy-europe-intl/index.html>
- Pressly, L. (28 de Agosto de 2014). Los centros de rehabilitación que encierran adictos en contra de su voluntad. *BBC*. Recuperado el 29 de Mayo de 2019, de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/08/140827_america_latina_guatemala_drogas_rehabilitacion_fp
- Ramírez, A. (11 de Julio de 2019). Avanza proyecto que prohibiría "terapias para curar" homosexualidad. *CRHoy.com*. Recuperado el 12 de Julio de 2019, de <https://www.crhoy.com/nacionales/avanza-proyecto-que-prohibiria-terapias-para-curar-homosex/>

- Redacción El Mundo. (17 de Mayo de 2019). La OMS cambia el término 'transexual' por el de 'incongruencia de género'. *El Mundo*. Recuperado el 22 de Mayo de 2019, de <https://www.elmundo.es/salud/2019/05/17/5cdeed63fdddff987a8b45cb.html>
- Redacción Notimérica. (6 de Enero de 2018). La impunidad de las 'clínicas de deshomosexualización' en Ecuador. *Notimérica*. Recuperado el 28 de Mayo de 2019, de <https://www.notimerica.com/sociedad/noticia-impunidad-clinicas-deshomosexualizacion-ecuador-20180106074433.html>
- Redacción Público. (16 de Mayo de 2017). La homosexualidad dejó de ser considerada por la OMS como una enfermedad mental hace hoy 27 años. *Público*. Recuperado el 9 de Abril de 2019, de <https://www.publico.es/politica/homosexualidad-dejo-considerada-oms-enfermedad.html>
- Schlanger, Z. (Julio de 2014). Where Americans Teens Were Abused in the Name of God. *Newsweek*. Recuperado el 9 de Junio de 2019, de <https://www.newsweek.com/where-american-teens-abused-name-god-258182>
- Scot, J. (28 de Junio de 2013). Shock the Gay Away: Secrets of Early Gay Aversion Therapy Revealed (PHOTOS). *HuffPost*. Recuperado el 20 de Mayo de 2019, de https://www.huffpost.com/entry/shock-the-gay-away-secrets-of-early-gay-aversion-therapy-revealed_b_3497435?guccounter=1
- Shanghaiist.com. (24 de Febrero de 2018). Taiwan finalizes conversion therapy ban. *Medium*. Recuperado el 30 de Mayo de 2019, de <https://medium.com/shanghaiist/taiwan-finalizes-conversion-therapy-ban-adb417e5ff44>
- Televistazo. (25 de Noviembre de 2017). Visión 360 - Terapias del Horror - Centros de Deshomosexualización en el Ecuador. Quito, Ecuador.
- Williams, C., Marks, S., y Pick, D. (18 de noviembre de 2018). *Kurt Freund: The Beginning of the End of 'Gay Conversion Therapy' in the 1950s*. Obtenido de brewminate: <https://brewminate.com/kurt-freund-the-beginning-of-the-end-of-gay-conversion-therapy-in-the-1950s/>
- Worland, J. (8 de Diciembre de 2016). Malta Becomes First European Country to Outlaw Conversion Therapy. *Time*. Recuperado el 27 de Marzo de 2019, de <http://time.com/4595202/malta-conversion-therapy/>

Documentos de organismos internacionales

- CIDH. (Marzo de 2008). Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Washington: OEA.
- (2011). *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de la libertad en las Américas*. Washington: OEA.
- (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América*. Washington: CIDH.
- (2018). *Avances y Desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas*. Washington D.C.: OEA.
- Comité contra la Tortura. Observación General No. 2 – Aplicación del Artículo 2 por los Estados Partes. CAT/C/GC/2 (24 de enero del 2008).
- Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico del Ecuador. CAT/C/ECU/CO/7 (11 de enero del 2017).

Comité DESC. Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000).

Observación General No. 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/20 (2 de julio del 2009).

Comité de Derechos Humanos. Observación General No. 20: Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. CCPR/C/GC/20 (10 de marzo de 1992), disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1399.pdf>

Observación General No. 35 – Artículo 9 (libertad y seguridad personales). CCPR/C/GC/35 (16 de diciembre del 2014), disponible en: <https://www.refworld.org/cgi-bin/txis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=553e0fb84>

Observaciones finales sobre el sexto informe periódico del Ecuador. CCPR/C/ECU/CO/6 (11 de agosto del 2016).

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Ecuador. CEDAW/C/ECU/CO/8-9 (11 de marzo del 2015).

Corte IDH. *Caso Cantoral Benavides vs. Perú*, Serie C - 69 (18 de Agosto de 2000).

Caso Maritza Urrutia vs. Guatemala, Serie C – 103 (27 de Noviembre de 2003).

Caso Tibi vs. Ecuador, Serie C - 144 (7 de Septiembre de 2004).

Caso Véliz Franco y otros vs. Guatemala, C-277 (19 de Mayo de 2014).

Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, C-149 (4 de Julio de 2006).

Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, Serie C - 359 (23 de Agosto de 2018).

Masacre de Mapiripán vs. Colombia, Serie C - 134 (15 de Septiembre de 2005).

FRA. (2016). *Fundamental Rights Report 2016*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Madrigal-Borloz, Víctor. Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de género y orientación sexual, A/HRC/38/43, (11 de mayo del 2018), disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/132/15/PDF/G1813215.pdf?OpenElement>

Melzer, Nils. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/34/54 (14 de febrero del 2017), disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/032/28/PDF/G1703228.pdf?OpenElement>

Méndez, Juan. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/22/53 (1 de febrero del 2013), disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/31/57 (5 de enero del 2016), disponible en: <https://undocs.org/sp/A/HRC/31/57>

Muntarbhorn, Vitit. Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, “Diversidad en la humanidad, humanidad en la diversidad”, A/HRC/35/36, (19 de abril del 2017), disponible en:

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/095/58/PDF/G1709558.pdf?OpenElement>

Muntarbhorn, Vitit. Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, “Acepta la diversidad e impulsa a la humanidad”, A/72/172, (19 de julio del 2017), disponible en: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/72/172&Lang=S

OEA. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Bogotá, Colombia, 1948.

Convención Americana sobre Derechos Humanos. San José, Costa Rica, 22 de Noviembre de 1969.

Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. Cartagena de Indias, Colombia, 28 de Febrero de 1987.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. San Salvador, El Salvador, 17 de Noviembre de 1988.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belém do Pará, Brasil, 9 de Junio de 1994.

Convención Interamericana contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia. La Antigua, Guatemala, 5 de Junio de 2013.

OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York, Julio de 1946.

ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos. Nueva York, Estados Unidos, 10 de Diciembre de 1948.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York, Estados Unidos, Diciembre de 1966.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York, Diciembre de 1966.

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Nueva York, Estados Unidos, 10 de Diciembre de 1984.

Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Nueva York, 12 de Diciembre de 2002.

Resolución 45/113 de la Asamblea General. Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de la Libertad, A/RES/45/113 (14 de diciembre de 1990), disponible: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1423.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2002/1423>

Resolución 48/134 de la Asamblea General. Instituciones nacionales de promoción y protección de derechos humanos, A/RES/48/134 (4 de marzo de 1994), disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/116/27/PDF/N9411627.pdf?OpenElement>

Resolución 65/229 de la Asamblea General. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok), A/RES/65/229 (16 de marzo del 2011), disponible: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/65_229_Spanish.pdf

Resolución 70/175 de la Asamblea General. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, A/RES/70/175 (17 de diciembre del 2015), disponible: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10266.pdf?view=1>

Parlamento de la Unión Europea. Resolución sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género en las Naciones Unidas, 28 de Septiembre de 2011. *P7_TA(2011)0427*. Estrasburgo, disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//ES>

Resolución del Parlamento Europeo sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión en 2016, 1 de Marzo de 2018. *P8_TA(2018)0056*. Bruselas, disponible en: http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2018-0056_ES.html

Pillay, Navanethem. “Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación e identidad de género.” Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/19/41 (17 de noviembre del 2011), disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/A.HRC.19.41_spanish.pdf

Pūras, Dainus. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, A/HRC/29/33, (2 de abril del 2015)

Ra’ad Al Hussein, Zeid. “Discriminación y violencia contra las personas por motivos de orientación sexual e identidad de género”. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/29/23, (4 de mayo de 2015)

Ra’ad Al Hussein, Zeid. Salud mental y derechos humanos. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/34/32, (31 de enero del 2017)

Rodley, Nigel. Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/56/156 (3 de julio del 2001), disponible en: <https://undocs.org/es/A/56/156>

Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, “Noveno informe anual”, CAT/C/57/4 (22 de marzo del 2016), disponible en: <https://undocs.org/sp/CAT/C/57/4>

Leyes nacionales

Asamblea Constituyente del Ecuador. Decreto Legislativo No. 0. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial No. 449. Quito, Ecuador, 20 de octubre del 2008

Asamblea Legislativa de Ontario. *Bill 77, Affirming Sexual Orientation and Gender Identity Act, 2015*, 4 de junio del 2015, disponible en: <https://www.ontario.ca/laws/statute/S15018>

Asamblea Nacional del Ecuador. *Código Orgánico Integral Penal*. Registro Oficial No. 180 (Suplemento). Quito, Ecuador, 10 de febrero del 2014.

Asamblea Nacional del Ecuador. *Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo*. Registro Oficial No. 481 (Suplemento). Quito, Ecuador, 6 de mayo del 2019.

Congreso Nacional del Ecuador. Ley No. 100. Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia. Registro Oficial No. 737. Quito, Ecuador, 3 de enero del 2003.

- Congreso Nacional del Ecuador. Ley No. 24. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Registro Oficial (Suplemento) No. 337. Quito, Ecuador, 18 de mayo del 2004.
- Congreso Nacional del Ecuador. Codificación No. 25. Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Registro Oficial (Suplemento) No. 490, Quito, Ecuador, 27 de diciembre del 2004.
- Congreso Nacional del Ecuador. Ley No. 67. *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial (Suplemento) No. 423. Quito, Ecuador, 22 de diciembre del 2006.
- Consejo Federal de Psicología. Resolución CFP 001/99, *Normas de actuación para los psicólogos en relación con la cuestión de la orientación sexual*. Brasilia, Brasil, 22 de marzo de 1999, disponible en: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf
- Consejo Federal de Psicología. Resolución CFP 01/18, *Normas de actuación para las psicólogas y psicólogos en relación con las personas transexuales y travestis*. Brasilia, Brasil, 29 de enero de 2018, disponible en: <https://atosoficiais.com.br/lei/normas-de-atuacao-para-as-psicologas-e-os-psicologos-em-relacao-as-pessoas-transexuais-e-travestis-cfp?origin=instituicao>
- Legislatura de Nueva Escocia. *Bill No. 16, Sexual Orientation and Gender Identity Protection Act*, 25 de septiembre del 2018, disponible en: https://nslegislature.ca/legc/bills/63rd_2nd/1st_read/b016.htm
- Ministerio de Salud Pública. *Acuerdo Ministerial No. 339*. Registro Oficial No. 272, Quito, Ecuador, 6 de septiembre del 2010.
- Ministerio de Salud Pública. *Acuerdo Ministerial No. 0767*. Registro Oficial No. 720 (Suplemento), Quito, Ecuador, 8 de junio del 2012.
- Ministerio de Salud Pública. *Acuerdo Ministerial No. 080*. Registro Oficial No. 832, Quito, Ecuador, 2 de septiembre de 2016.
- Ministerio de Salud Pública. *Acuerdo Ministerial No. 125*. Registro Oficial (Edición Especial) No. 831. Quito, Ecuador, 16 de enero del 2017.
- Ministry of Justice of Taiwan. (2016). *Physicians Act*. Obtenido de Laws & Regulations Database of The Republic of China: <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020001>
- Ministry of Justice of Taiwan. (2017). *The Code of Criminal Procedure*. Obtenido de Laws & Regulations Database of The Republic of China: <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=C0010001>
- Ministry of Justice of Taiwan. (2015). *The Protection of Children and Youths Welfare and Rights Act*. Obtenido de Laws & Regulations Database of The Republic of China: <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0050001>
- Parlamento de Malta. *Act No. LV of 2016 - Affirmation of Sexual Orientation, Gender Identity and Gender Expression Act*, 9 de diciembre del 2016, disponible en: <https://parlament.mt/media/81828/act-lv-sexual-orientation-gender-identity-and-gender-expression-act.pdf>
- Presidencia de la República del Ecuador. *Decreto Ejecutivo No. 703*. Registro Oficial (Suplemento) No. 543, Quito, Ecuador, 01 de julio del 2015.
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 26.657, Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre del 2010, disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Informes

- Matrimonio Civil Igualitario; et. al. (2016). *Informe Alternativo al Séptimo Informe País -Ecuador- al Comité contra la Tortura*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Informe Técnico DNDHGI-INF-#0036 - Acciones Sanitarias a los Centros de Recuperación de Adicciones*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Quito. Obtenido de <https://www.connectas.org/especiales/impunidad-que-tortura/documentos/informe-tecnico-del-ministerio-de-salud.pdf>
- Taller de Comunicación Mujer. (2012). *Análisis Estadístico de Clínicas de "Rehabilitación" en el Ecuador*. Taller de Comunicación Mujer. Quito: Taller de Comunicación Mujer. Obtenido de http://www.tcmujer.org/dct/tmp_adjuntos/noEn/000/000/estadisticas%20de%20las%20clnicas%20de%20rehabilitacion.pdf
- Taller de Comunicación Mujer. (28 de Junio de 2019). Boletín de Prensa. Quito.
- Taller de Comunicación Mujer; Sexual Rights Initiative. (2012). *Informe al Examen Periódico Universal de Ecuador*. Quito. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de http://www.tcmujer.org/dct/tmp_adjuntos/noEn/000/000/EPU%202012%20TCM.pdf
- Taller de Comunicación Mujer; Sexual Rights Initiative. (2017). *Informe Conjunto al Examen Periódico Universal de Ecuador*. Quito. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de http://www.tcmujer.org/dct/tmp_adjuntos/noEn/000/000/TCM%20SRI%20Ecuador%202017.pdf

Sitios web

- ACCESS. (2019). *Centros especializados para tratar adicciones*. Recuperado el 7 de Julio de 2019, de ACCESS: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/listadocetad_mayo2019.pdf
- APA. (2019). *Orientación sexual e identidad de género*. Obtenido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
- Camino de Salida. (2017). *Nosotros - Quienes somos*. Recuperado el 12 de Julio de 2019, de Camino de salida: <https://caminodesalida.com/nosotros/>
- CEDES. (2005). *Tribunal por los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres (Ecuador)*. Recuperado el 28 de Junio de 2019, de GLOOBAL: <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=1437&opcion=documento#s39>
- CIDH. Oficina de Prensa y Comunicación de la CIDH. Comunicado de Prensa No. 061/17, "Aceptemos la diversidad y protejamos a niñas/os/es y adolescentes trans y de género diverso", 16 de mayo del 2017, disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/061.asp>
- Changed Movement. (2019). *Janet Boynes*. Recuperado el 26 de Mayo de 2019, de Changed #OnceGay Stories: <https://changedmovement.com/stories/janet-boynes>
- Conselho Federal de Psicologia. (s.f.). *Conheça o CFP*. Recuperado el 4 de Abril de 2019, de Conselho Federal de Psicologia: <https://site.cfp.org.br/cfp/conheca-o-cfp/>

- Encyclopedia.com. (2007). *Daughters of Bilitis*. Recuperado el 8 de Julio de 2019, de Encyclopedia.com: <https://www.encyclopedia.com/social-sciences/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/daughters-bilitis>
- Gobierno de Manitoba. (2019). *Position on Conversion Therapy*. Recuperado el 9 de Julio de 2019, de Government of Manitoba: https://www.gov.mb.ca/health/conversion_therapy.html
- Health Complaints Commissioner. (3 de Febrero de 2019). *Health Complaints Commissioner welcome new laws to denounce and prohibit LGBTI conversion practices following HCC inquiry*. Recuperado el 18 de Junio de 2019, de Health Complaints Commissioner: <https://hcc.vic.gov.au/news/211-health-complaints-commissioner-welcomes-new-laws-denounce-and-prohibit-lgbti-conversion>
- Janet Boynes Ministries. (2019). *Janet Boy Ministries - About*. Recuperado el 27 de Mayo de 2019, de Called Out International - Janet Boynes Ministries: <https://www.janetboynesministries.com/index.php/about>
- Leite, G., y Luiz, R. (2018). *Sobre a hierarquia das leis no direito brasileiro*. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de Jusbrasil: <https://professoragiseleite.jusbrasil.com.br/artigos/568078901/sobre-a-hierarquia-das-leis-no-direito-brasileiro>
- Marcus, E., y Burningham, S. (2019). *Episode 05 - Frank Kameny*. Recuperado el 8 de Julio de 2019, de Making Gay History: <https://makinggayhistory.com/podcast/episode-1-5/>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Listado de establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas*. Recuperado el 7 de Julio de 2019, de Ministerio de Salud: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/estad_con_permiso_de_funcionamiento_vigente_2017_para_publica_r_07-03-2017.pdf
- Movement Advancement Project. (2 de Abril de 2019). *Conversion Therapy Laws*. Obtenido de Movement Advancement Project - Equality Maps: http://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy
- OACNUDH. Comunicado de Prensa, “Ante la discriminación y vulneración de sus derechos, los jóvenes LGBT e intersex necesitan reconocimiento y protección Para el Día Internacional contra la Homofobia, la Bifobia y la Transfobia”, 17 de mayo del 2015, disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15941&LangID=S>
- Comunicado de Prensa, “Patologización – Ser lesbiana, gay, bisexual y/o trans no es una enfermedad”, 17 de mayo del 2016, disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19956&LangID=S>
- OEA. (2019). *Convención Americana sobre Derechos Humanos - Estado de Ratificaciones y Firmas*. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de Tratados Multilaterales - Estado de Ratificaciones y Firmas: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos_firmas.htm
- (Julio de 2019). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" - Estado de ratificaciones y firmas*. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de Tratados Multilaterales - Estado de ratificaciones y firmas: <http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-52.html>
- ONU. (18 de Diciembre de 2002). *Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – Status of Treaties*. Recuperado el 7 de Julio de 2019, de United Nations Treaty Collection:

- https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-9-b&chapter=4&clang=_en
- (Enero de 2019). *International Covenant on Civil and Political Rights - Status of Treaties*. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de United Nations Treaty Collection: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-4&chapter=4&clang=_en
- (Julio de 2019). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights - Status of Treaties*. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de United Nations Treaty Collection: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&clang=_en
- (Julio de 2019). *Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights - Status of Treaties*. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de United Nations Treaty Collection: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3-a&chapter=4&clang=_en
- OPS. (2012). *"Curas" para una enfermedad que no existe*. Washington: OPS. Recuperado el 9 de Junio de 2019, de https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=960:curas-enfermedad-que-no-existe&Itemid=286
- Principios de Yogyakarta. (2016). *Sobre los Principios de Yogyakarta*. Obtenido de <http://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/about/>
- RAE. (2019). *Lobotomía*. Recuperado el 18 de Mayo de 2019, de Diccionario de la lengua española: <https://dle.rae.es/?id=NXUjZCo>
- State of California. (2018). *Bill Status - AB-2943 Unlawful business practices: sexual orientation change efforts*. Recuperado el 4 de Abril de 2019, de California Legislative Information: https://leginfo.ca.gov/faces/billStatusClient.xhtml?bill_id=201720180AB2943
- U.S. National Library of Medicine. (Mayo de 2019). *Estimulación cerebral profunda*. Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007453.htm>
- Varios autores. Principios de Yogyakarta – Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Marzo del 2007. Disponible en: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Cuadro comparativo entre los Acuerdos Ministeriales No. 0767 (2012) y 080 (2016) sobre regulaciones emitidas por el MSP para el control de centros que brindan terapias de tratamiento de adicciones

Anexo 2: Perfiles de personas activistas entrevistadas

Anexo 3: Pedidos de información a instituciones públicas

Anexo 4: Contestación de la Defensoría del Pueblo a la Fundación Ecuatoriana Equidad

ANEXO 1 - Cuadro 1: Cuadro comparativo entre los Acuerdos Ministeriales No. 0767 (2012) y 080 (2016) sobre regulaciones emitidas por el MSP para el control de centros que brindan terapias de tratamiento de adicciones

Disposiciones	AM 0767	AM 080
Entidad a cargo del control	Ministerio de Salud (arts. 2, 3, 15). Comisión técnica para vigilancia y control del funcionamiento (un delegado de vigilancia y control sanitario, y delegado/a(s) de provisión de servicios de salud para temas de infraestructura, rehabilitación y cuidados especiales (art. 15)	Autoridad sanitaria nacional (considerandos y art. 27). En caso de denuncia y de considerar necesario, se conforma una comisión técnica integrada por médico/a, psicólogo/a y abogado/a (art. 29)
Denominación de los centros	Centros de recuperación para personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas	ESTAD - Establecimientos de salud que prestan servicios a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas
¿Aclara que pertenece al Sistema Nacional de Salud?	No	Sí
Clasificación / Categorización de los centros de tratamiento	Públicos o Privados, categorizados en: a) centros de desintoxicación o precomunidad, b) comunidad terapéutica y c) centros de recuperación integral	a. Hospital del día o CATAD (centro ambulatorio para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas) b. CETAD - Centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas c. Hospital especializado en salud mental que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas
Requisitos para el funcionamiento	Permiso anual de funcionamiento, aprobación de programas terapéuticos y protocolos de atención, informe favorable de inspección, Propuesta de equipo profesional y técnico, nómina de gerente y empleados/as, permiso municipal, documentación como reglamento, organigrama, código de ética, registro de historias clínicas.	Reglamento interno, organigrama, historias clínicas de cada paciente, programa terapéutico, equipo técnico y de apoyo capacitado en temas de derechos humanos por la autoridad sanitaria nacional, protocolo interno de medidas de seguridad.

Disposiciones	AM 0767	AM 080
Disposiciones sobre personal profesional	Deben funcionar bajo responsabilidad de profesionales de la salud (art. 6, lit. a). Se hace una remisión a normas que emitirá el MSP sobre perfiles (art. 6, lit. e).	Representante legal, y responsabilidad técnica de un profesional de la salud que sea psicólogo/a, médico/a psiquiatra o médico general. Profesionales específicos: trabajador/a social, psicólogo/a, licenciado/a en Enfermería, médico/a general, médico/a especialista en Psiquiatría y terapeuta ocupacional (arts. 8, 11 y 12). Asesoría de un/a nutricionista para menú general y dietas especiales para casos de comorbilidad (art. 13).
Normas sobre internamiento voluntario	Sí	No
Requisitos para internamiento de pacientes adultos/as de forma voluntaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista de admisión, que incluye una estrategia terapéutica y pertinencia del internamiento (art. 9 del AM) 2. Estudios para diagnóstico 3. Entrega de información clara al paciente sobre terapia recomendada 4. Ficha médica 5. Aceptación firmada por el paciente (específica diagnóstico, tratamiento, tiempo de duración) 	No aplica
Requisitos para internamiento de niños/as o adolescentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación firmada del adolescente y del representante legal (específica diagnóstico, tratamiento, tiempo de duración) 2. Autorización de un Juzgado de Niñez, Adolescencia y Familia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orden judicial que disponga acogimiento institucional 2. Informe de evaluación que avale necesidad de internación 3. Programa terapéutico del CETAD 4. Consentimiento informado por el representante legal
Obligación de centros de remitir listado de pacientes	Sí, de forma mensual, categorizándoles entre pacientes voluntarios e ingresados por situación de riesgo (art. 10).	No aplica
Posibilidad de internamiento no voluntario	Por consideración médica (art. 9, núm. 2.6; art. 12) y por orden judicial (art. 12, núm. 2).	Por orden judicial (art. 17)
Obligación de inspección en caso de internamiento no voluntario	Sí. El MSP debe realizar una inspección en todos los casos dentro de las 72 horas después de reportado el internamiento, para mantener una entrevista con la persona y corroborar información (art. 9).	No

Disposiciones	AM 0767	AM 080
Control judicial de orden de internamiento	Sí, para aceptar o revocar orden de internamiento de niños o niñas.	No, porque el internamiento forzado solo puede ser ordenado por juez o jueza
Responsabilidad sobre internamientos no voluntarios	Disposición que señala la responsabilidad entre las personas que "soliciten, autoricen o recomienden" el internamiento (art. 12).	No aplica
Normas sobre personal personal vivencial	No	Prohibición de residir en el ESTAD, así como de brindar charlas individuales. Solo posibilidad de brindar charlas grupales.
Tiempo máximo de duración de internamiento	En los centros de desintoxicación o precomunidad, 28 días. En los centros de comunidad terapéutica, de 6 meses hasta 24 meses. En los centros de recuperación integral, de 7 meses a 25 meses. (Título VIII - Definiciones)	6 meses consecutivos (art. 17)
Derechos de pacientes	Artículo 13, 10 literales. Uno específico sobre respeto de personalidad y no discriminación (e), y otro sobre procedimientos que eviten toda forma de violencia (i) ⁵⁴	Artículo 19 - Artículo genérico sobre respeto de los derechos humanos de pacientes, y en caso de niños y niñas que menciona respeto por la intimidad y la integridad (art. 20). Obligación del personal de firmar acuerdo de compromiso de respeto de los derechos humanos (art. 19).
Prohibiciones para centros de tratamiento de adicciones o ESTAD	Artículo 20 - 12 prohibiciones establecidas	Artículo 21 - 20 prohibiciones establecidas
Especificación sobre prohibición de realizar terapias de conversión	Sí. "Ofrecer, practicar o recomendar tratamientos o terapias que tengan como finalidad la afectación de derechos humanos de las personas, en especial el libre desarrollo de la personalidad, la identidad de género, la orientación sexual (como deshomosexualización), la libertad, la integridad, la no discriminación, la salud y la vida, o cualquier otro tipo de prácticas que ratifican o propugnan violencia de género o contra niños, niñas y adolescentes"	Sí. "Ofrecer, practicar o recomendar tratamientos o terapias cuya consecuencia sea la vulneración de derechos humanos, tales como el libre desarrollo de la personalidad, la identidad de género, la orientación sexual, la libertad personal, la integridad, la no discriminación, la salud y la vida; la violencia de género o contra niños, niñas y adolescentes; o cualquier tipo de prácticas que atenten contra los derechos de los usuarios/pacientes."

⁵⁴ Si bien no se especifican todos los derechos reconocidos, los especificados en esta sección son los que mayor relación tienen para evitar la práctica de terapias de conversión.

Disposiciones	AM 0767	AM 080
Sanciones	<p>Falta de presentación de listado de pacientes, incongruencias sobre la voluntariedad del ingreso de pacientes y la documentación pertinente, o que el centro evite el ingreso de equipos de vigilancia, el MSP puede ordenar su suspensión inmediata y aplicar sanciones correspondientes (art. 10, último inciso). Remisiones específicas a la infracción según las prohibiciones establecidas y el quebrantamiento de otras obligaciones según este Acuerdo, y al tipo de sanción que debe aplicarse según la Ley Orgánica de la Salud, aclarando que la responsabilidad administrativa es independiente de la civil o penal que puede generarse (art. 21). También se aclara que toda violación a los derechos humanos de las y los pacientes es causal de clausura definitiva (art. 35).</p>	<p>Remisión genérica a la Ley Orgánica de la Salud (art. 32). Aclara que en el caso de que se encuentren vulneraciones a los derechos humanos de pacientes, se denunciará a la autoridad competente para aplicar las sanciones de la normativa vigente (art. 28).</p>
Coordinación interinstitucional	<p>En dos niveles: Comisión Interinstitucional Técnica Nacional -CTIN- y Comisiones Técnicas Interinstitucionales locales -CTIL- (provinciales). Conformadas por representantes de MSP, Min. de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, Min. Interior, Min. Inclusión Económica y Social, Defensoría del Pueblo, Fiscalía General del Estado y Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP)</p>	<p>Disposición genérica sobre "instituciones pertinentes" para adoptar políticas, planes y acciones conjuntas para la prevención, recuperación, rehabilitación, inclusión e integración de personas con consumo problemático (art. 30)</p>
Facultades de la coordinación interinstitucional	<p>Instancia nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar situaciones de los centros a nivel nacional. - Analizar casos de graves vulneraciones de derechos. - Adoptar políticas para prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción de personas en adicción. - Investigar casos de corrupción en el MSP o de instituciones involucradas con los centros. - Emitir recomendaciones a diferentes instituciones para adopción de medidas tendientes a mejorar control, vigilancia y funcionamiento sobre los centros. - Revistar informes técnicos quincenales de la instancia local para garantizar la coordinación para protección de personas internas y evaluación de estrategias jurídicas conjuntas. - Generar estrategias y protocolos conjuntos para la operativización de actuaciones conjuntas 	<p>N/A</p>

	<p>Instancias locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reuniones una vez al mes para analizar situación de los centros, denuncias o violaciones de derechos. - Realizar un informe técnico mensual de la situación local de los centros que será remitido a la instancia nacional. - Recomendar visitas, informar casos de corrupción, poner alerta sobre situaciones emergentes en determinada provincia. - Recomendar al MSP clausura definitiva o temporal de un centro. <p>Ambas instancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visitas de inspección programas o no a los centros. 	
<p>Mecanismos de participación social y veeduría ciudadana</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obligación de centros de garantizar articulación con ONG y familiares de pacientes en procesos de veeduría y control social (art. 36) - Garantía de acceso a la información sobre los centros y funcionamiento (art. 37) - Obligación de investigar toda denuncia, así como de reparar a las víctimas (art. 39) - Brindar información sobre resultados de investigaciones, acciones emprendidas, situación actual del centro y personas internas (art. 40) 	<p>Disposición genérica sobre articular trabajo conjunto con la sociedad civil (art. 31)</p>

Fuente: Acuerdos Ministeriales No. 0767 (2012) y No. 080 (2016). Elaboración propia.

ANEXO 2: Perfiles de las personas entrevistadas

Carlos E. Flores ha publicado dos investigaciones relacionadas con el tema de los centros de rehabilitación para adicciones. La primera *Impunidad que tortura* (2017) está enfocada en la falta de investigación y sanción de personas responsables por la práctica de terapias de conversión en estos lugares. Su segundo trabajo, *Centros de tratamiento de adicciones: el peligroso limbo entre la legalidad y la clandestinidad* (Flores, C. y Rivas, 2019), señala varios problemas que han subsistido en estos establecimientos.

Silvia Buendía es abogada activista feminista por los derechos de personas LGBTI, equidad de género, derechos sexuales y reproductivos. Fue candidata a asambleísta en las últimas elecciones del año 2017.

Jorge Medranda es activista vinculado con la fundación de la organización Causana, la cual tuvo un trabajo cercano de denuncias y acompañamiento a personas ingresadas en los centros. Actualmente es miembro de Diálogo Diverso, otra ONG que trabaja temas de derechos de personas LGBTI.

Efraín Soria es activista y miembro fundador de la Fundación Ecuatoriana Equidad, la cual ha trabajado temas de derechos de personas LGBTI, así como fue uno de los propulsores de la campaña a favor del matrimonio igualitario.

ANEXO 3:

Copias de las peticiones realizadas a las instituciones:

Consejo de la Judicatura

Ministerio de Salud Pública

ACCESS

Defensoría del Pueblo

Quito, 18 de septiembre del 2018

**SEÑORAS/ES CONSEJERAS/OS
CONSEJO DE LA JUDICATURA
PRESENTE.-**

Reciban un cordial saludo. Mi nombre es Pedro Felipe Rivadeneira Orellana, con C.I. 1720932654 y ejerzo la profesión de abogado. Tomando en consideración el derecho reconocido en el artículo 18, numeral 2 de la Constitución de la República, así como en el artículo 1 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información, comparezco ante ustedes para solicitar la siguiente información pública. De esta manera, solicito comedidamente me sea entregada toda la información de los procesos en relación a centros de rehabilitación de adicciones, específicamente, aquellos que ofrecían u ofrecen terapias de "deshomosexualización".

De acuerdo con la información realizada en el trabajo periodístico "Las clínicas de deshomosexualización: impunidad que tortura"¹, publicado en la Revista *Plan V*, se indica lo siguiente: "(...) el Consejo de la Judicatura, por información que obtuvo de la Dirección de Gestión Procesal de la Fiscalía, nos reportó una lista de seis casos ocurridos en Pichincha, Napo, Guayas, El Oro y Manabí." Por lo anterior, solicito que toda la información de estos procesos me pueda ser entregada, así como de cualquier otro caso que actualmente exista relacionado con los mencionados centros.

Esta petición la realizo en virtud de una investigación que estoy realizando con fines académicos sobre la situación de la población LGBTI.

En el caso de que esta información sea muy extensa para entregarla físicamente, solicito que se me la pueda entregar digitalmente mediante CD, los cuales serán costeados por mí. Asimismo, si se desea ampliar la presente petición, solicito ser contactado a través de los medios que señalo en mi pie de firma.

Agradezco de antemano la atención que se brindará a la presente.

Cordialmente,



Pedro Felipe Rivadeneira Orellana
CI: 1720932654

Matrícula No. 17-2015-100

feliperivadeneira@hotmail.com / 0984600162



TRÁMITE EXTERNO: **CJ-EXT-2018-16394**
REMITENTE: PEDRO FELIPE RIVADENEIRA ORELLANA
RAZÓN SOCIAL: PARTICULAR
FECHA RECEPCIÓN: 18/09/2018 10:28
NRO DOCUMENTO: SN
TOTAL DOCUMENTOS: 1 FOJA
INGRESADO POR: carolina.yopez

Revisar el estado de su trámite en: <https://opacuramtael.fundacionjudicial.gob>

¹ Flores, Carlos. "Las clínicas de deshomosexualización: impunidad que tortura", en Revista *Plan V*. 04 de diciembre del 2017. Link: <http://www.planv.com.ec/historias/sociedad/clinicas-deshomosexualizacion-impunidad-que-tortura>

DOCTORA
VERÓNICA ESPINOSA
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA
Presente.-



Reciba un cordial saludo. Mi nombre es Pedro Felipe Rivadeneira Orellana, con C.I. 1720932654 y ejerzo la profesión de abogado. Tomando en consideración el derecho reconocido en el artículo 18, numeral 2 de la Constitución de la República, así como en el artículo 1 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información, comparezco ante ustedes para solicitar la siguiente información pública. De esta manera, solicito comedidamente me sea entregada toda la información sobre los programas y acciones realizadas dentro de la institución a su cargo en relación con los centros de rehabilitación de adicciones, específicamente, sobre aquellos que ofrecían u ofrecen terapias de “deshomosexualización”.

Esta petición la realizo en virtud de una investigación que estoy realizando con fines académicos sobre la situación de la población LGBTI.

Asimismo, solicito que me conceda una entrevista vía Skype con alguna de las autoridades a cargo respecto a este tema y el control y vigilancia que ejerce el Ministerio de Salud. La entrevista vía Skype la pido en vista de que actualmente me encuentro cursando mis estudios de posgrado en Argentina, en la Universidad Nacional de San Martín dentro del programa de maestría en Derechos Humanos y Democratización.

En el caso de que esta información sea muy extensa para entregarla físicamente, solicito también que se me la pueda entregar de forma digital mediante CD, los cuales serán costeados por mí. Asimismo, si se desea ampliar la presente petición, solicito ser contactado a través de los medios que señalo en mi pie de firma. Autorizo a mi hermano, Luis Pablo Rivadeneira Orellana, con C.I. 1713670469 para que pueda retirar la respuesta de esta petición en físico.

Cordialmente,

Pedro Felipe Rivadeneira Orellana
CI: 1720932654
Matrícula No. 17-2015-100
feliperivadeneira@hotmail.com //
+541128568751

Luis Pablo Rivadeneira Orellana
CI: 1713670469
Celular: 0998308120

Quito, 2 de mayo del 2019

DOCTOR
JOSÉ FRANCISCO JAVIER VALLEJO FLORES
DIRECTOR DE LA AGENCIA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Y MEDICINA PREPAGADA
Presente.-

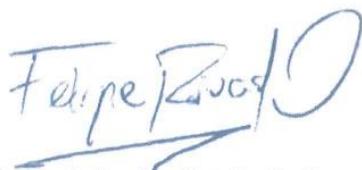
Reciba un cordial saludo. Mi nombre es Pedro Felipe Rivadeneira Orellana, con C.I. 1720932654 y ejerzo la profesión de abogado. Tomando en consideración el derecho reconocido en el artículo 18, numeral 2 de la Constitución de la República, así como en el artículo 1 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información, comparezco ante ustedes para solicitar la siguiente información pública. De esta manera, solicito comedidamente me sea entregada toda la información sobre los programas y acciones realizadas dentro de la institución a su cargo en relación con los centros de rehabilitación de adicciones, específicamente, sobre aquellos que ofrecían u ofrecen terapias de "deshomosexualización".

Esta petición la realizo en virtud de una investigación que estoy realizando con fines académicos sobre la situación de la población LGBTI.

Asimismo, solicito que me conceda una entrevista vía Skype con alguna de las autoridades de la institución a su cargo para que poder hablar sobre el control y vigilancia que ejerce la ACESS respecto de este tema. La entrevista vía Skype la pido en vista de que actualmente me encuentro cursando mis estudios de posgrado en Argentina, en la Universidad Nacional de San Martín dentro del programa de maestría en Derechos Humanos y Democratización.

En el caso de que esta información sea muy extensa para entregarla físicamente, solicito también que se me la pueda entregar de forma digital mediante CD, los cuales serán costeados por mí. Si se desea ampliar la presente petición, solicito ser contactado a través de los medios que señalo en mi pie de firma. Autorizo a mi hermano, Luis Pablo Rivadeneira Orellana, con C.I. 1713670469 para que pueda retirar la respuesta de esta petición en físico.

Cordialmente,



Pedro Felipe Rivadeneira Orellana
CI: 1720932654
Matrícula No. 17-2015-100
feliperivadeneira@hotmail.com //
+541128568751



Luis Pablo Rivadeneira Orellana
CI: 1713670469
Celular: 0998308120

		ACCESS	
Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada			
02 MAY 2019		HORA: 12:18	
FIRMA: 	ANEXO: 2H		
NOMBRE: Alison Compostela			
SIN QUE ESTO SIGNIFIQUE ACEPTACIÓN DEL CONTENIDO			

02 MAY 2019

16h15 HORA

Quito, 2 de mayo del 2019

RECIBIDO

DOCTOR
FREDDY CARRIÓN INTRIAGO
DEFENSOR DEL PUEBLO DEL ECUADOR
Presente.-

Firma: Patuac 17-01

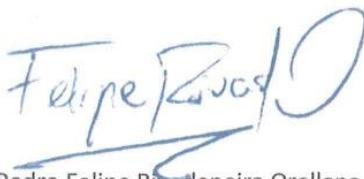
Reciba un cordial saludo. Mi nombre es Pedro Felipe Rivadeneira Orellana, con C.I. 1720932654 y ejerzo la profesión de abogado. Tomando en consideración el derecho reconocido en el artículo 18, numeral 2 de la Constitución de la República, así como en el artículo 1 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información, comparezco ante usted para solicitar la siguiente información pública. De esta manera, solicito comedidamente me sea entregada toda la información sobre los programas y acciones realizadas dentro de la institución a su cargo en relación con los centros de rehabilitación de adicciones, específicamente, sobre aquellos que ofrecían u ofrecen terapias de "deshomosexualización".

Esta petición la realizo en virtud de una investigación que estoy realizando con fines académicos sobre la situación de la población LGBTI.

Asimismo, solicito que me conceda una entrevista vía Skype con alguna de las autoridades de la institución a su cargo para que poder hablar sobre el rol de la Defensoría del Pueblo respecto de este tema. La entrevista vía Skype la pido en vista de que actualmente me encuentro cursando mis estudios de posgrado en Argentina, en la Universidad Nacional de San Martín dentro del programa de maestría en Derechos Humanos y Democratización.

En el caso de que esta información sea muy extensa para entregarla físicamente, solicito también que se me la pueda entregar de forma digital mediante CD, los cuales serán costeados por mí. Si se desea ampliar la presente petición, solicito ser contactado a través de los medios que señalo en mi pie de firma. Autorizo a mi hermano, Luis Pablo Rivadeneira Orellana, con C.I. 1713670469 para que pueda retirar la respuesta de esta petición en físico.

Cordialmente,



Pedro Felipe Rivadeneira Orellana
CI: 1720932654
Matrícula No. 17-2015-100
feliperivadeneira@hotmail.com //
+541128568751



Luis Pablo Rivadeneira Orellana
CI: 1713670469
Celular: 0998308120

ANEXO 4 – Contestación de la Defensoría del Pueblo

Reciba un cordial saludo de la Defensoría del Pueblo, la Institución Nacional de Derechos Humanos que tiene como atribución constitucional la protección y tutela de los derechos de las personas que se encuentran dentro del territorio ecuatoriano, así como de las personas ecuatorianas que se encuentren en el exterior.

En contestación a su comunicación suscrita por la señora Bernarda Freire Barrera, Coordinadora Clínica de DDHH de la Fundación Ecuatoriana Equidad, dirigido al doctor Ramiro Rivadeneira Defensor del Pueblo solicitando información del período comprendido entre el *1 de enero de 2015 hasta la actualidad (16 de mayo de 2016)* informo lo siguiente:

Norma, política, plan, programa o acción que se haya realizado para la protección y garantía de los derechos de la población LGBTI en Ecuador.

Las competencias previstas en la Constitución para esta entidad se encuentran descritas en el artículo 215, esto es:

Art. 215.- La Defensoría del Pueblo tendrá como funciones la protección y tutela de los derechos de los habitantes del Ecuador y la defensa de los derechos de las ecuatorianas y ecuatorianos que estén fuera del país. Serán sus atribuciones, además de las establecidas en la ley, las siguientes:

- 1. El patrocinio, de oficio o a petición de parte, de las acciones de protección, hábeas corpus, acceso a la información pública, hábeas data, incumplimiento, acción ciudadana y los reclamos por mala calidad o indebida prestación de los servicios públicos o privados.*
- 2. Emitir medidas de cumplimiento obligatorio e inmediato en materia de protección de los derechos, y solicitar juzgamiento y sanción ante la autoridad competente, por sus incumplimientos.*
- 3. Investigar y resolver, en el marco de sus atribuciones, sobre acciones u omisiones de personas naturales o jurídicas que presten servicios públicos.*
- 4. Ejercer y promover la vigilancia del debido proceso, y prevenir, e impedir de inmediato la tortura, el trato cruel, inhumano y degradante en todas sus formas.*

En el ámbito de nuestras competencias, la Defensoría del Pueblo no crea legislación; así como también, no es responsable de la política pública nacional; motivo por el cual, no hemos emitido normas ni política pública para la protección y garantía de los derechos de la población LGBTI en Ecuador.

Sin embargo, al interior de la institución, el Defensor del Pueblo en ejercicio de sus competencias y a fin de promover una administración coherente con los principios que rigen el accionar de la institución, dictó la “Política Institucional de Igualdad de Género 2016-2019”⁵⁵ para consolidar el enfoque de igualdad de género en la gestión institucional, lo que beneficia al ejercicio de derechos de las personas LGBTI.

Por otro lado estableció mediante resolución suscrita por el Defensor del Pueblo la Resolución No. 057-DPE-CGAJ-2015 con la cual se estableció como acción afirmativa de inclusión laboral que todas las

⁵⁵ <http://repositorio.dpe.gob.ec/image/POLITICA-DE-IGUALDAD-DE-GENERO.pdf>

vacantes correspondientes a contratos de servicios ocasionales y nombramientos provisionales corresponden a personas que forman parte de los siguientes grupos: *afroecuatorianos, montubios, indígenas, personas con discapacidad y/o trabajadores sustitutos de éstas, personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad definidas por el Ministerio de Salud Pública, personas adultas mayores, jóvenes, personas LGBTI, personas viviendo con VIH, migrantes retornados y familiares de personas desaparecidas dentro del primer y segundo grado de consanguinidad en línea recta. En la incorporación de las personas que pertenecen a los grupos mencionados se dará preferencia a mujeres jefas de hogar.*⁵⁶

Se levantó junto a la Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas y Fundación Equidad la Guía de atención a personas LGBTI víctimas de violencia, el presente documento constituye una guía básica para atender los casos por violencia que enfrentan las personas LGBTI, dirigida tanto a víctimas como a prestadores/as de servicios. Además, contiene conceptos básicos relacionados con las temáticas y datos de contacto útiles.

Dentro del trabajo realizado un trabajo coordinado y de acompañamiento en varios ámbitos a organizaciones⁵⁷ que trabajan en la promoción y defensa de derechos humanos; así también en redes⁵⁸

Respecto a los casos atendidos la intervención de la Defensoría del Pueblo se ha realizado en situaciones de internamientos forzosos en clínicas de rehabilitación y casos de discriminación, de los cuales detallamos a continuación:

a) Casos relacionados a internamiento forzosos

En virtud que se llegó a conocer sobre la existencia de centros que brindaban terapias de "reorientación sexual" y malos tratos a mujeres en centros de recuperación privados; se han establecido investigaciones defensoriales, vigilancias del debido proceso e interposición de habeas corpus, en el caso de personas que se encontraban privadas en contra de su libertad y específicamente eran encerradas en dichos lugares, con la finalidad de que reciban tratamientos para revertir su orientación sexual, llegando a establecer en algunos casos la aplicación de una serie de prácticas humillantes para someter la voluntad de las personas y lograr la inoculación de ideas, referentes a su orientación sexual.

De esta forma, se inició a trámite de investigación defensorial de dos casos relacionados con centros de recuperación de adicciones, los cuales fueron asumidos con el fin de sentar precedentes sobre la observancia cabal de derechos humanos en los casos identificados en los centros de recuperación de adicciones, de esta forma con la finalidad de que puedan apreciar el histórico de casos relevantes atendido nos permitimos citar las intervenciones realizadas a continuación:

Peticionario / Accionado	Tipo de trámite defensorial	No. De expediente	Detalle del caso	Resolución emitida y efectos de la misma
Fundación Causana	Investigación	57494-2012	Mujer mayor de edad ha sido ingresada en contra de su voluntad en el centro de recuperación de adicciones "Novo Día" de la provincia de Imbabura, por su madre y tía, en contra de su voluntad y sin padecer adicción alguna, debido a su orientación sexual lesbiana.	Resolución No. 14-2012, notificada el 8 de enero de 2013. En consecuencia de la actuación de la Defensoría del Pueblo, el MSP procedió a clausurar el CR debido a la prestación de servicios no adecuados, recuperando así la libertad la víctima de este hecho.

⁵⁶ Defensoría del Pueblo, Resolución No. 057-DPE-CGAJ-2015

⁵⁷ Entre ellas Fundación Equidad, Silueta X, Fundación Causana, Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas

⁵⁸ Red de defensores de derechos (RED) del Sistema de protección de derechos de las personas afectadas por el VIH en Ecuador (SPD)

De oficio	Investigación	001-2013	En el mes de junio de 2012 se conoce el caso de una mujer mayor de edad internada en el centro de recuperación de adicciones "El Manantial" de Pichincha, en contra de su voluntad por sus progenitores, debido a su orientación sexual lesbiana. Al ser valorada por personal médico del MSP, se determina que no padece adicción al alcohol, como aseguraba el CR.	Resolución No. 007-2013, notificada el 12 de marzo de 2013. En resolución se recomendó la clausura del CR, ya que después de un proceso de intervención del MSP y seguimiento por parte de la DPE, los profesionales y directivos del CR no dejaron de ofertar y aplicar tratamientos conductuales discordes con la reglamentación aplicable y violatorios de derechos fundamentales. El CR fue clausurado por el MSP.
Caso Gema	Investigación	077-2013	Mujer mayor de edad es internada contra su voluntad, por la fuerza, por su madre en vista de su orientación sexual lesbiana, sometida a internamiento en condiciones deplorables y presunta víctima de acoso sexual en el centro terapéutico "Liberación en Cristo" de Manabí. Además de la investigación defensorial, se acompañó a la víctima a presentar su denuncia en la Fiscalía, misma que no ha continuado su curso legal.	Resolución defensorial No. 26-DPE-DGT-DNAPL-C-2013-170000077. El caso de nace de una visita de acompañamiento, en donde se actuó conjuntamente con el MSP, Fiscalía y otras instituciones para clausurar el CR el pasado 16 de abril de 2013. Se detuvo a dos personas para investigaciones.
De oficio	Investigación	Chimborazo	En la ciudad de Riobamba se intervino, al identificar casos de internamientos involuntarios, terapias de deshomosexualización, funcionamiento clandestino. Se encontró indicios de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes; desatención en salud.	Se clausuró el centro por parte del MSP y se abrió una instrucción fiscal.

Cuadro 1.- Tramites defensoriales activados en casos de Centros de recuperación de adicciones.
Elaborado por Dirección nacional de Atención Prioritaria y Libertades. 2016

Además de los mencionados casos, las Delegaciones Provinciales a nivel nacional se reportaron casos tramitados durante el año 2012 relacionados con centros de recuperación de adicciones; así, una vez que se judicializaron la Defensoría del Pueblo dentro del marco de atribuciones inició la vigilancia del debido proceso e interpuso acciones de habeas corpus:

CASO	TIPO DE TRAMITE	DETALLE DEL CASO
Caso Jonathan (Tungurahua)	Vigilancia del debido proceso Plagio en CR "La Estancia" (Tungurahua). Internamiento forzoso en CR debido a la identidad de género trans masculina de la víctima.	Existen 3 juicios ordinarios en distintas fases y judicaturas por este caso. Se ha asesorado a la presunta víctima respecto a sus derechos y acciones legales que puede ejercer, pero se ha dificultado el patrocinio y defensa legal de sus intereses por no existir una institución pública ni privada dispuesta a llevarlo a cabo.
Caso Jines (Imbabura)	Vigilancia del debido proceso Violación en el centro "San Juan Volver a Vivir"	Se encontraron una serie de actos violentos en contra de las usuarias, inclusive tratos crueles, inhumanos y degradantes como golpes con objetos, amarrarlas a la cama, etc. El caso más grave fue el de una violación en el centro "San Juan Volver a Vivir". Sentencia condenatoria del agresor sexual, en segunda instancia.
Caso Sara S. (Manabí)	Hábeas corpus contra los padres de la víctima por internamiento contra su voluntad, debido a su orientación sexual lesbiana.	Sentencia acepta el hábeas corpus y manda que la víctima sea puesta en libertad de manera inmediata. La víctima ha sido ingresada al Sistema de Protección a Víctimas y Testigos, se apertura la investigación penal por parte de la Fiscalía.

Caso Johanna (Azogues)	Habeas Corpus contra el Centro de Adicciones "Proyecto Esperanza",	Luego de presentada la acción constitucional, una vez que se notificó al Centro de Adicciones "Proyecto Esperanza", en Centro liberó a la joven antes de que se dé la audiencia.
Caso Zulema C. (Napó)	Vigilancia del debido proceso de Adicciones "Esperanza"	Instrucción fiscal iniciada por plagio de ciudadana Zulma C., efectuado para internarla por la fuerza en el CR "Esperanza" debido a su orientación sexual. En este caso, durante el plagio, la víctima pidió ayuda a un vigilante de la Comisión de Tránsito de Guayas, quien luego de recibir una llamada por el celular del padre de la víctima, permitió que el vehículo continuara su camino, sin detener la comisión del hecho delictivo.

Cuadro 2.- Casos Judicializados Centros de recuperación de adicciones.

Elaborado por Dirección Nacional de Atención Prioritaria y Libertades. 2016

La Defensoría del Pueblo desde el año 2009 ha participado en una serie de visitas e inspecciones que respondían a nuestro mandato propio de protección de derechos y que luego se reglaron interinstitucionalmente, una vez que se emitió el reglamento sobre centros de adicciones por parte del Ministerio de Salud. Desde el año 2012, con la creación del Comité Técnico Interinstitucional Nacional y la conformación de los Comités Locales, la participación ha sido más regular y reglada.

De esta forma con fecha 24 de mayo de 2012 se produce el primer operativo de control de un centro de recuperación de adicciones después de la emisión del Acuerdo Ministerial No. 767-2012, en el cual participan varias instituciones entre ellas Fiscalía. La actividad se planificó en virtud de una denuncia presentada por la reclusión de una mujer en el centro de recuperación de adicciones denominado "Las Margaritas" por causa de su orientación sexual.

Es necesario señalar que la información recabada en esta primera experiencia es de gran importancia para el trabajo posterior, puesto que se convirtió en un diagnóstico de la situación de los centros de recuperación de adicciones a nivel nacional. A través de visitas subsiguientes a diferentes centros de recuperación de adicciones, tanto a manera de inspección como de operativo, fue posible identificar que el funcionamiento era bastante similar en todos los casos, si bien las condiciones diferían de un centro a otro, así como de una provincia o región a otra. De esta forma la Defensoría del Pueblo ha participado en los siguientes operativos:

Centro de Recuperación	Fecha
Las Margaritas	24 de Mayo de 2012
Novo Día (esta visita fue realizada por la Defensoría del Pueblo de forma autónoma)	15 de Agosto de 2012
El Manantial – CETEMA	10 de Enero de 2013
San Juan	22 de Febrero de 2013
El Manantial – CETEMA (visita conjunta con Delegación Provincial Pichincha)	11 de Abril de 2013
Liberación en Cristo (visita conjunta con Delegación Provincial Manabí)	16 de Abril de 2013
Clínica de Recuperación de Mujeres "Esperanza" (Napó - caso Zulema C.)	11 de Junio de 2013
Centro de Atención de Adicciones regentado por la iglesia Cordero de Dios de Guamaní (Quito- Pichincha)	19 de diciembre del 2013

Cuadro 3.- Visitas Centros de recuperación de adicciones.

Elaborado por Dirección Nacional de Atención Prioritaria y Libertades. 2016

Es necesario señalar que si bien es cierto el último caso de acompañamiento en el que se identificó casos centros que brindaban tratamiento de reorientación sexual se presentó en el 2013, la Defensoría del Pueblo sigue interviniendo en casos de centros que brindan tratamientos para adicciones relacionadas al uso de estupefacientes o por alcoholismo, es importante aclarar que el documento de funcionamiento tanto del comité local como nacional, distingue dos tipos de intervención: las visitas de inspección, tendientes a verificar el estado de cualquier centro de recuperación de adicciones y los operativos, que se realizan a partir de una noticia de posibles vulneraciones de derechos fundamentales de usuarios/as de los centros de recuperación de adicciones.

Es importante manifestar que en los operativos por estos casos se llegaron a encontrar adolescentes que se encontraban internados por adicción a sustancias estupefacientes y psicotrópicas, sin contar para el efecto con la autorización judicial de internamiento pertinente para estos casos, incluso para aquellos casos que el tratamiento no requiere de internamiento, en esos casos la Defensoría del Pueblo, en vista de las facultades y atribuciones conferidas por el Código de la Niñez y Adolescencia a las Juntas de Protección de Derechos, daba conocimiento a dicha entidad a fin de que se proceda a iniciar los trámites administrativos pertinentes para verificar el estado de riesgo o violación de derechos de las personas que forman parte de este grupo de atención prioritaria. Considerando que en los informes se registra información con datos sensibles, se ha procurado proteger la identidad de las y los implicados.

b) Intervención en casos de discriminación

Además de las intervenciones antes detalladas en relación a la intervención en casos por situación de discriminación, la defensoría del Pueblo ha intervenido activando los distintos trámites defensoriales, es necesario aclarar que dado nos corresponde guardar confidencialidad ya que existen datos personales, se omite los nombres y los números de los trámites que se detallan a continuación:

Peticionario / Accionado	Acción propuesta	Detalle de la Acción
D.E.E.C/ Registro Civil 2007	Investigación defensorial	La peticionaria solicito la intervención de la Defensoría del Pueblo frente al registro Civil para el cambio de sus nombres, ya que su datos lo identificaban como hombre cuando es transgénero femenino, dentro de la investigación defensorial levantada se emitió la Resolución Defensorial No. 24-DNJ-2008-LRA, en la cual se declaró que la Dirección Nacional de Registro Civil vulnero los derechos a la integridad, igualdad ante la ley, identidad, libre desarrollo de la personalidad e intimidad de la peticionaria, al no permitir el cambio de nombre en la cédula de ciudadanía
K. B / Liga Deportiva Barrial La Floresta 2009	Investigación defensorial Amicus curiae Solicitud de selección de sentencia	La Liga Deportiva Barrial La Floresta resolvió en Junta la expulsión del Club Femenino Guizpuzcoa, basando su pronunciamiento en que dos de sus jugadoras se dieron un beso en público. Situación que provoco incluso que las integrantes del Club Femenino Guizpuzcoa fueran víctimas de actitudes y lenguajes ofensivos y discriminatorios en contra de su dignidad humana. La Defensoría levanto un expediente de investigación defensorial, dentro del cual solicito información a la Liga Deportiva Barrial La Floresta convocando incluso a otras autoridades como la Ministra de Deportes de este tiempo. Finalmente presento un amicus curiae en la acción de protección propuesta por las peticionarias. Este caso es de gran relevancia ya que a partir de este se creó una base jurisprudencial para la defensa de los derechos y grupos discriminados por orientación sexual
Peticionario solicito reserva en su nombre / Registro Civil 2010	Investigación Defensorial Acción de protección Solicitud de selección de sentencia	Pareja lesbiana con unión de hecho reconocida legalmente, en virtud de que una de ellas era de otro origen nacional, solicito el proceso de naturalización ante el Ministerio de Relaciones Exteriores, negando esta entidad la petición , aduciendo que la unión de hecho se legalizó mientras una de ellas se encontraba como turista en el país. Adicionalmente el Registro Civil no quiso proceder al cambio del estado civil de soltera a unión de hecho. En la acción de protección interpuesta, el juez de primera instancia desecho la acción, por no haber hallado pruebas de la discriminación ya que se adjuntó copias

		<p>simples que no hacían prueba, el Juez de segunda instancia estableció que dada la naturaleza de la acción de protección, esta goza de un carácter preferente y sumario</p>
B.C / Registro Civil 2012	Acción de protección Acción extraordinaria de protección Petición de audiencia de estrados ante los magistrados de la Corte Constitucional	<p>La Defensoría patrocinó la Acción de protección y Extraordinaria de Protección interpuesta por el derecho de B.P.C, con la finalidad de que sea reconocida su identidad de género, transgredido por la Dirección de Registro Civil al identificarlo como mujer cuando es transgénero masculino. En primera instancia se aceptó la acción de protección, señalando que el cambio de los datos en el documento de identidad tiene como objeto fijar la identidad de la persona en sus relaciones sociales y ante el Estado. Dicha sentencia fue apelada por la Procuraduría y la Dirección Nacional de Registro Civil, la sentencia fue revocada por el Juez de segunda instancia</p>
S.A.B.R.-N.S.R-H.L.B / Registro Civil 2012	Investigación Defensorial Acción de protección Acción extraordinaria de protección	<p>Con fecha 30 de julio de 2013 N.R y H. B, presentan escrito ante el señor Defensor del Pueblo manifestando que con fecha 23 de mayo de 2013 acudieron a las oficinas del Registro Civil para proceder con el registro de la visa de amparo de su hija, S.A.B.R, quien es nacida en Ecuador y que ante la negativa de inscribir su nacimiento tuvo que ser registrada en Reino Unido amparada en los preceptos legales establecidas por dicho Estado. Las peticionarias manifiestan que la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación procedieron a dar negativa ante la petición de inscripción de su hija bajo el argumento de que la niña no puede llevar el apellido de dos madres sino solamente de una de ellas, constituyéndose así en un acto discriminatorio y en una vulneración de los derechos de la niña S.A. B.R</p>
Observatorio GLBTI / Vistazo, El Universo y El Comercio 2012	Investigación defensorial	<p>El Observatorio GLBTI solicita que se investigue las expresiones discriminatorias emitidas en contra de personas de orientación sexual diversa, en relación al caso de H. B y N.R n emitidas en varios medios de comunicación, dicha solicitud fue presentada ante la Delegación Provincial del Guayas, posteriormente se remitió en expediente a la Dirección Nacional De Protección, unidad que emitió la resolución No. 18 DPE-DINAPROT-58056-2012, declarando la vulneración del derecho a intimidad personal y familiar de H.B y N R , así también del derecho a intimidad personal y familiar, honra y reputación e integridad personal y otros conexos de la comunidad GLTBI. Se presentó recurso de revisión de dicha resolución, la cual en este momento se encuentra en la Adjuntía Primera</p>
Peticionario solicitó reserva en su nombre / Comité de Calificación y Control de Residencia del Consejo de Gobierno de Galápagos, 2012	Acción de protección	<p>Una persona residente en Galápagos que mantienen una unión de hecho legalizada con su pareja del mismo sexo, presenta a la Defensoría del Pueblo una petición en cuanto a la resolución emitida por el Comité de Calificación y Control de Residencia de su pareja en razón de ser del mismo sexo; y que a la negativa se presenta recurso de reposición que no es resuelto en casi un año. Desconociendo de esta manera que la ley reconoce la residencia permanente en Galápagos a los ecuatorianos y extranjeros que tengan legalizada su permanencia en el país y mantengan una relación conyugal o unión de hecho reconocida</p>
D.M y M.S /Registro Civil 2012		<p>Pareja lesbiana presenta solicitud de patrocinio de una acción de protección tras la negativa del Registro Civil de registrar su unión de hecho, a pesar de que desde el 2012 la jueza Leonor M. Lapierre Rodríguez emitió un fallo a favor de la pareja que obligaba a la inscripción del documento, la Defensoría del Pueblo, solicitó el cese de la vulneración de los derechos seguridad jurídica e igualdad de la pareja por la negativa de la entidad pública.</p>
Observatorio ciudadano de las organizaciones de GLBTI / José Delgado 2013	Investigación defensorial	<p>En la audiencia realizada en la Delegación de Guayas de la Defensoría del Pueblo de Ecuador, el Observatorio Ciudadano GLBTI (Gays, Lesbianas, bisexuales, travestis e intersexuales) y el periodista, José Delgado, llegaron a varios acuerdos en el marco de la queja presentada por el Observatorio por tratamiento informativo discriminatorio. En la audiencia se acordó mantener respeto mutuo entre las partes y el periodista Delgado se comprometió a asistir a talleres sobre diversidad sexual y derechos humanos, buscar asesoría para el tratamiento de temas que tengan que ver con la comunidad GLBTI y conceder el derecho a la réplica, en los mismos tiempos y horarios en los que se presentaron los reportajes.</p>

<p>Ing. U. A. L. M. (E.L) / Dirección Provincial del Registro Civil de Azuay 2013</p>	<p>Acción Extraordinaria de Protección</p>	<p>U. A. L. M. (Elisa Loza) , solicito a la Dirección Provincial del Registro Civil de Azuay proceda a realizar la rectificación o reforma de partida de nacimiento de U A L M, para que en la misma se haga constar que su sexo es femenino y por tanto que sus nuevos nombres son Elisa Isabel conservando los mismos apellidos . Dada la negativa la Dirección Provincial del Registro Civil de Azuay, la peticionaria presento una acción de protección, dentro de la cual se aceptó se proceda al cambio en sus nombres, pero no de su sexo. Esto motivó que la Dirección de Nacional de Protección patrocine la presentación de una acción Extraordinaria de protección respecto de la sentencia emitida dentro del juicio sustanciado por el señor Juez Octavo de lo Civil de Cuenca, el 2 de julio de 2013. Dicha acción se presentó el 30 de julio del 2013</p>
<p>S.A/Comité de Calificación y Control de Residencia del Consejo de Gobierno de Galápagos, 2013</p>	<p>Acción de protección</p>	<p>Un residente permanente de la provincia de Galápagos, con fecha 03 de junio del 2013 presentó ante la oficina cantonal de Control de Residencia de Isabela presente la solicitud de calificación de residente permanente para su pareja (mismo sexo) , por cumplir con los requisitos determinados en el Art. 26, numeral 2 de la Ley Orgánica de Régimen Especial de Galápagos, trámite al que adjuntaron el documento emitido el 29 de septiembre del 2012, ante el Registro Civil de la ciudad de Bovenden, República Federal de Alemania de constitución de Unión Civil con su pareja . El Comité de Calificación y Control de Residencia del Consejo de Gobierno de Galápagos, expide la Resolución No. 0210-CCRCGG-05-VI-2013, que niega la acción</p>
<p>Bicknell Rothern / Registro Civil 2014</p>	<p>Gestión oficiosa</p>	<p>El 30 de julio del 2014, las señoras R y B, interponen una petición en contra de la Dirección Nacional del Registro Civil, manifiesta que desde el 27 de diciembre de 2011, se han acercado a las oficinas del Registro Civil que están ubicadas en la Av. Naciones Unidas y Amazonas de esta ciudad de Quito, con la finalidad de que se proceda al registro de su UNIÓN DE HECHO constituida desde el 2010 en Reino Unido, en el Registro Civil, Identificación y Cedulación conforme lo determina la Ley; sin embargo de ello, esta fue negada por los funcionarios de dicha Institución. Manifiestan que por tres ocasiones más se han acercado al Registro civil a solicitar el registro de la UNIÓN DE HECHO, obteniendo siempre la misma negativa, por lo que consideran que se ha vulnerado el derecho a la igualdad que tienen todas las personas sin distinción alguna. El Registro Civil en el marco de la emisión de la Resolución que aprueba el Registro de Uniones de Hecho procedió a registro</p>
<p>DE oficio 2014</p>	<p>Vigilancia del debido proceso</p>	<p>MCM (Juan David), transexual de 25 años de edad el pasado 25 de noviembre del 2014, día de la no violencia contra la mujer fue asesinada a balazos al estilo sicariato, según declaraciones de la fiscalía de flagrancia. El hecho se suscitó en la Cooperativa Venecia del Guasmo Central, de la ciudad de Guayaquil, Ecuador.</p>
<p>C. J. M./ Attick Bar 2015</p>	<p>Investigación defensorial</p>	<p>C. J. M., comparece a la Coordinación General Defensorial Zonal 9 de la Defensoría del Pueblo y señala que, el 7 de enero de 2015, a eso de las 22h30, concurrió con amigos al Bar "ATTIC". Señala que en dicho lugar, se habría encontrado con otros amigos con quienes se puso a conversar y pidió un cóctel. Posteriormente, comenzó a bailar con un amigo y luego de un tiempo se besaron; de repente apareció un señor de la barra y les gritó: "qué es esa payasada". Indica que, por el alto volumen de la música, no le escucharon y una de las personas que trabaja en el bar se acercó y le dijo que necesitaba hablar algo con él; sacándolo a empujones del establecimiento y manifestándole que esas cosas no le gustan a la gente, que no es un bar gay y que arreglarían de forma belicosa y amenazante. Afirma el peticionario que solicitó el nombre del dueño del bar, sin embargo el señor de la puerta se negó a suministrar dicha información y le dijo que quien le había sacado era el dueño.</p>
<p>A.E.T.V (Andrés) 2015</p>	<p>Gestión oficiosa</p>	<p>Adolescente Trans que se identifica con el género masculino, estudia en el Colegio Fiscal Provincia de Cotopaxi, refiere que aunque ha conversado con sus maestros para que lo traten en relación a su identidad masculina, hacen caso omiso, lo cual le está afectando ya que se excusan en que sus documentos de identidad corresponden al género femenino. A esto se suma que le exigen que se presente con el uniforme diario esto es falda por lo que a pesar de ser de escasos recursos asiste con el uniforme de educación física, y teme comprar el uniforme masculino asignado a sus compañeros por temor a que no le dejen ingresar al centro educativo</p>

C.A.C.R 2015	Vigilancia del debido proceso	Persona transexual que ha logrado culminar la resignación física de sexo, ha presentado una acción judicial en contra del Registro Civil, para lograr el cambio en su documento de identidad
T F R S/ FACULTAD DE COMUNICACION SOCIAL 2015	Investigación defensorial	Se dictó Providencia de Admisibilidad por presunta vulneración a los derechos de igualdad formal y no discriminación por orientación sexual. Se firmó Acta de Audiencia Pública que contiene Acuerdo Reparatorio. Que consiste en las disculpas públicas de la servidora imputada, representante de la Facultad y del representante del rector de la Universidad; Compromiso de la Facso de abordar la temática de identidad de género y de desarrollar la problemática y de DDHH
C W A A / CTE 2015	Investigación defensorial	El peticionario presentó un escrito señalando que se deje sin efecto el reclamo presentado porque señalaba un despido intempestivo. La entidad accionada documento que efectivamente se habría producido un cesación en el marco legal del trabajo.
EDZA / IGLESIA SAN ALEJO DEL ASTILLERO 2015	Investigación defensorial	Se realizó Providencia de Admisibilidad, se ha llevado a efecto Audiencias Públicas, y está por Dictar Resolución
E T V / RECTOR DEL COLEGIO COTOPAXI 2015	Investigación defensorial	Se firmó una Acta de Acuerdo voluntaria y un Acuerdo Reparatorio y entre las propuestas se dieron que el alumno será tratado por todo los docentes y personal administrativo del plantel con la identidad de género masculino con el que se identifica y se referirán con el pronombre él y se generarán orientaciones y sensibilizaciones con los compañeros/as de estudio y le den el trato que le corresponde a su identidad de género.2.-El personal del plantel llamará al alumno por su nombre y/o apellidos independientemente de su cédula conste el nombre. 3.-El alumno formará en la fila correspondiente a la de su identidad de género y en caso de que las filas sean de integración mixta, lo hará en las mismas. 4.-El alumno utilizará el baño correspondiente a su identidad de género, la comunidad educativa y el alumno de común acuerdo tomará las medidas correspondiente a su integridad personal. 5.-En la lista de asistencia y en sus otros documentos que no sean los que correspondan a títulos y promociones, se colocará entre paréntesis el nombre correspondiente a la identidad de género con que se identifica lo que no generará efectos jurídicos. 6.-El alumno podrá socializar con todas las personas que estime conveniente como lo hacen los alumnos/as de la institución.7.-La Dirección Distrital en conjunto con las autoridades del colegio, Defensoría del Pueblo y Silueta X, realizarán programas de sensibilización, capacitación y/o educación en temas de DDHH con énfasis en la igualdad, formal, material y no discriminación por identidad de género u orientación sexual, destinados a personal docente , administrativos y alumnos del plantel.
T F R S/ CENTRO DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD DE PERSONAS ADULTAS EN CONFLICTO CON LA LEY 2015	Investigación defensorial	Peticionaria solicitó el archivo del expediente, ya que luego de que el Centro de Privación de Libertad conoció que el caso estaba en la Defensoría del Pueblo, solucionó la queja permitiendo visita a persona privada de libertad.
L A P D/ FAMILIA DE LA PAREJA DE ALSZ 2015	GESTIONES OFICIOSAS , DERIVACION A LA FISCALÍA Y ACOMPANAMIENTO	Mediante las gestiones y acompañamiento realizados en coordinación con Fiscalía y Ministerio de Salud, se procedió al recuperación de la persona retenida indebidamente por su orientación sexual, y se garantizó su atención integral en salud y, legal
J A C B / RECTORA DEL COLEGIO REPÚBLICA DE FRANCIA-	Investigación defensorial	Se realizaron Gestiones oficiosas acordando atención positiva a la reclamación por parte autoridades del plantel como del Ministerio de Educación, para cesar vulneración de derechos por identidad de género del estudiante. Como estudiante no pudo ser ubicada, se inició Investigación Defensorial, con organización que planteó reclamo autoridades del plantel y de la Dirección Distrital del

SECCION NOCTURNA 2015		Ministerio de Educación se suscribió Acta de Acuerdo reparatorio que posteriormente fue confirmada y suscrita por la estudiante, donde se garantizaba u trato integral conforme a su identidad de género.
LFCV / UNIDAD JUDICIAL DE GARANTIAS PENALES CON COMPETENCIA EN DELITOS FLAGRANTES DE GUAYAQUIL PROVINCIA DE GUAYAS 2015	Vigilancia del debido proceso	Se realiza la vigilancia del debido proceso dentro del proceso penal que por lesiones en contra de una persona transexual
M. A. II / Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos días 2015	Investigación defensorial	Presunta discriminación a miembro de la Iglesia por señalar abiertamente su orientación sexual, se realizó audiencia en la que el peticionario indicó su voluntad de no pertenecer más a la iglesia, misma que debía ser tramitada mediante solicitud a la Iglesia. Actualmente nos encontramos en la espera de información sobre los requisitos exigidos por la iglesia para ser designado como misionero, pues la no aceptación de la solicitud para ser misionero supuestamente se fundamenta en su orientación sexual. En proceso de investigación previo a elaborar resolución.
D. E E / FISCALIA ESPECIALIZADA EN GARANTÍAS Y PERSONAS 2015	Vigilancia del debido proceso	Vigilancia del debido proceso en la queja presentada contra de Fiscales de la Unidad de Personas y Garantías que investigaron la denuncia en contra diario el Extra, por el presunto delito de Cesión, Publicación Utilización o Tránsito de Datos Personales sin Autorización. Se encuentra en Trámite.
De oficio / Fiscalía de Personas y Garantías 1 2015	Vigilancia del Debido Proceso	Presunto delito de Asesinato de una persona transgénero femenino
D.E.E.C/ Corte Constitucional 2015	Vigilancia del debido proceso	La peticionaria manifiesta que: desde octubre del 2014 de conformidad con el Art. 59 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional y encontrándose dentro del término para accionar, presenta para ante la Corte Constitucional la Acción Extraordinaria de Protección, en contra de la Sentencia definitiva que niega el recurso de casación emitida por la Sala de lo Civil y Mercantil de la Corte Nacional de Justicia, desde entonces ha acudido a la Corte Constitucional para conocer el Estado de su trámite, sin embargo, en reiteradas ocasiones no ha obtenido ninguna respuesta. A su vez solicita a ésta Institución que dentro de sus competencias se inicie una vigilancia del debido proceso de su caso.

Cuadro 4.- Casos Discriminación LGBTI.

Elaborado por Dirección nacional de Atención Prioritaria y Libertades. 2016⁵⁹

Además de los trámites defensoriales antes mencionados se ha realizado las siguientes acciones:

- a) *CARTA ABIERTA ANTE DISCRIMINACIÓN A CANDIDATA: en febrero de 2013, la Defensoría del Pueblo, mediante una Carta Abierta, se pronunció respecto a la discriminación de la que fue objeto la candidata transgénero a asambleísta, Diane Rodríguez, quien fue obligada a hacer la fila de hombres para ejercer su derecho al voto. Así mismo, La Defensoría del Pueblo llamó la atención a los medios de comunicación que al dar informe del caso, hicieron referencia al “candidato transexual” en vez de referirse a la candidata transgénero, reforzando así el patrón discriminatorio en su contra.*

⁵⁹ Parte de los casos reportados constan dentro del Compendio de los casos más relevantes en relación al Derecho a la Igualdad y no discriminación, tramitados por la Defensoría del Pueblo en el periodo 2009 al 2012, se puede hallar el documento en <http://www.dpe.gob.ec/images/descargas/compendio.pdf>, los demás corresponden a los casos atendidos en las distintas unidades judiciales

- b) *CARTA A LA OMS: en abril de 2013, la Defensoría del Pueblo remitió una carta a la Organización Mundial de Salud y Organización Panamericana de Salud respaldando el pedido del Ministerio de Salud, que solicitó se retire de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 a las categorías y subcategorías relacionadas con los trastornos por identidad de género y la transexualidad.*
- c) *CARTA ABIERTA A ECUAVISA: con respecto a las declaraciones transfóbicas del Sr. Josué Casella, en marzo de 2013, la Defensoría del Pueblo hizo un exhorto público al canal Ecuavisa para que en el contexto de su responsabilidad como medio de comunicación, se tomen las medidas necesarias a fin de garantizar la libertad de expresión, respetando y haciendo respetar la honra, imagen y dignidad de las personas, en ese caso de la ciudadanía GLBTI.*
- d) *CARTA A DIARIO EL TELÉGRAFO: En junio de 2013, La Defensoría del Pueblo remitió un comunicado a diario El Telégrafo, a quien alerta acerca de dos artículos de opinión de los editorialistas Humberto Mancero y Alfredo Vera que vulneran los derechos de la ciudadanía GLBTI con afirmaciones poco rigurosas y no científicas. La Defensoría señala a este rotativo que los medios de comunicación tienen una responsabilidad social frente a la ciudadanía que implica el procurar que no se afecte la honra y dignidad de las personas; así como el verificar que se cumpla con el derecho a recibir información veraz y verificada.⁶⁰*

Patrocinios judiciales de garantías jurisdiccionales, investigaciones y resoluciones defensoriales, número y tipo de medidas de cumplimiento obligatorio, casos judiciales sobre temas LGBTI que la Defensoría del Pueblo se encuentre vigilando el debido proceso.

El detalle de esta información se encuentra en la respuesta anterior, para lo cual se solicitó información a las diferentes unidades de la Defensoría del Pueblo; en relación a la consulta sobre medidas de cumplimiento obligatorio es necesario señalar que si bien es cierto la Constitución determina en el Art. 215 numeral 2 ésta atribución, las mismas solo son aplicables en función de las situaciones que la ley determina, considerando que en atención a lo preceptuado en el Art. 226 de la Constitución, las instituciones solo pueden ejercer las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley, en este caso las medidas de cumplimiento obligatorio que se han atendido 15 medidas de protección⁶¹ aplicado se han realizado en el marco de lo dispuesto en la disposición transitoria de la Ley Orgánica de Discapacidades.

Por otro lado, considerando que la información que se produce es procesada y tabulada anualmente en forma general, aclarando que no se especifica el tipo de caso o titular, correspondiente al año 2015; debiendo informar que la información procesada desde enero hasta mayo de 2016 no se encuentra procesada, por lo que no es posible entregarles información referente a este período.

A continuación detallamos la información general correspondiente al año 2015, solicitada en las preguntas 2, 3, 4, y 6 de su petición de información;

Trámites defensoriales	Ingresados		Resueltos		En trámite	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Garantías Jurisdiccionales	35	0,21%	23	0,17%	23	0,14%

⁶⁰ DEFENSORIA DEL Pueblo, Boletín Mensual 003, 01 de julio del 2013, En internet: <http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/422/1/Bolet%C3%ADn%20003.pdf>

⁶¹ Defensoría del Pueblo, Rendición de cuentas 2015, pág. 34

Investigación Defensorial	7229	42,39%	3251	24,50%	5501	32,29%
Medidas de protección	15	0,09%	6	0,05%	12	0,07%
Vigilancia del debido proceso	1662	9,75%	348	2,62%	1486	8,72%

Fuente: Defensoría del Pueblo. Rendición de Cuentas 2015⁶²

Solicitudes de juzgamiento y sanción por casos relativos a la población LGBTI.

La Defensoría del Pueblo ejerce las competencias prevista en el artículo 215 de la Constitución de la República. Esta entidad no tiene competencias para juzgar o sancionar y en nuestro accionar no se registran peticiones de juzgamiento o sanción.

8. Informe de cómo el Mecanismo Nacional en contra de la Tortura está vigilando y tomando acciones a favor de los derechos de la población LGBTI que se encuentra privada de la libertad.

En atención a las atribuciones establecidas en la Constitución, instrumentos internacionales y otras normas la Defensoría del Pueblo, ha realizado visitas periódicas a los centros de privación de libertad para comprobar el respeto de los derechos humanos, por parte del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, unidad que coordina, planifica y ejecuta visitas periódicas y con carácter preventivo a cualquier lugar de detención o privación de libertad

En estas visitas entre otra información, se verifica los datos estadísticos respecto del número de personas LGBTI que se encuentren en los centros y a partir de eso vemos si tienen condiciones de igualdad de acceso a servicios como alimentación, salud, vestimenta y posteriormente se verifica si tienen atención como grupo de atención prioritaria, en qué pabellón se encuentran ubicados sin son personas transgénero, de la misma forma se realizan observaciones y en general que no sean tratados con discriminación y que tampoco estén expuestos a situaciones de peligrosidad, tomando en cuenta que son un grupo con doble condición de vulnerabilidad, primero por ser personas privadas de libertad y segundo por ser LGBTI.

Es necesario señalar que cuando se detectan casos específicos el Mecanismo procede a informar sobre estos casos a las Coordinaciones Zonales o Delegaciones Provinciales de la Defensoría del Pueblo con la finalidad de que se dé la atención pertinente o se redirija a la entidad competente.

9. Informe cómo la Defensoría del Pueblo está aplicando un enfoque diferencial (en este caso sobre víctimas LGBTI) en los procesos de reparación integral de víctimas a partir de la competencia entregada por la “Ley para la reparación de las víctimas y la judicialización de graves violaciones de derechos humanos y delitos de lesa humanidad ocurridos en el Ecuador entre el 4 de octubre de 1983 y 31 de diciembre de 2008”.

10. En función de la “Ley para la reparación de las víctimas y la judicialización de graves violaciones de derechos humanos y delitos de lesa humanidad ocurridos en el Ecuador entre el 4 de octubre de 1983 y 31 de diciembre de 2008”, informe cómo se está socializando el contenido del Informe de la Comisión de la Verdad, y si en ese trabajo se está analizando

⁶² <http://repositorio.dpe.gob.ec/image/RC-DPE-001-2015.pdf>

la sección del mismo denominado “Homofobia y transfobia: violencia y discriminación contra el colectivo LGBTI en la década de 1990 y 2000”.

11. Informe cómo la Defensoría del Pueblo en virtud de la “Ley para la reparación de las víctimas y la judicialización de graves violaciones de derechos humanos y delitos de lesa humanidad ocurridos en el Ecuador entre el 4 de octubre de 1983 y 31 de diciembre de 2008” pretende impulsar una reparación colectiva a favor de la población LGBTI con base en la sección del Informe de la Comisión de la Verdad, y si en ese trabajo se está analizando la sección del mismo denominado Homofobia y transfobia: violencia y discriminación contra el colectivo LGBTI en la década de 1990 y 2000”.

En relación a estas preguntas la Dirección Nacional de Reparación a Víctimas y Protección contra la impunidad la respuesta a los puntos consultados mediante Oficio Nro. DPE-DNRVPI-2016-0059-O de 24 de junio de 2016

<http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2174/1/DEOI-DPE-014-2017.pdf>

<http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/598>

<http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/699>

<http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/725>