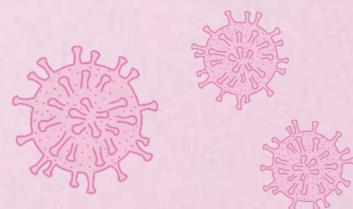
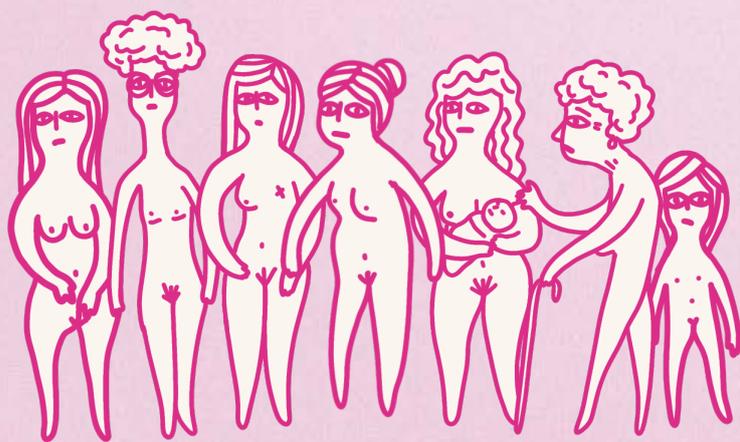


La salud sexual y salud reproductiva son vitales

**Informe de resultados del monitoreo
del estado de los servicios de salud
sexual y salud reproductiva durante
la emergencia sanitaria por COVID-19
en Ecuador**

Enero, 2021



Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador

● Investigación realizada por:
Surkuna, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos.

● Investigadora principal y Redacción:
Mgr. Susana Godoy

● Equipo de Investigación:

- Levantamiento de información en Lago Agrio y Esmeraldas: Equipo Técnico de la Fundación Lunita Lunera.
- Levantamiento de información en Guayaquil: Ing. Janella Hidalgo (Fundación Mujer & Mujer) y Lcda. Lía Burbano en calidad de Responsable Técnica (Fundación Mujer & Mujer).
- Levantamiento de información en Machala: Equipo Técnico y Político del Movimiento de Mujeres de El Oro – Centro de Atención Integral Rosa Vivar Arias.
- Levantamiento de información en el Distrito Metropolitano de Quito: Equipo Técnico del Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos - Surkuna. Entrevistas a mujeres sordas en Lengua de Señas Ecuatoriana e interpretación: Vivian Rodríguez (consultora independiente).
- Monitoreo y sistematización de información de Redes Sociales de instituciones públicas sobre Promoción de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Micaela Bermúdez (consultora independiente).

● Revisión Técnica del documento:
Ab. Ana Cristina Vera, Ab. Mayra Tirira y Mg. Verónica Vera
(Equipo Técnico de Surkuna)

● Revisión y Corrección de Estilo:
Mary Pacheco

● Diseño y Diagramación:
Daniela Moreno Zapata

La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo de la Embajada de Canadá en Ecuador y el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro, CLACAI.

Se permite la reproducción total o parcial de la obra siempre y cuando se reconozca la autoría de la misma y se realice sin fines comerciales o de lucro.

AGRADECIMIENTOS:

“Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas y organizaciones informantes que colaboraron en este estudio; especialmente a las mujeres, adolescentes y personas LGBTIQ+ que compartieron sus experiencias sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la pandemia por COVID-19, incluidas aquellas que por extensión del documento no pudimos incorporar en este informe, pero que contribuyeron generosamente para que fuera posible”

ÍNDICE

Índice.....	3
Índice de tablas.....	4
Abreviaturas.....	5
1. Introducción.....	7
2. Objetivo.....	7
3. Metodología.....	7
3.1. Métodos utilizados en el levantamiento de la información.....	8
3.2. Dificultades en el levantamiento de información y limitaciones.....	12
4. La emergencia sanitaria por covid-19 en ecuador.....	13
5. Resultados.....	13
5.1. Consideraciones generales.....	14
5.2. Principales problemáticas identificadas según el tipo de servicio de salud sexual y salud reproductiva.....	16
5.2.1. Sobre la provisión de métodos anticonceptivos y la atención en consultas de planificación familiar.....	16
5.2.2. En cuanto a la atención durante el embarazo, parto y posparto.....	24
5.2.3. Sobre la atención a emergencias obstétricas relacionadas con abortos, incluido el aborto terapéutico y la atención post-aborto.....	29
5.2.4. Con relación al acceso a pruebas y tratamientos de infecciones de transmisión sexual, incluido el vih.....	31
5.2.5. Respecto al acceso a la información sobre salud sexual y salud reproductiva.....	33
5.3. Principales problemáticas de acceso y atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva detectadas según grupos poblacionales específicos.....	34
5.3.1. Limitaciones en la atención a víctimas de violencia basada en género.....	34
5.3.2. Dificultades reportadas por las adolescentes.....	37
5.3.3. Vulneraciones del derecho a la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres en movilidad humana.....	39
5.3.4. Dificultades reportadas por mujeres afrodescendientes e indígenas.....	41
5.3.5. La desprotección de la población lgbtiq+ durante la pandemia.....	43
5.3.6. Barreras informadas por personas con discapacidad.....	45
6. Conclusiones.....	47
7. Recomendaciones.....	49
Referencias bibliográficas.....	51
Notas.....	54
Anexos.....	61
Anexo 1. Tabla de indicadores para el monitoreo del estado de servicios de salud sexual y salud reproductiva en el contexto de la emergencia sanitaria por covid-19.....	61
Anexo 2. Detalle del formulario utilizado para el levantamiento de la encuesta virtual “acceso y atención en los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la pandemia por covid-19 en ecuador”.....	63
Anexo 3. Listado de centros de salud del primer nivel de atención del ministerio de salud pública donde se monitoreó la disponibilidad de métodos anticonceptivos.....	65

Anexo 4. Detalle del formulario utilizado para realizar entrevistas a mujeres, adolescentes mujeres y población LGBTIQ+ usuaria del sistema nacional de salud.....	65
Anexo 5. Listado de organizaciones de la sociedad civil, instituciones y organizaciones Internacionales entrevistadas.....	68
Anexo 6. Consumo de medicamentos y dispositivos médicos anticonceptivos en establecimientos de salud del ministerio de salud pública del ecuador entre el 1 de enero 2019 y el 30 de septiembre de 2020.....	69
Anexo 7. Monitoreo de la disponibilidad de métodos anticonceptivos en establecimientos de salud del ministerio de salud pública en el primer nivel de atención.....	69
7.1. Resumen de visitas a centros de salud por cantón.....	69
7.2. Frecuencia de la falta de acceso de aoe en los centros de salud monitoreados.....	70
7.3. Frecuencia de la falta de acceso de preservativos masculinos en los centros de salud monitoreados.....	73
Anexo 8. Egresos hospitalarios por embarazos terminados en aborto.....	71
Anexo 9. Víctimas de delitos sexuales en ecuador entre el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de agosto de 2020.....	72
9.1. Denuncias registradas por delitos sexuales en ecuador entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de julio de 2020.....	72
9.2. Víctimas de delitos sexuales según el género.....	72
9.3. Víctimas de delitos sexuales según la edad.....	73
Anexo 10. Monitoreo de publicaciones sobre servicios de salud sexual y salud reproductiva en cuentas oficiales de redes sociales de instituciones públicas del ecuador.....	73
10.1. Número de publicaciones en facebook.....	73
10.2. Número de publicaciones en instagram.....	74
10.3. Número de publicaciones en twitter.....	74

Índice de Tablas

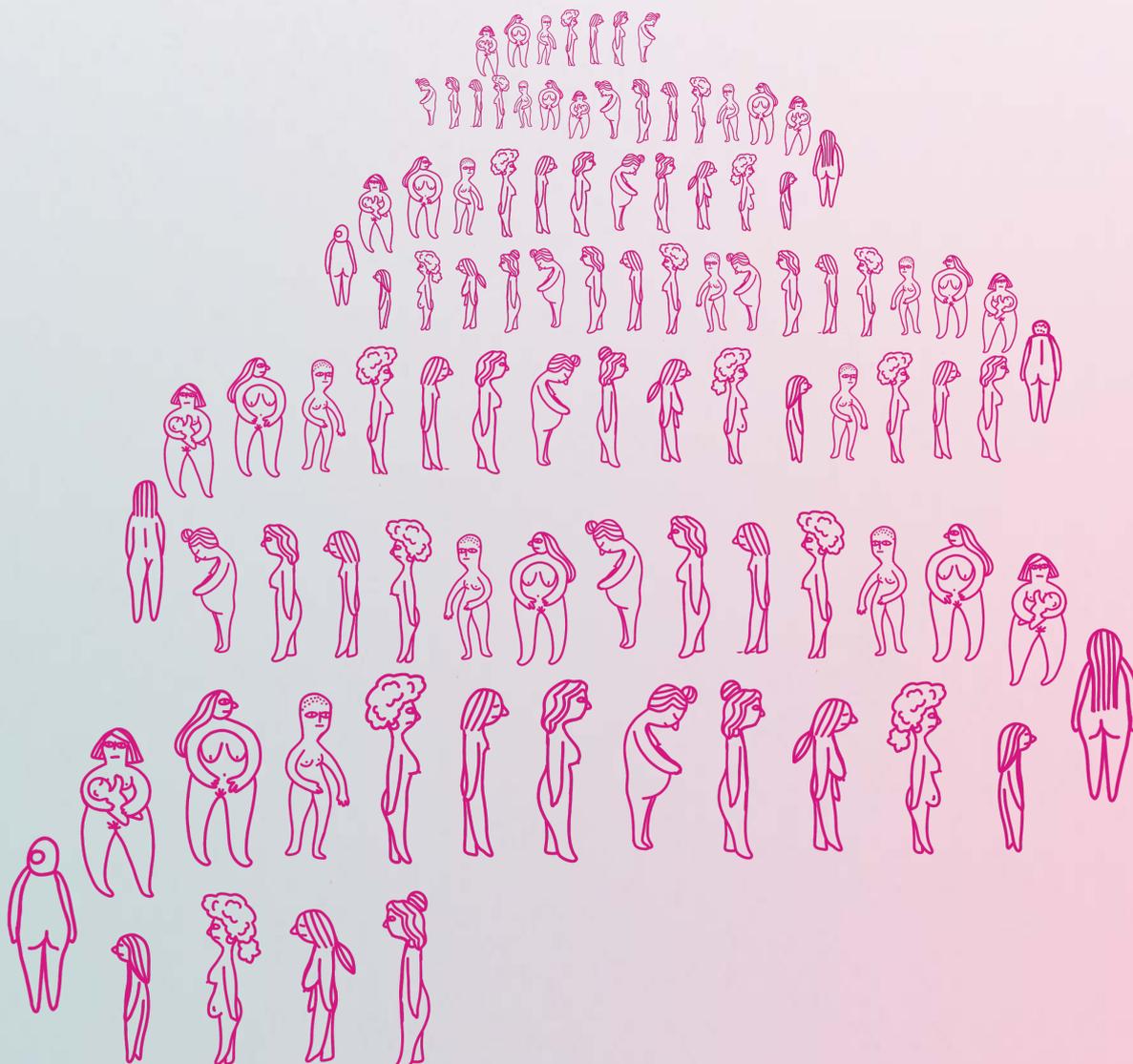
Tabla 1. Resumen de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención Monitoreados sobre la Disponibilidad de MAC.....	9
Tabla 2. Perfiles de personas usuarias aplicados en el Monitoreo de Establecimientos de Salud del MSP.....	10
Tabla 3. Número de entrevistas realizadas a usuarias.....	11
Tabla 4. Monitoreo de la disponibilidad de Anticoncepción Oral de Emergencia en centros de salud pública.....	18
Tabla 5. Monitoreo de la disponibilidad de Preservativos Masculinos en centros de salud pública.....	19
Tabla 6. Testimonios sobre falta de métodos anticonceptivos en centros de salud pública.....	21
Tabla 7. Gestión de citas de la Línea 171.....	22
Tabla 8. Testimonios sobre dificultades para acceder a métodos anticonceptivos mediante consultas.....	23
Tabla 9. Testimonios sobre dificultades para la atención ginecológica.....	23
Tabla 10. Testimonios de mujeres embarazadas sobre falta de insumos para la atención prenatal.....	25
Tabla 11. Testimonios de mujeres embarazadas sobre dificultades en el agendamiento de citas y la atención prenatal.....	26
Tabla 12. Testimonios sobre dificultades o falta de atención en complicaciones durante el embarazo.....	27
Tabla 13. Testimonio sobre dificultades en la atención en parto y situaciones de violencia obstétrica.....	29
Tabla 14. Testimonios sobre dificultades o falta de atención en emergencias relacionadas con aborto.....	31
Tabla 15. Testimonios sobre falta de acceso a pruebas y tratamientos de ITS y VIH.....	32
Tabla 16. Número de llamadas atendida en el 171 para asesoría de MAC.....	34
Tabla 17. Testimonio de víctimas de violencia de género sobre falta de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva.....	37

Tabla 18. Testimonios de adolescentes mujeres sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.....	38
Tabla 19. Testimonios de adolescentes sobre actitudes discriminatorias durante la atención en salud.....	39
Tabla 20. Testimonios de mujeres migrantes sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.....	39
Tabla 21. Testimonios de mujeres migrantes sobre actitudes discriminatorias en la atención en salud.....	40
Tabla 22. Testimonios de mujeres afrodescendientes sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.....	42
Tabla 23. Testimonios de población LGBTIQ+ sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.....	43
Tabla 24. Testimonio de población LGBTIQ+ sobre actitudes discriminatorias en la atención en salud.....	44
Tabla 25. Testimonios de personas con discapacidad sobre el estado de servicios de salud sexual y salud reproductiva....	45

Abreviaturas

AOE	Anticoncepción Oral de Emergencia
CNIG	Consejo Nacional para la Igualdad de Género
CNII	Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
CNIMH	Consejo Nacional para la Igualdad de la Movilidad Humana
CNIPN	Consejo Nacional para la Igualdad de los Pueblos y Nacionalidades
COE-N	Comité de Operaciones de Emergencia Nacional
CONADIS	Consejo Nacional para la Igualdad de las Discapacidades
DIU	Dispositivo Intrauterino
DNH	Dirección Nacional de Hospitales
DNPNA	Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención
Encuesta Virtual	Encuesta Virtual “Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador” (2020)
ENSANUT	Encuesta de Salud y Nutrición
ES	Establecimiento de Salud
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTIQ+	Lesbianas, Gays, Bisexual, Trans, Intersex, Queer y más
LSEC	Lengua de Señas Ecuatoriana
MAC	Métodos Anticonceptivos
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MINEDUC	Ministerio de Educación
MM	Mortalidad Materna
MREMH	Ministerio de Relación Exteriores y Movilidad Humana
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTT	Mesa Técnica de Trabajo
NNA	Niñas, niños y adolescentes

- OMS Organización Mundial de la Salud
- PVV Personas que Viven con VIH
- RPIS Red Pública Integral de Salud
- SDH Secretaría de Derechos Humanos
- SE Semana
- SECOM Secretaría General de Comunicación de la Presidencia
- SNGRE Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias
- SNS Sistema Nacional de Salud
- SR Salud Reproductiva
- SS Salud Sexual
- TIC Tecnologías de la Información y de la Comunicación
- UAI Unidad de Atención Integral
- VBG Violencia Basada en Género
- VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana



1. Introducción

La falta de fortalecimiento de los sistemas de salud, la Emergencia Sanitaria por COVID-19 y la focalización de recursos públicos para su manejo y control, ha afectado el acceso y disponibilidad de los servicios de salud sexual (en adelante, SS) y salud reproductiva (en lo que sigue, SR) en todo el mundo. Debido a estas restricciones, se prevén graves impactos en la salud de las mujeres y niñas; es así que el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) ha estimado que la reducción del 10% de estos servicios puede derivar en 3.3 millones de abortos inseguros y en 29.000 muertes maternas tan solo en 12 meses.¹ Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que una de las estrategias fundamentales para garantizar la disponibilidad de estos servicios, es la supervisión periódica de su continuidad y de las afectaciones que pueden producirse como resultado de las medidas tomadas en cada país para contener la expansión del COVID-19, sin considerar las condiciones concretas de vida de diversos grupos poblacionales, sus demandas y necesidades, y el debilitamiento de los sistemas de salud.²

Lo mencionado se torna relevante en países donde el sistema de salud pública es frágil y arrastra barreras estructurales en el acceso a los servicios de SS y SR, como es el caso del Ecuador, que además se ha visto exacerbado previamente a la pandemia debido a políticas de ajuste económico que han reducido el presupuesto y el gasto público en salud. Al respecto, entre 2019 y 2020, se registra una reducción del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública (MSP) del 5,32%³ incluso iniciativas imprescindibles para garantizar los derechos de niñas y adolescentes, como es el Proyecto de Prevención del embarazo en niñas y adolescentes, quedó sin presupuesto en el año 2020. A esto se suma, el insuficiente presupuesto asignado en la implementación de la Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres durante este período, un total de USD 876.862 para garantizar la eficacia del sistema de protección y atención integral a nivel nacional.⁵

De esta manera, el Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos - Surkuna, en cooperación con la Fundación Lunita Lunera, la Fundación Mujer & Mujer y el Movimiento de Mujeres de El Oro – Centro de Atención Integral Rosa Vivar Arias, han llevado a cabo el presente monitoreo de servicios de SS y SR en tiempos de pandemia en Ecuador, con el fin de aproximarse a las problemáticas fundamentales y sus consecuencias; y contribuir a la prevención de impactos mayores a largo plazo, teniendo en cuenta que la Emergencia sanitaria por el coronavirus sigue vigente.

2. Objetivo

Identificar el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador, con énfasis en 5 cantones (Lago Agrio, Esmeraldas, Guayaquil, Machala y el Distrito Metropolitano de Quito); a fin de aportar, desde la sociedad civil, en la construcción de recomendaciones para mantener la continuidad de los servicios de SS y SR.

3. Metodología

El presente monitoreo se realizó en 5 cantones del país: Lago Agrio (provincia de Sucumbíos, Región Amazónica); Esmeraldas (provincia de Esmeraldas, Región Costa); D.M. Quito (provincia de Pichincha, Región Sierra); Guayaquil (provincia de Guayas, Región Costa); y Machala (provincia de El Oro, Región Costa). Debido al contexto de la Emergencia, la selección de dichos cantones se realizó de acuerdo a los siguientes criterios:

- i) La diversidad geográfica en cuanto a las regiones de pertenencia de cada cantón.
- ii) La presencia de organizaciones de sociedad civil aliadas por la defensa de los derechos humanos con énfasis en la protección de mujeres, acompañamiento a víctimas de violencia de género, personas en movilidad humana y población LGBTIQ+ que fueron contrapartes del proyecto y responsables del levantamiento de la información en sus respectivos cantones. A saber: Fundación Lunita Lunera en Esmeraldas y Lago Agrio; Fundación Mujer & Mujer en Guayaquil y el Movimiento de Mujeres de El Oro – Centro de Atención Integral Rosa Vivar Arias en Machala. En el caso del Distrito Metropolitano de Quito (en adelante, D.M. Quito) el revelamiento de datos estuvo a cargo del Equipo Técnico de Surkuna.
- iii) D.M. Quito y Guayaquil son los cantones con mayor número de habitantes a nivel nacional y han sido las zonas que más casos de detección de casos de contagio por COVID-19 han presentado en Ecuador.

iv) Machala, Esmeraldas y Lago Agrio pertenecen a provincias fronterizas del sur y norte respectivamente, donde existe un porcentaje de población significativo de personas migrantes.

Adicionalmente, se plantearon instrumentos que recabaron información a nivel nacional con el fin de ampliar los datos del contexto y sistematizar la información estadística del país de interés en materia de SS y SR.

El levantamiento de información se realizó entre el 13 de julio al 30 de agosto de 2020, extendiéndose a los meses de septiembre y octubre la realización de las entrevistas a informantes clave y personal de salud que, por propias dificultades del contexto de la pandemia, no se pudieron fijar con anterioridad. También se ha incluido información recibida posterior a estas fechas por parte del MSP, la misma que constituye una respuesta a varias solicitudes de acceso a la información realizadas.

Los componentes de la investigación abordados fueron:

- Provisión de métodos anticonceptivos (MAC) y asesoría en SS y SR
- Atención ginecológica general
- Atención prenatal, durante el parto y posparto
- Atención en aborto terapéutico, post-aborto y emergencias obstétricas
- Acceso a pruebas y tratamientos de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH
- Atención en salud a víctimas de violencia de género, en particular violencia sexual

Para ello, se consideraron indicadores⁶ con el fin de medir y evaluar el acceso, la disponibilidad y la atención, principalmente en los establecimientos del subsistema del MSP que brindan el 62,72% de la cobertura nacional, en particular a la población de escasos recursos económicos y no afiliadas a otros subsistemas de salud.⁷ Además, para el contexto de la pandemia, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) experimenta una reducción en su cobertura debido, en parte, a la crisis económica consecuyente de las medidas de suspensión de actividades comerciales y laborales en el contexto de la Emergencia; donde se registraron 297.891 bajas de afiliados entre agosto de 2019 y agosto de 2020, lo que convirtió a los servicios del MSP en una de las alternativas para personas desempleadas.⁸ Por otro lado, en materia de servicios de SS y SR, la cobertura de atenciones que proporciona el MSP en las primeras consultas de prevención y gineco-obstétricas es del 74,03%, y en lo que se refiere a consultas subsecuentes de prevención y gineco-obstétricas es del 61,36%.⁹

No obstante, los instrumentos diseñados para levantar la información según los métodos planteados, permitieron a su vez recabar información y datos sobre el acceso y atención en el IESS y en la Red complementaria privada. Este documento se centrará en los resultados del MSP e incluirá datos significativos sobre otros subsistemas cuando la importancia de la información revelada lo amerite, sobretodo en casos de afectaciones a grupos en condiciones de vulnerabilidad.

Finalmente, el estudio se centra fundamentalmente en el acceso, disponibilidad y atención en servicios de SS y SR a mujeres, adolescentes mujeres y personas trans y no binaries; sin embargo, aporta datos generales respecto a la población LGBTIQ+.

3.1. Métodos utilizados en el levantamiento de la información

Para el levantamiento de información, se realizaron diversas actividades y se aplicaron las técnicas enunciadas a continuación:

i) Revisión de documentos institucionales emitidos durante el contexto de la pandemia por el Comité de Operaciones de Emergencia (COE-N), Presidencia, MSP, Secretaría de Derechos Humanos (SDH) y otras instituciones públicas sobre las medidas de control y manejo de la Emergencia Sanitaria por COVID-19.

ii) Solicitud de 35 requerimientos de información a instituciones públicas: MSP, SDH, Consejo Nacional para la Igualdad de Género (CNIG), Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNIIG), Consejo Nacional para la Igualdad de la Movilidad Humana (CNIMH), Consejo Nacional para la Igualdad de los Pueblos y Nacionalidades

(CNIPN), Consejo Nacional para la Igualdad de las Discapacidades (CONADIS) y Fiscalía General del Estado (FGE). Del total de oficios remitidos, no llegó respuesta completa de 15, y en 2 se obtuvieron respuestas parciales.

iii) Elaboración y levantamiento de la Encuesta Virtual “Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador” con el fin de identificar dificultades generales en el acceso y atención a nivel nacional de manera ágil y sencilla a través de las Tecnologías de la Comunicación e Información (TICs). La encuesta estuvo dirigida a mujeres, adolescentes mujeres y personas trans y no binarias. Fue levantada entre el 17 de julio y el 30 de agosto de 2020 por redes sociales mediante una estrategia comunicacional de difusión semanal en las páginas institucionales de Facebook, Instagram y Twitter de las organizaciones sociales partícipes de la presente investigación. Adicionalmente, se difundió en correos electrónicos y perfiles de redes sociales de más de 43 organizaciones de sociedad civil a nivel nacional cuya misión es la defensa y protección de los derechos humanos, en especial de las mujeres en toda su diversidad, población en movilidad humana, personas LGBTIQ+, así como a parteras y obstetras. Se obtuvo 512 respuestas de un total de 23 provincias del país donde el 47,77% (n=244) informó sobre situaciones de dificultades de acceso a servicios de SS y SR en 3 subsistemas del Sistema Nacional de Salud (SNS): MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y Red Complementaria privada. Las preguntas se centraron en determinar la situación socio-económica de las personas usuarias y las barreras existentes en los servicios de SS y SR relacionados con los componentes planteados en la investigación [Ver Anexo 2].

iv) Monitoreo de la disponibilidad de métodos anticonceptivos en establecimientos del Ministerio de Salud Pública del primer nivel de atención, en particular MAC que se pueden obtener sin consulta previa como la anticoncepción oral de emergencia (AOE) y preservativos. Para ello, los Equipos Técnicos de las organizaciones participantes en el presente estudio realizaron un total de 78 visitas mediante personas usuarias simuladas con diferentes perfiles en 39 centros de salud entre el 17 de julio y el 12 de agosto de 2020. 6 centros de salud fueron visitados en Esmeraldas; 6 en Guayaquil; 5 en Lago Agrio; 5 en Machala; y 17 en el D.M de Quito [Ver listado de centros en Anexo 3]. La propuesta metodológica inicial pretendía llevar a cabo 1 visita semanal durante 3 semanas consecutivas en un total de 27 centros distribuidos en los cantones mencionados: 10 de tipo A, 10 de tipo B y 7 de tipo C. Sin embargo, en el transcurso de la investigación se realizaron dos cambios relevantes que modificaron la muestra de centros y visitas debido a las siguientes razones:

- En los cantones donde se observó que el stock de MAC no varió significativamente tras dos semanas de monitoreo, se decidió ampliar o modificar el universo de centros para extender el levantamiento de datos. Esto se aplicó en el D.M. de Quito con un total de 11 centros visitados adicionalmente, y en el cantón de Lago Agrio con 1 centro más.
- Las dificultades del levantamiento de información en el contexto de la Emergencia Sanitaria afectaron a su vez a la capacidad de los equipos para realizar la actividad planteada; es así que en el cantón Machala no fue posible replicar las visitas durante 3 semanas consecutivas previstas debido a la adopción de cuarentena por sospecha de contagio de COVID-19, al interior del Equipo Técnico del Movimiento de Mujeres de El Oro.

De esta manera, el resumen de centros y visitas realizadas, así como su frecuencia se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención Monitoreados sobre la Disponibilidad de MAC

Cantón	No. total ES monitoreados	No. ES por tipo	No. de visitas según tipo de ES	No. total visitas
Esmeraldas	6	2 Tipo A	2 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas	6
		2 Tipo B	2 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas	6
		2 Tipo C	2 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas	6
Guayaquil	6	2 Tipo A	2 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas	6
		2 Tipo B	2 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas	6
		2 Tipo C	2 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas	6

Lago Agrio	5	3 Tipo A	1 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas 1 ES: 1 visita semanal por 2 semanas consecutivas 1 ES: 1 visita en 1 semana	6
		2 Tipo B	2 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas	6
Machala	5	2 Tipo A	2 ES: 1 visita en 1 semana	2
		2 Tipo B	2 ES: 1 visita en 1 semana	2
		2 Tipo C	1 ES: 1 visita en 1 semana	1
D.M. Quito	17	11 Tipo A	1 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas 1 ES: 1 visita semanal por 2 semanas consecutivas 9 ES: 1 visita en 1 semana	14
		4 Tipo B	1 ES: 1 visita semanal por 3 semanas consecutivas 1 ES: 1 visita semanal por 2 semanas consecutivas 2 ES: 1 visita en 1 semana	7
		2 Tipo C	2 ES: 1 visita semanal por 2 semanas consecutivas	4
TOTAL	39	-	-	78

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna.

Cada equipo técnico investigador, definió el perfil de las personas que realizaron el monitoreo presencial, tomando en cuenta tanto las posibilidades técnicas de cada equipo y la seguridad de las y los integrantes de las organizaciones a la hora de realizar las visitas a los centros de salud. Además, en el período del levantamiento aún existían restricciones de movilidad, lo que dificultó la formación e identificación de una pluralidad mayor en relación a los perfiles seleccionados. Con todo, entre ellos, se procuró incluir a personas de grupos históricamente discriminados o en desventaja social y vulnerabilidad, que suelen vivir mayores barreras en los servicios de SS y SR como son las y los adolescentes, mujeres afrodescendientes, personas LGBTIQ+, mujeres migrantes, mujeres víctimas de violencia, mujeres en edad no reproductiva o mujeres con algún tipo de discapacidad. La Tabla 2, resume el conjunto de perfiles utilizados en el transcurso de las visitas a los centros de salud.

Tabla 2. Perfiles de personas usuarias aplicados en el Monitoreo de Establecimientos de Salud del MSP

Cantón	No. total ES monitoreados	No. visitas	Perfiles aplicados
Esmeraldas	6	18	1 mujer adulta ecuatoriana en 11 visitas 1 hombre ecuatoriano en 9 visitas
Guayaquil	6	18	1 mujer ecuatoriana en 12 visitas 1 mujer afroecuatoriana en 1 visitas 1 mujer migrante en 2 visitas 1 hombre en 2 visitas 1 adolescente en 1 visita
Lago Agrio	5	12	1 mujer joven ecuatoriana en 12 visitas
Machala	5	5	1 mujer joven ecuatoriana en 4 visitas 1 hombre adulto ecuatoriano en 1 visita
D.M. Quito	17	25	1 mujer joven ecuatoriana en 11 visitas 1 mujer adulta ecuatoriana en 4 visitas 1 mujer joven no ecuatoriana sin especificar en 2 visitas 1 mujer joven venezolana en 1 visita 1 mujer sorda en 2 visitas 1 hombre joven ecuatoriano 2 visitas 1 hombre joven venezolano en 1 visita 1 mujer víctima de violencia en 2 visitas
TOTAL	39	78	-

Fuente: Elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna.

Cada equipo técnico investigador, definió el perfil de las personas que realizaron el monitoreo presencial, tomando en cuenta tanto las posibilidades técnicas de cada equipo y la seguridad de las y los integrantes de las organizaciones a la hora de realizar las visitas a los centros de salud. Además, en el período del levantamiento aún existían restricciones de movilidad, lo que dificultó la formación e identificación de una pluralidad mayor en relación a los perfiles seleccionados. Con todo, entre ellos, se procuró incluir a personas de grupos históricamente discriminados o en desventaja social y vulnerabilidad, que suelen vivir mayores barreras en los servicios de SS y SR como son las y los adolescentes, mujeres afrodescendientes, personas LGBTIQ+, mujeres migrantes, mujeres víctimas de violencia, mujeres en edad no reproductiva o mujeres con algún tipo de discapacidad. La Tabla 2, resume el conjunto de perfiles utilizados en el transcurso de las visitas a los centros de salud

v) **Monitoreo de recepción de llamadas del 171 opción 2 “Promoción de Salud”, sub-opción 1 “Asesoría en salud sexual y reproductiva”** entre el período del 17 de julio al 12 de agosto. Se realizaron un total de 42 llamadas para consultas sobre diferentes tipos de MAC, donde se solicitó además el agendamiento de citas médicas. Se hicieron 3 llamadas por 3 semanas, desde los cantones de Lago Agrio, Esmeraldas, Guayaquil y el D.M. de Quito; y 2 llamada por 3 semanas desde el cantón Machala.

vi) **201 entrevistas a mujeres, adolescentes y personas trans y no binaries que accedieron a servicios de SS y SR o lo intentaron durante la pandemia por COVID-19** en los 5 cantones de monitoreo con el fin de contar con testimonios directos sobre la experiencia de acceso, disponibilidad, aceptabilidad, y calidad de la atención en el contexto de la Emergencia por COVID-19. Entre los testimonios, constan adicionalmente 2 cantones más: 15 del cantón El Guabo en la provincia El Oro, y 1 de Cayambe en Pichincha. De las 201 entrevistadas: 13 son adolescentes (6,46%); 66 son mujeres migrantes (32,83%); 35 se identifican como mujeres afrodescendientes y negras (17,41%); y 39 pertenecen a la comunidad LGBTIQ+ (19,40%). Los formularios utilizados se elaboraron en base al instrumento de la Encuesta Virtual con preguntas adicionales sobre posibles situaciones de discriminación [Ver Anexo 4]. En la Tabla 3, se evidencia el número de entrevistas realizadas.

Tabla 3. Número de entrevistas realizadas a usuarias

Cantón	No. de entrevistas	No. que informan dificultades	No. que no informan dificultades
Esmeraldas	33	15	18
Guayaquil	45	21	24
Lago Agrio	31	19	12
Machala	47	30	17
D.M. Quito	45	39	6
TOTAL	201	124	77

Fuente: Elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna.

Para realizar las entrevistas, dadas las limitaciones derivadas del contexto de la Emergencia, en particular las restricciones de movilidad, se optó por un muestreo no probabilístico, donde la identificación de las usuarias de servicios de SS y SR se realizó a partir de múltiples opciones: a) difusión interna de las organizaciones participantes de una convocatoria a las usuarias; b) convocatoria pública de entrevistas en redes sociales; c) difusión de convocatoria de entrevistas a otras organizaciones de sociedad civil para detectar posibles usuarias que quisieran participar del estudio; d) en una oportunidad, se pudo acceder a un censo obstétrico a partir del cual se invitó a mujeres embarazadas a colaborar en las entrevistas. Si bien este tipo de muestreo no permite la representatividad probabilística cuantitativa de grupos determinados, es útil desde un punto de vista cualitativo, para identificar experiencias de diversa índole en relación a los servicios de salud.

vii) 60 entrevistas a profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención del MSP con el fin de obtener información directa sobre la atención en el contexto de la Emergencia Sanitaria. Los formularios diseñados se

centraron en obtener datos sobre las capacitaciones recibidas durante la pandemia en materia de SS y SR, las medidas adoptadas en la provisión de servicios como la telemedicina y entrega de insumos a domicilio, las dificultades presentadas y el nivel de atención. De las 60 entrevistas realizadas: 22, se refieren a profesionales de salud de atención primaria; 25 a profesionales de salud del segundo nivel y 13 a profesionales de salud del tercer nivel de atención. Además, 19 entrevistas se realizaron a profesionales de Guayaquil; 14 al personal de Machala (El Oro); 11 de Lago Agrio (Sucumbíos); 8 al personal de salud de Esmeraldas (Esmeraldas); 6 del D.M. Quito; y 2 de Santa Rosa (El Oro). Adicionalmente, 44 entrevistas fueron autorizadas por el MSP y 16 se realizaron con profesionales de la salud quienes dieron su testimonio en calidad de informantes anónimos. Cabe añadir, que los formularios destinados al segundo y tercer nivel de atención se organizaron de acuerdo al servicio de los profesionales; de tal forma que se obtuvieron respuesta de líderes y médicos/as tratantes de los servicios de Emergencias, Centro Obstétrico, Unidad de Atención Integral de VIH, Unidad de Atención Integral a víctimas de violencia de género (Salas de Primera Acogida) y Adolescentes.

viii) 21 entrevistas a informantes claves de organizaciones de sociedad civil especializadas en la promoción y protección de derechos de las mujeres, personas LGBTIQ+; además de asociaciones de profesionales de salud, Casas de acogida de víctimas de violencia de género y organizaciones regionales e internacionales [Ver listado en Anexo 5].

ix) Monitoreo de las redes sociales de Facebook, Instagram, Twitter de las siguientes instituciones públicas: MSP, Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana (MREMH), Secretaría General de Comunicación de la Presidencia (SECOM), SDH y Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias (SNGRE); entre el 12 de marzo y el 13 de septiembre (período de vigencia del estado de excepción). Las búsquedas se realizaron a partir de 34 palabras clave relacionadas con los componentes de SS y SR de la investigación. El listado de palabras, junto a la matriz de datos resultante y las publicaciones recopiladas, se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://drive.google.com/drive/folders/1odf2mFMH7zDQ6JSCdM1lbrHJHldxARFb?usp=sharing>.

- *Aclaración sobre acuerdos de confidencialidad en entrevistas:* todas las entrevistas realizadas en el proceso de levantamiento de información se hicieron bajo acuerdo de confidencialidad sobre la identidad de las personas informantes, inclusive aquellas que fueron autorizadas formalmente por el MSP. Por este motivo, no se usarán los nombres reales de las personas en el presente informe. Se tomó esta decisión para generar confianza a las personas entrevistadas y evitar repercusiones de cualquier tipo respecto a los datos aportados.

3.2. Dificultades en el levantamiento de información y limitaciones

- La falta de respuesta a solicitudes de información pública requeridas al MSP, supone una limitación de acceso a estadísticas e información relevante sobre la gestión de la Emergencia por parte de las autoridades sanitarias. En este sentido, hasta el 1 de noviembre no se ha recibido respuesta al 42,85% de los oficios remitidos al MSP. A lo que se suma la falta de acceso a lineamientos de este Ministerio que se difunden de manera interna. Se consiguió, gracias a profesionales de la salud y organizaciones sociales entrevistadas, ubicar 4 memorandos relacionados con la gestión de las Unidades de Atención Integral a personas que conviven con VIH y la reorganización de las actividades de atención del primer nivel para el seguimiento de mujeres embarazadas de la Zona 9 de Salud (D. M. Quito).
- La Encuesta Virtual “Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador” se levantó a través de redes sociales, lo que implica limitaciones de respuestas en aquellas personas con dificultades para acceder a TICs. Asimismo, más del 40% de los formularios llenados fueron de personas residentes en la provincia de Pichincha.
- En cuanto a las entrevistas realizadas a usuarias e informantes clave: la principal dificultad fue realizar el levantamiento de información en el propio contexto de la pandemia, lo que implicó dificultades en el uso de las TICs, como la falta de cobertura o internet en las comunicaciones, que llevó a la suspensión o reprogramación de citas. Adicionalmente, la carga de trabajo para las organizaciones sociales de atención y profesionales de salud durante la pandemia hizo que algunas de las organizaciones sociales o grupos de acompañamiento contactados no pudieran participar del estudio.

- En cuanto a las entrevistas al personal de salud del MSP, por el contexto de la pandemia, la mayoría de las entrevistas fueron contestadas por escrito. De esta manera, hubo 3 dificultades relevantes, por un lado, la imposibilidad de ampliar o aclarar el alcance de la información aportada. En este sentido se observa que, con los formularios escritos el personal de salud tiende a no responder las preguntas cualitativas o a no hacerlo de manera detallada. Por otro lado, estuvo la incapacidad de prevenir algunos errores de llenado por parte del equipo consultor. Al respecto, se comprobó que varios funcionarios usaron formularios diferentes a los remitidos para su servicio específico. Finalmente, la reiteración de respuestas; de lo que cabe mencionar que 1 hospital envió un formulario duplicado para 5 profesionales de atención con las mismas respuestas. Debido a estas situaciones, se descartaron 8 formularios llenados por escrito.
- Los resultados obtenidos están centrados fundamentalmente en la atención e implementación de medidas en los establecimientos del MSP que, si bien son aquellos que brindan una mayor cobertura de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS), implica falta de información del resto de subsistemas como el IESS y la Red Complementaria privada.

4. La Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador

El primer caso confirmado de una persona infectada con COVID-19 en Ecuador se identifica el 29 de febrero de 2020. El 11 de marzo, después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declare el COVID-19 como pandemia global, y mediante Acuerdo Ministerial *Número 00126-2020 emitido* por la Ministra de Salud, se establece el Estado de Emergencia Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano.¹⁰ Con fecha 13 de marzo, se activa el Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COE-N) para planear, coordinar y realizar el control de las operaciones de respuesta entre los diferentes niveles de gobierno e instituciones estatales ante la emergencia sanitaria. EL COE-N se conformó por 8 Mesas Técnicas de Trabajo (MTT) y 2 Grupos de Trabajo (GT) para la gestión e implementación de medidas en las diferentes áreas y sectores del país.¹¹

El 16 de marzo, la Presidencia a través del Decreto Ejecutivo 1017 instala el estado de excepción por calamidad pública a nivel nacional, el cual fue renovado mediante declaratoria de constitucionalidad por 4 ocasiones hasta su cese el 13 de septiembre de 2020.¹² El estado de excepción implicó la adopción de medidas de restricción de derechos como el toque de queda, la suspensión de los derechos a la libertad de tránsito, asociación y reunión con el fin de contener y prevenir la propagación del COVID-19; iniciando así el período de confinamiento social o cuarentena. A partir del 4 de mayo, el COE-N establece un sistema de semaforización por provincias y cantones de acuerdo al índice de casos de contagio. Según el color en que se encuentre la localidad, las medidas de control difieren para generar la reactivación progresiva de actividades comerciales y laborales, así como la flexibilización de las medidas del estado de excepción. Es así que, durante este periodo, en semáforo rojo el toque de queda rige de 14h00 a 5h00; en amarillo de 18h00 a 05h00 (donde se modifica el aislamiento social por el distanciamiento social); y en verde de 21h00 a 05h00. Hasta el 25 de septiembre se registraron 2 cantones que permanecían en rojo, 205 en amarillo y 15 pasaron a verde.¹³

Entre el 29 de febrero y el 25 de septiembre se han confirmado 132475 casos de contagios por COVID-19 a nivel nacional, siendo las provincias de Pichincha (37145), Guayas (20324), Manabí (9578) y Azuay (8669) las que reportan mayor número de casos.¹⁴

5. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del monitoreo de servicios de SS y SR llevado a cabo durante el contexto de la pandemia por COVID-19 en Ecuador, con énfasis en los cantones de Esmeraldas, Lago Agrio, D.M. Quito, Guayaquil y Machala, donde se aportan a la vez datos a nivel nacional y de otras provincias. En esta sección, se presentan los hallazgos principales junto al análisis de la información. Para ello, se divide en 3 apartados. En el primero se abordan consideraciones generales sobre las medidas adoptadas durante la pandemia por COVID-19; el segundo, se refiere a las dificultades identificadas según los servicios monitoreados. En el tercero, se aporta información específica sobre algunos grupos de poblaciones de interés, por ser personas de atención prioritaria como: adolescentes, población con discapacidad y víctimas de violencia de género; o estar en situación de vulnerabilidad, desventaja social o discriminación histórica como la población LGBTIQ+, mujeres migrantes y mujeres afrodescendientes y mujeres indígenas.

5.1. Consideraciones generales

El 6 de mayo de 2020, el Estado ecuatoriano se suma a una declaratoria junto a 58 países donde afirman su compromiso para mantener el acceso y disponibilidad de los servicios de salud sexual (SS) y salud reproductiva (SR) durante la expansión de la pandemia por el virus COVID-19.¹⁵ Sin embargo, el contexto de la Emergencia Sanitaria ha supuesto un desafío para las instituciones públicas del Ecuador, en especial para el Sistema Nacional de Salud (SNS); donde las falencias en los servicios públicos de salud en cuanto al acceso, disponibilidad, aceptabilidad, y calidad, existentes con anterioridad al COVID-19, han quedado en evidencia en su dimensión estructural.

El abordaje institucional de la Emergencia Sanitaria declarada el 12 de marzo de 2020, ha consistido en diferentes medidas de control y manejo del contagio del COVID-19. Entre las cuales están: la declaratoria del estado de excepción por calamidad pública con mecanismos de restricción de movilidad y toque de queda a nivel nacional y local; la suspensión de eventos masivos públicos; el confinamiento de la población en sus hogares o cuarentena y el distanciamiento social; la adopción de la modalidad de teletrabajo y teleeducación para el sector público y privado; y el fortalecimiento normativo con la emisión de protocolos, lineamientos y recomendaciones dirigidos a diferentes áreas y sectores del país, en particular para la atención y asistencia a grupos vulnerables como niñas, niños y adolescentes (NNA), mujeres embarazadas, adulto/as mayores, los diferentes pueblos y nacionalidades, personas con discapacidad y víctimas de violencia.¹⁶ Hasta el 25 de septiembre, las Mesas Técnicas y Grupos Trabajo del Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COE-N), organismo de coordinación de la respuesta estatal frente a la situación de emergencia provocada por el coronavirus, habían emitido 162 documentos normativos entre los que constan 35 relativos a atención en salud.¹⁷

Las disposiciones en el ámbito de la salud pública se han centrado en la reorganización de la atención en los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (RPIS); la adopción de medidas preventivas de bioseguridad; la guía al personal de atención, administrativo, y auxiliar; y la actualización de la información sobre el comportamiento del virus con base a la evidencia científica disponible.¹⁸ A su vez, se han dirigido fundamentalmente a la prevención y atención de casos con sospecha o contagio de COVID-19 en diferentes espacios, y grupos de personas de atención prioritaria y en condiciones de vulnerabilidad.

En cuanto a la SR, entre abril y junio de 2020, se emitieron 5 documentos de recomendaciones relevantes dirigidas a los profesionales de la salud a nivel nacional para la atención de las mujeres embarazadas y neonatos con sospecha o confirmación de infección por coronavirus.¹⁹ Uno de ellos, son las Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID-19 emitidas por la Mesa Técnica de Trabajo 2 del COE-N, donde además se ubican lineamientos generales para asegurar el acceso a métodos anticonceptivos (MAC) ya que *“salvan vidas y deben estar disponibles”*.²⁰ También se encuentran sugerencias para garantizar la continuidad de la atención prenatal a usuarias con o sin COVID. Sin embargo, ni este documento ni las *Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19* elaboradas por el MSP en abril de 2020, con una segunda versión actualizada en el mes de junio, recogen los lineamientos específicos para la atención de las emergencias obstétricas y el aborto terapéutico en tiempos de COVID-19.²¹ Estos servicios son esenciales y deben ser proveídos incluso en contextos de emergencias humanitarias, sanitarias o conflictos armados. Además, en dichas recomendaciones se perciben notables ausencias respecto a la atención de grupos prioritarios, dado que tampoco constan directrices especiales enfocadas en la atención de niñas y adolescentes embarazadas, mujeres con discapacidad, mujeres de la diversidad sexual, entre otras.²²

Cabe agregar que, entre los instrumentos emitidos en el ámbito de la salud durante la Emergencia y difundidos públicamente, no consta la emisión de guías, instructivos o rutas destinadas a informar a la ciudadanía de las adaptaciones generadas para reorganizar la atención de los servicios de SS y SR en todos los niveles del SNS. Esta fue una de las debilidades de las políticas de salud, especialmente en el primer período de toma de decisiones clave frente a la pandemia. Al respecto, según la “Encuesta Virtual Acceso y Atención en los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador” elaborada y difundida por el Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos, Surkuna en colaboración con el Movimiento de Mujeres de El Oro, la Fundación Lunita Lunera y la Fundación Mujer&Mujer para este monitoreo, un 47,66% (n=244) de las mujeres, adolescentes, personas trans y no binarias

encuestadas (n=512) tuvieron dificultades para acceder y ser atendidas en este tipo de servicios entre el 12 de marzo y el 30 de agosto de 2020 a nivel nacional. De ellas, el 62,08% encontraron las barreras en la provisión de servicios del MSP. [Ver Anexo 2].

Las medidas implementadas por en el SNS para contener el virus así como aquellas aplicadas por el COE-N en coordinación con las instituciones públicas en general, si bien han pretendido reducir los efectos de la expansión de la pandemia, a su vez han tenido impactos significativos en la continuidad de otros servicios esenciales de salud, incluidos los servicios de SS y SR. Estas restricciones generaron barreras adicionales de acceso y atención a la población, en particular hacia los grupos más vulnerables y en mayor desventaja social como son las niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con VIH, población LGBTIQ+, personas migrantes y refugiadas, pueblos y comunidades indígenas y afroecuatorianas y víctimas de violencia.

Algunas de las acciones llevadas a cabo en el SNS que afectaron a la SR, fue la priorización de la atención en los servicios de emergencias en detrimento de las consultas ambulatorias y hospitalarias no urgentes con el fin de evitar las aglomeraciones y saturación de los centros de salud, especialmente en los hospitales que se designaron para la atención de casos COVID-19, pero también en los centros de salud del primer nivel.²³ Estas medidas conllevaron la suspensión o limitación de la consulta externa de especialidades a nivel nacional, así como la re-programación de citas médicas y cirugías. De esta manera, se registró una reducción significativa en el agendamiento de citas a través de la línea 171 del MSP, donde la población puede solicitar turnos médicos en el primer nivel de atención para consultas de medicina general y familiar, obstetricia, ginecología, pediatría, psicología, entre otras. De 624.550 citas agendadas en el mes de febrero de 2020, se pasó a 487.803 en marzo, y a 57.639 en abril. Es decir, el registro de citas médicas experimentó un decremento del 88,18% en el segundo mes de la Emergencia Sanitaria²⁴ [Ver Tabla 7]. A esto se suman los centros que tuvieron que cerrar por la afectación del COVID-19, donde los profesionales de la salud fueron contagiados o incluso fallecieron. Al respecto, la Subsecretaría de Provisión de Servicios del MSP informó en una respuesta oficial, que solo en Guayaquil tuvieron que cerrar 86 establecimientos de salud del MSP por este motivo²⁵

Una de las estrategias adoptadas para mitigar las limitaciones en la atención presencial en el contexto de la Emergencia, fue el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) para el seguimiento y atención de pacientes. En un proceso de entrevistas a 60 profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, en 6 cantones de 5 provincias del país (Sucumbíos, Esmeraldas, Guayas, El Oro y Pichincha), el 41,67% señaló que en su servicio o el centro de salud adoptaron la modalidad de telemedicina, principalmente a través del contacto telefónico. De ellos, el 50% especificó haber tenido dificultades para implementar esta modalidad debido a la falta de protocolos con lineamientos específicos, y el uso restringido por parte de las usuarias a las TICs. Al respecto, el Ecuador no cuenta con una legislación que regule el uso de la telemedicina en el ámbito de la salud pública y durante la pandemia, únicamente en el ámbito de la salud mental se habilitó una opción de atención específica en la línea 171. En otras áreas de la salud, las MTT del COE-N no emitieron protocolos para operativizar la atención mediante teleconsulta.²⁶ Además, la diferencia de acceso a recursos tecnológicos según los establecimientos y niveles de atención generaron que la respuesta fuera irregular. Un ejemplo de ello se encuentra en las diferencias de gestión al respecto en 2 Hospitales Gineco-Obstétricos de tercer nivel de la provincia de Pichincha. En una de las Maternidades, la consulta externa de obstetricia y ginecología fue suspendida como medida de control del contagio del COVID-19 y suplida en parte por el seguimiento vía telefónica a pacientes, en particular a embarazadas de alto riesgo obstétrico. Mientras que en la segunda Maternidad mencionada, la consulta externa de obstetricia permaneció abierta con menor número de personal de atención pero no se pudo aplicar el seguimiento mediante contacto telefónico.²⁷

Hemos sido uno de los pocos hospitales que no han suspendido su consulta externa de obstetricia durante la pandemia. Al inicio no éramos hospital de atención de casos COVID-19 y eso hizo que se duplicara la demanda de atenciones en todo el hospital debido a que las mujeres preferían venir aquí por miedo al contagio a acudir a otras casas de salud, pero también por la derivación de pacientes de otros hospitales que fueron designados para la atención de COVID-19. Hemos podido atender, pero una de las deudas del hospital ha sido no realizar el seguimiento mediante telemedicina a las mujeres. (Profesional de atención del Centro Obstétrico del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el D.M. Quito, 2020).²⁸

Adicionalmente, otra de las dificultades que han experimentado las y los profesionales de la salud a la hora de brindar atención en el contexto de la pandemia, ha sido la falta de equipos de protección personal para la prevención del contagio del coronavirus. Al respecto, el 68,28% (n=15) de los 22 profesionales del primer nivel entrevistados para esta

investigación, señalaron no tener insumos suficientes de bioseguridad en algún momento de la Emergencia Sanitaria. De los 25 profesionales del segundo nivel, el 80% (n=20) afirmaron haber vivido la misma situación; y en el tercer nivel, de 13 profesionales entrevistados, el 53,84% (n=7) especificó no contar con suficientes insumos aportados por el MSP.²⁹ De esta manera, el personal de salud coincide en afirmar que para garantizar su seguridad fue necesario aportar de manera individual insumos como mascarillas KN95, visores faciales, batas quirúrgicas, entre otros.

5.2. Principales problemáticas identificadas según el tipo de servicio de salud sexual y salud reproductiva

En las secciones que siguen, se resumen las principales barreras encontradas en el contexto de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en lo que se refiere a la provisión de MAC, la atención prenatal, durante el parto y el postparto, la provisión del aborto terapéutico, la atención postaborto, la atención en casos de emergencias obstétricas y provisión de pruebas y tratamientos para ITS, incluido el VIH.

5.2.1. Sobre la provisión de métodos anticonceptivos y la atención en consultas de planificación familiar

Las restricciones de circulación y el toque de queda durante la pandemia, las medidas adoptadas en el sistema de salud pública para gestionar la atención de casos con sospecha o confirmación de contagio por COVID-19, la suspensión de consulta externa de especialidades en establecimientos de salud y la re-programación de citas médicas tanto en el primer nivel de atención como en el segundo y tercer nivel; conllevó la interrupción de la provisión de MAC, la suspensión de consultas de planificación familiar y dificultades en el acceso a asesoría en SS y SR. Estos servicios esenciales de salud que, tanto la OMS como organismos internacionales de Derechos Humanos, recomendaron garantizar su continuidad durante la pandemia por COVID-19 dado que salvan vidas al prevenir embarazos no deseados que pueden derivar en un aumento de procedimientos de aborto inseguro y realizados en condiciones de riesgo,³⁰ lo que se agrava en contextos donde la norma legal para la interrupción del embarazo es especialmente restrictiva o la implementación de las causales despenalizadas aún presenta barreras. Si bien en Ecuador se contempla la posibilidad de interrumpir un embarazo para evitar un riesgo a la salud y vida de las mujeres gestantes y en casos de violación a una mujer con discapacidad intelectual,³¹ la inadecuada interpretación de estas causales hace que las mismas sean implementadas de forma restrictiva, generando grandes dificultades para que las mujeres accedan a estos servicios.

Un indicador clave del estado de los servicios de SS y SR durante la pandemia fue el significativo descenso del consumo de MAC entre marzo a junio de 2020 con respecto al mismo período del año 2019, donde se registró un decremento del 35,97% en el total de MAC a nivel nacional [Ver Anexo 6].³² Si se analiza según métodos específicos: la entrega de preservativos masculinos se reduce un 36,09% en el período mencionado; los consumos de AOE disminuyen un 33,84%; las píldoras orales combinadas se ven afectadas en un 38,60%; las inyecciones en un 32,45%; los implantes de 3 años de duración experimentan un decremento de consumo del 29,32%, y los implantes de 5 años del 27,55%.³³

Además, la disminución porcentual entre el año 2019 y 2020 en los consumos de MAC, se extiende al período de julio y septiembre de 2020, donde aún se registra un decremento del 30,94% a nivel nacional.³⁴ Para preservativos masculinos en particular es del 30,98% y para AOE del 25,78%.³⁵ Es decir, en el último período del estado de excepción en Ecuador vigente hasta el 13 de septiembre, las personas usuarias del sistema de salud pública siguen teniendo barreras significativas para acceder a MAC o continuar sus tratamientos.

De esta manera, la Encuesta Virtual “Acceso y atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva en Ecuador durante la pandemia por COVID-19” (en adelante, Encuesta Virtual) levantada para este monitoreo, evidencia que el 45,64% de las personas que tuvieron dificultades de acceso y atención en servicios de SS y SR, lo tuvo respecto a MAC. Un total de 104 mujeres de toda edad, personas trans y no binarias. De éstas, el 31,68% respondió: “no me atendieron / me dijeron que acudiera a otro centro de salud”, y un 41,80% especificó no haber podido acceder al servicio.

Si bien las dificultades para movilizarse durante el contexto de la Emergencia Sanitaria por COVID-19, derivadas del toque de queda y las medidas de aislamiento social, junto al temor al contagio entre la población afectaron al acceso a MAC; a su vez se dieron situaciones específicas en el ámbito del SNS que determinaron la agudización de dichas barreras.

Entre ellas, las más relevantes a lo largo de este monitoreo se relacionan con la falta de disponibilidad de insumos anticonceptivos en los centros de salud, la imposibilidad de fijar citas de planificación familiar, la saturación de turnos, y una inadecuada aplicación del *Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos* y su instructivo de implementación³⁶ y de las *Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID19* emitidas durante la pandemia por el COE-N y el MSP, con el fin de garantizar la continuidad de la provisión de MAC.³⁷ Al respecto, dichas recomendaciones posibilitan la eliminación del requerimiento de segunda consulta para obtener métodos hormonales con dosis subsecuentes como las píldoras combinadas o las inyecciones, e instan al personal de los centros a realizar al menos 3 recargas al día de preservativos en los dispensarios para asegurar su provisión y facilitar el distanciamiento de las personas usuarias con los profesionales de la salud. Además, se establece que se debe proveer la anticoncepción oral de emergencia (AOE) de manera inmediata y sin requerimientos adicionales.³⁸ Sin embargo, algunos testimonios de usuarias y personal de atención, además del monitoreo de disponibilidad de MAC realizado en el contexto de esta investigación, evidencian que las recomendaciones no fueron una medida eficaz ni se socializaron lo suficiente [Ver Tablas 4, 5, 6 y 8].

No tuve conocimiento de la entrega del carné de MAC en la primera consulta. Facilité las píldoras para 3 meses un poco por intuición por las dificultades para moverse en la ciudad, pero no sé qué habrá pasado en los otros centros. (Profesional de salud del primer nivel de atención en el D.M. de Quito, 2020)³⁹

Además, en cuanto a la atención relativa a MAC, es importante agregar que se registraron otras dificultades como demoras o falta de acceso a consultas ginecológicas para el respectivo control o incluso numerosas mujeres reportaron no haber recibido tratamiento médico para afectaciones relacionadas con el uso de MAC, como sangrados y dolores recurrentes en el caso de implantes o el dispositivo intrauterino de cobre (DIU). Las mismas no fueron consideradas consultas urgentes; lo que llegó a afectar a grupos de atención prioritaria como mujeres víctima de violencia de género.⁴⁰

A continuación, se detallan las problemáticas generales identificadas en lo relativo a anticoncepción durante la Emergencia sanitaria por COVID-19.

i) Falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos en centros de salud pública y falencias en la aplicación del reglamento para regular el acceso

● A lo largo de la investigación se pudo recabar información sobre falta de insumos anticonceptivos en centros de salud de 14 provincias del país durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19, según la Encuesta Virtual “Acceso y atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva en Ecuador durante la pandemia por COVID-19”. Así, de 512 personas encuestadas, el 46,77% (n=244) señaló haber tenido barreras de acceso y atención en los servicios de SS y SR, y de estas un 45,56% (n=104) manifestó que las dificultades se relacionaron con MAC. Entre las razones señaladas, un 37,68% (n=52) especificó que se debió a la falta anticonceptivos en los establecimientos de salud.

● A estos datos, se suman los resultados del monitoreo de disponibilidad de MAC en centros del primer nivel de atención del MSP realizado para esta investigación por los Equipos Técnicos de Surkuna en el D.M. Quito; del Movimiento de Mujeres de El Oro en el cantón Machala; Fundación Lunita Lunera en Esmeraldas y Lago Agrio, y Fundación Mujer & Mujer en Guayaquil; entre el 17 de julio y el 12 de agosto de 2020. Se revisaron 39 establecimientos de salud distribuidos en los 5 cantones y se realizaron 78 visitas en total; de las que se pudo comprobar la falta de acceso a MAC, que se adquieren sin consulta previa (preservativos y AOE) por diversas razones, entre las que se encuentra la falta de stock en los centros de salud seleccionados. En lo que sigue, se presenta un resumen de dichos resultados:

a) En cuanto a la solicitud de AOE en los centros de salud monitoreados

En 4 de los 5 cantones monitoreados, no se obtuvo AOE en al menos 1 visita. **En total: de 78 visitas realizadas en el conjunto de 39 centros de salud seleccionados, no se accedió a AOE en 24 ocasiones, es decir, en el 30,76% de las solicitudes. Fueron 16 centros en los que no se pudo obtener AOE por diferentes razones.** A saber: en 10 visitas hubo falta de stock; en 5, el personal de salud solicita llamar al 171 para una cita médica; en 3 visitas, se pidió que asistiera la mujer que debía tomar la píldora (además en 2 se indica que debe solicitar cita médica); por 2 ocasiones el centro de salud

estaba cerrado; en 3, el personal de salud no atendió debido a que no se encontraba o especificó que al momento de la visita no iba a atender; en 1, el centro estaba en fumigación; y en 2, el centro solo atendía emergencias debido a que era feriado, donde la provisión de AOE no se consideró una situación de emergencia. [Para el detalle por cantón ver Tabla 4 y Anexo 7.1]

Cabe agregar que estas dificultades se dieron de manera consecutiva o por una sola semana de la siguiente forma: en 7 centros de salud no se accedió a AOE en una sola visita; en 6 centros, ocurrió en 2 visitas durante dos semanas consecutivas; en 1 centro, no se obtuvo en 3 visitas durante las 3 semanas, lo que implica que el centro no fue abastecido en el período total monitoreado; y 1 centro, 2 visitas durante 2 semanas no consecutivas [Ver Detalle en Anexo 7.2]

Asimismo, la Tabla 4 muestra un detalle por cantones de datos particularmente relevantes.

Tabla 4. Monitoreo de la disponibilidad de Anticoncepción Oral de Emergencia en centros de salud pública

Monitoreo de disponibilidad ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (AOE) en Establecimientos de Salud (ES) del MSP en el primer nivel de atención										
Ciudad	Tipo de ES	No. total ES	No. total visitas	No. visitas sin acceso a AOE	No. visitas según la razón de la falta de acceso					
					Falta de stock	ES solicita cita médica	Debe acudir la usuaria	ES cerrado	Personal de salud no atiende	Otra
Esmeraldas	A	2	6	2	2	-	-	-	-	-
	B	2	6	1	-	-	-	-	-	1
	C	2	6	5	4	-	-	-	-	1
Subtotal	-	6	18	8	6	-	-	-	-	2
Lago Agrio	A	3	6	3	-	-	-	1	2	-
	B	2	6	2	-	-	-	1	-	1
Subtotal	-	5	12	5	-	-	-	-	-	1
Machala	A	2	2	-	-	-	-	-	-	-
	B	2	2	-	-	-	-	-	-	-
	C	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	-	5	5	5	-	-	-	-	-	-
Guayaquil	A	2	6	3	2	1	1	-	-	-
	B	2	6	3	2	1	-	-	-	-
	C	2	6	1	-	1	1	-	-	-
Subtotal	-	6	18	7	4	3	2	-	-	-
D.M. Quito	A	11	14	4	1	2	1	-	1	-
	B	4	7	-	-	-	-	-	-	-
	C	2	4	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	-	17	25	4	1	2	1	-	1	-
TOTAL	-	39	78	24	10	5	3	2	3	3

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de los resultados del monitoreo de disponibilidad de MAC en centros de salud del MSP realizado por las organizaciones participantes de esta investigación entre el 17 de julio al 12 de agosto de 2020.

De los datos señalados, se deduce que los centros de salud donde se registró una mayor falta de acceso a MAC se ubican en el cantón Esmeraldas: en 8 de las 18 visitas realizadas no se accede a AOE, es decir, en un 44,44%. Le sigue, Lago Agrio, con 5 de 12 visitas (41,66%) donde no se accede, y Guayaquil, con 7 de 18 (38,88%). En Esmeraldas, por 6 ocasiones esta omisión se debió a la falta de stock y en Guayaquil, fueron 4. En Lago Agrio, las causas se relacionaron con falencias en la atención del personal de salud al no encontrarse en el establecimiento al momento de la visita o requerir a la usuaria volver más tarde, además de 2 centros estar cerrados donde no se ubicó información alternativa ni el tiempo de reapertura.

Asimismo, llama la atención que en 3 visitas donde la AOE fue solicitada por hombres (2 en Guayaquil y 1 en el D.M de Quito) no se facilitó el método aduciendo que debía ser la usuaria quien iba a tomar la píldora, la que debía asistir a recogerla. Adicionalmente, resulta especialmente grave que en 5 ocasiones (3 en Guayaquil y 2 en el D.M. Quito) se condicionara el acceso a AOE al agendamiento de una cita médica. Tanto la solicitud de este requerimiento como la

asistencia de la usuaria directa para entregar la AOE, contradicen las disposiciones normativas que regulan la provisión de MAC en el SNS y las recomendaciones emitidas en el contexto de la Emergencia Sanitaria por el COE-N.⁴¹ En estas se disponen que el suministro debe garantizarse de manera inmediata sin condicionamientos de ningún tipo a cualquier persona que la solicite; dado que su mayor efectividad depende de la ingesta antes de las 72 horas posteriores a una práctica sexual de riesgo o a una agresión sexual, con el fin de evitar un embarazo no deseado o forzado.

b) Sobre el requerimiento de preservativos masculinos en los centros monitoreados

En cuanto al estado de la disponibilidad de preservativos masculinos, se comprobó que a su vez existieron dificultades para la provisión de este tipo de MAC en todos los cantones monitoreados. Es así que, de 78 visitas, no se obtuvo en 24 (el 30,76%). En total, de los 39 centros de salud revisados, no se consigue en 18, al menos en alguna visita. Entre las causas constan: 12 situaciones donde existe falta de stock; 2 visitas en las que el personal de salud solicita cita médica; 2 ocasiones en las que el centro de salud se encuentra cerrado; 1, donde se encontraba en fumigación; y 2 visitas en las que el establecimiento solo atendía por emergencias debido a que era feriado [Ver Tabla 5].

Adicionalmente, la frecuencia en la que no se obtuvieron los preservativos fue la siguiente: 7 centros no facilitaron el método por 2 semanas consecutivas (5 en Esmeraldas y 2 en Lago Agrio) y, 11 por una sola visita [Ver Detalle en Anexo 7.3].

Tabla 5. Monitoreo de la disponibilidad de Preservativos Masculinos en centros de salud pública

Monitoreo de acceso a PRESERVATIVOS MASCULINOS (PM) en Establecimientos de Salud (ES) del MSP en el primer nivel de atención										
Ciudad	Tipo de ES	No. total ES	No. total visitas	No. visitas sin acceso a PM	No. visitas según la razón de la falta de acceso					
					Falta de stock	ES solicita cita médica	Debe acudir la usuaria	ES cerrado	Personal de salud no atiende	Otra
Esmeraldas	A	2	6	4	4	-	-	-	-	-
	B	2	6	4	2	1	-	-	-	1
	C	2	6	3	2	-	-	-	-	1
Subtotal	-	6	18	11	8	1	-	-	-	2
Lago Agrio	A	3	6	3	-	-	1	1	2	-
	B	2	6	2	-	-	1	1	-	1
Subtotal	-	5	12	5	-	-	2	-	2	1
Machala	A	2	2	1	1	-	-	-	-	-
	B	2	2	-	-	-	-	-	-	-
	C	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	-	5	5	1	1	-	-	-	-	-
Guayaquil	A	2	6	1	1	-	-	-	-	-
	B	2	6	-	-	-	-	-	-	-
	C	2	6	1	1	-	-	-	-	-
Subtotal	-	6	18	2	2	-	-	-	-	-
D.M. Quito	A	11	14	3	-	1	-	-	2	-
	B	4	7	2	1	-	-	-	1	-
	C	2	4	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	-	17	25	5	1	1	-	-	3	-
TOTAL	-	39	78	24	12	2	2	2	5	3

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de los resultados del monitoreo de disponibilidad de MAC en centros de salud del MSP realizado por las organizaciones participantes de esta investigación entre el 17 de julio al 12 de agosto de 2020

De la Tabla 5, nuevamente se desprende que en Esmeraldas se sitúa el mayor desabastecimiento de MAC, donde en 11 visitas de 18 (61,11%) no hay acceso, y en 8 oportunidades se relaciona con falta de stock. Le sigue Lago Agrio, con 5 de 12 visitas (41,66%) donde tampoco se pudo acceder, en este caso por los motivos mencionados con anterioridad respecto a la solicitud de AOE.

Adicionalmente, es importante destacar que, en 42 de las 78 visitas realizadas, se encontraron dispensarios de condón masculino vacíos, es decir en un 53,84%. Hay que agregar que en 1 centro no había dispensador y que en 5 visitas no se pudo comprobar debido a que estaban los centros cerrados, en fumigación o solo atendían emergencias. Esta circunstancia permite deducir que las recomendaciones emitidas por el COE-N sobre la recarga frecuente de dispensarios no fue aplicada adecuadamente. Incluso en un centro de salud del D.M. Quito, el personal de atención llegó a expresar que no se recargaban para evitar el contagio de COVID-19, cuando precisamente la provisión mediante este tipo de dispositivos garantiza el distanciamiento social; además de la entrega inmediata sin esperas de acceso a la sección de farmacia que implica extender el tiempo de permanencia en un centro de salud.

- En cuanto a la atención recibida en las visitas realizadas a centros de salud del primer nivel con el fin de obtener la AOE y preservativos, es necesario añadir que de manera generalizada en los cantones revisados se encontraron la persistencia de actitudes estereotipadas y expresiones inapropiadas en la atención por parte del personal de salud. Es así que frente a la falta de stock de preservativos se emitieron comentarios del tipo “la abstinencia es la solución” o “no haga cuchichi”. Sobre la solicitud de AOE se percibieron reacciones prejuiciosas donde, por ejemplo, se recomendó a las usuarias no tener varias parejas incluso en situaciones en las que se especificó que la solicitud se debía a una rotura de preservativo. Asimismo, se evidenció que la información brindada de manera presencial sobre el uso de MAC, en particular de la AOE, fue desigual y condicionada a la voluntad de los profesionales de la salud. En este sentido, este tipo de atenciones contrastan significativamente con el resultado del monitoreo de las llamadas al programa de asesoría en SS y SR disponible en el 171 opción 2, donde la información brindada por las y los asesores en general fue diligente, completa, de acuerdo a la normativa y con enfoque de derechos. Además, en las visitas donde los profesionales de la salud no quisieron profundizar en la información sobre el uso de MAC y las dudas expresadas por las usuarias simuladas, no siempre derivaron a la asesoría disponible en el 171.

Cabe destacar que incluso se registraron comportamientos abusivos por parte del personal de salud. En uno de las visitas a centros en la que acudió una mujer sorda a solicitar MAC, el personal de farmacia al no comprender adecuadamente el requerimiento, intentó suministrar la AOE en ese mismo momento a la usuaria simulada. Sin embargo, frente a la falta de intérprete en lengua de señas, no se aplicaron otros mecanismos como el uso de tarjetas escritas para facilitar la comunicación, sino que además se optó por el levantamiento de voz generando una situación incómoda y estresante para una persona con discapacidad auditiva. Este tipo de situaciones permiten develar la falta de aplicación de las recomendaciones del *Manual de Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad emitido por el MSP en 2017*.⁴²

Finalmente, otro de los aspectos respecto a la atención que resulta pertinente evidenciar fue el caso de una de las visitas donde se simuló ser una usuaria sobreviviente de violencia sexual. Si bien se recibió una atención oportuna y adecuada respecto a la provisión de MAC, el personal de atención no indagó sobre la interposición de la denuncia, teniendo en cuenta que en ese momento los profesionales tuvieron conocimiento de la existencia de un delito.

- Por otro lado, otra de las fuentes clave que subraya la existencia de desabastecimiento en algunos centros de salud pública de MAC y las dificultades en cuanto a la atención debido a las falencias en la aplicación de las disposiciones normativas; son los testimonios de mujeres, personas trans y no binarias, usuarias que intentaron acceder a los servicios SS y SR durante la Emergencia Sanitaria y de los y las profesionales de la salud. Al respecto, destaca la información aportada por una de las obstetras de un centro de salud del cantón de Esmeraldas, que para el mes de septiembre señala la falta de stock de AOE; lo que ya fue identificado a través del monitoreo de centros de salud realizado durante esta investigación en los meses de julio y agosto en el mismo cantón. Por otro lado, es relevante la experiencia de una de las usuarias que reporta cómo se le pusieron impedimentos para facilitarle mayor cantidad de píldoras anticonceptivas durante la pandemia al no tener su historia clínica en el centro, aun presentado su carné de MAC [Ver Tabla 6].

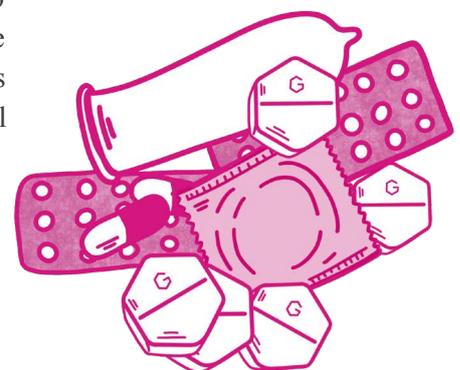


Tabla 6. Testimonios sobre falta de métodos anticonceptivos en centros de salud pública

Testimonios de falta de MAC en establecimientos de salud y falencias en la aplicación de la normativa	
Cantón	Descripción
Machala	<i>“La atención es buena pero no hay preservativos en el dispensador desde marzo y ya estamos agosto”.</i> (Mujer trans entre los 36 a 45 años de edad, ecuatoriana, de etnia mestiza, sin ingresos propios, sobre centro de salud del MSP durante el mes de abril)
Machala	<i>“No tuvieron implantes en el subcentro, por lo que me tocó acudir a particulares”.</i> (Mujer entre 25 a 30 años, ecuatoriana, de etnia mestiza, sin ingresos propios, en centro de salud del MSP durante los meses de marzo y abril)
Esmeraldas	<i>“Ahora [septiembre], solo tenemos pastillas e inyectables, no hay ni AOE ni T de cobre. Es algo a nivel distrital porque las mujeres no encuentran tampoco en otros centros. En mayo y junio se nos acabaron los inyectables, solicitamos y nos dieron 3, que no alcanzan. Esto genera incomodidad en las pacientes porque hay meses que no tenemos todos los anticonceptivos que desean. Ya sucedía antes de la pandemia, pero ahora mucho más”.</i> (Obstetra de un centro de salud del primer nivel de la ciudad de Esmeraldas)
D.M. Quito	<i>“Cuando fui a por mis pastillas con mi carné, no me las querían entregar porque durante la pandemia estaba viviendo en otro domicilio. - Por hacerle un favor le damos para 3 meses-, me dijeron debido a que les insistí. Hasta puse una reclamación. Después en junio volví y ya no me quisieron dar. Decían que ya estábamos en semáforo amarillo y que me podía movilizar al centro donde estaba mi historia clínica. Pero yo vivía con mi abuela que es grupo de alto riesgo de contagio del virus. Intenté cambiar mi domicilio, pero no lo logré y suspendí mi tratamiento.</i> (Mujer de 23 años de edad, ecuatoriana, de etnia mestiza durante los meses de marzo a junio en un centro del MSP)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

La falta de insumos anticonceptivos en los centros de salud resulta una barrera especialmente grave para el ejercicio del derecho al más alto nivel de SS y SR. Al respecto, según la *Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018* levantada por el INEC, es conocido que el porcentaje de necesidad insatisfecha de MAC en Ecuador es de un 7,49% a nivel nacional, que alcanza el 8,84% en el ámbito rural y un 11,52% en la Región Amazónica.⁴³ Es decir, aún existe un número significativo de mujeres en edad fértil en Ecuador que no puede acceder adecuadamente a anticoncepción, lo que deriva en embarazos no intencionados (no planificados ni deseados). En este sentido, el MSP estimó para el año 2015, 100.785 embarazos eran no intencionados a nivel nacional⁴⁴ y la ENSANUT de 2018 develó que el 10,11% de las mujeres encuestadas habían tenido embarazos no deseados y el 16,35% no planificados.⁴⁵

Con el fin de conocer si el Ministerio de Salud Pública ha identificado un incremento de embarazos durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19, se remitieron varios oficios de solicitud de información estadística y cuestionarios a autoridades sanitarias. Al respecto, se obtuvieron 2 respuestas diferentes en el mes de octubre de 2020.⁴⁶ Por un lado, se especifica que se ha detectado un incremento de 3320 embarazos entre el mes de marzo a julio de 2020, donde se incluyen 486 de niñas y adolescentes, en particular 190 embarazos en niñas de 10 a 14 años;⁴⁷ y, con posterioridad, se entrega una respuesta adicional del MSP que menciona no poder determinar la estadística debido al descenso de consultas de atención prenatal durante los meses de marzo a mayo de 2020.⁴⁸ Teniendo en cuenta que en la apertura de la historia prenatal, se debe anotar la fecha del inicio de embarazo y que, por lo tanto, el MSP dispone de mecanismos para determinar si las consultas primeras preventivas prenatales registradas entre marzo y septiembre se relacionan a nuevas gestaciones o a las citas que se perdieron durante el período de cuarentena debido a las medidas adoptadas para el manejo del COVID-19 en SNS; esta contradicción, resulta particularmente preocupante por diversas razones.

i) Que para septiembre de 2020, después de 6 meses de Emergencia Sanitaria, las autoridades no cuenten de manera pública con una cifra estimada del aumento de embarazos en un contexto de reducción de la provisión de MAC conocido por el MSP y alertado por organismos internacionales de DDHH y Agencias de ONU; a lo que se suma el riesgo de aumento de la violencia sexual intrafamiliar hacia niñas, adolescentes y mujeres adultas que desembocan en

embarazos forzosos, debido al período de cuarentena y distanciamiento social. Esta situación, denota la falta de importancia que se concede a la protección de los derechos reproductivos de mujeres y niñas en el país.

ii) A esta circunstancia, se suma la desatención a las recomendaciones emitidas por la OMS para garantizar la continuidad de los servicios de SS y SR durante la pandemia, donde una de las medidas señaladas fue la de monitorear el estado de dichos servicios; con el fin de garantizar el derecho a la salud integral de la población, en particular de los grupos más vulnerables como son niñas, niños y adolescentes (NNA).⁴⁹

iii) Finalmente, que debido a la pandemia por COVID-19, se haya agudizado el descuido ya notable sobre el compromiso asumido en la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescente 2018-2025 y, por tanto, no se haya priorizado la prevención e identificación de este tipo de embarazos durante el contexto de la Emergencia Sanitaria. Cabe recordar, que desde el año 2010 hasta 2019, se han registrado 21.654 partos de nacidos vivos en niñas de 10 a 14 a nivel nacional,⁵⁰ y solo en 2019, han sido 49.895 en adolescentes entre los 15 a 19 años.⁵¹ Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Ecuador es el país de la región latinoamericana con mayor tasa de fecundidad adolescente: 111 nacidos vivos por 1000 mujeres de 15 a 19 años.⁵² A estos datos, se agregan los costos socioeconómicos que implica para el Estado del Ecuador la falta de prevención del embarazo en niñas y adolescentes y la maternidad temprana que UNFPA estima en 270 millones de dólares anuales, de los cuales 86 se refieren a la atención en salud.

● A los datos mostrados en este apartado, es necesario añadir que, a lo largo del proceso de entrevistas realizadas durante la investigación, se pudo identificar como otro problema la falta de entrega de preservativos a organización sociales y entidades particulares que habían emitido solicitudes de dichos insumos a autoridades estatales. De esta manera, la Asociación de Trabajadoras Sexuales Primero de Mayo del D.M. de Quito; la Sociedad Ecuatoriana de Anticoncepción, y una de las organizaciones de base de la Coordinadora Nacional de Mujeres Negras (CONAMUNE) con incidencia en la provincia del Carchi, Imbabura y Pichincha, reportaron que hasta la fecha de entrevista en septiembre de 2020; los requerimientos enviados a lo largo de la pandemia por sus organizaciones tanto al MSP (en el caso de la Sociedad Ecuatoriana de Anticoncepción y la Asociación de Trabajadoras Sexuales mencionada) como a la SDH, no fueron contestados.⁵⁴

ii) Dificultades en el agendamiento de citas para consultas de planificación familiar durante la pandemia por COVID-19

Para aquellos métodos anticonceptivos que se brindan mediante consulta de planificación familiar como son los métodos temporales, se evidenció a través de testimonios de las usuarias, que la reprogramación de citas y la saturación de la línea 171 para el agendamiento de citas en el primer nivel de atención, afectó al acceso a MAC. La línea 171 permite fijar turnos para especialidades de ginecología, obstetricia, medicina familiar, pediatría, psicología, entre otros. Durante la pandemia las citas registradas se reducen significativamente como evidencia la Tabla 7.

Tabla 7. Gestión de citas de la Línea 171

GESTIÓN DE CITAS DE LÍNEA 171 DEL MSP (AÑO 2020) ⁵⁵				
Mes	Citas registradas	Citas entregadas	% Citas asistidas	% Citas no asistidas
Febrero	624.550	612.260	71,90%	25,08%
Marzo	487.803	688.791	50,19%	42,11%
Abril	57.639	280.744	17,27%	65,94%
Mayo	71.966	72.247	53,82%	39,97%
Junio	232.391	178380	67,30%	29,57%
Julio	s/d	s/d	s/d	s/d
Agosto	412.741	306.192	71,84%	25,18%

Fuente: CNT, Informes de Gestión Mensual de la Línea 171 del MSP. Oficio MSP-SNPSI-2020-0185-O.

De esta manera, en el proceso de entrevistas y en las encuestas a mujeres, adolescentes, personas trans y no binarias se ubicaron testimonios referidos a la imposibilidad de agendar citas para acceder a la entrega de MAC en consulta primera o subsiguiente. Esta situación evidencia que la flexibilización de medidas para el acceso a MAC durante la pandemia fue insuficiente para garantizar la no interrupción del servicio. Así, las únicas recomendaciones emitidas al respecto, especificaron la posibilidad de la entrega del carné de MAC en la primera consulta, sin esperar a consultas adicionales de revisión de los efectos secundarios del método como establece el reglamento vigente⁵⁶. Esta medida no permitió superar las barreras impuestas por la reprogramación de turnos como estrategia de prevención del contagio del COVID-19 en los establecimiento de salud, ni los períodos en que las agendas presentan saturación del servicio.

Tabla 8. Testimonios sobre dificultades para acceder a métodos anticonceptivos mediante consultas

Testimonios sobre dificultades para acceder a MAC mediante consultas	
Esmeraldas	"[En abril] me dijeron que no había métodos y que no se podía agenda citas por la pandemia [...] Estoy sin método anticonceptivo porque recién me dieron cita para el 18 de agosto". (Mujer entre los 18 a 24 años, ecuatoriana, de etnia negra, sin ingresos propios en centro de salud del MSP)
Lago Agrio	"Tenía varios meses tratando de conseguir un turno, aproveché porque mi hijo estaba enfermo para pedir la cita y me la dieron esta semana [julio] y me puse una inyección". (Mujer entre los 18 a 24 años, venezolana, de etnia mestiza, en centro de salud del MSP)
D.M. Quito	"Durante la pandemia necesitaba una consulta de planificación familiar para saber qué método usar porque tengo una relación y no quiero quedar embarazada, pero como no hay citas no pude acceder porque tampoco tengo medios económicos para acudir a otro lugar. Fui a un centro de salud y no había preservativos en los dispensadores y no te dejaban entrar para entregarte condones después de esperar la fila". (Mujer entre los 18 a 24 años, ecuatoriana, de etnia mestiza, centro de salud del MSP durante el mes de marzo)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

iii) Dificultades en la atención ginecológica para control de métodos anticonceptivos

A lo largo de la investigación se recopilaron numerosos testimonios indicativos de barreras en la atención ginecológica en cuanto a diferentes afectaciones, incluso de emergencia; particularmente en lo que se refiere al control de métodos anticonceptivos, debido a hemorragias, fuertes dolores y accidentes. En la mayoría de casos, las mujeres no consiguieron acceder a atención ginecológica, pues se consideró que sus condiciones de salud no eran urgentes y no se las priorizó, especialmente en los meses de semaforización roja.

La falta de acceso a atención en salud preventiva puede desembocar en complicaciones mayores; los sangrados persistentes conducir a cuadros de anemia, entre otras situaciones, e incluso ser un indicador de abortos incompletos ya sea espontáneos o practicados en condiciones de riesgo. La ausencia de un protocolo adecuado para manejar con prioridad este tipo de casos desde el inicio de la Emergencia Sanitaria fue una de las circunstancias que dejó en desprotección a grupos vulnerables, de atención prioritaria y de recursos económicos limitados, a los que se les dificultó poder asistir a servicios privados de manera alternativa como muestran los testimonios de la Tabla 9

Tabla 9. Testimonios sobre dificultades para la atención ginecológica

Testimonios sobre dificultades para la atención ginecológica	
Lago Agrio	"Tenía una hemorragia por un implante y dolores muy fuertes en el vientre. Fui por emergencia, pero no me atendieron. La enfermera salió y dijo gritando: usted es la que viene todas las semanas, y la gente me miró feo. Yo tenía una hemorragia y pensaba que era un embarazo, no me quedé a esperar y me fui de ese lugar [...] Con mi mamá fuimos a pedir ayuda a la Fundación Alas de Colibrí y pude ir a otro lugar para que me den el tratamiento". (Adolescente de 17 años, de nacionalidad venezolana, en establecimiento del MPS durante el mes de abril)
Lago Agrio	"Siempre me dicen que llame en la siguiente semana y llamo y dicen que están saturados tengo un problema de sangrado y dolor luego de haberme colocado la T de cobre y necesito que me digan algo, pero como no tengo dinero no puedo ir hacia otro lugar". (Mujer entre los 18 a 24 años de edad, venezolana, de etnia mestiza, con ingresos inferiores al sueldo básico, en centro de salud del MSP durante los meses de abril y mayo)

Lago Agrio	<i>"Fui con dolor y la persona que me atendió en estadística me dijo que era normal los sangrados que estaba teniendo, pero tenía 12 días sangrando. No me quisieron atender y me regresé a mi casa". (Mujer entre los 36 a 45 años, venezolana, de etnia mestiza, en centro de salud del MSP durante los meses de abril y mayo)</i>
D.M. Quito	<i>"El 24 de julio tuve un accidente haciendo unas prácticas de mis estudios y me di cuenta que el implante se ha movido. La zona empezó a ponerse morada y tenía un dolor permanente. Intenté pedir cita por internet y llamar al 171 pero no pude, incluso llamé al centro directamente, pero me dijeron que no había citas, que estaban atendiendo a muchos pacientes. Me indicaron que no había citas en ningún centro. Lo intenté al menos 8 veces por 171 y unas 5 por internet. Nunca me llamaron de mi centro de salud ni me dieron la opción de telemedicina. [...] Conseguí acudir a un consultorio de un médico de la familia porque no tenía recursos para ir a un centro privado". (Mujer de 21 años de edad, ecuatoriana, de etnia mestiza, sin ingresos propios, sobre centro de salud del MSP)</i>
D.M. Quito	<i>En marzo, tenía cita para extirpar un mioma que me produce muchos sangrados, pero me cancelaron sin avisarme. En julio me enteré que me habían reagendado para junio, pero tampoco me avisaron y se pasó el tiempo. Cuando quise volver a pedir cita ya no estaba aportando y me dijeron que no me cubría el seguro. [...] La telemedicina no me servía porque yo ya tenía un diagnóstico. (Mujer entre los 36 a 45 años, ecuatoriana, de etnia mestiza en centro de salud del IESS)</i>

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

5.2.2. En cuanto a la atención durante el embarazo, parto y posparto

A lo largo de la Emergencia Sanitaria, se emitieron 3 documentos para el cuidado de mujeres embarazadas y neonatos en tiempos de COVID-19: Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID-19;⁵⁷ Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19, con una primera versión en abril 2020 y una actualización en el mes de junio.⁵⁸ Además de las Recomendaciones para el manejo de neonatos con sospecha o confirmación de COVID-19, también con dos versiones, una en abril y otro en junio.⁵⁹

Dichas recomendaciones se centran en la atención de casos con sospecha o confirmación de coronavirus. No obstante, aportan escasos lineamientos sobre la atención a mujeres sin infección por COVID-19 en lo que respecta a medidas para garantizar la continuidad de los servicios de SS y SR. La atención durante el embarazo, parto y posparto es considerada parte de los servicios esenciales de salud reconocidos como tal, previamente a la pandemia por la normativa ecuatoriana. El control durante el embarazo y la atención especializada durante el parto y el puerperio son condiciones fundamentales para la prevención de la mortalidad materna y neonatal; es decir, son intervenciones que salvan vidas y, por lo tanto, son urgentes. Precisamente, una de las recomendaciones de la OMS durante la pandemia fue la elaboración y difusión de flujos diferenciados de pacientes, con el fin de mantener la continuidad de estos servicios.⁶⁰ La evidencia recabada durante este monitoreo, señala que se han visto comprometidos y que su disminución ha tenido graves impactos en la salud integral y vida de las mujeres y personas gestantes.

i) Reducción de las consultas prenatales y falta de medicamentos y dispositivos médicos para el control del embarazo

La Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) vigente en Ecuador desde el año 2013, es una estrategia del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) para la prevención y atención de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio que pueden derivar en mortalidad materna y neonatal prevenible. Tiene como propósito *"asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial de calidad a todas las madres y recién nacidos/as que lo requieran"*.⁶¹ En cuanto a la atención prenatal plantea la necesidad de asegurar al menos 5 controles durante el embarazo y la promoción de la ingesta de medicamentos que ayudan a prevenir y tratar afectaciones durante la gestación.⁶²

Las recomendaciones de manejo materno y neonatal emitidas durante la pandemia y mencionadas previamente en este documento, señalan que se debe *"mantener la oportuna comunicación respecto a la continuidad de la atención prenatal e informar a la gestante de bajo riesgo el nuevo cronograma de visitas prenatales"* incluyendo el uso de TICs.⁶³ Además, especifica que se debe garantizar la provisión de hierro y ácido fólico y *"no postergar exámenes de laboratorio o imagen*

indispensables por el riesgo de COVID-19 en embarazadas asintomáticas o sanas”, lo que incluye ecografías gineco-obstétricas, el tamizaje para VIH, prueba para hepatitis B, entre otras revisiones de infecciones y enfermedades.⁶⁴

Sin embargo, la atención prenatal ha sido uno de los servicios gravemente afectados durante la pandemia por COVID-19. Se registra un decremento del 45,47% de las primeras consultas preventivas durante los meses de marzo a mayo de 2020 respecto al año 2019 en los establecimientos del MSP, que en relación a la atenciones de niñas y adolescentes de 10 a 17 años es del 49,10% y, específicamente en niñas de 10 a 14, desciende hasta el 61,89%.⁶⁵ Las consultas subsecuentes de control prenatal a su vez experimentaron una reducción significativa del 21,19% entre marzo y agosto de 2020 respecto al mismo período del 2019.⁶⁶ La disminución es mayor para las menores de 18 años con un 26,34%.⁶⁷ Entre las niñas de 10 a 14 años, el decremento en consultas subsecuentes de atención prenatal representa el 21,29%.⁶⁸ Para los fines de este monitoreo, se solicitó al MSP el número de consultas para control prenatal que se habían llevado a cabo durante la pandemia mediante telemedicina, sin embargo hasta la fecha no se obtenido una respuesta.⁶⁹

De esta manera, los resultados obtenidos de la Encuesta Virtual “Acceso y Atención en los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador” revelaron que el 80,6% de las mujeres embarazadas encuestadas manifestó haber tenido barreras de algún tipo en los servicios de SS y SR de manera general. De estas, el 72% de las dificultades experimentadas se vinculó a la atención prenatal. A su vez, de las 201 entrevistas realizadas con usuarias de los servicios de SS y SR en los cantones de Lago Agrio, Guayaquil, Esmeraldas, Machala y DM. de Quito, 28 declararon estar embarazadas. De ellas, 21 tuvieron algún tipo de dificultad de acceso y atención en SS y SR, y 18 de estas, dijeron que la dificultad experimentada estuvo relacionada con el control durante el embarazo.⁷⁰

Entre las principales dificultades encontradas en el sistema de salud pública a partir de la Encuesta Virtual y las entrevistas directas a usuarias, constan: la falta de provisión de medicamentos básicos durante el embarazo y la imposibilidad de realizar ecografías; la ausencia de información sobre dónde acudir en tiempos de pandemia; los obstáculos para agendar citas de control debido a la saturación del servicio 171; suspensiones temporales en la atención especializada de consulta externa en ginecología y obstetricia, y la falta de personal médico. A continuación, se recopilan testimonios de diferentes cantones, entre los que aparecen grupos de atención prioritaria como adolescentes y grupos en condición de vulnerabilidad como son las personas en situación de movilidad humana [Ver Tablas 10 y 11].

Tabla 10. Testimonios de mujeres embarazadas sobre falta de insumos para la atención prenatal

Testimonios de mujeres embarazadas sobre falta de medicamentos y ecografías para la atención prenatal	
Cantón	Descripción
Esmeraldas	<i>"Solo me dieron una sola vez hierro, las ecografías las he hecho en el ámbito privado".</i> (Mujer embarazada en su segundo trimestre, afroecuatoriana entre 25 a 30 años de edad con dificultades de acceso durante los meses de abril, mayo, julio en centro de salud del MSP)
Esmeraldas	<i>"Me dijeron que vaya a comprar yo con mi dinero, me cobran 20 dólares. No he comprado el medicamento porque no tengo dinero [...] No me hecho ningún examen, no sé si estaré bien o mal porque no tengo dinero".</i> (Mujer embarazada en su tercer trimestre, entre los 18 a 24 años de nacionalidad colombiana con dificultades de acceso en los meses de junio y julio en centro de salud del MSP)
Esmeraldas	<i>"He tenido que gastar 45 dólares de cada eco y no me sobra el dinero, además nunca hay medicamentos, siempre mandan la receta y uno tiene que comprar en las farmacias, no queda más".</i> (Adolescente embarazada en su tercer trimestre, entre los 15 a 17 años, afroecuatoriana con dificultades durante los meses de mayo y junio en centro de salud del MSP)
Quito, Ibarra	<i>"En el Ministerio no tienen nada de medicina ni hacen exámenes, todo mandan afuera. Lo único que no me cobraron es la prueba de VIH".</i> (Mujer embarazada en su segundo trimestre, entre los 25 a 31 años en centro de salud del MSP)
Lago Agrio	<i>"Me han mandado a comprar en farmacias y es muy caro y difícil acceder porque no tengo dinero. [...] Todo es muy caro, he tenido que pagar como 80 dólares en ecografías y en medicamentos, he tenido que buscar la forma para saber si mi bebé está bien, dicen que no están haciendo ecos por la emergencia de COVID en ningún lado".</i> (Mujer embarazada en su tercer trimestre, entre los 18 a 24 de edad de nacionalidad venezolana en un centro de salud y un hospital del MSP)

Lago Agrio	<i>“No me dieron ninguna vitamina ni ácido fólico, yo tuve que comprar. No era muy caro, pero no tenemos dinero”.</i> (Mujer embarazada en su primer trimestre, entre los 18 a 24 años de nacionalidad venezolana en el centro de salud del MSP)
------------	--

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

Tabla 11. Testimonios de mujeres embarazadas sobre dificultades en el agendamiento de citas y la atención prenatal

Testimonios de mujeres embarazadas sobre dificultades en el agendamiento de citas y las consultas de control prenatal	
Cantón	Descripción
Esmeraldas	<i>“Me tuvieron dos meses diciéndome que espere y que espere por un control y para hacerme una ecografía [...] Le dije a la doctora que me mande ecografía y nunca me mandó en ningún control, ella dijo que no era necesario hacerme, pero yo creía que si pues, ahí se puede ver si está todo bien”.</i> (Adolescente embarazada en su tercer trimestre, entre los entre los 15 a 17 años, afroecuatoriana con dificultades durante los meses de mayo y junio en ES del MSP)
Esmeraldas	<i>“Nunca hay turno. Estoy embarazada y parece que no es importante para ellos, siempre dan los cupos para uno o dos meses después y necesitamos saber si está bien el bebé [...] He tenido que pagar como 300 dólares por cada bebé, tengo tres y no ha cambiado nada. Siempre es así, dicen que no hay turnos y qué más queda que hacerse afuera los exámenes para saber si está bien el embarazo o si el bebé va a venir sano. Pero no les importa si alguien no tiene dinero”.</i> (Mujer embarazada en su segundo trimestre entre los 25 a 30 años respecto a ES del MSP)
Esmeraldas	<i>“Se demoraban en darme los turnos. Gastaba en pasajes para el taxi porque queda lejos el hospital y no me atendían, regresaba sin turno ni ecografía. Me decían que espere y me daban los turnos para luego de un mes. Tuvo que pagar por cada ecografía 35 dólares y me hice 4”.</i> (Mujer entre los 18 a 24 años, afrodescendiente en el Hospital Delfina Torres durante los meses de marzo a mayo)
Esmeraldas	<i>“Me dijeron que vaya a otro lugar que no están atendiendo, que no era urgente lo mío, pero yo necesitaba saber que todo mi embarazo estaba bien, juntamos el dinero pidiendo a otras personas que nos apoyen para poder pagar y pude hacerme el control”.</i> (Mujer embarazada en segundo trimestre entre los 18 a 24 años de nacionalidad venezolana durante el mes de abril en ES del MSP)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

La falta de consultas primeras preventivas de control prenatal y la interrupción de las atenciones subsecuentes pueden derivar en un aumento de situaciones de morbilidad materna y neonatal como trastornos hipertensivos, hemorragias, abortos espontáneos, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, malformaciones tratables e incompatibles con la vida, entre otras, que podrían haberse detectado de manera oportuna durante el control del embarazo.

En este sentido, de 28 profesionales de la salud del segundo y tercer nivel del Servicio de Emergencias y Centro Obstétrico entrevistados para este monitoreo, un 67,82% relacionó los casos de complicaciones obstétricas que atendieron durante la Emergencia sanitaria por COVID-19 con la falta de controles prenatales. Una de las profesionales de atención del Centro Obstétrico del Hospital General Universitario de Guayaquil especificó dentro de las causas de la ausencia de revisiones durante el embarazo que: “[las usuarias] no tenían acceso a sus controles prenatales en el primer nivel y en el hospital mismo porque se cerró la consulta externa”. Entre otras razones señaladas por los profesionales de la salud constan: el temor de las mujeres embarazadas al contagiarse de COVID-19 y el desconocimiento sobre los síntomas de emergencia durante la gestación.

Cabe agregar que con el fin de conocer si hubo un aumento de atenciones a complicaciones obstétricas en el contexto de la Emergencia por COVID-19, se remitió un requerimiento de información estadística al MSP que hasta el 1 de noviembre de 2020 no ha sido respondido. No obstante, uno de los indicadores fundamentales que evidencia falencias en la atención obstétrica durante la pandemia y sus consecuencias es el aumento del 33,64% de los casos de mortalidad materna (MM) con respecto al año 2019 entre el 1 de enero al 1 de noviembre de 2020.⁷³

Al respecto, hasta la semana (en adelante, SE) número 44 del año 2020, se registran 143 casos de MM y en 2019 hasta la misma SE, 107; es decir, 36 MM casos más, los cuales ya superan las MM anuales identificadas en 2019 que fueron 123 y las registradas en años anteriores desde al menos el 2015.⁷⁴ 1 de estas MM fue de una niña de 10 a 14 años, y 14 de adolescentes entre los 15 a 19. El 67,83% del total de MM sucedieron en establecimientos del MSP y Guayas es la provincia de residencia de las mujeres que más casos reportó.⁷⁵

En relación a las MM sucedidas en 2020, existen varios datos reveladores respecto a la situación de la atención durante la pandemia. Por un lado, aumentan 17 casos donde la muerte se produce durante el embarazo respecto a 2019.⁷⁶ A su vez, se incrementa en un 84% las causas directas prevenibles de MM por trastornos hipertensivos, donde 25 casos se dan por preemclampsia severa y 8 por eclampsia.⁷⁷ Asimismo, las causas indirectas, aquellas relacionadas con enfermedades previas de la mujer gestante o que se generan y empeoran por el embarazo, también experimentan un incremento significativo: de 24 de casos en 2019, a 49 en 2020.⁷⁸ Al respecto, testimonios de profesionales de la salud relacionan la falta de control prenatal con los casos de MM. Estos también se relacionan con la falta de acceso a procedimientos médicos para cuidar la salud de las mujeres cuando esta se encuentra en riesgo a raíz del embarazo.

Una de las muertes maternas que hemos tenido, fue porque la señora no asistió a su control prenatal por miedo a contagiarse del virus y el desconocimiento de la gravedad de sus síntomas. No había tenido control desde enero y dejó de tomar su medicación. Cuando llegó al hospital estaba en una situación de emergencia muy compleja. (Profesional de atención del Centro Obstétrico del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora del D.M. de Quito, 2020)⁷⁹

Esta relación causal es clave para comprender como la falta de atención en servicios de SR se relaciona estrechamente con el aumento de las MM directas mencionadas y también puede vincularse con las causas indirectas, ya que la falta de detección oportuna de afectaciones en la salud durante el embarazo puede derivar en una disminución de la oferta efectiva de abortos terapéuticos, cuya atención también descendió significativamente durante la Emergencia sanitaria por COVID-19 en Ecuador [Ver punto 5.1.2 del presente informe].

ii) Falta de atención a complicaciones durante el embarazo

Entre las complicaciones recurrentes que se pueden producir a lo largo de un embarazo están las hemorragias, infecciones vaginales y urinarias, estados hipertensivos (preemclampsia, eclampsia), abortos espontáneos, ectópicos, entre otros [para emergencias obstétricas por aborto VER punto 5.2.3. del presente informe]. Su oportuna atención sin dilaciones, de acuerdo al riesgo que entrañan para la salud y vida de las gestantes, es una de las garantías de la normativa de salud ecuatoriana, parte de las estrategias de prevención de la morbilidad materna y neonatal.⁸⁰ Es decir, su tratamiento es un servicio esencial y emergente que debe abordarse con procedimientos de alta calidad en cualquier contexto.

Al respecto, a través de la Entrevista Virtual y las entrevistas realizadas a usuarias se pudo constatar que existieron casos donde mujeres embarazadas con síntomas de sangrados, dolores en el vientre e infecciones durante la gestación no fueron atendidas con la diligencia debida [Ver Tabla 12]. En este sentido, resulta particularmente grave que, entre los testimonios recabados en esta investigación, se ubicaran situaciones recurrentes de falta de atención a mujeres migrantes de origen venezolano, donde esta omisión incluso llegó a desembocar en situaciones de pérdidas gestacionales. Este tipo de falencias en la atención en salud, vulnera el derecho a la igualdad y no discriminación garantizado en la norma constitucional y la Ley Orgánica de Salud.⁸¹

Tabla 12. Testimonios sobre dificultades o falta de atención en complicaciones durante el embarazo

Testimonios sobre dificultades o falta de atención en complicaciones durante el embarazo	
Cantón	Descripción
Machala	“Fui a entregar exámenes para control de embarazo, estaba con 6 meses y no me atendieron a pesar de tener problemas con la vesícula y una fuerte infección [...] No pude ni ir a otro lugar por salud, no había atención por la pandemia, me dijeron que en el momento que me toque dar a luz me traslade al Hospital Velasco Ibarra”. (Mujer venezolana entre los 31 y 35 años de edad, venezolana, de etnia mestiza, sin ingresos propios, en centro de salud del MSP durante los meses de marzo, mayo y junio)

Machala	<i>“Me dijeron que no pertenecía a ese subcentro de salud, pero yo ya llevaba meses haciéndome atender ahí, incluso ni porque llegué sangrando me querían atender la ginecóloga u obstetra. Justamente pasaba una doctora de medicina general, ella me llamó ese ratito y me atendió”. (Mujer entre 18 a 24 años de nacionalidad venezolana, etnia mestiza, en centro de salud del MSP durante el mes de abril)</i>
D.M. Quito, Ibarra y Esmeraldas	<i>“Tuve un sangrado y fui a la Maternidad, me dieron turno y luego me dijeron que no tenía problema, sino que tenía que irme a un subcentro. Estaba con dolores, el sangrado no era abundante. Me mandaron la orden para los exámenes, pero me dijeron que me haga en otro lado, a nivel privado porque el MSP no estaba haciendo porque no era prioritario [...] Tuve que cambiarme de ciudad, regresar desde Quito a Esmeraldas porque no tengo dinero para poder quedarme, ni para hacerme exámenes. Ahora estoy en la casa de mis padres, he gastado en medicinas y vitaminas 50 dólares mensuales, unos 250 dólares, además de 250 en exámenes y 70 dólares en ecografía y aun no terminé de hacerme lo que me mandan”. (Mujer embarazada en su segundo trimestre entre los 25 y 31 años, ecuatoriana, de etnia mestiza, sin ingresos propios, en centro de salud del MSP durante los meses de marzo, abril, mayo y junio)</i>
Lago Agrio	<i>“Tuve una hemorragia durante el embarazo, fui a un centro de salud y la enfermera se portó muy grosera conmigo, dijo que no me atenderían por no pertenecer a ese subcentro. Le dije que me atendió anteriormente un doctor ahí y no le importó que yo estaba con un sangrado, me dijo que saque un turno, no me atendieron, aunque no había gente. Me fui a mi casa con los dolores y ahí tuve la pérdida. Tuve un aborto porque no me atendieron. Luego fui al hospital para que me hicieran la limpieza. En el centro de salud me gritaron. [...] Creo que nos tratan mal por nuestra nacionalidad, una se siente discriminada, se siente mal y empieza a pensar que es por ser venezolana, la verdad no sé por qué me trató así”. (Mujer entre los 25 a 30 años, venezolana, de etnia mestiza, en centro de salud del MSP durante el mes de abril)</i>

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

iii) Dificultades en cuanto a la atención durante el parto y postparto

Las mujeres, niñas y adolescentes en labor de parto han vivido diversas situaciones complejas y alarmantes durante la emergencia sanitaria: desde la falta de información sobre dónde acudir en el contexto de las adaptaciones para la atención de casos de COVID-19 en el sistema de salud; la restricción de circulación, la falta de ambulancias, las esperas prolongadas en la atención; hasta procedimientos médicos sin consentimiento como la inducción al parto y cesáreas innecesarias.⁸² Entre el mes de marzo y julio de 2020, las llamadas de emergencia al ECU911 por labor de parto se incrementaron un 110,64% respecto al mismo período del 2019. Durante el mes de abril el incremento supone el doble del volumen de llamadas: de 1230 llamadas recibidas durante este mes en 2019, se registraron un total de 4023 en abril de 2020, es decir aumentaron un 227,1%.⁸³

Las recomendaciones emitidas durante la pandemia para el manejo de la sospecha o confirmación de infección de COVID-19 en mujeres embarazadas y neonatos, aluden a estándares de parto humanizado garantizados en la normativa de salud vigente. Tales como el contacto piel con piel inmediato con el recién nacido, la lactancia materna, el acompañamiento a las mujeres embarazadas de alguien de su preferencia durante la labor de parto y el período de puerperio, abstenerse de realizar procedimientos invasivos, entre otros.⁸⁴ En este sentido, la Asociación El Parto es Nuestro Ecuador, con presencia a nivel nacional en diferentes provincias como Pichincha, Guayas, Azuay y Galápagos, realizó una encuesta digital por medio de redes sociales durante los meses de abril a julio de 2020; en la que obtuvieron respuestas de 110 de mujeres que dieron a luz durante la Emergencia sanitaria, en establecimientos de salud públicos y privados. De las 110 mujeres encuestadas, el 38,18% indicó que les realizaron cesáreas sin facilitarles una justificación médica adecuada; el 42,72% señaló que no les permitieron estar acompañadas por una persona de su elección durante el parto. Además, 56 de las 110 mujeres encuestadas (50,90%) especificaron que no tuvieron contacto piel con piel con sus bebés, y solo en 3 casos se les indicó que era por prevención del contagio del COVID-19.⁸⁵

A su vez, de las entrevistas realizadas para este monitoreo, se conoce que dichas recomendaciones y garantías no siempre se cumplieron, vulnerando así los derechos de las mujeres embarazadas. Se han ubicado casos especialmente preocupantes: 1 de ellos, se refiere a una adolescente embarazada a la que el personal médico realizó alrededor de 12 tactos vaginales sin consentimiento ni justificación.⁸⁶ En otros casos se generó un proceso de inducción al parto sin justificación médica, incluso bajo coerciones [Ver Tabla 13]. Este tipo de situaciones constituyen actos graves de violencia obstétrica debido a que violan los estándares de atención de alta calidad durante el parto, tanto locales como internacionales y derivan en graves afectaciones en la salud integral de las mujeres. Al respecto, una de las parteras integrantes de Wachachik Partería Ecuador,

informó que las solicitudes de acompañamiento en parto en casa aumentaron durante la pandemia, así como aquellas relacionados con la atención prenatal y del posparto, donde pudieron conocer diferentes situaciones de violencia obstétrica en centros de salud.

Considero que, en el contexto de la pandemia, las situaciones de violencia obstétrica se han agudizado y se han presentado de todo tipo, desde las más leves que vulneran las decisiones autonómicas respecto al plan de parto de las mujeres o las garantías de piel con piel con el recién nacido hasta las más graves. Una de las mujeres embarazadas que conocí en este tiempo vivió la misma situación que el caso que fue sancionado por la Corte Constitucional en 2018. (Partera de Wachachik Partería Ecuador del D.M. de Quito, 2020)⁸⁷

Tabla 13. Testimonio sobre dificultades en la atención en parto y situaciones de violencia obstétrica

Testimonios sobre dificultades en la atención en parto y situaciones de violencia obstétrica	
Cantón	Descripción
Esmeraldas	<i>“El médico me dijo que no era hora de dar a luz y me regresaron a la casa. Luego vinieron los dolores de parto y no alcancé a volver al centro de salud, solo pude ir a emergencias de un centro del IESS, aunque no soy asegurada [...] Creo que por lo que era joven el médico, le faltaba experiencia, y al verme primeriza no me quiso atender”.</i> (Mujer entre los 25 a 30 años, ecuatoriana de etnia negra sin ingresos, en centro de salud del MSP)
Esmeraldas	<i>“Me hicieron una cesárea y no permitían que me acompañe un familiar. Me sentí mal porque era una cirugía, tenía que levantarme sola. Si está tu familia te ayuda a dar esos primeros pasos. No se puede quedar nadie para evitar el contagio pero creo que hay que considerar las áreas para hacer este tipo de restricciones y la condición del paciente. [...] Al entrar, les pedí que mi marido se quede, pero no me permitieron, me dijeron que si dejaban a una, todas iban a querer que suban sus familiares. Pero no hay ese análisis de la salud y la sensibilidad respecto a un paciente que ha pasado por una cirugía, una mujer que acaba de dar a luz, del apoyo emocional. No hubo una organización para que haya la visita, aunque sea a las mujeres que no tienen ni 24 horas de dar a la luz. Ya estábamos en riesgo con estar con las otras mujeres, a ninguna le hicieron un hisopado porque éramos asintomáticas. [...] Sí me sentí vulnerada al estar sola. Porque te duele la cirugía y estás muy cansada del final del embarazo, estás sola con tu hijo en un lugar que no es tu casa.”</i> (Mujer de 29 años, ecuatoriana, afrodescendiente, en hospital del MSP durante el mes de agosto)
D.M. Quito	<i>“Llegué con dilatación de 8 a 9 cm. al centro de salud. Me pusieron oxitocina a las 2 horas, aunque les había indicado que no quería. Les enseñé mi plan de parto y no lo leyeron, me dijeron que ellos no lo habían firmado y no tenían ninguna obligación. Pero me manipularon para realizar la inducción al parto. Le dijeron a mi madre que algo grave pasaba, ella entró preocupada y empezó a decirme por qué no autorizaba el procedimiento, que el wawa se iba morir. Por la presión acepté, pero jamás me explicaron por qué me pusieron oxitocina. Salí de labor de parto, dejé de tener contracciones. Lo hicieron sin ninguna razón médica. Y en el centro no había nadie, no es que estuviera colapsado [...] Sí tuve la opción de libre movilidad, pero no hubo la hora de piel con piel, en seguida se llevaron al bebé. Ya no tenía ni cabeza ni fuerza para pelear en ese momento, pero después pusieron apego temprano en la tarjeta de recién nacido y no fue de esa manera. Esto me molestó mucho. Me hubiera gustado realizar algún proceso en ese momento, ir a la parte administrativa para señalar que no se está respetando el protocolo, pero en ese momento de vulnerabilidad no lo hice”.</i> (Mujer de 36 años de edad, ecuatoriana de etnia mestiza, dio a luz durante el mes de agosto en un centro de salud del MSP y además reportó dificultades durante el control de embarazo en otro centro de salud donde tuvo que insistir para recibir atención debido a que su historia clínica se encontraba en otro establecimiento y le decían que se debía desplazar a aquel durante la pandemia)
D.M. Quito	<i>“En el plan de parto yo quería que mi esposo pudiera acompañarme, pero el personal de salud no lo permitió”.</i> (Mujer sorda entre los 25 a 30 años de edad, de nacionalidad dominicana y etnia mestiza, en un centro del MSP durante el mes de mayo)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuma a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

5.2.3. Sobre la atención a emergencias obstétricas relacionadas con abortos, incluido el aborto terapéutico y la atención post-aborto

Durante la pandemia por COVID-19, la OMS ha señalado que la atención del aborto terapéutico, las complicaciones relacionadas con aborto y la atención post-aborto son servicios esenciales de salud que deben estar disponibles.⁸⁸ Para ello,

realizó varias recomendaciones como la reducción de barreras que dilatan la atención; “usar métodos médicos no invasivos para manejar el aborto seguro y el aborto incompleto”; ampliar los mecanismos de telemedicina para la administración de medicamentos de aborto, entre otras.⁸⁹ Sin embargo, durante la Emergencia Sanitaria, hasta la fecha de octubre de 2020, no se han emitido lineamientos adicionales por parte del MSP con el fin de salvaguardar la continuidad de estos servicios.

Al respecto, resulta especialmente preocupante que la atención a emergencias obstétricas relacionadas con abortos se redujera un 54,19% entre los meses de marzo a julio de 2020 en comparación con el mismo período de 2019.⁹⁰ De 10479 ingresos hospitalarios registrados por este motivo en los meses mencionados de 2019, se atendieron 4800 entre marzo y julio de 2020.⁹¹ En particular, las atenciones del aborto espontáneo disminuyeron un 41,24%; y las vinculadas al aborto inseguro descendieron un 67,26%, donde el aborto no especificado experimentó el decremento más grave con un 81,19%.⁹² Esta reducción del aborto no especificado que se relaciona a interrupciones del embarazo practicadas en condiciones de riesgo, alcanza durante el período señalado, un 98,99% en la provincia de El Oro, un 93,62% en Pichincha, y un 87,74% en la provincia del Guayas. En Esmeraldas supone un 50%, y en Sucumbíos se registra un incremento: de 2 abortos no especificados entre marzo y julio de 2019, se atendieron 4 en el mismo período de 2020 [Ver Detalle en Anexo 8]. La falta de atención post-aborto no solo vulnera los derechos a la atención integral de salud de las mujeres, niñas y personas gestantes, sino que aumenta la probabilidad de experimentar situaciones agravadas de morbilidad y de mortalidad materna.

A su vez, las atenciones del aborto terapéutico disminuyeron drásticamente en un 68,79% entre los meses de marzo a julio de 2020 en relación al mismo período del año previo.⁹ En Guayas, el decremento en abortos médicos durante la pandemia alcanzó el 88,81% en los meses mencionados. En Pichincha fue un 35,48% de disminución y en El Oro, un 20%. En Sucumbíos no se registra ningún aborto terapéutico entre marzo a julio de 2020; y Esmeraldas presenta un aumento entre marzo y julio de 2020, con 14 atenciones respecto a las 5 registradas en el año 2019 durante el mismo período [Ver Detalle en Anexo 8]. La interrupción del acceso a abortos médicos es especialmente alarmante, dado que esta situación pone en grave riesgo la salud y la vida de las mujeres, niñas y personas gestantes que presentan complicaciones durante el embarazo o enfermedades donde la gestación agudiza las afectaciones de las mismas y su desatención también se vincula al aumento de la morbimortalidad materna. Al respecto, desde la Red de Acompañamiento en Aborto Seguro, Las Comadres Ecuador, se tuvo conocimiento de una muerte materna relacionada con falta de acceso a atención en una afectación cardíaca, por la saturación del sistema de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19.⁹⁴

Adicionalmente, en la Encuesta Virtual levantada para este monitoreo, 4 encuestadas señalaron que tuvieron dificultades de acceso y atención en el servicio de aborto terapéutico. 1 de ellas, de la ciudad de Guayaquil, señala que no recibió atención en el MSP y tuvo que acudir a un centro privado. Otra de la ciudad de Quito, especifica que no le atendieron y no pudo acceder al servicio en un centro de atención privada. Una mujer más en Quito manifiesta no saber dónde acudir y finalmente asistir a un centro de salud privado. Finalmente, 1 respuesta procede de la provincia del Carchi donde no se especifican las dificultades experimentadas.

Otra de las problemáticas detectadas, se vincula a las dificultades en el acceso a atención en salud integral posterior a un aborto, tanto en los casos de interrupción inducida del embarazo como en aquellos de pérdidas espontáneas. En este sentido, es necesario mencionar que el MPS ha especificado que los profesionales de la salud deben prestar la debida atención a las mujeres y niñas que cursan abortos de cualquier tipo; lo que a su vez garantiza la *Ley Orgánica de Salud*.⁹⁵ La denegación de esta atención puede constituir tratos inhumanos, crueles y degradantes.⁹⁶ En este sentido, el Comité DESC señala que la atención oportuna en SS y SR, incluye la atención post-aborto sin condicionamientos.⁹⁷

A pesar de estos estándares, los testimonios recabados para este monitoreo, las estadísticas respecto a la atención en emergencias obstétricas y la agudización de los problemas ya existentes, demuestran la inadecuada aplicación de las guías clínicas emitidas por el MSP para estos casos. Por ejemplo, no considerar urgencia un sangrado leve pero recurrente en situaciones de aborto incompleto, donde la cantidad de metrorragia puede ser variable sin que por ello disminuyan los riesgos derivados de este tipo de complicaciones⁹⁸ [Ver Tabla 14].

A pesar de las barreras en la atención durante la pandemia, la apertura de procesos judiciales que criminalizan la interrupción del embarazo ha continuado. Entre el 1 de marzo al 31 de agosto de 2020, constan 17 denuncias por el delito de aborto consentido registradas en la Fiscalía General del Estado.⁹⁹

Procesar a las mujeres por abortar en un contexto de disminución de la atención en salud, de falta de acceso a métodos anticonceptivos, de incremento de la violencia sexual debido a las medidas de confinamiento social, que exponen a las víctimas de agresiones sexuales a un mayor riesgo al convivir con los agresores y tener, aún si cabe, menores oportunidades de acudir a las instituciones públicas para denunciar y obtener medidas de protección. Todo ello vinculado a un aumento de embarazos no deseados y forzados, por lo tanto, al peligro de incremento de abortos inseguros; supone una grave vulneración de los estándares internacionales de Derechos Humanos, que garantizan la atención en abortos a la vez que recomiendan su despenalización por considerarse una disposición discriminatoria hacia las mujeres y niñas (Comité CEDAW).¹⁰⁰

Tabla 14. Testimonios sobre dificultades o falta de atención en emergencias relacionadas con aborto

Testimonios sobre dificultades o falta de atención en emergencias relacionadas con aborto	
Cantón	Descripción
D.M. Quito	<i>“[Tuve un] aborto espontáneo después de ello me dieron cita de control, pero me negaron la atención por la emergencia sanitaria”. (Mujer entre los 18 a 24 años con discapacidad visual y auditiva, que además señala que durante el mes de abril tuvo que esperar varias horas en un hospital del MSP donde no había personal suficiente para recibir atención en emergencia obstétrica y finalmente acudió a un centro privado)</i>
D.M. Quito	<i>“Fui al baño y tuve una hemorragia fuerte, me desmayé. Mi madre consiguió reanimarme y llamaron al 911. Al principio no sabía que era por el aborto porque hacía un mes que lo había realizado y no había tenido ningún malestar. La ambulancia llegó pronto pero no conseguían que ningún centro les recibiera. El chico del ECU911 me dijo que quizá había tomado demasiado hierro y que era mejor quedarme en casa porque no contestaban al llamado de la ambulancia. Él pensaba que era una menstruación abundante. Después le dije que había realizado un aborto y por suerte el hospital llamó, habían pasado 30 minutos. Al bajar las escaleras me desmayé y ahí los del ECU 911 se dieron cuenta que era grave, me tuvieron que poner oxígeno. Llegué en shock hipovolémico al hospital, me pusieron la pulsera naranja. Tuvieron que ponerme 4 bolsas de sangre y 2 de plasma. En el hospital me atendieron bien, pero creo que los del ECU911 no estaban bien formados. Si me hubiera quedado en casa, hubiera fallecido. [...] Cuando me subieron a planta ahí sí me juzgaron, decían que eso me pasaba por haber abortado”. (Mujer en el mes de marzo tras iniciar la Emergencia Sanitaria)</i>
D.M. Quito	<i>“Durante la pandemia, pude acceder a los medicamentos para abortar después de varias semanas porque no tenía dinero. Tuve sangrados leves pero recurrentes y mucho dolor. Cada vez que hacía esfuerzos físicos se generaba un sangrado, pero tenía miedo de salir de la casa porque era uno de los períodos de mayor contagio en Quito y no quería dejar a mi hija de 13 años sola, por si me tenían que ingresar o hacer algún procedimiento médico. Al final, fui a un centro Tipo C en mi zona donde mi indicaron que no era grave y que volviera a mi casa a pesar de señalar que fue un aborto espontáneo. A los pocos días acudí a la Maternidad, y en el triaje de emergencias, me dijeron que llamara al 171 para agendar cita, que podía caminar y no era grave. Intenté varias veces solicitar turnos para ginecología, pero no había citas en mi zona por lo que finalmente, tuve que recurrir a mi familia para que me ayudaran a pagar una consulta privada. Allí comprobaron que no se había completado el aborto y que tenía una infección en el útero. Me dijeron que debían haberme atendido cuando fui previamente, pero como no tenía fiebre ni sangrados escandalosos no lo hicieron”. (Mujer de 39 años, ecuatoriana de etnia mestiza, en un centro de salud y un hospital del MSP durante los meses de julio y agosto)</i>

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

Cabe agregar que, a su vez, organizaciones de sociedad civil como Las Comadres Ecuador – Red de Acompañamiento en Aborto Seguro, han registrado no solo un aumento de llamadas de pedido de información sobre el acceso a un aborto seguro en el contexto de la pandemia, sino también solicitudes de acompañamiento. Entre los casos acompañados, constan situaciones vinculadas a la denegación de atención en emergencias obstétricas en establecimientos de salud.

Tuvimos un caso en Guayaquil, cuando la situación estaba muy grave allá. Una señora con sepsis a la que no quisieron atender en dos hospitales por el COVID. Con la familia, buscamos un médico que pudiera ir a su casa a verla debido a que había riesgo vital. (Integrante de Las Comadres Ecuador, Red de Acompañamiento en Aborto Seguro, 2020)¹⁰¹

5.2.4. Con relación al acceso a pruebas y tratamientos de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH

El contexto de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 también afectó el acceso a exámenes para la detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) e incluso para VIH, así como a los tratamientos profilácticos, servicios esenciales de SS y SR que deben estar disponibles.

- En este sentido, la Encuesta Virtual levantada para este monitoreo, reveló que un total de 19 personas (7,85%) de las 244 mujeres, personas trans y no binarias que manifestaron haber tenido dificultades en los servicios de SS y SR, lo tuvo específicamente respecto al acceso a pruebas de ITS y VIH. De esta cantidad, el 73,68% (n=14) reporta las barreras en centros del MSP. 4 de ellas identificaron falta de insumos para realizar los exámenes en 4 provincias: Pichincha, Azuay, Esmeraldas y Guayas. Asimismo, 4 estaban embarazadas al momento del llenado de la encuesta. 1 era de nacionalidad colombiana y en el formulario especificó no tener acceso a realización de exámenes por falta de reactivos.
- Por otro lado, el 4,15% (n=10) de las personas que manifestaron tener barreras en los servicios de SS y SR según la Encuesta Virtual, se refirió a problemas respecto al acceso a tratamientos para ITS y VIH. De esta cantidad, el 70,00% (n=7) lo tuvo en el MSP. 2 de ellas señalaron que fueron tratamientos tras una agresión sexual [Ver apartado 5.3.1.].
- Cabe agregar que la Corte Constitucional del Ecuador, el 15 de julio de 2020, mediante auto de verificación de las medidas de reparación en una causa iniciada contra el IESS por falta de provisión de antiretrovirales, dictó que el MSP y el IESS debían garantizar el abastecimiento de insumos en máximo 3 meses.¹⁰²
- Algunas organizaciones locales e internacionales como Jóvenes Positivos, Corporación Kimirina, el Colegio de Osbetrices de El Oro, Diálogo Diverso, la Plataforma Latinoamericana de Personas que Ejercen el Trabajo Sexual (PLAPERTS), Fundación Ave Fénix de Esmeraldas, y CEPAM Guayaquil, informaron en entrevistas para este monitoreo sobre dificultades en la provisión de tratamientos de ITS, VIH y acceso a pruebas de detección para diferentes poblaciones, entre ellas la población LGBTIQ+ :¹⁰³

Hemos conocido que la entrega de los antiretrovirales ha sido irregular, a algunos les han dado para 1 mes, a otros 2 meses, a otros 3. Muchos han tenido problemas de acceso por las restricciones de movilidad, sobre todo de una provincia a otra y la información nos les ha llegado adecuadamente. Nosotros, hemos accedido a los memorandos del MSP porque somos una organización que hace incidencia política y tenemos contacto con el Ministerio, pero a las personas que no están cercanas a organizaciones sociales seguramente se les ha hecho más complejo acceder a la información y conseguir los esquemas. (Integrante de Jóvenes Positivos, organización de jóvenes que conviven con VIH en Guayaquil, Esmeraldas y D.M. Quito, 2020)¹⁰⁴

- Asimismo, en el proceso de entrevistas tanto a usuarias como a profesionales de la salud, se identificaron testimonios que dan cuenta de la interrupción en el abastecimiento de tratamientos antirretrovirales en el sistema público de salud y el acceso a pruebas de detección de ITS, incluso en casos de violencia de género [Ver Tabla 15]. De esta manera, 2 integrantes de la Unidad de Atención Integral (UAI) de VIH del Hospital General Universitario de Guayaquil informaron sobre la falta pruebas rápidas para VIH.¹⁰⁵ Adicionalmente, 1 médico gineco-obstetra de la mencionada UAI informó que hubo dificultades para la detección de nuevos casos de VIH en mujeres embarazadas debido a que “no se ha realizado los tamizajes para VIH como lo indica la normativa”.¹⁰⁶

Tabla 15. Testimonios sobre falta de acceso a pruebas y tratamientos de ITS y VIH

Testimonios sobre falta de acceso a pruebas y tratamientos de ITS y VIH	
Cantón	Descripción
Esmeraldas	<i>"Me hicieron esperar 15 días por el tratamiento antirretroviral, mientras yo estaba enferma. [...] Pensé que era COVID; aun así, me fui al hospital porque me dijeron que ya había mi medicina, me fui con todas las precauciones porque no quería que pase más tiempo". (Mujer trans entre los 31 a 35 años, afrodescendiente, menciona que acudía todos los días al hospital para comprobar si ya había llegado su tratamiento)</i>
D.M. Quito	<i>"Durante la pandemia, mi ex pareja me indicó que había dado positivo para clamidia. Para ese momento no tenía transporte y me encontraba en el Valle de los Chillos. Los laboratorios estaban cerrados y no había ninguna opción de exámenes a domicilio. Llamé varias veces a los centros de salud del MSP cercanos, pero me dijeron que solo estaban atendiendo COVID-19. Llamé al menos una vez por mes hasta el semáforo amarillo, sin obtener ninguna respuesta excepto en una ocasión que una de las personas que me atendió me dijo que buscara en internet cuál era el antibiótico que necesitaba y que me lo tomara por dos semanas, pero yo quería hacerme la prueba para saber si tenía esa ITS, no iba a medicarme sin saberlo. Finalmente, con ayuda de una familiar que me pudo llevar en su auto, fui a un laboratorio privado donde me cobraron 86 dólares por el examen". (Mujer de 36 años de edad, ecuatoriana de etnia mestiza, en varios centros de salud del MSP durante los meses de marzo, abril y mayo)</i>

D.M. Quito	<p><i>“Durante la pandemia no tenía acceso a médicos, solo íbamos y tomaban los datos y nos daban las pastillas. No había quien te explique cualquier duda, decían que los doctores estaban con COVID o que era imposible porque estaban atendiendo pacientes con COVID. No se respetó el protocolo de entrega de medicamentos, tenías que ir mes a mes, hasta que dejó de haber. Tuve que comprarme para dos meses, me gasté más de 200 dólares. Accedí a esta entrevista porque en mi caso sí tenía medios para pagar, pero pienso en todas aquellas personas con VIH que no habrán tenido cómo hacer. Siento que nunca hubo información suficiente, que no nos tomaron en cuenta, solo se centraron en el COVID. Es verdad que cuando ibas te decían que podía ir un miembro de tu familia a recoger las pastillas, pero para la persona con VIH es difícil, todavía es mal visto tener VIH como para decirle a un familiar”.</i> (Hombre de 27 años de edad, ecuatoriano de etnia mestiza, gay, sobre el Hospital Carlos Andrade Marín del IESS)</p>
D.M. Quito	<p><i>“Antes de la pandemia quedé embarazada, mi ex pareja quería obligarme a tenerlo, pero yo no quería, estaba en una relación violenta, él era agresivo conmigo. Conseguí abortar y después tenía molestias. Con ayuda de una organización feminista, me pudo revisar una ginecóloga de forma gratuita. La doctora me indicó que podría tener VPH y debía hacerme exámenes. Intenté varias veces pedir cita en un establecimiento del MSP durante el mes de marzo, pero no lo conseguí y no tenía recursos económicos para hacerme una prueba en lo privado ya que costaban más de 100\$. Después me mudé con mi madre porque no tenía dinero y me era difícil salir de casa ya que ella no sabía nada, tampoco tenía medios para pagar un transporte”.</i> (Mujer de 18 años, ecuatoriana de etnia mestiza, sobre centro de salud del MSP)</p>

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

5.2.5. Respeto al acceso a la información sobre salud sexual y salud reproductiva

El acceso a información sobre salud sexual y salud reproductiva es un derecho reconocido por diferentes organismos internacionales de DDHH y la Constitución ecuatoriana.¹⁰⁷ Los estándares sobre acceso a la información establecen que esta debe ser veraz, oportuna, completa, sin sesgos, no discriminatoria y especializada de acuerdo a las necesidades y condiciones de las personas según su edad, identidad de género, orientación sexual, pertenencia cultural, nivel educativo, condición de discapacidad, entre otras.¹⁰⁸ Asimismo, establecen la obligación de transparencia activa, que implica que el Estado tiene la obligación de brindar asesoría e información sobre salud, aun cuando la misma no sea solicitada por las personas, cuando el cuidado de su salud así lo requiera.

En tiempos de la pandemia COVID-19, la disponibilidad de la información sobre el acceso a salud en general y los servicios de SS y SR en particular, se vuelve fundamental teniendo en cuenta la reorganización de la atención que se ha producido para incorporar las medidas de prevención del contagio y tratamiento del virus en el SNS. En este sentido, la OMS incluyó a la información en salud en sus recomendaciones para mantener la continuidad de los servicios esenciales, procurando el uso de redes sociales y medios electrónicos, entre otras medidas, para garantizar su acceso.¹⁰⁹ Otras agencias de Naciones Unidas y organismos internacionales de DDHH como la CIDH han señalado además que la difusión información, incluso las medidas de educación sexual, debe incrementarse en el contexto de la Emergencia por COVID-19. Esto también abarca todas las adaptaciones necesarias para los grupos vulnerables, que debido a las brechas de género, interculturales e intergeneracionales tienen barreras adicionales para acceder a las TICs como son las mujeres, adultas mayores, personas con discapacidad, las personas migrantes y las personas que viven en zonas rurales.¹¹⁰

Al respecto, uno de los resultados preocupantes del presente monitoreo es la falta de acciones oportunas y de amplia difusión de información sobre el acceso y atención a servicios de SS y SR en el contexto de la pandemia y de promoción en salud en este ámbito. Previa a la Emergencia, el MSP a través de la línea gratuita 171 opción 2, disponía del programa “Promoción de la Salud” que cuenta con una sub-opción relativa a “Información sobre salud sexual y reproductiva” donde se pueden realizar consultas en torno a MAC, incluida la AOE; sobre ITS y VIH; violencia de género; dudas o complicaciones durante el embarazo; cuidados de recién nacido; e incluso, según los informes de gestión de la línea, se atienden llamadas sobre información relacionada con aborto.¹¹¹

Si se analiza que uno de los servicios esenciales de SS y SR más afectados en este contexto fue la provisión de MAC y se revisa la evolución de las llamadas atendidas en el 171 entre enero y agosto 2020 [Ver Tabla 15]. Se puede comprobar que no hubo un incremento significativo del volumen de llamadas por consultas sobre anticoncepción durante la Emergencia sanitaria. Es así que, en enero se registran 376 llamadas atendidas, 262 en febrero y 263 en el mes de marzo; en el mes de abril se observa un ligero incremento del 11,89% respecto a febrero con 295 llamadas.

Tabla 16. Número de llamadas atendidas en el 171 para asesoría de MAC

NÚMERO DE LLAMADAS ATENDIDAS EN EL 171 POR ASESORÍA EN MAC								
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	TOTAL
376	262	263	269	268	282	308	371	2425

Fuente: CNT. Informes de Gestión Mensual de la Línea 171.

De estos datos se desprende la falta de acciones de promoción en salud y de asesoría para SS y SR mediante llamadas al 171 durante la pandemia, donde las necesidades de información debido a las medidas de restricción eran más acuciantes.

Además, la revisión de las cuentas oficiales de redes sociales de las instituciones públicas como el MSP, MINEDUC, SECOM, MREMH y SNGRE que se realizó durante este monitoreo, refuerza esta omisión: las únicas publicaciones relativas a la promoción de la línea 171 ubicadas en Facebook, Instagram y Twitter entre el 12 de marzo y el 12 de septiembre de 2022, se relacionan con el COVID-19 y la salud mental, sin embargo no figuran mensajes de acceso a información en SS y SR.¹¹² Cabe agregar que una de las estrategias del Gobierno Nacional para la detección de casos de COVID-19 y prevenir el colapso de los establecimientos de salud durante pandemia, fue habilitar desde el 1 de marzo una línea específica adicional en el 171 para brindar información sobre el coronavirus y realizar triajes telefónicos. Adicionalmente, se agregó una opción sobre salud mental para cuyo servicio incluso se emitieron protocolos con lineamientos operativos.¹¹³ No obstante, para el ámbito de la SS y SR no se sumaron servicios adicionales de atención en el 171 ni se emitieron protocolos adicionales específicos para ello.

Al respecto, Fundación Equidad, una de las organizaciones de sociedad civil en Ecuador que realiza incidencia respecto a la protección de los derechos de las personas LGBTIQ+ y brinda atención y prevención en cuanto al VIH a nivel nacional, señaló en la entrevista que: *“La comunicación ha estado mal manejada. No ha habido una información especializada durante la pandemia dirigida a grupos poblacionales específicos. Todo se ha centrado en el COVID y ha sido generalizado, los mismos contenidos y mensajes para toda la población”*.¹¹⁴

Del monitoreo realizado en Facebook, Instagram, Twitter para esta investigación solo se identificaron 80 publicaciones en torno a servicios de SS y SR en el conjunto de cuentas del MSP: 26 en Facebook, 9 en Instagram, y 45 en Twitter, durante los 6 meses en los que estuvo vigente el estado de excepción debido al COVID-19 [Ver Anexo 10]. Ninguna de ellas se refiere a la promoción de MAC, incluida la AOE, y tan solo 3 en el total de cuentas mencionadas aluden a información sobre atención en aborto y emergencias obstétricas, 2 de ellas donde se menciona el aborto recurrente como un indicio de violencia de género dentro de una campaña de la SDH.¹¹⁵

5.3. Principales problemáticas de acceso y atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva detectadas según grupos poblacionales específicos

En lo que sigue se evidencian los datos recabados respecto a grupos poblacionales de interés debido a su condición de vulnerabilidad, desventaja social y discriminación histórica. Las fuentes primordiales de información utilizadas son la Encuesta Virtual y las entrevistas directas que se pudieron realizar en los cantones de Esmeraldas, Lago Agrio, Machala, Guayaquil y D.M de Quito.

5.3.1. Limitaciones en la atención a víctimas de violencia basada en género

El estado de excepción, el toque de queda, la restricción de movilidad, el aislamiento social y la cuarentena, son algunas de las medidas para prevenir y contener la expansión del COVID-19 adoptadas por el Estado ecuatoriano en consonancia con las políticas de otros países. Las mismas han tenido graves consecuencias en la atención integral a víctimas de VBG al no prever conjuntamente de manera oportuna estrategias que brindarían a las víctimas alternativas efectivas para garantizar su derecho a acceder a la justicia, al sistema de protección, a interponer una denuncia o a recibir atención médica inmediata en los centros de salud.

De esta manera, se comprueba que entre marzo y julio de 2020, las denuncias de delitos sexuales en la FGE, experimentan drásticamente un decremento del 44,46% con respecto al mismo período en 2019¹¹⁶ [Ver Detalle en Anexo 9]; esto a pesar de que los casos que se denuncian son escasos y que de por sí existe un subregistro sustancial de las situaciones de VBG contra las mujeres. Es así, que la entidad de Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujeres) ha señalado que menos del 40% de las mujeres que experimentan violencia a lo largo de su vida buscan ayuda o la denuncian.¹¹⁷ Además, las llamadas de emergencia al ECU911 por VBG y violencia intrafamiliar descienden a partir de la declaratoria del estado de excepción y toque de queda: de las 4041 llamadas por violencia intrafamiliar recibidas en este servicio durante el mes de marzo de 2019, se registraron 2688 en el mismo período de 2020, lo que supone una reducción del 33,5% que, a su vez, fue del 32,9% para el mes de abril. Esta circunstancia subraya las dificultades de las víctimas de violencia durante el confinamiento social para solicitar apoyo institucional dado que no fue hasta los meses de mayo a julio que las alertas de emergencia comienzan a incrementarse.¹¹⁸

La disminución del registro de denuncias durante la pandemia se debe, entre otras situaciones, a que la atención presencial en la administración de justicia se limitó a las unidades de flagrancia,¹¹⁹ lo que redujo el acceso a un número significativo de mujeres y niñas que no tienen la posibilidad de denunciar en situaciones emergentes y que encuentran la oportunidad de acudir a las instituciones en otros contextos, o que no tienen la posibilidad de acceder a medidas alternativas como la denuncia virtual. Esto es especialmente preocupante, si se tiene en cuenta que para el año 2019, el 72,35% de las víctimas que denunciaron violencia sexual corresponde a niñas y niños menores de 14 años, y el 54,74%, de las víctimas del delito de violación son menores de 19 años¹²⁰ [Ver Anexo 9]. Además, en dicho período, el 72,35% de las denunciadas de violencia sexual son mujeres, y el 75,73% de las víctimas de violación también son mujeres;¹²¹ lo que implica que uno de los grupos principales víctimas de delitos sexuales en Ecuador son niñas y adolescentes que durante la pandemia vieron gravemente reducidas sus posibilidades de obtener medidas de protección y acceder a justicia y reparación.

Si bien se han promovido iniciativas relevantes como la adopción de la teleconsulta en el Sistema de Protección Integral para atender a las víctimas VBG, la Secretaría de Derechos Humanos (DSH), cartera de Estado rectora de la implementación de la *Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*,¹²² ha reconocido que su aplicación ha sido insuficiente y que las llamadas recibidas durante los meses críticos de la pandemia en estado de cuarentena fueron menores a las esperadas.¹²³

Al respecto, las brechas de género existentes en el ámbito digital junto a la dominación patriarcal hacia las mujeres en los hogares y las restricciones de movilidad, han aumentado las situaciones de control hacia los cuerpos de las mujeres, la restricción de su autonomía y el riesgo de vivir violencia en sus casas. La Emergencia por el COVID-19 incrementó el riesgo que supone para mujeres y niñas la VGD, la inoperancia institucional y la falta de acciones comunitarias. En ese sentido, las Casas de Acogida para mujeres, niñas, niños y adolescentes a nivel nacional han visto incrementarse desproporcionadamente las llamadas de asistencia y la solicitud de refugio durante la pandemia.¹²⁴

Adicionalmente, la saturación del sistema de salud y la suspensión temporal de la consulta externa, generó que las víctimas de VBG encontraran dificultades para acceder a servicios de salud en general y, en especial, en los casos donde no denunciaron los hechos de violencia.

Al respecto, en el proceso de entrevistas se identificaron situaciones donde las Casas de Acogida tuvieron este tipo de problemáticas:

Cuando se activa la emergencia sanitaria, una de las mujeres que vivía en el refugio tenía cita para su segundo control prenatal en marzo, pero nos cancelaron sin previo aviso. No pudimos acceder hasta mayo y debido a que buscamos otro subcentro de salud. Del otro nunca nos llamaron. (Equipo Técnico de una de las Casas de Acogida de víctimas de violencia intrafamiliar de la provincia de Pichincha, 2020)¹²⁵

Por otro lado, se identificaron casos donde víctimas de violencia sexual no tuvieron acceso a la detección de ITS y a tratamientos de infecciones vaginales y urinarias en el sistema de salud público. 1 de ellos se refiere a una mujer de la ciudad de Quito que había vivido un intento de violación por parte de su pareja y no consiguió acceder a una cita de ginecología, por lo que tuvo que asistir a un centro privado gracias al apoyo económico de su familia.¹²⁶ En otro, una mujer víctima de VBG por parte de su pareja, incluso de varias tentativas de femicidio, quedó embarazada en este contexto y decidió abortar.

Tras el aborto, necesitaba realizar una prueba para detectar el Virus de Papiloma Humano (VPH), a la que no tuvo acceso porque no logró a fijar una cita médica en el MSP ni tenía medios económicos para asistir a un consultorio privado. Una de las situaciones más graves del caso es que en el contexto de la violencia de la que estaba siendo víctima, vuelve a quedar embarazada y nuevamente decide buscar la forma de abortar con medicamentos. Al momento de la entrevista, no había recibido ni atención médica para identificar el VPH, ni la atención médica post aborto recurrente debido a la falta de citas y al estigma vinculado a la interrupción del embarazo no contemplada por la ley; tampoco quería ir a un centro de salud por lo que le pudieran decir y también por la falta de movilidad, debido a que vivía con su madre y no le podía mencionar lo sucedido para que le ayudara a trasladarse [Ver Tabla 17].

En cuanto a los hechos, es importante recalcar que tanto los embarazos como abortos recurrentes, las infecciones urinarias y ginecológicas, así como la presencia de ITS pueden ser indicadores de violencia sexual, tal y como reconoce la Norma Técnica de Atención Integral de Violencia de Género emitida por el MSP con el fin de brindar a los profesionales de la salud lineamientos específicos de atención no solo a las mujeres víctimas de VBG derivadas del sistema de justicia, sino a aquellas que acuden al sistema de salud sin denuncias previas. Al respecto, la norma establece un procedimiento de tamizaje de VBG que se debe aplicar en todos los niveles de atención para detectar situaciones de violencia y proceder a una atención especializada basada en los estándares de DDHH. La cual genere rutas de denuncia institucional para los delitos de violencia basada en género, puesto que todo profesional que conozca este tipo de infracciones debe reportarlas a la autoridad judicial competente. Es decir, la reducción de la atención en el ámbito de la ginecología y otras especialidades afines durante la pandemia, ha mermado la capacidad del sistema de salud para brindar apoyo tanto de atención en salud como para interponer una denuncia a un alto porcentaje de mujeres y niñas que no tienen la posibilidad de acudir a la Fiscalía, Unidades judiciales u otras instituciones; o prefieren no hacerlo debido a diversas razones, entre las que se puede encontrar una mayor facilidad de acceso en los centros de salud barriales. Esta es una de las situaciones donde mejor se percibe que en tiempos de Emergencia declarada por la pandemia se vulneraron los derechos de los grupos de atención prioritaria, al relegar el sistema de salud exclusivamente a la atención emergente, sin disponer de protocolos que permitan especificar criterios de prioridad para las atenciones preventivas primeras y subsecuentes.

Hay que añadir, que durante la pandemia incluso la consulta externa de las Salas de Primera Acogida fue suspendida. Así lo reporta el Hospital General Universitario de Guayaquil mediante entrevista autorizada del MSP, que especifica que la alternativa brindada durante los meses de la suspensión de marzo a mayo de 2020, fue el servicio de emergencia.¹²⁷ Sin embargo, los servicios de emergencias han estado colapsados durante la pandemia por la atención de COVID-19 y han generado temor generalizado en la población al ser los focos principales de posibilidad de contagio.

Finalmente, la Encuesta Virtual devuelve resultados sobre diferentes dificultades experimentadas en la atención a víctimas de violencia sexual. En esta encuesta se indagó sobre provisión de AOE y tratamiento profiláctico post exposición de ITS y VIH. Así, se recibieron 3 encuestas que informaron de barreras de acceso en este servicio que constituye una de las obligaciones del SNS, en base a lo establecido en la norma técnica de atención integral a víctimas de VBG.¹²⁸ De esta manera, se conoció a 1 mujer trans de Esmeraldas que tuvo dificultades para acceder a tratamiento profiláctico tras una agresión sexual debido a que no sabía dónde acudir en el mes de mayo. Otra de las encuestas se refiere a una mujer afroesmeraldeña entre los 31 a 35 años de edad, quien señala que para los meses de mayo y julio “no me atendieron/me dijeron que fuera a otro centro” en cuanto al tratamiento profiláctico después de un acto de violencia sexual, la que finalmente no pudo acceder al servicio. El último caso, se refiere a una adolescente entre los 15 a 17 años de Quito, que manifiesta haber tenido dificultades en el acceso a AOE tras una agresión sexual, sin especificar cuáles fueron las barreras en particular.

Asimismo, el Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer – CEPAM Guayaquil, organización que trabaja en incidencia por la defensa de los derechos de las mujeres y niñas y brinda acompañamiento integral a víctimas de VBG, reportó un caso adicional de una mujer trans víctima de violencia sexual que al acudir a un centro de salud, no se le brindó información ni el kit de emergencia correspondiente.¹²⁹

Tabla 17. Testimonio de víctimas de violencia de género sobre falta de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva

Testimonios de víctimas de violencia de género sobre falta de acceso a servicios de SS y SR	
D.M Quito	“Antes de la pandemia quedé embarazada, mi ex pareja quería obligarme a tenerlo, pero yo no quería, estaba en una relación violenta, él era agresivo conmigo. Conseguí abortar y después tenía molestias. Con ayuda de una organización feminista, me pudo revisar una ginecóloga de forma gratuita. La doctora me indicó que podría tener VPH y debía hacerme exámenes. Intenté varias veces pedir cita en un establecimiento del MSP durante el mes de marzo, pero no lo conseguí y no tenía recursos económicos para hacerme una prueba en lo privado ya que costaban más de 100\$. Después me mudé con mi madre porque no tenía dinero y me era difícil salir de casa ya que ella no sabía nada, tampoco tenía medios para pagar un transporte”. (Mujer de 18 años, ecuatoriana de etnia mestiza, sobre centro de salud del MSP)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

5.3.2. Dificultades reportadas por las adolescentes

A lo largo del levantamiento de información para este monitoreo, se tuvo conocimiento de 19 adolescentes mujeres que experimentaron barreras de acceso y atención a los servicios de SS y SR en 7 provincias del país: Imbabura, Sucumbíos, Santo Domingo de los Tsáchilas, Pichincha, Guayas, El Oro y Esmeraldas. 12 de ellas experimentaron dificultades para acceder a MAC temporales; 6 a AOE; 3 de ellas reportaron haber experimentado problemas en la atención del parto; 2 durante la atención prenatal. A continuación, se presenta el detalle de la información recabada.

- **La Encuesta Virtual fue llenada por 29 adolescentes, de las cuales 11 (38%) entre los 15 a 17 años de edad tuvieron dificultades en el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva.** 6 de ellas pertenecen a la provincia de Pichincha; 2 al Guayas; 1 a la provincia de El Oro; 1 a la provincia de Imbabura; y 1 a Santo Domingo de los Tsáchilas. De todas ellas: 10 son ecuatorianas; y 1, venezolana. 9 se perciben étnicamente como mestizas y 2 como blancas. 4 pertenecen a la comunidad LGBTQ+, reconociéndose como bisexuales. Ninguna manifestó tener alguna discapacidad. 1 de ellas confirmó haber experimentado una pérdida gestacional durante la pandemia. 7 no tenían ingresos propios al momento del llenado de la encuesta, y 2 cobraban menos del sueldo básico (400\$).

En cuanto a las dificultades presentadas: 7, las tuvieron en establecimientos del MSP (63,64%). Los meses donde se reportan mayores dificultades son entre marzo a mayo, sin embargo 2 adolescentes manifiestan haber experimentado problemas en junio, 2 en julio y 1 en agosto. 10 de ellas (90,90%), vincularon las barreras al acceso a MAC a la falta del método en los centros de salud, no saber dónde acudir o tener que esperar varias horas o días para ser atendidas. Al respecto, 2 indicaron que tuvieron que suspender su método; 2 no pudieron acceder al servicio; 5 pagaron por MAC en otro lugar y 1 fue a un centro privado de atención. Además, 6 de las adolescentes (54,54%), experimentaron problemas de acceso a AOE: 4 tuvieron que pagar por el método; 1 señaló que no llegó a tener acceso y 1 no especificó la dificultad que atravesó. A su vez, 1 adolescente manifiesta no haber sido atendida en un centro de salud del MSP durante el mes de julio para un control de embarazo; como consecuencia, acudió a un centro privado. Finalmente, tuvo una pérdida debido a quistes en el ovario. Cabe agregar que 6 encuestadas menores de 18 años, reportaron barreras en el acceso a asesoría sobre anticoncepción y a atención ginecológica, 1 aclaró que el problema experimentado fue la restricción en el acceso a la prueba de Papanicolaou en particular.

- **Entre las 201 entrevistas realizadas de manera directa para este monitoreo, constan 13 dirigidas a adolescentes.** Entre ellas, 7 presentaron barreras de acceso a servicios de SS y SR: 1 en el cantón de Esmeraldas; 2 en Guayaquil; 1 en el Lago Agrio; 1 en el cantón Machala y 1 en el cantón El Guabo (provincia de El Oro); y 1 en el D.M. Quito.

3 de ellas, son adolescentes que estaban embarazadas en el momento de la entrevista o en el contexto de la pandemia cuyas dificultades estuvieron vinculadas al acceso a salud materna. 1 en el cantón de Esmeraldas reportó que, durante el control del embarazo, la doctora se negó a realizarle ecografías. Para acceder tuvo que hacerlas de manera particular. Las otras 2 adolescentes tuvieron dificultades en la atención durante el parto: 1 en el cantón de Machala, señaló que la ambulancia nunca llegó frente a la alerta de labor de parto y que una vez en el centro de salud, no fue atendida de manera diligente por ser venezolana: “Me trataron mal me humillaron porque era venezolana, no me querían atender estaba en peligro y me dejaron ahí”¹³⁰. Otra de ellas, de Guayaquil, especificó que estuvo más de 2 días en labor de

parto debido a que hubo una equivocación a la hora de hacer la referencia al hospital donde además experimentó situaciones de violencia obstétrica: 12 tactos vaginales sin explicación ni consentimiento; y de expresiones de abuso psicológico del tipo “*estás pujando mal*”, “*si se muere tu hijo es culpa tuya*”.¹³¹

2 de las 7 adolescentes entrevistadas, tuvieron dificultades en el acceso a MAC: 1 en Machala, no sabía dónde acudir y después de esperar tuvo que pagar por el método; otra en el D.M. de Quito manifiesta que, debido a la pandemia, se interrumpió un programa de apoyo en salud mental iniciado en su escuela donde se le iba a informar cómo agendar una cita para acceder a un MAC de larga duración. Sin embargo, no le volvieron a notificar información alguna y al momento de la entrevista, desconocía que existía la línea 171 opción 2 para asesoría en SS y SR.¹³²

● Adicionalmente, en la convocatoria pública por redes sociales para realizar entrevistas en el D. M. Quito, se recibió una solicitud de entrevista de una informante clave, perteneciente a una Junta Cantonal de Protección de Derechos, que pudo poner en conocimiento el caso de una adolescente de 16 que no fue atendida adecuadamente durante su labor de parto. La Junta buscó generar una denuncia respecto al centro de salud, pero finalmente no fue impulsado el proceso por los familiares.¹³³

Tabla 18. Testimonios de adolescentes mujeres sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva

Testimonios de adolescentes mujeres sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en pandemia	
Cantón	Descripción
Barreras en el acceso a MAC	
D.M. Quito	<i>“Cuando fui al centro de salud la señora que me atendió me trató muy mal por intentar pedir una pildora del día después, le expliqué que el preservativo se rompió y aun así no me quiso dar la pastilla y tuve que comprarla”.</i> (Adolescente entre los 15 a 17 años de edad, en centro de salud del MP)
Dificultades en la atención prenatal	
Esmeraldas	<i>“Le dije a la doctora que me mande una ecografía, y nunca me mandó en ningún control. Ella dijo que no era necesario hacerme. Pero yo creía porque ahí se puede ver si está todo bien. He tenido que gastar 45 dólares de cada eco, y no me sobra el dinero. Además nunca hay medicamentos, siempre mandan la receta y una tiene que comprar en las farmacias, no queda más”.</i> (Adolescente embarazada en su tercer trimestre, afroecuatoriana entre los 15 a 17 años, sin ingresos propios, en centro de salud del MSP)
Barreras en la atención ginecológica por consultas relacionadas con el uso de MAC	
Lago Agrio	<i>“Tenía una hemorragia por un implante y dolores muy fuertes en el vientre. Fui por emergencia, pero no me atendieron. La enfermera salió y dijo gritando: usted es la que viene todas las semanas, y la gente me miró feo. Yo tenía una hemorragia y pensaba que era un embarazo, no me quedé a esperar y me fui de ese lugar [...] Con mi mamá fuimos a pedir ayuda a la Fundación Alas de Colibrí y pude ir a otro lugar para que me den el tratamiento”.</i> (Adolescente de 17 años, de nacionalidad venezolana, en establecimiento del MPS con hemorragia debido a implante anticonceptivo durante el mes de abril)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

● 4 de las 7 adolescentes entrevistadas que manifestaron haber tenido barreras para el acceso en servicios de SS y SR, señalaron haber sido atendidas con actitudes prejuiciosas o discriminatorias por parte del personal de salud basadas en la condición etaria. Al respecto, El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) especifica que los estándares de igualdad y no discriminación en el derecho a SS y SR, incluye el derecho a ser plenamente respetada cualquiera que sea la condición de la persona.¹³⁴ Además, los Estados tienen la obligación de modificar cualquier prejuicio o tabú sobre la sexualidad y el embarazo que pueda afectar al disfrute del derecho a la SS y SR.¹³⁵ Entre las adolescentes que detallaron sus testimonios, consta:

Tabla 19. Testimonios de adolescentes sobre actitudes discriminatorias durante la atención en salud

Testimonios de adolescentes sobre actitudes prejuiciosas o discriminatorias durante la atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva	
Cantón	Descripción
Esmeraldas	"Siempre murmuran, pero no me han dicho a mí. Creo que es por mi edad, hablan entre ellos, entre las enfermeras, y luego me miran. Yo me siento mal, parece que nunca han visto a una mujer joven embarazada, creo que por eso no me toman en serio, por mi edad". (Adolescente embarazada en su tercer trimestre, afroecuatoriana entre los 15 a 17 años, sin ingresos propios, en centro de salud del MSP)
Lago Agrio	"Los doctores de ginecología siempre me han tratado mal. Pienso que es porque soy venezolana y porque tengo 17 años, no me quieren dar información, me tratan mal y a mi mamá también". (Adolescente en centro de salud del MSP)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

5.3.3. Vulneraciones del derecho a la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres en movilidad humana

En este apartado, se presenta información relevante respecto a las barreras presentadas para acceder a servicios de SS y SR, por parte de mujeres de nacionalidad colombiana y venezolana durante la Emergencia Sanitaria, un contexto de especial vulnerabilidad para la población en movilidad humana. Al respecto, a través de la investigación se conoció dificultades de acceso y atención en los servicios de SS y SR experimentadas por 60 mujeres de Colombia y Venezuela en 8 provincias del Ecuador: Sucumbíos, Pichincha, Azuay, El Oro, Guayas, Santa Elena y Esmeraldas.

- En la Encuesta Virtual, 12 mujeres venezolanas de 21 que llenaron la encuesta, especificaron haber tenido dificultades de acceso y atención en servicios de SS y SR. Estas se relacionan significativamente con la atención ginecológica y los métodos anticonceptivos. Llama la atención que 2 de las mujeres venezolanas especificaran problemas de atención respecto a emergencias obstétricas, teniendo en cuenta que solo se recibieron 5 encuestas donde se mencionan dificultades en este tipo de servicios. En ambos casos, las mujeres indicaron que no accedieron al servicio. 1 de ellas manifestó que no sabía dónde acudir. Por su parte, 6 de 14 mujeres colombianas que llenaron la encuesta tuvieron dificultades de acceso. Las principales se relacionan con falta de acceso a asesoría anticonceptiva y métodos.
- 65 mujeres venezolanas y colombianas fueron entrevistadas para esta investigación; 44 de ellas reportaron problemáticas en el acceso a la atención de SS y SR. 38 son venezolanas y 6 colombianas. 18 reportaron dificultades en la atención ginecológica, donde 11 no consiguieron acceso alguno; 11, mencionaron las barreras de acceso a MAC, donde un total de 9 no pudieron obtener su método; 16 especificaron dificultades en cuanto a la atención prenatal: 10 no tuvieron acceso, mientras que 6 tuvieron que pagar por medicamentos y ecografías fuera del sistema de salud pública. Entre las situaciones graves reportadas por las mujeres en movilidad humana, 3 experimentaron desatención en casos de emergencias obstétricas [Ver apartado 5.2.2.]. Para 1 de las mujeres embarazadas, esto resultó en un aborto espontáneo. Este tipo de falencias atentan gravemente contra el derecho a la salud integral de las mujeres en movilidad humana, especialmente para aquellas mujeres en doble o triple situación de vulnerabilidad por su condición adicional de gestantes.

Tabla 20. Testimonios de mujeres migrantes sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva

Testimonios de mujeres migrantes sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en pandemia	
Cantón	Descripción
	Dificultades en la atención prenatal
Lago Agrio	"Me han mandado a comprar en farmacias y es muy caro y difícil acceder porque no tengo dinero. [...] Todo es muy caro, he tenido que pagar como 80 dólares en ecografías y en medicamentos, he tenido que buscar la forma para saber si mi bebé está bien, dicen que no están haciendo ecos por la emergencia de COVID en ningún lado". (Mujer embarazada en su tercer trimestre, entre los 18 a 24 de edad de nacionalidad venezolana en un centro de salud y un hospital del MSP)

Esmeraldas	<i>"Me dijeron que vaya a comprar yo con mi dinero, me cobran 20 dólares. No he comprado el medicamento porque no tengo dinero [...] No me hecho ningún examen, no sé si estaré bien o mal porque no tengo dinero". (Mujer embarazada en su tercer trimestre, entre los 18 a 24 años de nacionalidad colombiana con dificultades de acceso en los meses de junio y julio en centro de salud del MSP)</i>
Falta de atención en emergencias obstétricas	
Lago Agrio	<i>"Tuve una hemorragia durante el embarazo, fui a un centro de salud y la enfermera se portó muy grosera conmigo, dijo que no me atenderían por no pertenecer a ese subcentro. Le dije que me atendió anteriormente un doctor ahí y no le importó que yo estaba con un sangrado, me dijo que saque un turno, no me atendieron, aunque no había gente. Me fui a mi casa con los dolores y ahí tuve la pérdida. Tuve un aborto porque no me atendieron. Luego fui al hospital para que me hicieran la limpieza. En el centro de salud me gritaron. [...] Creo que nos tratan mal por nuestra nacionalidad, una se siente discriminada, se siente mal y empieza a pensar que es por ser venezolana, la verdad no sé por qué me trató así". (Mujer entre los 25 a 30 años, venezolana, de etnia mestiza, en centro de salud del MSP durante el mes de abril)</i>
Dificultades en la atención ginecológica	
Lago Agrio	<i>"Me han enviado desde el centro de salud al hospital porque solo ahí hacen las pruebas que necesito, pero en el hospital no me atendieron, la atención era para evaluar el ovario para extirparme o para mandarme tratamiento, pero no sé cómo estaré [...] La única manera era esperar, tenía hemorragia, pero me dijeron que no era prioridad porque atendían solo a las personas con COVID". (Mujer entre los 31 a 35 años, de nacionalidad venezolana, etnia blanca, sin ingresos propios, en el hospital del MSP durante el mes de marzo)</i>
Lago Agrio	<i>"Me han enviado desde el centro de salud al hospital porque solo ahí hacen las pruebas que necesito, pero en el hospital no me atendieron, la atención era para evaluar el ovario para extirparme o para mandarme tratamiento, pero no sé cómo estaré [...] La única manera era esperar, tenía hemorragia, pero me dijeron que no era prioridad porque atendían solo a las personas con COVID". (Mujer entre los 31 a 35 años, de nacionalidad venezolana, etnia blanca, sin ingresos propios, en el hospital del MSP durante el mes de marzo)</i>

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

- 21 de las 44 (47,72%) mujeres entrevistadas con nacionalidad venezolana o colombiana señaló haber padecido tratos prejuiciosos o discriminatorios en los centros de salud basados en la nacionalidad. Los testimonios de las mujeres migrantes evidencian graves situaciones que vulneran su derecho a la igualdad y no discriminación en el acceso y atención en salud, en el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, incluso para grupos de atención prioritaria y protección reforzada como son las adolescentes y mujeres embarazadas.

Tabla 21. Testimonios de mujeres migrantes sobre actitudes discriminatorias en la atención en salud

Testimonios de mujeres migrantes sobre actitudes prejuiciosas o discriminatorias durante la atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva	
Cantón	Descripción
Esmeraldas	<i>"Cuando pido un medicamento me contestan feo y no me atienden como si fuera ecuatoriana. Yo creo que a todas nos deberían atender de la misma manera, no sé si será por discriminación, pero me ven feo y me contestan feo en la farmacia del centro de salud. Creo que me están negando los medicamentos por ser colombiana". (Mujer embarazada en su tercer trimestre entre los 18 y 24 años, de etnia mestiza, sobre centro de salud del MSP)</i>
	<i>"Creo que a las venezolanas nos ven como si fuéramos la peor basura, que no tenemos derecho a ser atendidas en los centros de salud, ni en los hospitales, si sobra algo nos da, si no, no. Es como si nuestra vida y la vida de nuestros hijos no vale". (Mujer embarazada en su segundo trimestre, entre los 18 y 24 años, de etnia blanca, sobre centro de salud del MSP)</i>
Lago Agrio	<i>"Nos tildan de aprovechados porque vamos a los hospitales. Ni que no tuviéramos derecho a que nos atiendan por cualquier enfermedad. Las condiciones nuestras no son las más adecuadas porque no tenemos dinero y por eso nos enfermamos, por estar en la calle vendiendo o comiendo lo que haya, pero eso no entienden y piensan que nos enfermamos por gusto". (Mujer de nacionalidad venezolana entre los 36 a 45 años, de etnia mestiza con discapacidad física, sobre centro de salud del MSP)</i>

	<i>“Dijeron que primero tenían que atender a los ecuatorianos y luego a los venezolanos. Las de ventanilla en el hospital nos tratan mal por no ser ecuatorianas, así mismo los doctores, todo el personal no sabe que es un derecho de todos, yo les dije que no era justo y se enojaron”. (Mujer de nacionalidad venezolana entre los 31 a 35 años, de etnia mestiza con discapacidad física, sobre centro del MSP durante el mes de marzo)</i>
	<i>“Me han dicho que nosotros no podemos exigir o pedir derechos a la salud porque ni las mismas ecuatorianas exigen, peor las colombianas. Eso me han dicho en el Centro de Salud San Valentín”. (Mujer de nacionalidad colombiana entre los 46 a 55 años, de etnia mestiza sobre centro de salud del MSP)</i>
	<i>“Me dijeron en el hospital que no me podían atender cuando fui por emergencia, yo creo que hay ciertas personas que discriminan porque soy colombiana”. (Mujer afrodescendiente de nacionalidad colombiana entre los 31 a 35 años de edad, sobre centro de salud del MSP)</i>
	<i>“Un doctor me dijo que nosotros los venezolanos venimos al Ecuador a ser un gasto, porque ya no se las atiende solo a ecuatorianas que tienen el derecho, sino que además estamos nosotros. Desde ahí, siempre que podía elegir ir con otro médico, lo hacía”. (Mujer de nacionalidad venezolana entre los 18 a 24 años de edad, de etnia mestiza, sobre centro de salud del MSP)</i>
	<i>“Al inicio, un médico se mostró agresivo y directamente me dijo que la gente venezolana llega a ser un gasto en la salud pública del país. Yo me sentí muy mal, desde ahí, solicito turno siempre con otros doctores, la gente no debería tratarnos así”. (Mujer de nacionalidad venezolana, entre los 18 a 24 años de edad, de etnia mestiza sobre centro de salud del MSP)</i>
	<i>“Creo que nos tratan mal por nuestra nacionalidad, una se siente discriminada, se siente mal y empieza a pensar que es por ser venezolana, la verdad no sé por qué me trató así”. (Mujer entre los 25 a 30 años de edad, de etnia mestiza, con discapacidad física, sobre centro de salud del MSP en el mes de abril, tras no haber sido atendida en una emergencia obstétrica que tuvo como consecuencia una pérdida gestacional)</i>
	<i>“Me dijeron que los turnos solo son para las mujeres embarazadas. Considero que es un tema de discriminación por nacionalidad porque a las ecuatorianas les atienden rápido. Soy una mujer con discapacidad y creo que es una vulneración de derechos, no me dan el turno para el tema visual y ya perdí la visión total de un ojo. Ni siquiera hay atención para eso, peor para salud sexual. Con la actitud de los doctores me sentí triste, deprimida. Me dicen que no es emergencia ninguno de mis problemas. Me tuve que retirar de ese centro de salud La Estrella porque me atendieron mal todo el personal. [...] Es como un repudio que nos tienen en contra de nosotros, les molesta nuestra presencia y creo que es por la nacionalidad, yo no tengo la culpa de otras experiencias con personas venezolanas”. (Mujer de nacionalidad venezolana, entre los 36 a 45 años de edad, de etnia blanca, con discapacidad visual, sobre centro de salud del MSP durante el mes de mayo)</i>
	<i>“El doctor mencionó la situación venezolana, dijo que a las personas que están aquí les gusta las cosas fáciles. Yo lloré y rabia porque meten la xenofobia en temas de la salud. Me quejé en estadística, me dieron otro turno para la atención, parece que no es la primera vez que hay un trato así por nacionalidad”. (Mujer de nacionalidad venezolana, entre los 31 a 35 años de edad, de etnia blanca, sobre centro de salud del MSP)</i>
El Guabo	<i>“Me trataron mal. Me humillaron porque era venezolana, no me querían atender estaba en peligro y me dejaron ahí”. (Adolescente de nacionalidad venezolana, mestiza, sobre hospital del MSP)</i>

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

5.3.4. Dificultades reportadas por mujeres afrodescendientes e indígenas

Los impactos socioeconómicos y las barreras para la atención y promoción en salud durante la Emergencia por COVID-19 han sido especialmente significativos en poblaciones históricamente discriminadas donde ha estado presente el incremento de situaciones de violencia de género y el embarazo no intencionado. Una de las organizaciones de base de la Coordinadora Nacional de Mujeres Negras (CONAMUNE), señala:

El embarazo se ha incrementado muchísimo durante la pandemia. Hemos tenido notificaciones seguido de que las chicas salían embarazadas, pero no sabemos bien las cifras porque aún siguen las dificultades para bajar a las comunidades. No hemos recibido apoyo durante la pandemia y no ha habido políticas para la atención. El impacto está siendo gravísimo para nosotros, el aumento de la violencia, el empobrecimiento, el machismo y el control de las mujeres en sus casas. (Dirigenta de una de las organizaciones de base de la CONAMUNE con incidencia en las provincias del Carchi e Imbabura, 2020).¹³⁶

En este sentido, mediante la Encuesta Virtual y las entrevistas realizadas, se identificaron dificultades específicas de acceso y atención en los servicios de SS y SR que vivieron 59 mujeres y personas diversas que se autoperceben étnicamente como

afrodescendientes, negras e indígenas en 9 provincias del Ecuador (Esmeraldas, Pichincha, Guayas, Sucumbíos, El Oro, Azuay, Los Ríos y Santo Domingo de los Tsáchilas).

- Es necesario aclarar que, del grupo de mujeres y personas diversas de etnia indígena, se cuenta con escasa información identificada a lo largo del presente monitoreo. Sin embargo, es conocido que las comunidades y pueblos indígenas han padecido situaciones de indefensión y vulneraciones graves, en el contexto de la pandemia de manera generalizada. Es así que la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) ha denunciado frente a instancias internacionales de Derechos Humanos la falta de medidas oportunas y adecuadas en la atención en salud, incluso en lo que se refiere al manejo de la prevención y contagio del coronavirus.¹³⁷

En cuanto a los servicios SS y SR, a través de la Encuesta Virtual realizada para este monitoreo, se recibieron 12 respuestas (2,37% del total) de mujeres y personas de la diversidad sexo-genérica pertenecientes a comunidades y pueblos indígenas. De estas, 3 mujeres informaron sobre dificultades de acceso a MAC, tratamientos de ITS y VIH, entre otras. 1 de ellas, es una mujer trans de etnia shuar de la provincia de Zamora Chinchipe que durante el mes de junio no tuvo acceso a tratamientos de ITS y VIH en establecimientos del MSP, a los cuales accedió de manera particular. Otra es una mujer colombiana indígena que no especifica a qué pueblo o comunidad pertenece, pero señala haber tenido problemas de acceso a MAC durante el mes de abril en la provincia de Sucumbíos por lo que tuvo que acudir a un centro privado de atención para tener acceso. Finalmente, la tercera mujer es otavaleña, embarazada en el segundo trimestre, quien señala no haber tenido acceso a pruebas de laboratorio.

- En relación a las mujeres afrodescendientes y negras, en la Encuesta Virtual mencionada, se conoció que 27 de 38 mujeres encuestadas manifestaron barreras en 8 provincias del país: Esmeraldas, Pichincha, Guayas, Sucumbíos, Azuay, el Oro, Imbabura, Santo Domingo de los Tsáchilas. El 73,08% (n=19) informó que las problemáticas se dieron en los establecimientos del MSP. A su vez, 12 de ellas no tenía ingresos propios para el momento del llenado de la encuesta y 8 percibían menos del sueldo básico.

En cuanto a las principales dificultades señaladas: el 50% (n=13) se refirió a dificultades en la atención ginecológica, donde 6 de ellas no pudieron acceder finalmente al servicio. El 42,31% (n=11) manifestó dificultades en el acceso a MAC, como resultado implicó que 5 mujeres no pudieran adquirir sus métodos; el 23,08% (n=6) de las dificultades se relaciona con la falta de acceso a la prueba de Papanicolaou, donde en 3 casos no se logró el acceso en ningún subsistema de salud.

- En lo que se refiere a las entrevistas directas, se realizaron 35 a mujeres de etnia afrodescendiente y negra usuarias de los servicios de SS y SR en el cantón de Lago Agrio, Esmeraldas, Machala, Guayaquil y D.M. Quito; donde 18 reportaron haber vivido barrera en el acceso. De esta manera, 7 de ellas señalan dificultades en la atención ginecológica, donde 6 no pudieron acceder; 5 mencionaron barreras respecto a MAC, en las que 3 no pudieron obtener el método y 2 tuvieron que pagar por él; 5 especifican dificultades en los controles prenatales que, implicaron para 4 mujeres pagar por insumos médicos debido a la falta de ellos en los centros de salud pública y 1 de ellas no pudo finalmente acceder al servicio.

Tabla 22. Testimonios de mujeres afrodescendientes sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva

Testimonios de mujeres afrodescendientes sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en pandemia	
Cantón	Descripción
	Barreras en el acceso a AOE
Esmeraldas	"[En abril] me dijeron que no había métodos y que no se podía agenda citas por la pandemia [...] Estoy sin método anticonceptivo porque recién me dieron cita para el 18 de agosto". (Mujer entre los 18 a 24 años, ecuatoriana, de etnia negra, sin ingresos propios en centro de salud del MSP)
	Dificultades en la atención prenatal
Esmeraldas	"Solo me dieron una sola vez hierro, las ecografías las he hecho en el ámbito privado". (Mujer embarazada en su segundo trimestre, afroecuatoriana entre 25 a 30 años de edad con dificultades de acceso durante los meses de abril, mayo, julio en centro de salud del MSP)
	Falta de acceso a atención ginecológica
Lago Agrio	"Tengo un problema hormonal, sangro demasiado y me duele demasiado quería hacerme atender y no puedo acceder, voy por emergencia y me dicen que no es emergencia [...] No tengo ingresos para poder ir a un lugar privado, tengo dolores muy fuertes". (Mujer entre los 31 a 35 años, afrodescendiente, colombiana, en centro de salud del MSP durante los meses de abril y mayo)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

5.3.5. La desprotección de la población LGBTIQ+ durante la pandemia

Las barreras de acceso y atención en salud se agudizaron no solo debido a las afectaciones generales derivadas del abordaje del COVID-19 sino a las estructurales; lo que se manifiesta de una manera especialmente relevante en las brechas que experimentó la población LGBTIQ+. El confinamiento social afectó de manera determinante en la posibilidad de acceder a los servicios esenciales de salud, así como en prácticas de control y abuso en el ámbito intrafamiliar. La persistencia de una atención en salud basada en prejuicios respecto a la identidad de género y la orientación sexual, fue una de las prácticas que además prevaleció en el sistema de salud pública durante la pandemia. Al respecto, de acuerdo a la información levantada en esta investigación, se conocieron que al menos 68 personas LGBTIQ+ de 11 provincias (Pichincha, Esmeraldas, Guayas, Azuay, Imbabura, Carchi, Cañar, Chimborazo, Los Ríos, Sucumbíos y El Oro) tuvieron dificultades de acceso y atención en los servicios de SS y SR.

- La Encuesta Virtual, señaló que el 19,75% (n=48) de las personas encuestadas que atravesaron barreras pertenecen a la población LGBTIQ+. De ellas, un 58,33% (n=28) se identifica como bisexual; el 12,50% (n=6), lesbiana; 12,50% (n=6), mujer trans; 10,42% (n=5), persona no binarie (0,41%), hombre trans (n=1) y, el 1,65% (n=5) con otras identidades. El 65,96% presentó dificultades en establecimientos del MSP. El 71,11% no tenía ingresos propios al momento de llenar la encuesta, y el 11,11% percibía menos del sueldo básico.

Las principales dificultades experimentadas se refieren a: la atención ginecológica en un 62,50% de los casos; acceso a MAC en un 47,92%; asesoría en MAC en un 22,92%; acceso al examen de papanicolau en un 18,75%; en relación a pruebas para ITS y VIH en un 10,42%; a su vez, en un 10,42% de los casos las dificultades fueron para acceder a tratamientos de ITS y VIH.

- De 39 entrevistas directas realizadas a población LGBTIQ+ en el D.M. de Quito, Machala, Guayaquil y Esmeraldas, en 20 casos se reportaron barreras de acceso y atención en servicios de SS y SR. 7 de las personas que reportaron problemáticas son lesbianas; 4, bisexuales; 3, son mujeres trans; 2, hombres trans; 2, hombres gays; 1, persona no binarie y 1 persona pansexual. Al respecto, 10 tuvieron problemas de acceso a atención ginecológica donde 5 personas no pudieron acceder al servicio. Otras 2 indicaron que las dificultades se relacionaron con el acceso a MAC; 3 quedaron sin acceso a métodos, y 2 tuvieron que pagar por ellos en otros lugares fuera del sistema público de salud. 1 de las personas entrevistadas expresó que tuvo que pagar incluso por AOE. Así como también le ocurrió a 1 mujer respecto a su control de embarazo, donde tuvo que abonar el importe de medicamentos y pruebas al no poder acceder en un centro de salud del MSP. Adicionalmente, 4 personas informaron sobre dificultades para acceder a pruebas de ITS y VIH, en lo que 1 de ellas quedó sin acceso y otras 2 tuvieron que pagar por el servicio en otro lugar. 3 personas informaron sobre falta de acceso a tratamientos de VIH, donde 1 de ellas tuvo que suspender su tratamiento y otra pagar por sus esquemas de manera particular.

Tabla 23. Testimonios de población LGBTIQ+ sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva

Testimonios de población LGBTIQ+ sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva	
Cantón	Descripción
	Barreras en el acceso a AOE
Guayaquil	"Fui a un centro después de llamar al 171 y me dijeron que necesitaba cita médica y receta para retirar la píldora y eso significaba esperar más de 24 horas por lo que me fui a un centro de atención privado". (Mujer bisexual entre los 18 a 24 años de edad, ecuatoriana, de etnia mestiza, en centro de salud del MSP durante el mes de junio)
	Dificultades en el acceso a tratamientos de ITS y VIH
Esmeraldas	"Me hicieron esperar 15 días por el tratamiento antirretroviral, mientras yo estaba enferma. [...] Pensé que era COVID; aun así, me fui al hospital porque me dijeron que ya había mi medicina, me fui con todas las precauciones porque no quería que pase más tiempo". (Mujer trans entre los 31 a 35 años, afrodescendiente, menciona que acudía todos los días al hospital para comprobar si ya había llegado su tratamiento)
Esmeraldas	"Durante la pandemia no tenía acceso a médicos, solo íbamos y tomaban los datos y nos daban las pastillas. No había quien te explique cualquier duda, decían que los doctores estaban con COVID o que era imposible porque estaban atendiendo pacientes con COVID. No se respetó el protocolo de entrega de medicamentos, tenías que ir mes a mes, hasta que dejó de haber. Tuve que comprarme para dos meses, me gasté más de 200 dólares. Accedí a esta entrevista porque en mi caso sí tenía medios para pagar, pero pienso en todas aquellas personas con VIH que no habrán tenido cómo hacer. Siento que nunca hubo información suficiente, que no nos tomaron en cuenta, solo se centraron en el COVID. Es verdad que cuando ibas te decían que podía ir un miembro de tu familia a recoger las pastillas, pero para la persona con VIH es difícil, todavía es mal visto tener VIH como para decirle a un familiar". (Hombre de 27 años de edad, ecuatoriano de etnia mestiza, gay, sobre el Hospital Carlos Andrade Marín del IESS)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

● 9 de las 20 personas LGBTIQ+ entrevistadas (45%), consideran que han recibido tratos prejuiciosos o discriminatorios por parte del personal de salud pública debido a su condición de género y/u orientación sexual. Las situaciones relatadas se refieren a retrasos injustificados en la atención tras constatar su pertenencia a grupos de la diversidad sexual; preguntas inadecuadas y ofensivas; la determinación incorrecta de la identidad de manera consciente por parte de los profesionales de la salud, lo que contraviene las recomendaciones aportadas por el *Manual de Supervisión en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e Intersex (LGBTI)* emitido por el MSP en 2016,¹³⁸ entre otras. Al respecto, la Asociación Valientes de Corazón Ecuador integrada por personas transmasculinas pudo informar para este monitoreo que las vulneraciones hacia este grupo de población, en particular en la atención ginecológica, son sistemáticas y que en el contexto de la pandemia conocieron un caso especialmente grave donde le fue negada la atención a un hombre trans debido a que el profesional de salud del MSP condicionó la atención a la obligación de llamarle según el nombre femenino que aún constaba en su cédula dado que no había podido cambiar su género con anterioridad; lo que implicó que el hombre trans abandonara el centro de salud.

Adicionalmente, En la Tabla 24, se recaban testimonios donde se detallan algunas del resto de circunstancias mencionadas.

Tabla 24. Testimonio de población LGBTIQ+ sobre actitudes discriminatorias en la atención en salud

Testimonios de la comunidad LGBTIQ+ sobre actitudes prejuiciosas o discriminatorias durante la atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva	
Cantón	Descripción
Guayaquil	<i>“En el área de Estadística no me atendían por decir e identificarme como lesbiana. Me dejaron esperando para llenar la carpeta y receptarme los papeles largas horas ni siquiera me prestaron atención”.</i> (Mujer lesbiana entre los 31 a 35 años de edad, ecuatoriana de etnia mestiza sobre centro de salud del MSP)
	<i>“Por mi forma de vestir, peritos en la salud me dejaron esperando horas para poder atenderme en medicina general y me den una pronta evaluación. Sufro de diabetes, y tengo problemas auditivos. Sentí una forma de invisibilidad ante enfermeras y doctores”.</i> (Persona no binarie entre los 36 a 45 años de edad, ecuatoriana de etnia mestiza en sobre centro de salud del MSP)
	<i>“Estaban ‘sorprendidas porque un hombre tuviera problemas de inflamación vaginal... en fin tal vez no lo dijeron en forma directa, pero es demasiado incómodo responder preguntas ‘morbosas’ y preferí retirarme”.</i> (Hombre trans, entre los 36 a 45 años de edad, ecuatoriano de etnia mestiza, sobre centro de salud del MSP)
	<i>“El doctor empezó a hacerme preguntas que no eran adecuadas con el tema de salud; simplemente me preguntaba el por qué me gustaban las mujeres y no los hombres”.</i> (Mujer entre los 31 a 35 años de edad, lesbiana, ecuatoriana de etnia mestiza en centro de salud del MSP)
	<i>“Antes de la pandemia, a inicios del año 2020, acudí al centro de salud número 3 en el sur de Guayaquil, fui a realizarme controles ginecológicos, pero antes tenía que pasar por medicina general. El médico me pide que le diga mi motivo de la visita y al llenar el formulario, sin preguntar puso “mujer heterosexual”; y le dije que soy lesbiana. En ese momento interrumpió de inmediato la consulta enviándome a hacer el examen del VIH. Luego, al volver con los resultados sus preguntas comenzaron a ser morbosas en relación a mi sexualidad”.</i> (Mujer lesbiana, afroecuatoriana entre los 25 a 30 años de edad, en centro de salud del MSP)
Guayaquil	<i>“La ginecóloga no respetaba mi identidad como hombre trans, argumentando que como yo estaba acudiendo a una ginecóloga, tenía que tratarme como una mujer sin respetar la información en mi cédula, además se exponerme frente a las demás mujeres que estaban en espera y no entendían lo que ocurría. El personal de atención en urgencias tratándome en femenino también, teniendo yo una apariencia masculina sin tener la delicadeza de preguntar, se me atendió sí, pero el trato no es el correcto”.</i> (Hombre trans entre los 36 a 45 años de edad, ecuatoriano de etnia mestiza, en centro del MSP durante el mes de julio)
Machala	<i>“Murmuran y miran, aunque no lo digan porque soy mujer trans”</i> (Mujer trans entre los 36 y 45 años, en centro de salud del MSP)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

● Cabe agregar que si bien los datos obtenidos evidencian un panorama general de algunas de las dificultades experimentadas por la población LGBTIQ+ a lo largo de la pandemia por COVID-19, es necesario de estudios particulares y especializados que profundicen sobre las problemáticas evidenciadas y de manera particular en cuanto a las diferentes situaciones y condiciones de vida de este grupo poblacional.

5.3.6. Barreras informadas por personas con discapacidad

Según el Ministerio de Salud Pública, hasta el mes de junio de 2020, existen 481392 personas con discapacidad registradas en Ecuador de acuerdo a la acreditación legal que establece la Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento.¹³⁹ De estas, el 46% (n=223.078) corresponden a personas con discapacidad física; el 23% (n=108.784), a personas con discapacidad intelectual; el 14% (n=67.621), tienen discapacidad auditiva; el 12% (n=55.843), discapacidad visual; y el 5% (n=26.066) discapacidad psicosocial.¹⁴⁰ La provincia del Guayas es la que alberga un mayor porcentaje de personas con discapacidad con el 25% (n=120.804), seguido por Pichincha con el 16% (n=77.070), y la provincia de Manabí con el 10% (n=47.112). La provincia de El Oro registra un 4,24% (n=20.425); Esmeraldas, un 3,39% (n=16.320); y Sucumbíos, un 1,31% (n=6.306). El grupo de edad donde se concentra mayor porcentaje de personas con discapacidad es entre los 30 y 64 años con el 40% (n=193.069), seguido por el grupo etario mayor de 65 años con el 26% (n=124.803). El 21% (n=99.3259) tienen entre 19 y 35 años; el 7% (n=33.631) entre los 13 y 18 años; y el restante 6% (n=30.530), es menor a 12 años. Asimismo, el 56% (n=269.759) se autodefinen con el género masculino, el 44% (n=211.608) género femenino y el 0.005% (n=25) señala pertenecer a la población LGBTI.¹⁴¹

Sobre las dificultades para el acceso a servicios de SS y SR en el contexto de la pandemia, en el presente monitoreo se recabó información en relación a 34 personas con discapacidad que experimentaron problemáticas en 5 provincias del Ecuador (Cañar, Guayas, Sucumbíos, El Oro y Pichincha), a pesar de ser un grupo de atención prioritaria.

- La Encuesta Virtual, señala que el 4,14% (n=20) de las personas que rellenaron la encuesta (512) tienen algún tipo de discapacidad. Entre ellas, el 50% (n=10) señaló haber tenido barreras de acceso en SS y SR. 5 personas especifican que tienen discapacidad visual; 3 auditiva; 2 psicosocial; y 1 física. 7 de ellas no percibe ingresos al momento del llenado de la encuesta; 2 acceden al sueldo básico (400\$); 1 obtiene ingresos entre los 400\$ a 1000\$. 8 tuvieron dificultades en los centros de salud del MSP.

En cuanto a las principales barreras vivenciadas: el 60%, las vinculó con la falta de atención ginecológica y la insuficiencia de la telemedicina como alternativa. El 40%, no pudo acceder a MAC, entre ellas 2 a AOE durante el mes de mayo en Guayaquil y Quito, respectivamente. En 1 de los casos, se señaló falta del insumo. Adicionalmente, 1 de las personas con discapacidad psicosocial no tuvo acceso a realizar una prueba de ITS-VIH por falta de insumos en la ciudad de Quito. Otra, también en Quito, con discapacidad visual y auditiva, tuvo dificultades en el mes de abril para la atención en una emergencia obstétrica (un aborto espontáneo) debido a las esperas y falta de personal, por lo que acudió a un centro de atención privado. Además, no pudo acceder desde el MPS al control postaborto.

- Adicionalmente, se entrevistó a 24 mujeres y personas diversas que presentaron algún tipo de discapacidad y tuvieron problemas de acceso en los servicios de SS y SR. 2 en Guayaquil; 7 en Lago Agrio; 5 en Machala; y 10 en Quito. Entre ellas, 16 tuvieron dificultades en el acceso a atención ginecológica y 9 a MAC. En la Tabla 25, se detallan las situaciones experimentadas.

Tabla 25. Testimonios de personas con discapacidad sobre el estado de servicios de salud sexual y salud reproductiva

Testimonios de mujeres, adolescentes, personas trans y no binarias con discapacidad sobre el estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en pandemia ¹⁴²	
Cantón	Descripción
Barreras en el acceso a MACE	
D.M. Quito	<i>“Dependía de un familiar para poder gestionar las llamadas al 171. Necesitaba una consulta sobre métodos anticonceptivos y una revisión ginecológica. Tratamos de llamar muchas veces, pero decían que no había citas disponibles para especialidades y pedían que llamemos después. Para el papanicolau, acudí a un centro privado acompañada por mi padre. Sentía vergüenza de preguntar por métodos anticonceptivos por lo que ya no pude acceder”.</i> (Mujer sorda con discapacidad psicosocial entre los 31 a 35 años de edad, bisexual, ecuatoriana, de etnia mestiza, sobre centros de salud del MSP, durante el mes de abril)
Dificultades en la atención prenatal	
D.M. Quito	<i>“Tuve una amenaza de aborto y no había el medicamento en el centro de salud que necesitaba, lo adquirí de manera particular”.</i> (Mujer sorda entre los 25 a 30 años de edad, de nacionalidad dominicana y etnia mestiza; sobre centro de salud del MSP durante el mes de marzo y mayo)
Dificultades en la atención a emergencias obstétricas y control post-aborto	
D.M. Quito	<i>“[Tuve un] aborto espontáneo, después de ello me dieron cita de control, pero me negaron la atención por la emergencia sanitaria”.</i> (Mujer entre los 18 y 24 años de edad con discapacidad visual y auditiva, ecuatoriana, de etnia mestiza, sin ingresos propios, sobre un hospital del MSP en el mes de abril. Adicionalmente, manifiesta que tuvo que esperar varias horas/días para ser atendida durante la emergencia obstétricas y que no había personal suficiente o cualificado por lo que acudió a un centro de atención privada)

Barreras en la atención ginecológica

D.M. Quito	<i>"No sabía dónde acudir. Dependo de mi madre a la hora de ir a un centro de salud porque para la comunicación con un doctor es difícil y mi madre es de confianza. No me siento segura con pagar a un intérprete. Pero, en este contexto del COVID mi madre es población vulnerable y es muy difícil salir".</i> (Mujer sorda con discapacidad física y múltiple, entre los 35 a 45 años de edad, ecuatoriana, de etnia mestiza, con ingresos inferiores al sueldo básico, sobre los centros de salud pública durante el mes de mayo)
D.M. Quito	<i>"Se me dificulta llamar al 171. Tenía la necesidad de una atención ginecológica durante el contexto de pandemia por un malestar. Vivo con mi madre y dependo de ella a la hora de salir, pero no le tengo confianza y además ella no domina muy bien la lengua de señas. Creo que la comunicación puede resultar difícil por el uso de la mascarilla y porque los doctores del ministerio no son pacientes".</i> (Mujer sorda entre los 30 a 35 años de edad, ecuatoriana, de etnia negra, sin ingresos propios, sobre centros de salud del MSP durante el mes de julio)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

Cabe resaltar que las mujeres sordas entrevistadas manifestaron que dichas barreras son frecuentes para la comunidad sorda en tiempos de normalidad previo a la pandemia por COVID-19. La mayoría coincidieron en que un obstáculo especialmente relevante es la falta de intérpretes de lengua de señas ecuatoriana (en adelante, LSEC) en el ámbito de la salud pública. Al respecto, el MSP pudo informar para este monitoreo que en lo que respecta al año 2020, los establecimientos de atención a nivel nacional no cuentan con este servicio.¹⁴³

Las mujeres sordas también destacaron la necesidad de profesionales de la salud capacitados en LSEC para que se pueda garantizar el derecho a la intimidad y privacidad de las usuarias, especialmente en los ámbitos de la SS y SR, la atención integral en VBG, incluido el acompañamiento psicológico. Dichos servicios requieren de personal cualificado que asegure la confidencialidad de la atención directa sin intermediarios, incluidos las y los intérpretes en LSEC.

Al respecto, las mujeres sordas señalaron que existen intérpretes que no garantizan una adecuada comunicación con el personal de salud, ya que pueden modificar parte del contenido de las consultas de acuerdo a ideas estereotipadas basada en el género y la diversidad sexual, lo que implica que no siempre respondan a las necesidades de las mujeres, niñas y población LGBTIQ+. En este sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (en adelante, Comité DPD), ha especificado que los prejuicios nocivos respecto a la sexualidad de las mujeres con discapacidad aún afectan al ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos en el acceso y atención en salud.¹⁴⁴

Una de las problemáticas evidentes y enfatizadas por las mujeres sordas en las entrevistas es la falta de acceso a información en SS y SR, especialmente en lo que se refiere al uso de MAC, el conocimiento de diferentes ITS, sobre los procedimientos ginecológicos como el papanicolau, el aborto legal o la atención post-aborto, debido a que no se cuenta con guías dirigidas específicamente a la comunidad y adaptadas a una gramática comprensible correspondiente a su lengua, entre otras barreras. Al respecto, el Comité DPD ha señalado que la falta de acceso a información sobre SS y SR para las niñas y mujeres con discapacidad, especialmente a mujeres sordas, mujeres con discapacidad intelectual, entre otras, puede aumentar el riesgo de que sean víctimas de violencia sexual.¹⁴⁵ Asimismo, dicho Comité enfatiza que la información dirigidas a niñas y mujeres con discapacidad debe incluir todos los aspectos pertinentes como "salud materna, los anticonceptivos, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, la prevención del VIH, el aborto sin riesgo y la asistencia posterior en casos de aborto, la infertilidad y las opciones de fecundidad, y el cáncer del sistema reproductor".¹⁴⁶

- **En cuanto a posibles actitudes prejuiciosas o discriminatorias durante la atención en salud basadas en la condición de discapacidad,** 4 mujeres sordas respondieron de manera afirmativa. Llama la atención que en sus testimonios en lugar de centrarse en actitudes específicas del personal de salud durante la pandemia por COVID-19; todas las entrevistadas coincidieron en señalar la dimensión estructural de la falta de políticas públicas eficientes, previas a la situación de Emergencia sanitaria, que garanticen la accesibilidad a los servicios esenciales de SS y SR y a una atención especializada, amigable y de calidad de manera general. Así, manifestaron: "los servicios del Estado no son accesibles porque falta información para las mujeres sordas"; "es injusto no poder acudir a los servicios de salud porque no hay confianza, ni intérpretes, no te explican, y dependes de una persona oyente"; "el Estado es negligente en cuanto una mujer sorda trata de acceder a un servicio, llamar no es la solución, no es accesible por la falta de intérpretes"; "intentar acceder al servicio de salud público para una mujer sorda es muy difícil y ahora con lo del COVID mucho más porque hay medidas que crean dependencia de otra persona, por ejemplo, tener que solicitar una cita por teléfono".¹⁴⁷

- Si bien la información recabada, no refleja a profundidad la situación de las mujeres, adolescentes, personas trans y no binarias con diferentes tipos de discapacidad durante la pandemia; de los datos obtenidos se desprende la necesidad de adoptar medidas urgentes por parte del Estado para superar las barreras preexistentes y derivadas de las medidas adoptadas para la prevención y manejo de la pandemia COVID-19.

6. Conclusiones

1. La pandemia del COVID-19 ha supuesto una grave crisis para el Sistema Nacional de Salud (SNS) ecuatoriano, agudizando la precariedad en la que se encontraba antes de la Emergencia sanitaria por su desmantelamiento progresivo y la falta de presupuestos adecuados. Esto ha tenido impactos significativos en el ejercicio del derecho universal a salud de la población en su conjunto, y en particular de las mujeres, niñas, adolescentes y población LGBTIQ+. Al respecto, el presupuesto del Ministerio de Salud Pública (MSP) se redujo un 5,32% en el año 2020 con respecto a 2019.

2. En materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva, el Comité de Operaciones de Emergencias Nacional del Ecuador a través de sus Mesas Técnicas de Trabajo interinstitucionales, emiten 5 documentos de recomendaciones específicas que contienen lineamientos operativos principalmente dirigidos a la atención de mujeres embarazadas y neonatos con sospecha o confirmación de COVID-19. En estos documentos, se recogen escasas recomendaciones para la atención de la SR dirigidas a garantizar la continuidad de los servicios a pacientes sin COVID-19. En particular, servicios como el aborto terapéutico no se reconocen expresamente como esenciales ni se aportan lineamientos específicos en tiempos de pandemia para garantizar su provisión. La falta de protocolos y lineamientos operativos dirigidos no solo a la atención de las personas con sospecha o confirmación de COVID-19, sino a la población en general, que contribuyan a garantizar el acceso y la atención oportuna, permite deducir que la SS y SR, y en consecuencia los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, niñas y grupos de atención prioritaria, aún son un elemento secundario de la agenda estatal, que adolece de enfoques preventivos integrales, de género e interseccional basados en las diferentes necesidades, perfiles y condiciones de vida de la población.

3. El Ministerio de Salud Pública ha reconocido que no dispone de recursos tecnológicos suficientes para aplicar la modalidad de telemedicina en el sistema de salud de manera integral. Aunque se recomendara el uso en lo posible de las Tecnologías de la Información y Comunicación durante la pandemia para realizar el seguimiento a personas usuarias, los recursos tecnológicos limitados de los establecimientos de salud del SNS y la falta de lineamientos específicos para el manejo de TICs aplicadas a los servicios de SS y SR durante la pandemia, generaron que la telemedicina fuera una respuesta insuficiente en cuanto a las diversas circunstancias de los centros de salud, su localización geográfica y las desigualdades de acceso de las usuarias a dispositivos electrónicos e Internet.

4. Las medidas institucionales adoptadas para contener y manejar la expansión de la pandemia por COVID-19, han afectado significativamente la provisión de servicios esenciales de SS y SR. De esta manera, el acceso a métodos anticonceptivos se ha reducido en Ecuador un 35,97% entre marzo a junio de 2020; y un 30,94% entre julio y septiembre de 2020. Las atenciones primeras preventivas prenatales descendieron en un 45,47% entre marzo a mayo; la cobertura de aborto terapéutico disminuyó un 68,79% entre marzo a julio de 2020 en relación al mismo período del 2019; y, las atenciones por complicaciones del embarazo terminado en un aborto en un 54,19%, también entre marzo y julio de 2020. Específicamente, las atenciones relativas a aborto espontáneo se redujeron un 41,24% en dicho período, y aquellas relacionadas con el aborto inseguro experimentaron un alarmante decremento del 67,26%. En particular, los abortos no especificados, alcanzaron un 81,19% de disminución. Esto implica un retroceso sustancial en materia del ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, niñas y población LGBTIQ+, durante la pandemia, al estar expuestas a graves situaciones de desatención en momentos críticos de riesgo de afectaciones graves a la salud o necesidad de acceso a servicios esenciales, incluido MAC. El proceso de entrevistas a usuarias durante este monitoreo develó que no solo las atenciones cayeron por la imposibilidad de acudir a los centros de salud debido a las medidas del estado de excepción, sino que se confirmaron testimonios de falta de atención en abortos terapéuticos, espontáneos y en emergencias obstétricas, tras abortos realizados fuera del sistema de salud pública.

5. Si bien las estrategias adoptadas para el manejo de la pandemia han tenido como finalidad prevenir el contagio masivo en la población y la atención a pacientes de COVID-19; la focalización en la Emergencia del coronavirus ha descuidado servicios prioritarios y urgentes. La interrupción de los servicios esenciales de SS y SR en el SNS, conlleva graves impactos en la salud y vida de la población en su conjunto y en especial en los grupos de atención prioritaria y personas en condición de vulnerabilidad y desventaja social como son las mujeres embarazadas, niñas, niños y adolescentes, población LGBTIQ+, personas con discapacidad, en situación de movilidad humana, entre otras. Una de las consecuencias determinantes de la disminución de los servicios de SS y SR durante la pandemia, es el aumento de la mortalidad materna en un 33,64% entre el 1 de enero y el 1 de noviembre de 2020, respecto al mismo período de 2019; lo que implica un incremento de MM superior a la observada en los últimos 5 años. Hasta la fecha señalada, se han identificado 143 casos de MM, donde las causas directas prevenibles por trastornos hipertensivos aumentaron un 84%.

6. La reducción del 68,79% de las atenciones por aborto médico evidencia el grave riesgo para la salud la vida de las mujeres y niñas que ha supuesto la pandemia por COVID-19. La falta de atención en el aborto terapéutico puede desembocar en un aumento de las defunciones maternas indirectas, al no prestar servicios para mitigar los efectos fisiológicos que un embarazo puede producir en mujeres con afectaciones en su salud. El alto descenso de este servicio es un llamado de atención sobre las falencias en las políticas de salud durante la pandemia, donde no se han recogido en los

protocolos, recomendaciones o directrices emitidas por el MSP y el COE-N, lineamientos específicos que permitieran reconocer el aborto terapéutico como un servicio esencial que debe garantizarse al conjunto de las mujeres y niñas embarazadas con o sin COVID-19. Esta omisión es posible en un contexto de criminalización del aborto que deriva en la falta de medidas contundentes que garanticen el derecho a la salud de las mujeres que necesitan una interrupción del embarazo. No obstante, el registro de denuncias del delito de aborto consentido sí se ha mantenido, incluso frente a la conocida disminución de los servicios de anticoncepción y el aumento del riesgo de situaciones de violencia sexual y violencia de género. Entre el 1 de marzo y el 31 de agosto de 2020 se han registrado 17 denuncias por este tipo de delito a nivel nacional.

7. A su vez, el significativo decremento en la atención a complicaciones obstétricas vinculadas a abortos tanto involuntarios como inducidos, donde la cobertura también se redujo significativamente en un 54,19%, entre marzo y julio de 2020 respecto a dicho período en 2010; evidencia la omisión de la atención oportuna a este tipo de emergencias en las recomendaciones emitidas durante la Emergencia Sanitaria. Esto repercutió en la falta de medidas específicas para garantizar su acceso diligente, y con este la protección de la vida e integridad de las mujeres y niñas, en un momento crítico del sistema de salud pública donde se esperaban saturaciones de los servicios de emergencia. El registro de casos de falta de atención oportuna tras un aborto o por otras complicaciones obstétricas, realizados a través de este monitoreo, demuestra que las barreras no solo se dieron por las medidas de confinamiento social o restricción de circulación, sino que también se relacionaron a falencias durante la atención y por la negación de estos servicios esenciales.

8. En cuanto a la provisión de métodos anticonceptivos, las restricciones del acceso presencial a los centros de salud y las medidas del estado de excepción han tenido un impacto directo en el uso de anticoncepción. Solo entre marzo y julio de 2020, el consumo de preservativos masculinos descendió un 36,09%, y la AOE tuvo un decremento del 33,84%, respecto al mismo período del 2019. La falta de acceso a MAC junto a otras circunstancias como la incidencia de violencia sexual, se relaciona estrechamente con el aumento de embarazos no deseados y forzados. Al respecto, el MSP informó que entre los meses de marzo y julio había identificado un incremento de 3320 embarazos más, respecto al año anterior en el mismo período; de los cuales 486 se refieren a niñas y adolescentes, y 190 de ellos se ubican en niñas entre los 10 a 14 años. Sin embargo, preocupa que hasta la actualidad pueda ser un aumento significativamente mayor debido a las barreras persistentes de acceso a los servicios de SS y SR, incluido hacia víctimas de violencia sexual. Hasta el mes de octubre de 2020, las autoridades sanitarias no contaban con cifras oficiales fidedignas y de acceso público que permitan dimensionar la situación real del incremento de embarazos en el contexto de la pandemia por COVID-19.

9. Entre marzo y julio de 2020, el registro de denuncias por delitos sexuales descendió un 44,46% en la Fiscalía General del Estado. Al respecto, la Secretaría de Derechos Humanos, ha reconocido que la atención mediante teleconsulta ha sido una medida insuficiente para apoyar a las víctimas de violencia de género durante la pandemia. Además, a través del proceso de entrevistas a usuarias e informantes claves durante este monitoreo, se registraron casos de falta de atención integral en salud a víctimas de violencia de género que no interpusieron una denuncia y, por tanto, no accedieron al sistema de justicia y tampoco al sistema de protección. Entre las dificultades encontradas, constan la imposibilidad de recibir atención ginecológica para la detección y tratamiento de ITS debido a la falta de citas o insumos, entre otras situaciones particularmente graves como el hecho de que 2 mujeres trans no accedieran a tratamiento profiláctico post-exposición para VIH e ITS después de haber sido víctimas de violencia sexual. Las consecuencias de la falta de promoción en salud y las dificultades de la atención integral para víctimas de violencia de género durante el confinamiento son alarmantes, y dan cuenta de la falta de prioridad estatal para atender las necesidades de las mujeres y niñas, pues a pesar de ser predecibles y de que diferentes organismos internacionales de derechos humanos instaron a los Estados a generar medidas adecuadas para prevenir la violencia y garantizar el acceso a servicios de SS y SR, no se dio la importancia suficiente para mitigar los posibles impactos de dichos factores.

10. Asimismo, durante la Emergencia se pudo constatar la dificultad de acceso a pruebas y tratamientos de ITS y VIH, donde la Encuesta Virtual “Acceso y Atención en los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador” levantada por las organizaciones locales Surkuna, Movimiento de Mujeres de El Oro, Fundación Lunita Luneta y Fundación Mujer & Mujer, registró 29 respuestas relacionadas con estas barreras, ubicándose incluso casos de falta de provisión de tratamientos profilácticos a víctimas de violencia sexual, lo que vulnera las garantías de atención en salud integral de manera oportuna a sobrevivientes de violencia de género.

11. Entre el 12 de marzo y el 13 de septiembre de 2020, no se llevaron a cabo a nivel nacional campañas de comunicación de amplia difusión y alcance nacional destinadas a informar sobre el acceso y atención en servicios de SS y SR en tiempos de COVID-19, ni se generaron acciones sostenidas de promoción de salud en este ámbito que permitieran mitigar los impactos de la interrupción de los servicios. A modo de ejemplo: en los 6 meses mencionados, solo se realizaron 26 publicaciones sobre servicios de SS y SR en la cuenta oficial de Facebook del Ministerio de Salud Pública; 9 en su Instagram, y 45 en Twitter. En lo que se refiere a MAC no se registran publicaciones, y tan solo 3 en todo el período fueron sobre aborto terapéutico, atención post aborto y emergencias obstétricas. En cuanto a la atención durante el embarazo, las publicaciones son escasas: 7 en Facebook, 3 en Instagram y 12 en Twitter. La ausencia de difusión de información en SS

y SR especializada y adaptada a las diferentes condiciones sociales de los grupos poblacionales, delata la fragilidad de las medidas y estrategias para garantizar el derecho a la información en materia de SS y SR a nivel nacional y las deudas con la población en lo que se refiere a educación sexual e información de las rutas de acceso y provisión de servicios de SS y SR.

12. Las medidas de aislamiento social, junto a la restricción de circulación y la suspensión del transporte público, además de la precarización económica, han incrementado las relaciones de dependencia y control al interior de las familias donde persisten desigualdades de género y concepciones estereotipadas respecto a la sexualidad. Estas situaciones han sido especialmente palpables para las mujeres jóvenes, adolescentes, población LGBTIQ+ y mujeres con discapacidad, que han visto limitadas sus posibilidades de acceso a servicios de SS y SR como MAC, planificación familiar, atención en abortos, y la atención ginecológica debido a la imposibilidad de salir de sus casas, trasladarse a centros de salud lejanos al domicilio o al no poder compartir con familiares la necesidad de continuar con tratamientos anticonceptivos y acceder a servicios para generar estrategias de apoyo durante el contexto de la Emergencia. En este sentido, se torna urgente reforzar las adaptaciones de la atención primaria que permiten el acceso de manera inmediata, autónoma y sin requerimientos adicionales a servicios de SS y SR, como por ejemplo la disponibilidad de dispensarios de preservativos recargados de manera frecuente y de fácil acceso, la incorporación de intérpretes en lengua de señas y otras adaptaciones que permitan el acceso a las personas con discapacidad en su conjunto, a la vez que los protocolos y normas contemplan las necesidades, demandas y situaciones concretas de los grupos poblacionales con mayores condiciones de vulnerabilidad.

13. 31 de 81 mujeres y personas LGBTIQ+ (el 38,27%) que fueron entrevistadas de manera directa para este monitoreo, y tuvieron dificultades de acceso y atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva durante el contexto de la pandemia por COVID-19, consideraron haber sido atendidas bajo actitudes prejuiciosas o discriminatorias basadas en la edad, la nacionalidad, la condición de discapacidad, la identidad de género y la orientación sexual, por parte del personal de salud, previamente y durante la Emergencia sanitaria. Entre ellas constan: 4 adolescentes, 21 mujeres colombianas y venezolanas, 4 mujeres sordas, y 9 personas con identidad de género y sexual diversa. De esta situación, se deduce la persistencia de tratos inadecuados y ofensivos hacia grupos prioritarios, vulnerables, en desventaja social, y discriminados históricamente, especialmente hacia mujeres migrantes de origen venezolano y población LGBTIQ+. Estas actitudes vulneran el derecho a la igualdad y no discriminación en el acceso al más alto nivel de SS y SR y tiene impactos especialmente graves. En 1 de los casos, las falencias condicionadas por actitudes discriminatorias derivaron incluso en la pérdida gestacional de una mujer embarazada de nacionalidad venezolana, que no recibió atención en salud oportuna durante la pandemia.

7. Recomendaciones

1. Se recomienda al Estado ecuatoriano reconocer de manera amplia e interinstitucional a los servicios de Salud Sexual (SS) y Salud Reproductiva (SR) como servicios de salud esenciales y urgentes de acuerdo a estándares internacionales y regionales de Derechos Humanos, con enfoque de género e interseccional tanto en contextos de emergencia nacional y crisis humanitarias como en períodos de post-pandemia y normalidad. En este sentido, se recomienda modificar las recomendaciones existentes en SS y SR, incluyendo como servicios esenciales al aborto terapéutico y no punible, a la atención a emergencias obstétricas, a la atención a víctimas y sobrevivientes de violencia basada en género y atención para la detección de pruebas y tratamientos de ITS/VIH.

2. Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y a la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencia, elaborar un protocolo específico para garantizar la continuidad de los servicios esenciales de SS y SR en el contexto de la Emergencia Sanitaria por COVID-19. El protocolo debe incluir lineamientos operativos basados en la evidencia de los impactos de pandemias previas y COVID-19 durante el año 2020, estándares de derechos humanos; y la experiencia de la población usuaria con respecto a las barreras de acceso y atención de acuerdo a sus diversas condiciones de vida y situaciones socioeconómicas y culturales, por cuanto la Emergencia Sanitaria sigue vigente. En ese sentido, se insta a que este protocolo sea de alcance nacional, elaborado con la participación de sociedad civil y comités de usuarias, y que incluya medidas específicas para la continuidad de la provisión de MAC y asesoría reproductiva; la atención prenatal, durante el parto y el puerperio; la atención de emergencias obstétricas derivadas tanto del embarazo como de pérdidas gestacionales y abortos; la oferta e implementación del procedimiento de aborto terapéutico y no punible para salvaguardar la vida y salud de las mujeres y niñas embarazadas; la atención postaborto; el acceso a pruebas y tratamientos de ITS y VIH, incluida la atención especializada ginecológica; y la atención en salud integral a víctimas de violencia de género. Además, se recomienda que uno de los contenidos fundamentales de este tipo de protocolos sea la existencia de flujos de atención dirigidos tanto a la población con sospecha o confirmación de COVID-19 como a las personas usuarias en general; con énfasis en grupos de atención prioritaria y en condiciones de doble y triple vulnerabilidad o desventaja social como son las personas migrantes, población LGBTIQ+ y los pueblos y nacionalidades, las personas residentes en áreas rurales y alejadas de las ciudades, personas con discapacidades, entre otras.

3. Se insta al Ministerio de Salud Pública a generar kits de emergencia para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual, con el objetivo de que las mismas puedan acceder sin ninguna demora a la psicoprofilaxis post-exposición y la anticoncepción oral de emergencia. Debe existir un protocolo concreto para acceso al kit, en el cual se prohíba la solicitud de requisitos que puedan constituir barreras como denuncias o solicitudes de Fiscalía.

4. Se insta al Ministerio de Salud Pública a realizar un control y monitoreo sobre la disponibilidad de insumos de SS y SR, incluyendo métodos anticonceptivos y medicamentos para el tratamiento de VIH/ITS con el objetivo de garantizar que no haya desabastecimiento.

5. Se insta al Ministerio de Salud Pública a tener un monitoreo adecuado del acceso de las mujeres, adolescentes y población LGBTIQ+ a servicios de SS y SR; especialmente en lo que se refiere al aborto terapéutico, no punible y atención a emergencias obstétricas con el objetivo de garantizar el acceso de las mujeres, niñez y adolescencia, y personas de la diversidad sexual a estos servicios. Para ello, se debe fortalecer la capacitación sobre la Guías de Práctica Clínica de Atención al Aborto Terapéutico y de Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto diferido y recurrente; las disposiciones vigentes relativa al secreto profesional y confidencialidad en salud, y sobre su obligación de transparencia activa en materia de información en salud. A su vez, se debe garantizar la inclusión de indicadores claros de cumplimiento de los estándares y rutas establecidas en los mencionados instrumentos de atención en salud.

6. Se recomienda al Ministerio de Salud Pública, generar rutas específicas para el acceso a SS y SR de adolescentes, considerando su específica situación de vulnerabilidad exacerbada por la pandemia, por lo cual es importante que se realice un estudio y se brinden herramientas creativas para garantizar el acceso de esta población a servicios de salud integral, incluido el aborto no punible.

7. Se insta a la Secretaría de Derechos Humanos en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, y el Ministerio de Inclusión Económica y Social a elaborar un plan de interinstitucional que permita proyectar estrategias para la atención integral a víctimas de violencia de género que no pueden acceder al sistema de protección integral, ni al sistema de justicia y que no interpongan denuncias; reforzando las medidas de tamizaje para la detección de violencia de género en todos los niveles de atención del SNS.

8. Se sugiere generar campañas comunicacionales y acciones informativas para promoción de los servicios de SS y SR, así como para conocer los flujos específicos de acceso y atención en cada servicio particular que prioricen los servicios esenciales y las situaciones de riesgo, donde se incluya el programa vigente de asesoría en SS y SR de la línea del MSP, 171. Se recomienda enfatizar en el acceso a métodos anticonceptivos, en las causales de aborto no punible, en la importancia de la atención prioritaria de emergencias obstétricas, y en lo que se refiere a la prevención de ITS, incluido el VIH, y el acceso a pruebas y tratamientos relacionados.

9. Se insta al Ministerio de Salud Pública y al Servicio de Emergencia ECU911 a generar capacitaciones urgentes basada en evidencia científica, estándares de DDHH y enfoque de género e interseccional con participación de organizaciones de sociedad especializadas en la promoción e incidencia de derechos sexuales y derechos reproductivos. Las cuáles serán dirigidas al personal de atención en salud, en especial de emergencias, para la diligente provisión del aborto terapéutico, la atención postaborto y la atención emergencias obstétricas donde se incluyan la capacitación sobre secreto profesional y confidencialidad en salud acorde con la recomendación dada en el año 2016 por el Comité CEDAW a nuestro país. Estas capacitaciones deben partir del análisis de casos que han presentado falencias de acceso y atención en el contexto de la Emergencia Sanitaria con el fin de determinar los nudos críticos y mejorar la respuesta.

10. Se insta al MSP a implementar y fortalecer todas las medidas necesarias para garantizar la atención especializada y adaptada a personas con discapacidades, haciendo énfasis en aquellas que respeten el derecho a la intimidad, a la privacidad y al consentimiento informado de las personas usuarias, así como al desarrollo de su autonomía. Al respecto, se recomienda incorporar intérpretes de lengua de señas en el sistema de salud pública para todos los niveles de atención e incluir en la capacitación de las y los profesionales de la salud, la formación en lengua de señas para brindar además una atención directa y sin intermediarios a la comunidad sorda del país y también incluir expertas/os en herramientas para trabajar con personas con discapacidad psicosocial y garantizar sus derechos de acuerdo a lo establecido en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Además, se sugiere generar normativa específica para impedir que los derechos reproductivos de las mujeres y niñas con discapacidad sean vulnerados, especialmente para prevenir y erradicar las esterilizaciones forzadas.

11. Se recomienda al Ecuador, modificar las leyes restrictivas en materia de salud sexual y salud reproductiva, sobretodo despenalizar el aborto en todos los casos, así como garantizar normativas que permitan a adolescentes y personas en situación prioritaria tomar decisiones en materia de salud sexual y salud reproductiva.

12. Se recomienda al Ecuador implementar la decisión de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de Paola Guzmán Albarracín Vs Ecuador, generando un mecanismo de coordinación entre los Ministerios de Educación, de Inclusión Económica y Social, y la Secretaría de Derechos humanos para: implementar una política de educación sexual integral; asegurar educación para cambios de patrones socio culturales y prevención de la violencia sexual; crear un proceso de denuncia sencillo de casos de violencia sexual dentro del sistema educativo; y fortalecer las capacidades de las personas del sistema educativo en la detección de casos de violencia y la acción frente a la misma.

13. Se recomienda que se generen políticas para garantizar la no discriminación en acceso a la salud sexual y salud reproductiva, en especial para personas LGTBIQ+, personas con discapacidad, personas en situación de movilidad y adolescentes. Estas políticas deben incluir medidas de acción afirmativa, pero también sanciones específicas para quienes generen prácticas discriminatorias.

14. Asegurar que dentro del Sistema Nacional de Salud existan lineamientos específicos que garanticen el acceso y atención integral en los servicios de salud a mujeres, adolescentes y población LGTBIQ+ en situación de movilidad humana, incluida SS y SR.

15. Asegurar que no existan brechas de acceso a los servicios de SS y SR, especialmente las barreras espaciales o por adjudicación de un centro específico de atención, considerando que la situación de pandemia requiere promover de manera prioritaria el acceso a servicios.

16. Se recomienda generar información sobre el acceso y atención en servicios de SS y SR a mujeres y personas LGTBIQ+ privadas de la libertad durante la pandemia por COVID-19 y de manera general, así como diseñar e implementar acciones específicas para garantizar su acceso a dichos servicio.

Referencias Bibliográficas

- Asamblea Nacional de Ecuador, *Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*, Registro Oficial Suplemento 175 del 5 de febrero de 2018.
 - *Código Orgánico Integral Penal*, Registro Oficial Suplemento 180 del 10 de febrero de 2014.
 - *Constitución de la República del Ecuador*, Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008.
 - *Ley Orgánica de Salud*, Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006
- Corporación Nacional de Telecomunicaciones: Informe de Gestión Mensual preparado para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, período del 1 al 30 de abril. Contrato Número 00069-2019. Disponible en: <https://almacenamiento.msp.gov.ec/index.php/s/SgOHAEB0vKvm0se>.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas: *Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y salud reproductiva (artículo 12 de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, [E/C.12/GC/22], 2016. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QsmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF4ITob4CvIjeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWfdJ4z4216PjNj67NdUrGT>.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación general Núm. 3*, [CRPD/C/GC/3], 2016.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general Núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19*, [CEDAW/C/GC/35], 2017.
 - *Recomendación general Núm. 33 sobre el acceso de las mujeres a la justicia*, [CEDAW/C/GC/33], 2015. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10710.pdf>.
- Comité de Operaciones de Emergencia Nacional del Ecuador: *Informe de Situación COVID-19 ECUADOR* Número 61, 25 de septiembre de 2020, pág. 7. Disponible en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/Informe-de-Situación-No061-Casos-Coronavirus-Ecuador-25092020.pdf>.
- Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* [A/HRC/31/57], 5 de enero de 2016. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/31/57>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas: *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe*
 - *Milena 1.0*. febrero de 2020. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina de país en Ecuador. Quito. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/5606/file/MILENA-Consecuencias-socioeconomicas-del-Embarazo-Adolescentes-en-Ecuador.pdf.pdf>.
 - *Estado de Población Mundial, 2019*, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador:
 - *Registro Estadístico de Nacidos Vivos 2019*, Boletín Técnico Número 01-2020-RENV, Quito, 2020. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/.
 - *Encuesta de Salud y Nutrición 2018*. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>.
- Jonathan Veletanga (24 de julio de 2020): “La Telemedicina debe ser regulada formalmente en Ecuador”, Edición médica. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/la-telemedicina-debe-ser-regula-formalmente-en-ecuador--96207>.
- Ministerio de Trabajo del Ecuador: Acuerdo Ministerial Número MDT-2020-076, Expedir las directrices para la aplicación de teletrabajo emergente durante la declaratoria de emergencia sanitaria, 12 de marzo de 2020. Disponible en: <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/ACUERDO-MDT-2020-076-TELETRABAJO.pdf>;
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 44 Ecuador 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/Gaceta-de-MM-SE-40.pdf>.
 - *Situación Nacional por COVID-19*, Infografía Número 211, 25 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/INFOGRAFIA-NACIONALCOVID19-COE-NACIONAL-08h00-25092020.pdf>.
 - *Recomendaciones y consideraciones generales de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19*, Versión segunda, junio de 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/recomendaciones__manejo_materno-covid-19_borrador_final_16-06-2020-1.pdf.
 - *Recomendaciones para la prevención, control y manejo de neonatos con sospecha de infección por SARS-CoV-2 o confirmación de COVID-19*, Versión segunda, junio de 2020. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLO-NEONATALES-FIRMADO.pdf>.
 - *Recomendaciones para el manejo de neonatos con sospecha o confirmación de COVID-19*, Versión primera, abril de 2020 (<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-para-el-manejo-de-neonatos-con-sospecha-o-confirmación-de-COVID-19.pdf>)
 - *Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19*, Versión Primera, abril 2020. Disponible en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones-de-prevenci%C3%B3n-control-y-manejo-materno-en-casos-sospechosos-o-confirmados-de-COVID-19.pdf>
 - *Lineamientos operativos para la intervención de salud mental en la emergencia sanitaria*, marzo de 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/lineamientos_operativos_salud_mental_covid_-19_10616496001593095571.pdf.
 - Acuerdo Número 00126-2020 “Declárese el estado emergencia sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en los servicios de laboratorio, unidades de epidemiología y control, ambulancias aéreas, servicios de médicos y paramédicos, hospitalización y consulta externa por la inminente posibilidad del efecto provocado por el coronavirus COVID-19, y prevenir un posible contagio masivo en la población”, Suplemento Registro Oficial, Número 160, 12 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/ANEXO-No.-1-ACUERDO-MINISTERIAL-SALUD-126-2020.pdf>.
 - *Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. Norma Técnica*. Quito: Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, 2019. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC-00040-2019%20SEPT%2010.pdf>.
 - *Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. 2017.
 - *Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). Manual*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP, 2016
 - *Trastornos hipertensivos del embarazo*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización – MSP; 2016.
 - *Normativa Sanitaria. Certificación como Amigos de la Madre y el Niño*, Acuerdo Ministerial 108, Registro Oficial Edición Especial 788 del 30 de noviembre de 2016.
 - *Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica*. Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización - MSP; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Aborto-terap%C3%A9utico.pdf>
 - *Control Prenatal Guía de Práctica Clínica*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015.
 - *Instructivo de Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos*
 - Acuerdo Ministerial 2490, Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-

- Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud-MSP, 2014., págs. 9 y 10. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo_de_implementation_del_acuerdo_ministerial_2490_aprobado.pdf.
- Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud, Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2013. Disponible en: <https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>.
 - *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2013.
 - *Agendamiento de Citas Médicas*, s/f. Disponible en: <https://www.salud.gov.ec/agendamiento-de-citas-medicas/>.
 - Ministerio de Salud del Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo de Ecuador, Fondo de Población de las Naciones Unidas, SENDAS: *Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Ecuador*, julio 2017, Quito, Ecuador. Disponible en: <http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>.
 - ONU Mujeres, *Igualdad de género. A 25 Años de Beijing. Los Derechos de las Mujeres Bajo la Lupa*. Estados Unidos; 2020, pág. 5. Disponible en: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/gender-equality-womens-rights-in-review-es.pdf?la=es&vs=4849>.
 - Secretaría de Derechos Humanos del Ecuador: *Informe de gestión de 2020*, Disponible en: <https://www.derechoshumanos.gov.ec/wp-content/uploads/2020/07/INFORME-GESTION-2020-PDF-firmado-Subs-s-igned.pdf>.
 - *Análisis de cifras de atenciones a víctimas de violencia intrafamiliar y basada en género durante la emergencia sanitaria. Boletín Informativo SDH Número 2 abril 2020*, Quito, 18 de mayo de 2020. Disponible en: https://www.derechoshumanos.gov.ec/wp-content/uploads/2020/05/Informe-No.-2-Analisis-cifras-atenciones-SDH_abril-2020.pdf.
 - *Informe de Gestión I Semestre 2020*, s/f, s/p. Disponible en: <https://www.derechoshumanos.gov.ec/wp-content/uploads/2020/07/INFORME-GESTION-2020-PDF-firmado-Subs-s-igned.pdf>; y Subsecretaría de Prevención y Erradicación de la Violencia del Ecuador: *Informe de análisis de cifras de atención a víctimas de violencia y gestión de atenciones en el marco de la emergencia sanitaria*, 8 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.derechoshumanos.gov.ec/wp-content/uploads/2020/06/ANALISIS-DE-CIFRAS-DE-ATENCION-A-VICTIMAS-DE-VIOLENCIA-EN-EMERGENCIA-SANITARIA-2.pdf>
 - Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias de Ecuador, Mesa Técnica de Trabajo 4: *Protocolo con pertinencia intercultural para la prevención y atención de la COVID-19 en Pueblos y Nacionalidades Indígenas, Afroecuatorianos y Montubio del Ecuador*, Versión Segunda, agosto de 2020. Disponible en: <https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2020/10/ACTUALIZACION-2.0-PROTOCOLO-CON-PERTINENCIA-INTERCULTURAL-PARA-LA-PREVENCIÓN-Y-ATENCIÓN-DEL-COVID-19-EN-PUEBLOS-Y-NACIONALIDADES-INDÍGENAS-AFROECUATORIANOS-Y-MONTUBIOS-DEL-ECUADOR-1.pdf>.
 - Mesa Técnica de Trabajo 2: *Recomendaciones para el ejercicio quirúrgico en la pandemia COVID-19*, 26 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2020/06/Recomendaciones-Consenso-Cirug%C3%ADa-Versi%C3%B3n-1.0-1.pdf>
 - Mesa Técnica de Trabajo 2: *Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID19*, Versión 1, abril de 2020. Disponible en: https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/2020/07/Recomendaciones-para-manejo-de-mujeres-embarazadas_2020.pdf.
 - Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud del Ecuador: *Respuesta Ciudadana*, Número MSP-DNPNAS-2020-0102-O. 16 de octubre de 2020.
 - Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud del MSP del Ecuador: Informe Técnico DNH #232, Oficio Número MSP-DNH-2020-0005-O. 1 de octubre de 2020. Disponible en: <https://almacenamiento.msp.gov.ec/index.php/s/wcBWSE2qeTuakg1>.
 - Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud y Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública del Ecuador: Entrega Preferencial de medicamentos a las personas que viven con VIH, Memorando Número MSP-SNVSP-2020-0490, 18 de marzo de 2020.
 - *Lineamientos con respecto a la atención integral de pacientes que viven con VIH, durante el tiempo que dure la Emergencia por el COVID-19*, Memorando Número. MSP-SNVSP-2020-0513, 19 de marzo de 2020.

Notas

1. Timothy Robertson, Emily Carter, Victoria Chou, Angela Stegmuller, Bianca Jackson, Yvonne Tam, Talata Sawadogo-Lewis, Neff Walker, *Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study*, tabla 1, 12 de mayo de 2020, Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30229-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30229-1/fulltext).
2. Organización Mundial de la Salud (OMS): *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales*, 1 de junio 2020, pág.18 [Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020]. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf.
3. Véase Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador: Resultados del Art. 7 literal g) de la *Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LOTAIP)*, enero de 2019 y enero de 2020. Disponible en [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2019/Enero/g\)presupuesto_de_la_institucion_enero2019.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2019/Enero/g)presupuesto_de_la_institucion_enero2019.pdf) y https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/Literal_g-Presupuesto_de_la_institucion-5.pdf.
4. Ministerio de Finanzas del Ecuador: *Proforma del presupuesto general del Estado*. Programa Anual de Inversiones. Ejercicio 2019 y 2020. Disponible en: https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/11/20CN_Plan-Anual-de-Inversiones-Entidad-Proyecto.pdf
5. Secretaría de Derechos Humanos (SDH) del Ecuador: *Informe de Gestión I Semestre 2020*, s/f, pág. 41. Disponible en: <https://www.derechoshumanos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/INFORME-GESTION-2020-PDF-firmado-Subs-signad.pdf>.
6. Para revisar el listado de indicadores consulte el Anexo 1. En relación a los indicadores es necesario señalar que de los 60 propuestos, se obtuvo información parcial de 13 y sobre 25 no se tuvo acceso por demoras en la repuesta a las solicitudes de información estadística remitidas al MSP señalada a su vez en el apartado de metodología.
7. Véase MSP: Información sobre rendición de cuentas de 2018. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/en-2018-se-evidencio-un-sistema-nacional-de-salud-fortalecido/>.
8. Véase Círculo de Estudios Latinoamericanos (10 de septiembre de 2020): “En IESS se revierte la tendencia a la baja en afiliaciones, por primera vez desde noviembre de 2019” en Cesla.com. Disponible en: <https://www.cesla.com/detalle-noticias-de-ecuador.php?Id=15807>.
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del Ecuador: *Actividades y recursos de salud 2018*, Quito; 2019. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>.
10. MSP: “Declárese el estado emergencia sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en los servicios de laboratorio, unidades de epidemiología y control, ambulancias aéreas, servicios de médicos y paramédicos, hospitalización y consulta externa por la inminente posibilidad el efecto provocado por el coronavirus COVID-19, y prevenir un posible contagio masivo en la población”. Acuerdo Ministerial Número 00126-2020, Suplemento Registro Oficial, Número 160, 12 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/ANEXO-No.-1-ACUERDO-MINISTERIAL-SALUD-126-2020.pdf>
11. Para revisar las áreas de especialización de cada Mesa Técnica de Trabajo (MTT) y Grupo de Trabajo (GT), consúltese los Informes de Situación del Comité de Operaciones de Emergencias Nacional (COE-N) en el sitio web de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias (SNGRE) del Ecuador: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/coe-nacional/>.
12. Presidencia de la República del Ecuador, *Decreto Ejecutivo 1017* del 16 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/03/Decreto_presidencial_No_1017_17-Marzo-2020.pdf.
13. MSP: *Situación Nacional por COVID-19*, Infografía Número 211, 25 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/INFOGRAFIA-NACIONALCOVID19-COE-NACIONAL-08h00-25092020.pdf>.
14. *Ibíd.*
15. El texto de la declaración conjunta es accesible en: <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/ElMinisterioInforma/Documents/COVID-19%20SPANISH%20050520.pdf>
16. Para una revisión de los protocolos, lineamientos, recomendaciones y guías emitidas durante la Emergencia Sanitaria en Ecuador y de acceso público, véase: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/protocolos-y-manuales/> y <https://www.salud.gob.ec/documentos-normativos-coronavirus-ecuador/>.
17. Véase COE-N del Ecuador, *Informe de Situación COVID-19 ECUADOR* Número 61, 25 de septiembre de 2020, pág. 7. Disponible en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/Informe-de-Situación-No061-Casos-Coronavirus-Ecuador-25092020.pdf>.
18. Para una revisión de la normativa relativa al contexto de COVID-19 emitida por el MSP del Ecuador, véase: <https://www.salud.gob.ec/documentos-normativos-coronavirus-ecuador/>.

19. Véase SNGRE, MTT2: *Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID19*, Versión 1, abril de 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Recomendaciones-para-manejo-de-mujeres-embarazadas_2020.pdf; MSP: Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19, Versión 1 (abril 2020), y Versión 2 (junio 2020). Disponible en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones-de-prevenci%C3%B3n-control-y-manejo-materno-en-casos-sospechosos-o-confirmados-de-COVID-19.pdf> y https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/recomendaciones__manejo_materno-covid-19_borrador_final_16-06-2020-1.pdf; SP del Ecuador, Recomendaciones para el manejo de neonato con sospecha o confirmación de COVID-19, Versión primera, abril de 2020 (<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-para-el-manejo-de-neonatos-con-sospecha-o-confirmaci%C3%B3n-de-COVID-19.pdf>) y MSP, Recomendaciones para la prevención, control y manejo de neonatos con sospecha de infección por SARS-CoV-2 o confirmación de COVID-19, Versión segunda, junio de 2020. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLO-NEONATALES-FIRMADO.pdf>.
20. *Ibíd.*
21. *Ibíd.*
22. *Ibíd.*
23. La aplicación de estas medidas se conoce por documento donde se refieren las disposiciones específicas ya que al ser directrices internas del MSP, no se ha tenido acceso al texto completo. Véase: MSP, *Lineamientos operativos para la intervención de salud mental en la emergencia sanitaria*, marzo de 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/lineamientos_operativos_salud_mental_covid_-19_10616496001593095571.pdf; CNT, Informe de Gestión Mensual preparado para el MSP, período del 1 al 30 de abril. Contrato Número 00069-2019. Disponible en: <https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/SgOHAEB0vKvm0se>; MSP, *Agendamiento de Citas Médicas, s/f en https://www.salud.gob.ec/agendamiento-de-citas-medicas/*; MTT2: *Recomendaciones para el ejercicio quirúrgico en la pandemia COVID-19*, 26 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/Recomendaciones-Consenso-Cirug%C3%ADa-Versi%C3%B3n-1.0-1.pdf>
24. CNT, *Informe de Gestión Mensual preparado para el MSP*, períodos de enero a agosto de 2020. Contrato Número 00069-2019. Disponible en: <https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/SgOHAEB0vKvm0se>.
25. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud: *Respuesta Ciudadana*. Enviada a Surkuna el 1 de octubre de 2020.
26. Véase el conjunto de protocolos, recomendaciones y lineamientos emitidos durante la pandemia en: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/protocolos-y-manuales/> y <https://www.salud.gob.ec/documentos-normativos-coronavirus-ecuador/>.
27. Entrevistas no publicadas realizadas por el Equipo Técnico de Surkuna en agosto de 2020 bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de las personas informantes.
28. *Ibíd.*
29. 16 estas entrevistas no están publicadas y fueron realizadas bajo acuerdo de confidencialidad en agosto de 2020 por los Equipos Técnicos de Surkuna, el Movimiento de Mujeres de El Oro, Fundación Lunita Lunera y Fundación Mujer&Mujer. 44 entrevistas, son accesibles a través del siguiente enlace autorizado por el MSP: <https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/uo9kmMpz9WuP94m?path=%2F>.
30. Véase OMS: *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales*, 1 de junio 2020 [Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020; Comisión Interamericana de Mujeres y Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém do Pará (MESECVI): *La violencia contra las mujeres frente a las medidas dirigidas a disminuir el contagio del COVID-19* (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/II.6.26). Disponible en: <https://www.oas.org/es/cim/docs/COVID-19-RespuestasViolencia-ES.pdf>; Comisión Interamericana de Derechos Humanos: *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, Resolución 1/2020, 10 de abril de 2020. Disponible: <http://oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>; V.V.A.A.: *Cincondiciones. Herramientas para defender la Salud Reproductiva en tiempos de COVID-19*, Año 2020. Disponible en: www.cincondiciones.com.
31. Asamblea Nacional del Ecuador, *Código Orgánico Integral Penal*, Registro Oficial Suplemento 180 del 10 de febrero de 2014, Art. 150.
32. MSP: Oficio de respuesta a solicitud de información Número MSP-SNGSP-2020-0881, 5 octubre de 2020.
33. *Ibíd.*
34. *Ibíd.*
35. *Ibíd.*
36. MSP, *Reglamento para regular el acceso de métodos anticonceptivos*, Acuerdo Ministerial 2490, Registro Oficial 919 del 25 de marzo de 2013. Disponible en: <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/01/Acuerdo-Ministerial-2490.pdf>; e *Instructivo*

de *Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos - Acuerdo Ministerial 2490*, Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización- Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud-MSP, 2014., págs. 9 y 10. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/instructivo_de_implementacion_del_acuerdo_ministerial_2490_aprobado.pdf.

37. SNGRE, MTT2: *Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID19*, Versión 1, abril de 2020.

38. *Ibid.*

39. Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico de Surkuna en el mes de agosto de 2020 bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de la personal informante.

40. Para un detalle sobre dificultades identificadas en víctimas de violencia de género respecto al acceso y atención en servicios de SS y SR, véase el apartado 5.3.1. presente informe.

41. Véase notas 36 y 37.

42. MSP: “Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad”. Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización- MSP; 2017.

43. INEC, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018*, Ecuador, 2019. Tabulados y Series Históricas. Disponible en: : <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>.

44. MSP, Senplades, UNFPA, SENDAS: *Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Ecuador*, julio 2017, Quito, Ecuador. Disponible en: <http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>.

45. INEC, *ENSANUT 2018*, Quito; 2019.

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

47. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud del MSP del Ecuador: *Informe Técnico DNH #232*, Oficio Número MSP-DNH-2020-0005-O. Enviado a Surkuna el 1 de octubre de 2020. Disponible en: <https://almacenamiento.msp.gov.ec/index.php/s/wcBWSE2qeTuakg1>.

48. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud del Ecuador: *Respuesta Ciudadana*, Oficio Número MSP-DNPNAS-2020-0102-O. Enviada a Surkuna el 16 de octubre de 2020.

49. Véase, OMS: *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales*, 1 de junio 2020.

50. INEC, *Nacimientos y defunciones fetales 2019*, Tabulados y series históricas, Quito; 2020. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/#:~:text=En%20el%202019%20se%20registraron,de%20la%20publicaci%C3%B3n%20es%20anual.

51. *Ibid.*

52. UNFPA, *Estado de Población Mundial, 2019*, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf.

53. UNFPA: *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0*. febrero de 2020. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina de país en Ecuador. Quito. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/5606/file/MILENA-Consecuencias-socioeconomicas-del-Embarazo-Adolescente-en-Ecuador.pdf.pdf>.

54. Entrevistas no publicadas realizadas por el Equipo Técnico de Surkuna a representantes de la Asociación de Trabajadoras Sexuales Primero de Mayo; de la Sociedad Ecuatoriana de Anticoncepción, y a una de las organizaciones de base de la CONAMUNE, durante el mes de septiembre de 2020, bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de las personas informantes.

55. Las citas registradas se refieren a aquellas que se agendan en el período mensual de solicitud de las usuarias pudiendo asignarse para ese mismo mes o posteriores. Las citas entregadas se refieren a las citas totales asignadas para un período mensual donde los turnos han podido registrarse ese mismo mes o en meses anteriores. No se cuenta con información sobre el mes de julio, debido a que no consta el informe de gestión de este período en la respuesta recibida por parte del MSP, la cual puede consultarse en el siguiente enlace:

<https://almacenamiento.msp.gov.ec/index.php/s/SgOHAEB0vKvm0se>.

56. Véase las referencias normativas en las notas 35 y 36.

57. SNGRE, MTT2: *Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID19*, Versión 1, abril de 2020.

58. MSP del Ecuador: *Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19*, Versión 1 (abril 2020), y Versión 2 (junio 2020).

59. MSP del Ecuador, *Recomendaciones para el manejo de neonatos con sospecha o confirmación de COVID-19*, Versión primera, abril de 2020 y MSP, *Recomendaciones para la prevención, control y manejo de neonatos con sospecha de infección por SARS-CoV-2 o confirmación de COVID-19*, Versión segunda, junio de 2020.

60. OMS: *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19*: orientaciones provisionales, 1 de junio 2020.

61. MSP, *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE)* en el Sistema Nacional de Salud, Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2013. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>.

62. *Ibíd.*

63. MSP: *Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19*, abril 2020.

64. *Ibíd.* En lo que se refiere a las intervenciones recomendadas durante el control prenatal véase: MSP: Control Prenatal Guía de Práctica Clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

65. MSP: Respuesta de solicitud de información Número MSP-DNEAIS-2020-0333-O, recibida el 15 de octubre de 2020.

66. *Ibíd.*

67. *Ibíd.*

68. *Ibíd.*

69. Referencia de la solicitud emitida por Surkuna con número MSP-DNGA-SG-10-2020-8113-E; de la que se recibió una respuesta parcial a través del Oficio Número MSP-SNPSI-2020-0185-O donde únicamente constan los informes de gestión de las llamadas a la Línea 171.

70. Entrevistas no publicadas realizadas por los Equipos Técnicos de Surkuna, Fundación Mujer&Mujer, Fundación Lunita Lunera y el Movimiento de Mujeres de El Oro, durante los meses de julio y agosto de 2020, bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de las informantes.

71. Véase los formularios respondidos del Centro Obstétrico del Hospital General Universitario de Guayaquil disponibles en el enlace autoriza por el MSP

<https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/uo9kmMpz9WuP94m?path=%2F>, apartado de la Zona 8.

72. Número de solicitud asignada MSP-SOL-2020-01951, enviada por el Equipo Técnico de Surkuna el 18 de agosto de 2020.

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

74. *Ibíd.*

75. *Ibíd.*

76. *Ibíd.*

77. Definición: “Muerte materna obstétrica directa: muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas”. en

<http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

78. Definición: “Muerte materna obstétrica indirecta: muerte materna que resulta de una enfermedad existente previa al embarazo, que no se relaciona a una causa obstétrica directa pero que puede verse afectada por los efectos fisiológicos del embarazo, parto o puerperio”. en

<http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

79. Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico de Surkuna en agosto de 2020 bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de la persona informante.

80. Véase MSP: *Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. 2017. Disponible en:

<http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>. MSP: *Trastornos hipertensivos del embarazo*. (Actualización 2016). Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de

Normatización – MSP; 2016. Disponible en:

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf;

MSP: *Control Prenatal Guía de Práctica Clínica* Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015

Disponible en: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>), MSP: Memorando MSP-2017-0790-M, 4 de agosto de 2017.

81. Asamblea Nacional del Ecuador, *Constitución de la República del Ecuador*, Registro Oficial 449 de 20-oct-2008, Art. 11, literal 2; y Asamblea Nacional del Ecuador, *Ley Orgánica de Salud*, Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006, Art. 7.

82. Véase Thalíe Ponce: “*La difícil labor de parir en una pandemia*” en GK, 2 de mayo de 2020. Disponible en: <https://gk.city/2020/05/03/embarazadas-tiempos-covid-19-parir-guayaquil/> y Génesis Anangón, “Parir, abortar, vivir. La importancia de los derechos sexuales y reproductivos durante la pandemia” en *Wambra Radio*, 14 de mayo de 2020.

Disponible en: <https://wambra.ec/parir-abortar-vivir-durante-pandemia/>.

83. Servicio Integrado de Seguridad ECU 911: Respuesta a solicitud de información Oficio Número CNIPN-CNIPN-2020-0190-OF, enviado a Surkuna el 28 de agosto de 2020.

84. MSP: *Normativa Sanitaria. Certificación como Amigos de la Madre y el Niño*, Acuerdo Ministerial 108, Registro Oficial Edición Especial 788 del 30 de noviembre de 2016, Arts. 8-17. Disponible en: <http://186.42.188.158:8090/guias/NORMATIVA%20SANITARIA%20CERTIFICACION%20COMO%20AMIGOS%20%20DE%20MADRE%20Y%20NI%C3%91O.pdf>.

85. Los resultados de la encuesta no han sido publicados hasta noviembre de 2020; estos fueron facilitados al Equipo Técnico de Surkuna por la Asociación el Parto es Nuestro Ecuador mediante entrevista realizada a una de sus representantes durante el mes de septiembre de 2020, bajo acuerdo de confidencialidad de identidad.

86. Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico de Mujer&Mujer durante el mes de agosto, bajo acuerdo de confidencialidad de identidad tanto de la madre informante como de su hija.

87. Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico de Surkuna a Wachachik Partería Ecuador en el mes de septiembre, bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de la informante.

88. OMS: *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales*, 1 de junio 2020.

89. *Ibíd.*

90. MSP, Respuesta a solicitud de información Número MSP-DNEAIS-2020-0262-O, recibida el 26 de agosto. Las complicaciones del embarazo terminadas en aborto se refieren a los códigos O00-O08 de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10) de la OMS. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>, pág. 66.

91. *Ibíd.*

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

93. *Ibíd.*

94. Entrevista no publicada realizada por Fundación Lunita Lunera a integrante de Las Comadres – Red de Acompañamiento en Aborto Seguro en Esmeraldas durante el mes de julio, bajo acuerdo de confidencialidad de identidad de la informante.

95. *Ley Orgánica de Salud*, Arts. 21 y 29; MSP: Memorando MSP-2017-0790-M, 4 de agosto de 2017.

96. Véase Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes [A/HRC/31/57], 5 de enero de 2016. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/31/57>. Además, consulte: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), *Recomendación general Núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19*, [CEDAW/C/GC/35], 2017, párr. 18. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11405.pdf>.

97. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas: *Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y salud reproductiva (artículo 12 de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, [E/C.12/GC/22], 2016. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QsmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWfdJ4z4216PjNj67NdUrGT>.

98. MSP: *Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, guía de práctica clínica*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2013. pág. 17. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf.

99. Fiscalía General del Estado (FGE) del Ecuador: Atención a requerimiento de información estadística - Aborto consentido, Oficio No.FGE-CGP-DESI-2020-003997-O, 7 de octubre de 2020.

100. Comité CEDAW: *Recomendación general Núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19*, [CEDAW/C/GC/35], 2017, párr. 18; Comité CEDAW, *Recomendación general Núm. 33 sobre el acceso de las mujeres a la justicia*, [CEDAW/C/GC/33], 2015. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10710.pdf>. Para una revisión de estándares clave en materia de Derechos Humanos que reconocen la esencialidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva véase: V.V.A.A.: *Cincondiciones. Herramientas para defender la Salud Reproductiva en tiempos de COVID-19*, Año 2020. Disponible en: www.cincondiciones.com.

101. Entrevista no publicada realizada por Surkuna a integrante de la Red de Acompañamiento en Aborto Seguro, Las Comadres, durante el mes de septiembre de 2020 bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de la informante.

102. Corte Constitución del Ecuador: Auto de verificación de sentencia Número 1470-14-EP/20, 15 de julio de 2020. Disponible en: <http://portal.corteconstitucional.gob.ec:8494/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=364-16-SEP-CC>.

103. Entrevistas no publicadas realizadas por Surkuna, Fundación Mujer & Mujer, Fundación Lunita Lunera y el Movimiento de Mujeres de El Oro a representantes de las organizaciones mencionadas, durante los meses de agosto y septiembre de 2020, bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de las personas informantes.

104. Entrevista no publicada realizada por Surkuna a representante de la organización Jóvenes Positivos en agosto de 2020, bajo acuerdo de confidencialidad de identidad.

105. Entrevista disponible en el siguiente enlace autorizado por el MSP:
<https://almacenamiento.msp.gov.ec/index.php/s/uo9kmMpz9WuP94m?path=%2F> (Zona 8).
106. *Ibíd.*
107. Constitución de la República del Ecuador, Art. 66, literal 25; Art. 362; Para una revisión de estándares clave en materia de Derechos Humanos que reconocen la esencialidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva véase: V.V.A.A.: *Cincondiciones. Herramientas para defender la Salud Reproductiva en tiempos de COVID-19*, Año 2020. Disponible en: www.cincondiciones.com.
108. *Ibíd.*
109. OMS: *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19*, orientaciones provisionales, 1 de junio 2020.
110. V.V.A.A.: *Cincondiciones. Herramientas para defender la Salud Reproductiva en tiempos de COVID-19*, Año 2020. Disponible en: www.cincondiciones.com.
111. Véase los informes de gestión mensual de la Línea 171 emitidos por la CNT en:
<https://almacenamiento.msp.gov.ec/index.php/s/SgOHAEB0vKvm0se>.
112. Véase la matriz de datos obtenida del monitoreo de instituciones públicas del Ecuador en cuanto a publicaciones sobre promoción de servicios de SS y SR en el contexto de la pandemia así como una muestra del contenido de la publicaciones en: <https://drive.google.com/drive/folders/1odf2mFMH7zDQ6JSCdM1lbrHJHldxARFb?usp=sharing>.
113. MSP: *Lineamientos operativos para la intervención de salud mental en la emergencia sanitaria*, marzo de 2020. Disponible en:
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/lineamientos_operativos_salud_mental_covid_-19_10616496001593095571.pdf.
114. Entrevista realizada por Equipo Técnico de Surkuna a Fundación Equidad durante el mes de septiembre de 2020 bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad del informante.
115. Véase la matriz de datos obtenida del monitoreo de instituciones públicas del Ecuador en cuanto a publicaciones sobre promoción de servicios de SS y SR en el contexto de la pandemia así como una muestra del contenido de la publicaciones en: <https://drive.google.com/drive/folders/1odf2mFMH7zDQ6JSCdM1lbrHJHldxARFb?usp=sharing>.
116. Oficio de Respuesta a solicitud de información No.FGE-CGP-DESI-2020-003949-0, 2 de octubre de 2020. El porcentaje se calculó a partir de las denuncias registradas por los delitos de violación, abuso sexual, acoso sexual y violencia sexual contra la mujer o miembros del núcleo familiar. Ver Anexo 8.
117. ONU Mujeres, *Igualdad de género. A 25 Años de Beijing. Los Derechos de las Mujeres Bajo la Lupa*. Estados Unidos; 2020, pág. 5. Disponible en:
<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/gender-equality-womens-rights-in-review-es.pdf?la=es&vs=4849>.
118. Servicio Integrado de Seguridad ECU 911: Respuesta a solicitud de información Oficio Número CNIPN-CNIPN-2020-0190-OF, enviado a Surkuna el 28 de agosto de 2020.
119. FGE: Resolución N° 26-FGE-2020 del 21 de marzo de 2020. Disponible en:
<https://www.fiscalia.gob.ec/transparencia/2020/mayo/a3/RESOLUCION-026-FGE-2020-Teletrabajo2.pdf>.
120. FGE: Oficio de Respuesta a solicitud de información No.FGE-CGP-DESI-2020-003949-0, 2 de octubre de 2020.
121. *Ibíd.*
122. Asamblea Nacional del Ecuador, *Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*, Registro Oficial Suplemento 175 del 5 de febrero de 2018.
123. SDH: *Análisis de cifras de atenciones a víctimas de violencia intrafamiliar y basada en género durante la emergencia sanitaria*. Boletín Informativo SDH No 2 abril 2020, Quito, 18 de mayo de 2020. Disponible en:
https://www.derechoshumanos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/Informe-No.-2-Analisis-cifras-atenciones-SDH_abril-2020.pdf. y
https://www.derechoshumanos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/informe_snpev_enejul2020_seguintamiento_indicadores_y_presupuesto-signed.pdf.
124. Véase “Respuesta temprana a la violencia contra las mujeres: Experiencia de las líneas telefónicas de atención en casos durante la pandemia”, conversatorio virtual coordinado por Surkuna, GIZ Cooperación Alemana Ecuador. Disponible en: <https://www.facebook.com/watch/?v=778452572990597>.
125. Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico de Surkuna, durante el mes de agosto bajo acuerdo de confidencialidad de identidad de las personas informantes.
126. *Ibíd.* En este caso se trata de una informante clave que accedió a la convocatoria pública de entrevistas del D.M. de Quito, autorizada por una mujer allegada que había sido víctima de violencia sexual durante la pandemia, pero la cual no deseaba realizar la entrevista de manera directa con el equipo de Surkuna.
127. Formulario de entrevista disponible en el siguiente enlace autorizado por el MSP:
<https://almacenamiento.msp.gov.ec/index.php/s/uo9kmMpz9WuP94m?path=%2F>.
128. MSP, *Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. Norma Técnica*. Quito: Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, 2019. Disponible en:
<https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC-00040-2019%20SEPT%202010.pdf>.

129. Entrevista no publicada realizada por Equipo Técnico de Fundación Mujer&Mujer a CEPAM Guayaquil durante el mes de julio de 2020 bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de la informante.
130. Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico del Movimiento de Mujeres de El Oro durante el mes de agosto, bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de la informante.
131. Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico de la Fundación Mujer & Mujer durante el mes de agosto de 2020 bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de la informante.
132. Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico de Surkuna durante en el mes de agosto de 2020 bajo acuerdo de confidencialidad de identidad de la informante.
133. Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico de Surkuna en el mes de agosto de 2020 bajo acuerdo de confidencialidad de identidad de la informante.
134. Comité DESC: *Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y salud reproductiva (artículo 12 de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, [E/C.12/Gc/22], 2016.
135. *Ibíd.*, párr.48.
136. Entrevista realizada por el Equipo Técnico de Surkuna a una de las organizaciones de base de la CONAMUNE durante el mes de septiembre bajo acuerdo confidencialidad de identidad de la persona informante.
137. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE): *Informe sobre la situación de los pueblos y nacionalidades indígenas en el contexto de la pandemia del COVID-19*, dirigido al Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, Francisco Calí Tzay, 15 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IPeoples/SR/COVID-19/IndigenousCSOs/CondederacionNacionalidadesIndigenasEcuadorCONAIE.pdf>.
138. MSP: *Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)*. Manual. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP, 2016
139. CONADIS, Respuesta a solicitud de información Número CONADIS-2020-0319-0. 21 de septiembre de 2020. Es importante recalcar, que las cifras oficiales del MSP cuentan con el sub-registro correspondiente a aquellas personas que no hayan calificado su grado de discapacidad de manera voluntaria, ya que la estadística no está formulada a partir del censo de población.
140. *Ibíd.*
141. *Ibíd.*
142. Testimonios recabados en los procesos de entrevista para el presente monitoreo y mediante la Encuesta Virtual. Las entrevistas a mujeres sordas fueron realizadas en LSEC por una consultora sordo-señante, auxiliar del Equipo Técnico de Surkuna, que realizó las transcripciones correspondientes adaptadas a la lectura de personas oyentes.
143. MSP, Respuesta a solicitud de información Memorando Nro. MSP-DNPS-2020-0478-M del 23 de octubre de 2020.
144. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación general N°3*, [CRPD/C/GC/3], 2016, Sección B. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsnbHatvuFkZ%2Bt93Y3D%2Baa2oLCHc5Ye5y0yX37Gpo%2FkmBZi1QeKTg7cNEuS%2FzKc3xGM7PD4P8YrjsNLHbSyyH3%2BpDNGpobvX%2B6Zw74L1Z2GWT>
145. *Ibíd.*, párr. 41.
146. *Ibíd.*
147. Entrevistas no publicadas realizadas por el Equipo Técnico de Surkuna, durante el mes de agosto bajo acuerdo de confidencialidad de la identidad de las personas informantes.



ANEXOS

Anexo 1. Tabla de indicadores para el monitoreo del estado de servicios de salud sexual y salud reproductiva en el contexto de la Emergencia Sanitaria por COVID-19

NO.	Servicio de SS y SR	Nombre del Indicador
1	Todos	<i>El Estado reconoce que los servicios de SSSR son servicios esenciales y urgentes</i>
2		<i>Adopción de medidas de bioseguridad para la atención de servicios de SSSR</i>
3		<i>Adopción de la modalidad de tele salud para la provisión de servicios de SSSR</i>
4		<i>Difusión de información sobre la atención de la SSSR en el marco de la pandemia</i>
5		<i>Porcentaje de profesionales de la salud capacitados para la provisión de servicios de SSSR mediante telemedicina</i>
6		<i>Porcentaje de profesionales capacitados en la atención de servicios de SSSR durante la emergencia sanitaria</i>
7		<i>Difusión de información para profesionales de la salud sobre las adaptaciones para la atención de la SSSR en el marco del COVID</i>
8	Asesoría en anticoncepción y planificación familiar	<i>Cobertura de asesorías en planificación familiar en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del SNS [PNSSSR]</i> <i>Cobertura de asesorías en planificación familiar realizada a mujeres en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del SNS [PNSSSR]</i>
9		<i>Porcentaje de asesorías realizadas por telemedicina</i>
10		<i>Porcentaje de usuarias que recibieron asesoría en planificación familiar y anticoncepción posterior al parto en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención [PNSSSR]</i>
11	Anticoncepción y planificación familiar	<i>Porcentaje de establecimientos de salud del primer y segundo nivel que cuentan con al menos 5 Métodos Anticonceptivos Modernos [PNSSSR]</i>
12		<i>Cobertura de planificación familiar a adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención [PNSSSR]</i>
13		<i>Porcentaje de centros del primer nivel de atención monitoreados que entrega preservativos</i>
14		<i>Porcentaje de centros del primer nivel monitoreados que entrega AOE</i>
15	Atención ginecológica (AG)	<i>Porcentaje de AG realizada por telemedicina según la edad</i>
16		<i>Porcentaje de consultas de AG ambulatoria en niveles competentes según la edad</i>
17		<i>Cobertura de papanicolau para Detección Oportuna de Cáncer (DOC) cérvico uterino [PNSSSR]</i>
18		<i>Número de usuarias que reportan dificultades para acceder a servicios de ginecología</i>
19	Atención prenatal (AP)	<i>Cobertura de atención control prenatal [PNSSSR]</i>
20		<i>Concentración de atención control prenatal [PNSSSR]</i>
21		<i>Provisión de AP por telemedicina</i>
22		<i>Número de mujeres y adolescentes que han quedado embarazadas durante el período de pandemia</i>
23		<i>Porcentaje de mujeres usuarias que con dificultades para acceder a AP según la edad</i>
24	Atención en parto	<i>Porcentaje de partos asistidos por profesional [PNSSSR]</i>
25		<i>Porcentaje de establecimientos de salud que brindan atención del parto humanizado con pertinencia intercultural [PNSSSR]</i>
26		<i>Porcentaje de eventos obstétricos (parto, cesárea, aborto) en adolescentes de 10 a 14 años y 15 a 19 años atendidos en el SNS [PNSSSR]</i>
27	Atención en postparto	<i>Cobertura de atención control posparto [PNSSSR]</i>
28		<i>Provisión de atención posparto por telemedicina</i>
29		<i>Porcentaje de usuarias que fueron atendidas en el post evento obstétrico, que accedieron a un método anticonceptivo y se registró en la historia clínica perinatal "Formulario 051" [PNSSSR]</i>

30		<i>Porcentaje de usuarias adolescentes atendidas en el post evento obstétrico que accedieron a un método anticonceptivo antes del egreso del establecimiento de salud [PNSSSR]</i>
31	Interrupción legal del embarazo	<i>Porcentaje de establecimientos de salud que implementan la GPC de aborto terapéutico [PNSSSR]</i>
32		<i>Número abortos terapéuticos registrados según causales de aborto no punible y la edad</i>
33		<i>Número de usuarias que reportan dificultades para acceder a aborto legal</i>
34	Atención postaborto	<i>Cobertura de atenciones efectivas con calidad a las complicaciones derivadas del aborto, en cumplimiento a la normativa vigente y en el marco de los derechos humanos [PNSSSR]</i>
35		<i>Referencias cumplidas efectivas para la atención de las complicaciones derivadas del aborto en cumplimiento a la normativa vigente y en el marco de los derechos humanos [PNSSSR]</i>
36		<i>Porcentaje de usuarias con abortos que reportan no haber sido atendidas en los centros de salud</i>
37		<i>Número de mujeres denunciadas por aborto consentido</i>
38	Testeo y tratamiento ITS y VIH	<i>Cantidad de tratamiento de ITS y VIH entregados en los niveles de atención competentes</i>
39		<i>Proporción de la población con VIH/sida que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales [PNSSSR]</i>
40		<i>Porcentaje de mujeres embarazadas tamizadas para VIH [PNSSSR]</i>
41		<i>Asesoría para ITS y VIH por telemedicina</i>
42		<i>Porcentaje de usuarias que reportan no haber accedido a prueba o tratamiento de ITS y VIH</i>
43	Atención a víctimas de violencia de género (VG)	<i>Porcentaje de atenciones en diagnóstico y tratamiento según la guía de atención a la violencia de género [PNSSSR]</i>
44		<i>Porcentaje de establecimientos de salud que registran atenciones de violencia de género [PNSSSR]</i>
45		<i>Cobertura de atenciones según tipo de violencia [PNSSSR]</i>
46		<i>Porcentaje de casos reportados de víctimas de violencia de género a los servicios de justicia [PNSSSR]</i>
47		<i>Porcentaje de establecimientos de salud con tratamiento profiláctico para violencia sexual según la normativa [PNSSSR]</i>
48		<i>Porcentaje de atenciones a mujeres víctimas de violencia sexual donde se entregó tratamiento profiláctico según la edad</i>
49		<i>Porcentaje de atenciones en violencia sexual que entregaron PAE según la edad</i>
50		<i>Número de noticias de delitos sexuales</i>
51		<i>Número de mujeres víctimas de violencia sexual que informa sobre dificultades para acceder a PAE o tratamiento profiláctico</i>
52	Indicadores de resultado	<i>Tasa fecundidad adolescente</i>
53		<i>Porcentaje de nacidos vivos por asistencia en el parto 2019 y 2020</i>
54		<i>Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer 2019 y 2020</i>
55		<i>Nacidos vivos por grupos de edad de la madre 2019, 2020</i>
56		<i>Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer según región 2019, 2020</i>
57		<i>Muerte materna por zona, provincia y cantón de residencia lugar de ocurrencia 2019 y 2020</i>
58		<i>Tasa de mortalidad infantil, 2019, 2020</i>
59		<i>Tasa de mortalidad neonatal 2019, 2020</i>

Anexo 2. Detalle del Formulario utilizado para el levantamiento de la Encuesta Virtual “Acceso y Atención en los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador”

Encuesta "Acceso y atención en servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia COVID-19 en Ecuador"

Hola. Valoramos tu participación en esta encuesta.

Somos una coalición de organizaciones defensoras de Derechos Humanos que buscamos identificar los obstáculos que las mujeres, las adolescentes, las personas trans y no binarias están teniendo para acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la emergencia sanitaria en Ecuador. Te llevará menos de 10 minutos completar esta encuesta y la información será tratada con la debida confidencialidad. Si tienes alguna duda o quieres contarnos más sobre tu caso, escríbenos al correo seguro: contacto@libreseinformadas.org o llámanos: 099-992-8032. ¡Gracias!

NO.	Pregunta	TIPO DE OPCIÓN DE RESPUESTA Y VARIABLES
1	¿En qué provincia del Ecuador vives?	Listado con 24 provincias del Ecuador
2	¿Qué edad tienes?	Listado con grupos de edad: 12 a 14 años / 15 a 17 años / 18 a 24 años / 25 a 30 años / 31 a 35 años / 36 a 45 años / 46 a 55 años / 56 a 65 años / más de 65 años.
3	¿Cuál es tu nacionalidad? (puedes marcar varias opciones si tienes doble nacionalidad)	Múltiple: Ecuatoriana / Colombiana / Venezolana / Otra (especifique).
4	¿Cómo te autoidentificas étnicamente?	Única: Mestiza / Afrodescendiente / Negra / Indígena / Montubia / Blanca / Otra (especifique).
5	¿Pertenece a la población LGBTIQ?	Múltiple: No / Soy lesbiana / Soy bisexual / Soy una mujer trans / Soy una persona Intersex / Soy un hombre trans / Soy una persona no binarie; Otra (especifique).
6	¿Tienes algún tipo de discapacidad?	Múltiple: No / Física / Auditiva / Visual / Psicosocial / Intelectual / Otra (especifique).
7	¿Estás embarazada?	Única: No / Sí, estoy entre el primer y tercer mes de embarazo / Sí, estoy entre el cuarto y sexto mes de embarazo / Sí, estoy entre el séptimo y noveno mes de embarazo / No, pero di a luz durante la emergencia sanitaria (a partir del 11 de marzo de 2020) / Otra respuesta (especifique)
8	¿Qué nivel de ingresos sueles tener?	Múltiple: Actualmente no percibo ingresos propios / Menos del sueldo mínimo (400\$) / Sueldo mínimo (400\$) / Más del sueldo mínimo (400\$) hasta 1000\$ / Entre 1000\$ a 2000\$ / Más de 2000\$ / Otro (especifique)
9	Desde el 11 de marzo de 2020, ¿tuviste alguna dificultad para acceder o ser atendida en servicios de salud sexual y salud reproductiva? (Si tienes alguna duda sobre cuáles son estos servicios puedes consultar los ejemplos de la pregunta 13)	Única: Sí / No.
10	¿En qué ciudad ocurrió? (Puedes seleccionar más de una ciudad o agregarlas en la casilla "OTRAS")	Única: Nueva Loja/Lago Agrio / Esmeraldas / Guayaquil / Quito / Machala / OTRAS (especifique)
11	¿A qué tipo de establecimiento acudiste?	Múltiple: Del Ministerio de Salud Pública (MSP) / Del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) / Centro de atención privado / Otro (especifique)
12	¿Cuál fue la modalidad de la atención?	Única: Telemedicina; Consulta presencial / ambulatoria; Hospitalización; Otra (especifique)

13	<p>Selecciona los servicios donde has tenido dificultades de acceso y atención</p>	<p><i>Múltiple:</i> <i>Métodos anticonceptivos (preservativos, inyección, etc.)</i> <i>Píldora del día después tras una agresión sexual</i> <i>Píldora del día después en otras situaciones</i> <i>Asesoría sobre métodos anticonceptivos</i> <i>Atención ginecológica</i> <i>Prueba de papanicolau (citología para detectar infecciones vaginales / células cancerígenas, etc.)</i> <i>Prueba para infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH</i> <i>Tratamiento ITS y VIH tras una agresión sexual</i> <i>Tratamiento ITS y VIH en otras situaciones</i> <i>Controles del embarazo (ecografías, medicamentos, etc.)</i> <i>Emergencias obstétricas (hemorragias, hipertensión, preeclampsia, etc.)</i> <i>Atención en parto (parto vaginal, cesárea, etc.)</i> <i>Controles posteriores al parto / cesárea (asesoría sobre recuperación, revisión de puntos, etc.)</i> <i>Métodos de planificación familiar posterior al parto</i> <i>Interrupción del embarazo (aborto terapéutico)</i> <i>Atención posterior a un aborto</i> <i>Tratamientos hormonales para personas trans</i> <i>OTROS (escribe otros servicios en los que hayas tenido dificultades que no aparezcan en el listado)</i></p>
14	<p>¿Cuál fue la dificultad o por qué no pudiste acceder? (Busca los servicios que seleccionaste en la pregunta anterior y marca qué dificultades tuviste; puedes señalar más de una opción o añadirla en la casilla "OTRAS" al final del listado si no aparece)</p>	<p><i>Matriz de datos: Filas (servicios enunciados en pregunta 13) / Columnas (Falta de medicamento / prueba / anticonceptivo / ecografía; No sabía dónde acudir o a qué teléfono llamar; La telemedicina falló o no fue suficiente; Tuve que esperar varias horas / días para ser atendidas; La ambulancia nunca llegó; No había personal de salud suficiente o capacitado; No me atendieron / me dijeron que fuera a otro centro de salud) / OTRAS (anota el servicio y otras dificultades si no aparecen en el listado)</i></p>
15	<p>¿Qué hiciste después para intentar acceder al servicio o ser atendida? (Busca los servicios que elegiste en la pregunta anterior y marca qué hiciste; puedes seleccionar varias opciones o escribir qué ocurrió en la casilla "OTROS" al final del listado si no aparece)</p>	<p><i>Matriz de datos: Filas (servicios enunciados en pregunta 13) / Columnas (Tuve que ir a un centro de atención privado; Tuve que pagar por el medicamento / prueba / anticonceptivo / ecografía en otro lugar; Suspendí mi tratamiento / controles / método anticonceptivo; No pude acceder al servicio)</i></p>
16	<p>Desde el 11 de marzo de 2020, ¿cuántas veces has tenido dificultades para acceder o ser atendida en estos servicios de salud sexual y salud reproductiva?</p>	<p><i>Única: 1 vez / 2 veces / 3 o más</i></p>
17	<p>¿En qué mes acudiste o intentaste acceder a estos servicios, y en qué horario? (Elige los meses y los horarios en los que acudiste, puedes seleccionar varias opciones)</p>	<p><i>Múltiple: Marzo; Abril; Mayo; Junio; Julio; Agosto / En la mañana (entre 06:00 y 12:00); En la tarde (entre 12:00 y 18:00); En la noche (entre 18:00 y 24:00); En la madrugada (entre 00:00 y 06:00); Otro (especifique)</i></p>
18	<p>Califica la atención recibida en estos servicios del 1 a 10</p>	<p><i>Listado: 1 al 10 + Casilla de comentario con la indicación: si lo deseas incluye un comentario sobre la atención</i></p>

Anexo 3. Listado de Centros de Salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública donde se monitoreó la disponibilidad de métodos anticonceptivos

Cantón	Nombre del establecimiento
Esmeraldas	Centro de Salud Tipo A “La Propicia 2”
	Centro de Salud Tipo A “Unidos Somos Más”
	Centro de Salud Tipo B N.1
	Centro de Salud Tipo B N.2
	Centro de Salud Tipo C “Nueva San Rafael
	Centro de Salud Tipo C “Las Palmas”
Guayaquil	Centro de Salud Tipo A “La Trinitaria 3”
	Centro de Salud Tipo A “El Cerro”
	Centro de Salud Tipo B N.1
	Centro de Salud Tipo B N.4
	Centro de Salud Tipo C “Cisne 2”
	Centro de Salud Tipo C “Francisco Jácome”
Lago Agrio	Centro de Salud Tipo A “General Farfán”
	Centro de Salud Tipo A “Estrella del Oriente”
	Centro de Salud Tipo A “Puerto Aguarico”
	Centro de Salud Tipo B “San Valentín”
	Centro de Salud Tipo B “Abdón Calderón”
Machala	Centro de Salud Tipo A “La Iberia”
	Centro de Salud Tipo A “18 de Octubre”
	Centro de Salud Tipo B “Venezuela”
	Centro de Salud Tipo B “Puerto Bolívar”
D.M. Quito	Centro de Salud Tipo C “Velasco Ibarra”
	Centro de Salud Tipo A “Cochapamba Sur”
	Centro de Salud Tipo A “Pío XII”
	Centro de Salud Tipo A “La Merced”
	Centro de Salud Tipo A “Alangasi”
	Centro de Salud Tipo A “Caupichu”
	Centro de Salud Tipo A “Pueblo Unido”
	Centro de Salud Tipo A “La Ecuatoriana”
	Centro de Salud Tipo A “Quito Sur”
	Centro de Salud Tipo A “6 de Julio”
	Centro de Salud Tipo A “San Juan Independencia”
	Centro de Salud Tipo A “Gangotena Posse (Casa Cuna)”
	Centro de Salud Tipo B “La Tola”
	Centro de Salud Tipo B “Fray Bartolomé de Las Casas”
	Centro de Salud Tipo B “La Vicentina”
	Centro de Salud Tipo B “El Carmen”
Centro de Salud Tipo C “Comité del Pueblo”	
Centro de Salud Tipo C “Conocoto”	

Anexo 4. Detalle del Formulario utilizado para realizar entrevistas a mujeres, adolescentes mujeres y población LGBTIQ+ usuaria del Sistema Nacional de Salud

NO.	Pregunta	TIPO DE OPCIÓN DE RESPUESTA Y VARIABLES
1	¿En qué parroquia vives?	Listado de parroquias rurales y urbanas según el formulario de cada cantón

2	¿Qué edad tienes?	Listado con grupos de edad: 12 a 14 años / 15 a 17 años / 18 a 24 años / 25 a 30 años / 31 a 35 años / 36 a 45 años / 46 a 55 años / 56 a 65 años / más de 65 años.
3	¿Cuál es tu nacionalidad? (puedes marcar varias opciones si tienes doble nacionalidad)	Múltiple: Ecuatoriana / Colombiana / Venezolana / Otra (especifique).
4	¿Cómo te autoidentificas étnicamente?	Única: Mestiza / Afrodescendiente / Negra / Indígena / Montubia / Blanca / Otra (especifique).
5	¿Pertenece a la población LGBTIQ?	Múltiple: No / Soy lesbiana / Soy bisexual / Soy una mujer trans / Soy una persona Intersex / Soy un hombre trans / Soy una persona no binarie; Otra (especifique).
6	¿Tienes algún tipo de discapacidad?	Múltiple: No / Física / Auditiva / Visual / Psicosocial / Intelectual / Otra (especifique).
7	¿Estás embarazada?	Única: No / Sí, estoy entre el primer y tercer mes de embarazo / Sí, estoy entre el cuarto y sexto mes de embarazo / Sí, estoy entre el séptimo y noveno mes de embarazo / No, pero di a luz durante la emergencia sanitaria (a partir del 11 de marzo de 2020) / Otra respuesta (especifique)
8	¿Qué nivel de ingresos sueles tener?	Múltiple: Actualmente no percibo ingresos propios / Menos del sueldo mínimo (400\$) / Sueldo mínimo (400\$) / Más del sueldo mínimo (400\$) hasta 1000\$ / Entre 1000\$ a 2000\$ / Más de 2000\$ / Otro (especifique)
9	Desde el 11 de marzo de 2020, ¿tuviste alguna dificultad para acceder o ser atendida en servicios de salud sexual y salud reproductiva? (Si tienes alguna duda sobre cuáles son estos servicios puedes consultar los ejemplos de la pregunta 13)	Única: Sí / No.
10	¿A qué tipo de establecimiento acudiste?	Múltiple: Del Ministerio de Salud Pública (MSP) / Del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) / Centro de atención privado / Otro (especifique)
11	¿Fue un centro de salud de atención primaria o un hospital?	Única: Centro de salud de atención primaria / Hospital / Otro / No sabe / Casilla de comentario con Nombre del establecimiento.
12	¿Cuál fue la modalidad de la atención?	Única: Telemedicina; Consulta presencial / ambulatoria; Hospitalización; Otra (especifique)
13	Selecciona los servicios donde has tenido dificultades de acceso y atención	Múltiple: Métodos anticonceptivos (preservativos, inyección, etc.) Pildora del día después tras una agresión sexual Pildora del día después en otras situaciones Asesoría sobre métodos anticonceptivos Atención ginecológica Prueba de Papanicolaou (citología para detectar infecciones vaginales / células cancerígenas, etc.) Prueba para infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH Tratamiento ITS y VIH tras una agresión sexual Tratamiento ITS y VIH en otras situaciones Controles del embarazo (ecografías, medicamentos, etc.) Emergencias obstétricas (hemorragias, hipertensión, preeclampsia, etc.) Atención en parto (parto vaginal, cesárea, etc.) Controles posteriores al parto / cesárea (asesoría sobre recuperación, revisión de puntos, etc.) Métodos de planificación familiar posterior al parto

		<p><i>Interrupción del embarazo (aborto terapéutico)</i> <i>Atención posterior a un aborto</i> <i>Tratamientos hormonales para personas trans</i> <i>OTROS (escribe otros servicios en los que hayas tenido dificultades que no aparezcan en el listado)</i></p>
14	<p>¿Cuál fue la dificultad o por qué no pudiste acceder? (Busca los servicios que seleccionaste en la pregunta anterior y marca qué dificultades tuviste; puedes señalar más de una opción o añadirla en la casilla "OTRAS" al final del listado si no aparece)</p>	<p><i>Matriz de datos: Filas (servicios enunciados en pregunta 13) / Columnas (Falta de medicamento / prueba / anticonceptivo / ecografía; No sabía dónde acudir o a qué teléfono llamar; La telemedicina falló o no fue suficiente; Tuve que esperar varias horas / días para ser atendidas; La ambulancia nunca llegó; No había personal de salud suficiente o capacitado; No me atendieron / me dijeron que fuera a otro centro de salud) / OTRAS (anota el servicio y otras dificultades si no aparecen en el listado) / Casilla de comentarios para anotar el Testimonio</i></p>
15	<p>¿Qué hiciste después para intentar acceder al servicio o ser atendida? (Busca los servicios que elegiste en la pregunta anterior y marca qué hiciste; puedes seleccionar varias opciones o escribir qué ocurrió en la casilla "OTROS" al final del listado si no aparece)</p>	<p><i>Matriz de datos: Filas (servicios enunciados en pregunta 13) / Columnas (Tuve que ir a un centro de atención privado; Tuve que pagar por el medicamento / prueba / anticonceptivo / ecografía en otro lugar; Suspendí mi tratamiento / controles / método anticonceptivo; No pude acceder al servicio) / Casilla de comentarios para anotar el Testimonio</i></p>
16	<p>Desde el 11 de marzo de 2020, ¿cuántas veces has tenido dificultades para acceder o ser atendida en estos servicios de salud sexual y salud reproductiva?</p>	<p><i>Única: 1 vez / 2 veces / 3 o más</i></p>
17	<p>¿En qué mes acudiste o intentaste acceder a estos servicios, y en qué horario? (Elige los meses y los horarios en los que acudiste, puedes seleccionar varias opciones)</p>	<p><i>Múltiple: Marzo; Abril; Mayo; Junio; Julio; Agosto / En la mañana (entre 06:00 y 12:00); En la tarde (entre 12:00 y 18:00); En la noche (entre 18:00 y 24:00); En la madrugada (entre 00:00 y 06:00); Otro (especifique)</i></p>
18	<p>¿Consideras que algún funcionario de la salud tuvo actitudes prejuiciosas o discriminatorias hacia ti durante la atención por tu condición de género, orientación sexual, nacionalidad, etc.)</p>	<p><i>Múltiple: Sí, por mi orientación sexual / Sí, por mi identidad de género / Sí, por ser mujer / Sí, por mi nacionalidad / Sí, por mi etnia / Sí, por mi condición de discapacidad / Sí, por mi edad / Sí, por mi edad / No / Casilla de comentarios para anotar el Testimonio</i></p>

19	¿Algún funcionario de la salud realizó un procedimiento hacia usted sin su consentimiento?	Única: <i>Sí / No / Casilla de comentarios para anotar el Testimonio</i>
20	[Solo en casos de aborto inducido o espontáneo] ¿El personal de salud llamó a las autoridades para generar una denuncia contra usted?	Múltiple: <i>No / No, pero me amenazó con hacerlo si no me iba del hospital / Sí, la policía me interrogó antes de que pudiera recibir atención médica / Sí, cuando salí de la sala donde me atendieron, la policía me estaba esperando / Otros (especifique) / Casilla de comentarios para anotar el Testimonio</i>
21	Califica la atención recibida en estos servicios del 1 a 10	Listado: <i>1 al 10 + Casilla de comentario con la indicación: si lo deseas incluye un comentario sobre la atención</i>

Anexo 5. Listado de organizaciones de la sociedad civil, instituciones y organizaciones internacionales entrevistadas

Cantón / Equipo entrevistador	Nombre del establecimiento
Esmeraldas / Equipo Técnico de Fundación Lunita Lunera	Fundación Foro de Desarrollo Integral de la Mujer y la Familia
	Las Comadres Esmeraldas – Red de Acompañantes en Aborto Seguro
	Agencia de Naciones Unidas en Ecuador (referencia bajo confidencialidad)
	Organización internacional de atención a personas refugiadas (referencia bajo confidencialidad)
	Asociación de parteras de San Lorenzo Fundación Ave Fénix
Guayaquil / Equipo Técnico de Fundación Mujer&Mujer	Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer- CEPAM Guayaquil
	Colectiva Aborto Libre Guayaquil
	Centro Ni Una Menos Valdivia
Lago Agrio / Equipo Técnico de Fundación Lunita Lunera	Fundación con casa de refugio a víctimas de trata (referencia bajo confidencialidad)
	Agencia de Naciones Unidas en Ecuador (referencia bajo confidencialidad)
	Organización local de protección de derechos de las mujeres (referencia bajo confidencialidad)
	Organización internacional de atención a personas refugiadas (referencia bajo confidencialidad)
Machala / Equipo Técnico del Movimiento de Mujeres de El Oro	Colectiva de Mujeres AfroEcuatorianas
	Asociación de Jóvenes Fortaleza del Nuevo Siglo
	Nuevo Despertar Diverso
	Plataforma Latinoamericana de Personas que Ejercen el Trabajo Sexual (PLAPERTS)
	Corporación Kimirina
	Fundación Quimera
	Barrio 4 de Abril
	Colegio de Obstetras de El Oro
	Unión Nacional de Mujeres Trabajadoras Remuneradas del Hogar y Afines
	Tenencia Política de la Parroquia El Cambio
	MINTEL
2 Casas de Acogida a víctimas de violencia intrafamiliar y de género (referencia bajo confidencialidad)	
D.M. Quito / Equipo Técnico de Surkuna	Asociación de Trabajadoras Sexuales Primero de Mayo
	Fundación Diálogo Diverso
	Sociedad Ecuatoriana de Anticoncepción

2 organizaciones integrantes de la Coordinadora Nacional de Mujeres Negras (referencia bajo confidencialidad)
Junta Cantonal de Protección de Derechos (ubicación bajo confidencialidad)
Jóvenes Positivos
Fundación Equidad
Wachachik - Partería Ecuador
Integrante de Savia, Escuela de formación en acompañamiento perinatal y Red de Doulas del Ecuador
El Parto es Nuestro Ecuador (internacional)
Las Comadres Ecuador – Red de Acompañamiento en Aborto Seguro
2 Casas de Acogida a víctimas de violencia intrafamiliar y de género (referencia bajo confidencialidad)
Asociación Valientes de Corazón Ecuador
Fraternidad Transmasculina del Ecuador

Anexo 6. Consumo de medicamentos y dispositivos médicos anticonceptivos en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador entre el 1 de enero 2019 y el 30 de septiembre de 2020

CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS ANTICONCEPTIVOS 2019/2020						
Tipo de MAC	2019 Anual	2020 Ene.-Sep.	2019 Mar.-Jun.	2020 Mar.-Jun.	2019 Jul.-Sep.	2020 Jul.-Sep.
Dispositivo intrauterino T cobre	6060	4392	2037	1647	1710	1575
Etonorgestrel, implante 68mg	123609	79444	44300	32093	36244	26207
Lenonorgestrel, 2 implantes, 75mg	47689	33546	17567	12416	9256	12631
Levonorgestrel + etinilestradiol, sólido oral, 150mcg + 30mcg	931191	507358	295653	181530	239025	190091
Levonorgestrel, sólido oral, 0.03 mg	390087	213532	128731	91804	94339	63154
Levonorgestrel, sólido oral, 0.75 mg	98472	35277	32557	12141	23745	13501
Levonorgestrel, sólido oral, 1.5 mg	123300	89481	43125	37292	30365	26651
Noretisterona enantato + estradiol valerato, 50mg + 5mg/ml (inyección)	1622704	842527	514026	347186	434459	250462
Preservativo femenino	216885	108270	71056	23616	45493	48536
Preservativo masculino	12266110	6642327	3891306	2486906	3293192	2272830
TOTAL NACIONAL	15826647	8556154	5040358	3227268	4207828	2905638

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Oficio de respuesta a solicitud de información, Número MSP-SNGSP-2020-0881, 5 octubre de 2020

Anexo 7. Monitoreo de la disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública en el Primer Nivel de Atención

7.1. Resumen de visitas a centros de salud por cantón

Cantón	Detalle solicitud de AOE	TIPO DE OPCIÓN DE RESPUESTA Y VARIABLES
Esmeraldas	-En 8 de 18 visitas no se obtiene -4 de 6 centros no facilitan AOE en alguna visita: 2, la primera semana; 3, la segunda semana; 1, la tercera semana. 1 centro no facilita por 2 semanas consecutivas (semanas 1 y 2); 1 centro no facilita por 3 semanas consecutivas (Semanas 1, 2 y 3); y 1 centro no facilita la semana 1 y 3.	-En 11 de 18 visitas no se obtiene -6 centros de 6 no facilitan PM en alguna visita: 6, la primera semana; 5 la segunda semana. 5 centros no facilitan por 2 semanas consecutivas (semanas 1 y 2)

	-Causas: en 6 no hay stock y en 2 visitas es feriado y solo se atienden emergencias (la AOE no se considera emergencia)	-Causas: en 8 visitas no hay stock; en 1 se solicita cita médica, y en 2 es feriado y solo se atienden emergencias.
Guayaquil	-En 7 de 18 visitas no se obtiene	-En 2 de 12 visitas no se obtienen
	-5 de 6 centros de salud no facilitan AOE en alguna visita: 3 en la primera semana; 1, en segunda semana; 2, en la semana tercera. En 1 centro no se facilita por 2 semanas consecutivas (semanas 1 y 2)	-2 de 6 centros de salud no facilitan en alguna visita: los dos en la segunda semana.
	-Causas: en 4 visitas no hay stock; en 3, se solicita cita médica (2 de ellas los perfiles de las personas visitantes eran hombres donde se solicita que vaya la usuaria que tomará la AOE)	-Causas: en las 2 visitas es por falta de stock.
Lago Agrio	-En 5 visitas de 12 no se obtiene	-5 visitas de 12 no se obtiene
	-4 de 5 centros no facilitan en alguna visita: 3 en la primera semana, 1 en la segunda; 1 en la tercera. 1 centro no facilita por dos semanas consecutivas (semanas 2 y 3)	-4 de 5 centros no facilitan en alguna visita: 3 en la primera semana, 1 en la segunda; 1 en la tercera. 1 centro no facilita por dos semanas consecutivas (semanas 2 y 3)
	-Causas: 2 centros cerrados, 1 en fumigación; en 2 visitas el personal de salud no atiende	-Causas: 2 centros cerrados, 1 en fumigación; en 2 visitas el personal de salud no atiende
Machala	-No se registraron visitas sin obtención de AOE	-En 1 de 5 visitas no se obtiene
		-1 centro no facilita PM en la primera semana
		-Causas: falta de stock
		-En 6 de 25 visitas no se obtiene
D.M. Quito	-En 4 de 25 visitas no se obtiene	-En 6 de 25 visitas no se obtiene
	-3 de 17 centros no facilitan AOE en alguna visita; 1 en la primera semana; 2 en la tercera semana. En 1 centro no se facilita por 2 semanas consecutivas (semanas 1 y 2)	-5 de 25 centros no facilitan PM en alguna visita: 1, en la primera semana; 3, en la segunda semana; 1, en la tercera semana.
	-Causas: en 2 visitas se pide cita médica; en 1 no hay stock, en 1 se solicita acudir a día siguiente y al asistir ya no hay stock	-Causas: en 2 visitas se solicitó cita médica; en 1, no se atienden, en 1 no hay stock; y en 1 no dan porque ya pidió preservativo femenino

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna.

7.2. Frecuencia de la falta de acceso de AOE en los centros de salud monitoreados

Monitoreo de disponibilidad de AOE: frecuencia de la falta de acceso

No. visitas sin acceso y la frecuencia	No. de ES	Cantón / Nombre del ES
1 sola visita	7	Esmeraldas: Centro de Salud Tipo B N.2
		Guayaquil: Centro de salud Tipo B N.1; Centro de Salud Tipo C “Cisne 2”, Centro de Salud Tipo A “El Cerro”

1 sola visita	7	Lago Agrio: Centro de Salud Tipo B “San Valentín”; Centro de Salud Tipo B “Abdón Calderón”
		D.M. Quito: Centro de Salud Tipo A “Pueblo Unido”*; Centro de Salud Tipo A “San Juan Independencia”
2 visitas en 2 semanas consecutivas	5	Esmeraldas: Centro de Salud Tipo C “Las Palmas”
		Guayaquil: Centro de Salud Tipo A “La Trinitaria 3”
		Lago Agrio: Centro de salud Tipo A “General Farfán”; Centro de Salud Tipo A “Estrella del Oriente”
		D.M. Quito: Centro de Salud Tipo A “Cochapamba Sur”
2 visitas en 2 semanas no consecutivas	2	Esmeraldas: Centro de Salud Tipo A “Unidos Somos Más” Guayaquil: Centro de Salud Tipo B N.4
3 visitas en 3 semanas consecutivas	1	Esmeraldas: Centro de salud Tipo C “Nueva San Rafael”

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna.

* Las instalaciones del Centro Salud “Pueblo Unido” se encontraban cerradas de manera temporal al momento de la visita, sin embargo, se dispuso un punto de atención en su sustitución en una unidad educativa próxima a la ubicación del centro.

7.3. Frecuencia de la falta de acceso de preservativos masculinos en los centros de salud monitoreados

Monitoreo de disponibilidad de preservativos masculinos: frecuencia de la falta de acceso

No. visitas sin acceso y la frecuencia	No. de ES	Cantón / Nombre del ES
1 sola visita	11	Esmeraldas: Centro de Salud Tipo C “Nueva San Rafael”
		Guayaquil: Centro de Salud Tipo C “Cisne 2”; Centro de Salud Tipo A “La Trinitaria 3”
		Lago Agrio: Centro de Salud Tipo B “San Valentín”; Centro de Salud Tipo B “Abdón Calderón”
		Machala: Centro de Salud Tipo A “La Iberia”
		D.M. Quito: Centro de Salud Tipo A “Pío XII”; Centro de Salud Tipo B “El Carmen”; Centro de Salud Tipo A “Cochapamba Sur”; Centro de Salud Tipo B “Fray Bartolomé de Las Casas”; Centro de Salud Tipo A “Pueblo Unido”*
		Esmeraldas: Centro de Salud Tipo A “La Propicia 2”; Centro de Salud Tipo B N.1; Centro de Salud Tipo B N.2; Centro de Salud Tipo A “Unidos Somos Más”; Centro de Salud Tipo C “Las Palmas”
		Lago Agrio: Centro de Salud Tipo A “General Farfán”; Centro de Salud Tipo A “Estrella del Oriente”

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna.

* Las instalaciones del Centro Salud “Pueblo Unido” se encontraban cerradas de manera temporal al momento de la visita, sin embargo, se dispuso un punto de atención en su sustitución en una unidad educativa próxima a la ubicación del centro.

Anexo 8. Egresos hospitalarios por embarazos terminados en aborto

Número de atenciones por embarazos terminados en aborto (marzo a julio de 2019 y 2020)

Provincia	Aborto terapéutico (CIE10-O04)		Aborto espontáneo (CIE10-O03)		Aborto no especificado (CIE10-O06)		Otro aborto (CIE10-O05)		Otros productos (CIE10-O02)	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Azuay	7	2	102	77	87	7	14	4	140	46
Bolívar	9	1	59	47	6	4	15	2	52	18
Cañar	28	3	103	67	16	4	10	8	48	29
Carchi	4	0	27	13	1	3	77	50	50	42
Chimborazo	3	1	29	15	262	138	5	0	73	15

Cotopaxi	7	5	82	96	119	2	6	1	51	19
El Oro	5	4	207	210	298	3	3	3	158	36
Esmeraldas	5	14	444	308	6	3	5	2	73	67
Galápagos	1	0	15	8	0	0	4	0	4	6
Guayas	143	16	681	381	155	19	115	112	219	52
Imbabura	6	1	107	56	97	59	7	2	81	39
Loja	3	1	185	93	28	3	13	2	81	24
Los Ríos	33	13	182	108	95	11	3	1	79	26
Manabí	44	22	359	218	27	5	14	7	88	26
Morona Santiago	7	3	206	107	20	1	5	3	86	42
Napo	1	1	98	44	8	2	7	4	47	33
Orellana	0	1	52	35	5	1	0	0	10	7
Pastaza	3	2	119	68	2	1	3	0	66	26
Pichincha	31	20	522	310	298	19	35	42	425	130
Santa Elena	38	7	165	116	13	5	12	3	26	11
Santo Domingo de los Tsáchilas	7	3	64	41	50	7	6	0	46	8
Sucumbíos	1	0	139	68	2	4	1	0	54	19
Tungurahua	8	3	259	3	20	7	22	3	185	71
Zamora Chinchipe	13	4	37	4	39	3	8	3	23	26
TOTAL	407	127	4243	2493	1654	311	390	252	2175	818

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Oficio de respuesta a solicitud de información, Número MSP-DNEAIS-2020-0262-O, 26 de agosto de 2020.

Anexo 9. Víctimas de delitos sexuales en Ecuador entre el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de agosto de 2020.

9.1. Denuncias registradas por delitos sexuales en Ecuador entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de julio de 2020.

Denuncias por delitos sexuales a nivel nacional en Ecuador	
2019 (enero a julio)	10311
2020 (enero a julio)	7285
2019 (marzo a julio)	7494
2020 (marzo a julio)	4162

Fuente: Fiscalía General del Estado. Incluye delitos de: violación, abuso sexual, acoso sexual, violencia sexual contra la mujer u otros miembros del núcleo familiar.

9.2. Víctimas de delitos sexuales según el género

Año	Género de la víctima	Tipo de delito			
		Abuso sexual	Acoso sexual	Violación	Violencia sexual contra la mujer u otros miembros del núcleo familiar
2019	Mujeres	72,35%	75,73%	77,53%	76,17%
	Hombres	20,51%	14,98%	15,85%	17,47%
	Sin datos	6,14%	9,29%	6,62%	6,11%
2020	Mujeres	70,25%	74,87%	76,17%	81,01%
	Hombres	22,47%	17,74%	16,41%	12,66%
	Sin datos	7,28%	7,39%	7,41%	6,33%

Fuente: Fiscalía General del Estado. Oficio de Respuesta a solicitud de información, No.FGE-CGP-DESI-2020-003949-0, 2 de octubre de 2020.

9.3. Víctimas de delitos sexuales según la edad

Año	Edad de la víctima	Tipo de delito			
		Abuso sexual	Acoso sexual	Violación	Violencia sexual contra la mujer u otros miembros del núcleo familiar
2019	0 a 14	70,25%	28,30%	32,20%	20,96%
	15 a 19	13,97%	22,00%	22,54%	8,73%
	Mayores a 19	9,61%	25,65%	19,33%	40,61%
	Sin datos	26,26%	24,05%	25,93%	29,69%
2020	0 a 14	46,23%	23,25%	32,06%	13,02%
	15 a 19	13,35%	20,43%	23,55%	12,03%
	Mayores a 19	10,79%	31,05%	19,62%	38,61%
	Sin datos	29,63%	25,27%	24,77%	35,44%

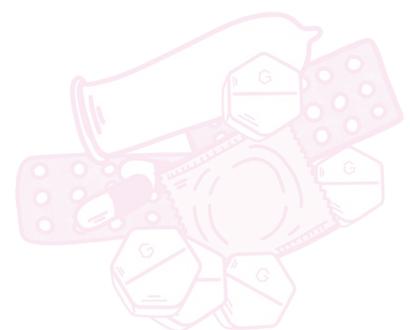
Fuente: Fiscalía General del Estado. Oficio de Respuesta a solicitud de información, No.FGE-CGP-DESI-2020-003949-0, 2 de octubre de 2020.

Anexo 10. Monitoreo de publicaciones sobre servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva en cuentas oficiales de Redes Sociales de instituciones públicas del Ecuador

10.1. Número de publicaciones en Facebook

Servicio/ palabra clave*	Número de publicaciones en Facebook según la institución							TOTAL
	MSP	SECOM	SNGRE	MINEDUC	MIES	MREMH	SDH	
SS y SR	2	0	0	0	0	0	1	3
Métodos anticonceptivos	0	0	0	0	0	0	4	4
AOE	0	0	0	0	0	0	0	0
Preservativos	0	0	0	0	0	0	0	0
Atención durante el embarazo	7	1	0	0	3	5	3	19
Parto y postparto	6	0	0	0	0	0	0	6
Aborto y postaborto	0	0	0	0	0	0	4	4
Emergencias obstétricas	1	0	0	0	0	0	0	1
ITS	0	0	0	0	0	0	5	5
VIH	2	0	0	0	1	0	0	3
Ginecología	4	0	1	0	0	0	0	5
Violencia de género / intrafamiliar	3	2	2	5	5	4	59	80
Violencia sexual	1	1	1	9	0	1	22	35
TOTAL	26	4	4	14	9	10	98	165

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna



10.2. Número de publicaciones en Instagram

Servicio/ palabra clave*	Número de publicaciones en Instagram según la institución							TOTAL
	MSP	SECOM	SNGRE	MINEDUC	MIES	MREMH	SDH	
SS y SR	0	0	-	-	0	0	0	0
Métodos anticonceptivos	0	0	-	-	0	0	0	0
AOE	0	0	-	-	0	0	0	0
Preservativos	0	0	-	-	0	0	0	0
Atención durante el embarazo	3 1	1	-	-	2	0	0	6
Parto y postparto		0	-	-	0	0	0	1
Aborto y postaborto	0	0	-	-	0	0	0	0
Emergencias obstétricas	0 0	0	-	-	0	0	0	0
ITS		0	-	-	0	0	0	0
VIH	0	0	-	-	0	0	0	0
Ginecología	0	0	-	-	0	0	0	0
Violencia de género / intrafamiliar	5	6	-	-	8	2	178	199
Violencia sexual	0	1	-	-	0	0	0	1
TOTAL	9	8	-	-	10	2	178	207

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna

10.3. Número de publicaciones en Twitter

Servicio/ palabra clave*	Número de publicaciones en Twitter según la institución							TOTAL
	MSP	SECOM	SNGRE	MINEDUC	MIES	MREMH	SDH	
SS y SR	1	0	0	0	0	0	1	2
Métodos anticonceptivos	1	1	0	0	0	0	7	9
AOE	0	0	0	0	0	0	0	0
Preservativos	0	0	0	0	0	0	0	0
Atención durante el embarazo	12	5	3	6	9	18	7	60
Parto y postparto	4	1	1	0	0	0	0	6
Aborto y postaborto	1	1	0	0	0	0	0	2
Emergencias obstétricas	0	0	0	0	0	0	0	0
ITS	1	0	0	0	0	0	5	6
VIH	7	0	0	2	3	0	1	13
Ginecología	4	0	0	0	0	0	0	4
Violencia de género / intrafamiliar	12	17	7	12	10	11	433	502
Violencia sexual	2	4	0	9	2	3	31	51
TOTAL	45	29	11	29	24	34	483	655

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna