

Ref. Admisión y solicitud de medidas cautelares

ANA CRISTINA VERA SÁNCHEZ, VIVIAN ISABEL IDROVO MORA, LINA MARIA ESPINOSA VILLEGAS, SYLVIA BONILLA BOLAÑOS, ROSA LÓPEZ MACHUCA, ANA GÓMEZ ALONSO, accionantes comparecemos con el objetivo de reiterar nuestro pedido de medidas cautelares y de admisión en el marco de la acción de inconstitucionalidad No. 105-20-IN presentada el 10 de noviembre del 2020, con los siguientes fundamentos:

I. ANTECEDENTES.-

1. En la acción presentada el 10 de noviembre del 2020, a la que se le asignó el número 105-20-IN, solicitamos que se otorguen medidas cautelares, pues la norma impugnada por inconstitucional, el artículo 150 numeral 2 COIP, genera una grave violación a los derechos humanos de mujeres, adolescentes, niñas y personas con capacidad de abortar establecidos en la Constitución y en los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos.
2. A continuación, argumentamos y fundamentamos, nuevamente, sobre la gravedad, la urgencia y el daño irreparable que causa la vigencia y aplicación de dicha norma prohibitiva a niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de abortar que cursan un embarazo producto de violencia sexual. Además, señalaremos cómo el contexto de pandemia es un factor que ha exacerbado y agravado las condiciones de aquellas víctimas, lo que refuerza la necesidad de que la Corte Constitucional emita medidas cautelares. Y, finalmente, insistimos en el cumplimiento de los parámetros que ha fijado la Corte Constitucional para el otorgamiento de medidas cautelares.
3. El presente escrito lo presentamos amparadas en lo establecido en el artículo 87 de la CRE y el numeral 6 del artículo 79, en relación con los artículos 26 y siguientes de la LOGJCC:

En tal sentido, **solicitamos la suspensión provisional de los efectos jurídicos de la norma impugnada, esto es de la frase inserta en el artículo 150 numeral 2 que señala: “en una mujer que padezca discapacidad mental”**, con el objetivo de detener y prevenir las violaciones y afectaciones a los derechos constitucionales que siguen sucediendo todos los días en contra de niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de abortar.

Consecuentemente, solicitamos que también se suspendan todos los procesos penales por aborto consentido cuando en el expediente, por testimonios o indicios, aparezca que el embarazo es resultado de violencia sexual y que la fiscalía se absenga de iniciar nuevos procesos de investigación por aborto consentido en casos donde aparezcan indicios o testimonios de que la mujer, niña, adolescente o persona con capacidad de abortar haya sido víctima de violencia sexual.

Además solicitamos que se brinden servicios de aborto seguros y de calidad en las instituciones del sistema nacional de salud cuando la mujer, niña, adolescente o persona con capacidad de abortar señale haber sido víctima de violación o existan indicios de violencia sexual.

De acuerdo con el procedimiento establecido en la LOGJCC, **demandamos que estas medidas cautelares se tramiten previamente a la acción de inconstitucionalidad, de forma que sean otorgadas en el momento de declararse la admisibilidad de la acción** mientras se resuelva su constitucionalidad.

II. GRAVEDAD, URGENCIA Y DAÑO IRREPARABLE QUE CAUSA LA NORMA IMPUGNADA DESDE ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

4. Como se señaló en la demanda, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos han determinado que las medidas cautelares tienen un doble carácter, **uno cautelar y el otro tutelar**, tal como lo contempla la LOGJCC. De acuerdo a esta doble dimensión que poseen las medidas cautelares, la CIDH estableció que, para que las medidas cautelares sean otorgadas deben considerarse tres criterios: **1) gravedad de la situación; 2) urgencia de la situación; y, 3) daño irreparable¹.**

a) Gravedad

5. El primer criterio **“la gravedad de la situación”**, implica el serio impacto que una acción u omisión puede tener sobre un derecho protegido. Dentro de la presente acción, se ha explicado cómo los derechos a la vida, a la salud, a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación y el principio de respeto a la dignidad humana son violentados por la frase *“en una mujer que padece discapacidad mental”*, contenida en el numeral 2 del artículo 150 del COIP; pues se ha explicado reiteradamente que al restringir la no punibilidad del aborto al caso en el que embarazo haya sido consecuencia de una violación a mujeres con discapacidad mental, se desprotege y vulnera los derechos de otras mujeres quienes también son víctimas y sobrevivientes de violencia sexual, y que como consecuencia de la misma hayan quedado embarazadas. Además, esta norma propicia un trato diferenciado no razonable y que por tanto es discriminatorio contra las mujeres con discapacidad mental.
6. Recordamos que el Estado, a través de todos sus órganos y consecuentemente de la Corte Constitucional tiene: a) la obligación de respetar y garantizar los derechos de las mujeres; b) un deber de protección reforzado respecto de niñas, adolescentes, personas en capacidad de abortar y mujeres, sobrevivientes víctimas de violencia sexual; c) la obligación de prevenir la violencia basada en género y **actuar sin dilación** para eliminar, en el ámbito de su competencia (sin dilación significa de forma inmediata).
7. Entre los **riesgos existentes**, uno de particular gravedad es la posibilidad de que las mujeres que hayan quedado embarazadas como consecuencia de una violación y se practiquen un aborto en condiciones clandestinas e inseguras, enfrenten complicaciones pierdan o vean restringida su libertad por buscar servicios de salud de emergencia tras un aborto. En este sentido, solicitamos que mientras se discute la constitucionalidad de esta norma, **se suspenda la sustanciación de todos los procesos actuales y no se inicien procesos futuros por aborto consentido cuando conste, por testimonios o indicios, que el embarazo de las mujeres, niñas, adolescentes o personas con capacidad de gestar fue consecuencia de una violación sexual y que se brinden servicios de salud a todas las mujeres cuyo embarazo sea consecuencia de una violación,**

¹ CIDH. Medida Cautelar No. 395-18. Autoridades y miembros de los Resguardos Gonzaya (Buenavista) y Po Piyuya (Santa Cruz de Piñuña Blanco) del Pueblo Indígena Siona (ZioBain) respecto de Colombia, 14 de julio de 2018.

garantizando que se les informe de esta posibilidad y que se les provea el servicio.

8. **Otro de los riesgos** importantes, cuya impacto es irreversible, son la morbilidad y mortalidad a la que están expuestas las mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual que quedan embarazadas como consecuencia practicarse abortos de forma clandestina e insegura. En Ecuador, el indicador *aborto no especificado*, que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres, esta relacionado justamente con la clandestinidad y la inseguridad en que se realizan los abortos por el marco legal restrictivo. Es por esto que en Ecuador las mujeres sufren complicaciones y mueren por una intervención medica que, cuando es legal y se la hace en condiciones seguras, tiene muy pocos riesgos. Tal es asi que en el 2020 y en el 2019 se produjeron 10 muertes maternas por aborto² en cada uno de los años. Todas estas muertes pudieron ser evitadas.
9. En cuanto a morbilidad en el año 2019 se registraron 16180 egresos hospitalarios por causas relacionadas con aborto³ siendo el mismo una de las principales causas de morbilidad en mujeres en Ecuador. Este hecho esta relacionado justamente con la clandestinidad y la inseguridad en que se realizan los abortos por el marco legal restrictivo. Es por esto que en Ecuador las mujeres sufren complicaciones y mueren por una intervención médica que, cuando es legal y se la hace en condiciones seguras tiene muy pocos riesgos⁴. Estas cifras muestran la grave situación a la que la penalización del aborto por violación expone a las mujeres víctimas y sobrevivientes que hayan quedado embarazadas como consecuencia de esta violencia sexual. En este sentido, solicitamos que se deje sin efecto de forma temporal la disposición que penaliza el aborto en caso de violación, y **que se ordene al Ministerio de Salud Pública brindar servicios de aborto de forma gratuita y segura en estos casos, precautelando el derecho a la vida y la salud de las mujeres, hasta que se resuelva esta controversia.**

b) Urgencia

10. La urgencia de la situación queda determinada también por medio de la información aportada, que evidencia que el riesgo o amenaza es inminente⁵ y puede materializarse de manera inmediata, siendo urgente una acción preventiva o tutelar que evite esta amenaza.
11. Por medio de estadísticas ha quedado documentado el peligro inminente que corren las mujeres de vivir violencia sexual en Ecuador (32,5% de mujeres encuestadas ha vivido algún tipo de violencia sexual durante su vida), de quedar embarazadas como consecuencia de la misma (30% aproximadamente) y de interrumpir sus embarazos causados de esta forma de manera insegura (50% aproximadamente). Solo en el año 2019, el MSP registró 2.520 egresos hospitalarios de niñas menores de 14 años quienes fueron atendidas por causas de morbilidad asociadas al embarazo, parto y puerperio. De estas niñas, 111 fueron atendidas por *aborto espontáneo*, 11 por *otro aborto*, 27 por *aborto no especificado*, 1 por *intento fallido de aborto*, y solamente 7 por *aborto médico*. Cabe señalar que entre las causas de morbilidad que han sufrido estas niñas por causa de un embarazo producido por violencia, se destacan: productos anormales de la concepción, hipertensión gestacional, eclampsia, hemorragia precoz del embarazo, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto obstruido por anomalía de la pelvis materna, trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, hemorragia postparto, sepsis y otras infecciones puerperales, entre otras. (Ver Anexo 1).
12. En el año 2019, se registraron 17 muertes de niñas y adolescentes por causas del embarazo,

² Ministerio de Salud Pública, Gaceta S53-2020 y Ministerio de Salud Pública Gaceta S50-2019

³ Inec 2019, Anuario de camas y egresos hospitalarios.

⁴ En Uruguay por ejemplo la despenalización del aborto ha generado una significativa reducción de la muertes materna por esta causa. Igualmente en Estados Unidos, Holanda y otro países donde el aborto es legal los riesgos existentes en la práctica son casi nulos.

⁵ La definición de este concepto, se refiere a “Que amenaza o está para suceder prontamente”.

parto, o puerperio, en el año 2020 se han registrado otras 17 muertes por dicha causa. Asimismo, en el año 2019 se registraron 10 muertes manternas por aborto, y la misma cifra se registró en 2020⁶

13. Así mismo, las niñas, adolescentes, personas con capacidad de abortar y mujeres víctimas de violación y embarazadas, al haber sido víctimas de violencia basada en género, están sometidas a intensos sufrimientos -cuyo nivel si bien depende de varios factores, como la edad por ejemplo, como ha sido reconocido por otros tribunales-, pueden alcanzar el umbral de trato cruel inhumano y degradante e incluso de tortura. Las niñas víctimas de violación y embarazadas se suicidan o intentan suicidarse al sentirse desprotegidas⁷. *La disposición impugnada* las afecta a todas ellas al negarles *prima facie* la calidad de sujetos de derechos de especial protección y, con ello, la posibilidad de decidir sobre asuntos esenciales para su existencia, en especial de aquellos que afectan gravemente su integridad física y psicológica y ponen incluso en riesgo su vida.

c) Daños irreparables

14. Tomando en cuenta que las medidas cautelares suponen que se pueda analizar el daño que sufren las víctimas de violencia sexual y que viven un embarazo producto de dicha violencia, cabe señalar que estos daños, por su propia naturaleza, no son susceptibles de restitución, ni de reparación integral. En el Ecuador, además, a estas víctimas que ya sufrieron un daño irreparable, la legislación ecuatoriana las arrincona a dos opciones o, a continuar un embarazo forzoso para evitar la punición de un posible aborto; o, a la restricción de su libertad y el riesgo e daños a su salud y vida, en caso de aborto clandestino e inseguro. En ambos casos, el daño es irreparable, ya que, en el primero, se afecta de manera irreversible sus proyectos de vida; y en el segundo caso, deviene en pérdida o restricción de su libertad y en la afectación a su integridad. En ambas situaciones, la legislación ecuatoriana aumenta de forma grave el daño que ya sufrieron las víctimas de violencia sexual.
15. Asimismo, la vida, la vida digna, la integridad personal y la salud de mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de abortar pueden verse seriamente amenazadas, entre otros hechos, por problemas en el embarazo derivados de la violencia sexual (los embarazos producto de violencia sexual son de alto riesgo por las implicaciones que la misma tiene en la salud física, mental y social de las mujeres que la han vivido) y por los mayores peligros que corren al practicarse un aborto en condiciones clandestinas e inseguras, generalmente sin el cumplimiento de los protocolos médicos y las reglas de higiene. Esa realidad social es constitucionalmente relevante. La dimensión objetiva del derecho a la vida, le impone al estado la obligación de impedir que las mujeres mueran por causa de abortos inseguros, debiendo entender que el derecho a la vida no sólo tiene una dimensión subjetiva de asegurar la vida sino que también comprende la obligación de otros de respetar el derecho a seguir viviendo o a que se anticipe su muerte, y a **su vez el deber de prevención de cualquier riesgo conocido y evitable a la vida que sea conocido**. En el presente caso el riesgo que corren las mujeres al practicarse un aborto es conocido por el Estado quien incluso ha establecido en el artículo 21 de la Ley Organica de Salud al aborto en condiciones de riesgos como un problema de salud publica y quien al permitir que esta situación continúe incumple con sus deberes constitucionales y legales.
16. En definitiva, podemos sintetizar que los daños irreparables que ocasiona la vigencia y aplicación de la norma impugnada son pérdidas de vidas humanas por prácticas clandestinas de abortos por embarazos resultados de violencia sexual; daños a la salud de las personas sobrevivientes, o

⁶ Ministerio de Salud Pública, Gaceta S53-2020 y Ministerio de Salud Pública Gaceta S50-2019

⁷ Cabe señalar que de acuerdo con el anuario de defunciones de 2019, la principal causa de muerte entre las personas de entre 12 y 17 años es la de lesiones autoinflingidas intencionalmente. Asimismo, esta es la tercera causa de muerte entre población entre 18 y 29 años https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inc/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2019/Boletin_%20tecnico_2019.pdf págs. 6 y 7.

afectación a sus proyectos de vida y restricción o pérdida de su libertad.

17. El Comité de la CEDAW en conjunto con el Comité de Derechos del Niño en su Recomendación General conjunta No. 31 han definido los criterios⁸ para identificar una práctica nociva, que los Estados, y por ello la Corte Constitucional en la esfera de su competencia, están en la obligación de “prevenir y eliminar, donde quiera y como quiera que se produzca”⁹. En ese sentido, la Recomendación General No. 21 de la CEDAW ha señalado que: “(e)n algunos informes se revelan prácticas coercitivas que tienen graves consecuencias para la mujer, como el embarazo, el aborto o la esterilización forzados”. Por lo tanto, las prácticas nocivas que la penalización del aborto en casos de violación contribuye a perpetuar son el embarazo forzado, la continuidad forzada del embarazo y la maternidad forzada¹⁰.
18. Por ello es importante señalar que una norma o práctica, aunque se haya aplicado durante décadas, cientos o miles de años, y que *prima facie* atenta a la dignidad humana debe ser inmediatamente suspendida por los efectos que produce, esto es por las graves vulneraciones de derechos humanos que sufren personas concretas en razón de su aplicación. En este caso son mujeres, personas con capacidad de abortar, niñas y adolescentes quienes resultan embarazadas como consecuencia de violencia sexual, cada una de ellas con nombre, apellido, titulares de derechos constitucionales, con dignidad y con un proyecto de vida, todas ellas víctimas de violencia basada en género a quienes el Estado ecuatoriano en lugar de repararlas, las vuelve a violentar, negándoles la posibilidad de que presten su consentimiento sobre un embarazo producto de violación e impuesto por la violencia que perpetúa en ellas el estereotipo de la maternidad como destino primordial, incluso a costa de su integridad, vida, vida digna, salud, educación, entre otros derechos.
19. La dignidad de las mujeres, personas con capacidad de abortar, niñas y adolescentes víctimas de violencias sexual es desconocida a través de la violación, que las convierte en objetos de placer de otros. También se desconoce su dignidad como ser humano, cuando el legislador les impone servir de instrumento para la reproducción sin importar su voluntad o deseo, al penalizar el aborto por violación con la única excepción de mujeres con discapacidad mental. La prohibición de abortar, pese a que el embarazo haya sido el resultado de un acceso carnal violento, abusivo o fruto de una inseminación artificial no consentida, es excesivamente gravosa para la mujer que se ve obligada a soportarla de manera injusta. Por lo tanto, la punición del aborto en estos casos quebranta la Constitución y las obligaciones convencionales contraídas por el Estado.
20. Un embarazo forzado por violación contra mujeres, niñas o adolescentes que padezcan o no discapacidad mental desconoce el principio de dignidad humana. La afirmación de que la mujer deberá ser obligada contra su voluntad a servir los deseos de otros es una negación instrumental de su dignidad humana y un abuso de sus capacidades reproductivas. En estos casos se está cosificando a la mujer, niñas o adolescentes. La violación afecta a la mujer y la niña en su integridad personal, social, sexual y existencial, alterando su historia y su proyecto de vida. De

⁸ Los criterios para identificar una práctica nociva son los siguientes: “a) Constituyen una negación de la dignidad o integridad de la persona y una violación de los derechos humanos y libertades fundamentales consagrados en las dos Convenciones; b) Representan una discriminación contra las mujeres o los niños y son nocivas en la medida en que comportan consecuencias negativas para sus destinatarios como personas o como grupos, incluidos daños físicos, psicológicos, económicos y sociales o violencia y limitaciones a su capacidad para participar plenamente en la sociedad y desarrollar todo su potencial; c) Son prácticas tradicionales, emergentes o reemergentes establecidas o mantenidas por unas normas sociales que perpetúan el predominio del sexo masculino y la desigualdad de mujeres y niños, por razón de sexo, género, edad y otros factores interrelacionados; d) A las mujeres y los niños se les imponen familiares, miembros de la comunidad o la sociedad en general, con independencia de que la víctima preste, o pueda prestar, su consentimiento pleno, libre e informado”.

⁹ En esta Recomendación se señala que las prácticas nocivas “se fundamentan en la discriminación por razón de sexo, género y edad, entre otras cosas, y a menudo se han justificado invocando costumbres y valores socioculturales y religiosos, además de concepciones erróneas relacionadas con algunos grupos desfavorecidos de mujeres y niños. En general, las prácticas nocivas suelen ir asociadas a graves formas de violencia o son en sí mismas una forma de violencia contra las mujeres y los niños (...) Otras muchas prácticas tipificadas como nocivas están todas estrechamente relacionadas con papeles asignados a cada género creados por la sociedad y con sistemas de relaciones de poder patriarcales, y refuerzan dichos papeles y sistemas (...)”.

¹⁰ La Recomendación general No. 31 del Comité de la CEDAW y del Comité de Derechos del Niño, establece los criterios para identificar prácticas nocivas. Así mismo, destaca la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil o forzado, la poligamia, los delitos cometidos por causa del “honor” y la violencia por causa de dote. Igualmente, proporciona otros ejemplos de prácticas nocivas “sin carácter restrictivo”.

esta manera, el embarazo por violación, cuya incidencia es difícil de cuantificar, profundiza estos daños y constituye una agresión a la esencia misma de cada persona que la sufre.

III. LA SITUACIÓN URGENTE DE LAS NIÑAS, ADOLESCENTES, MUJERES Y PERSONAS CON CAPACIDAD DE GESTAR EXPUESTA EN LA DEMANDA SE HA PROFUNDIZADO EN CONTEXTO DE COVID, GENERANDO MAYORES AFECTACIONES E IMPACTOS.

21. Como señalamos en los antecedentes, presentamos este alcance con el objetivo de poner en su conocimiento datos importantes que muestran la necesidad de que las medidas cautelares que se solicitaron sean otorgadas de forma urgente.

3.1. La Pandemia como un contexto que expone a las mujeres a mayor riesgo de vivir violencia basada en género y mayor vulnerabilidad ante la ineficacia de las respuestas estatales.

22. A la grave situación que enfrentan las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar, descrita en la demanda presentada el 10 de noviembre de 2020, **se suman los hechos producidos en contexto de emergencia sanitaria**, que consideramos es fundamental poner en su conocimiento, pues los mismos reafirman la gravedad de la situación de las mujeres y la necesidad de que las medidas cautelares solicitadas sean emitidas de manera urgente.
23. La emergencia sanitaria ha agravado la situación de violencia que sufren las mujeres en el Ecuador pues, como lo hemos expuesto ya en la demanda y como lo muestran todas las estadísticas, la violencia contra las mujeres ocurre principalmente en la familia y los espacios privados. Situación que se ha visto agravada con las medidas de cuarentena y restricción de movilidad, que han causado que las mujeres, niñas, adolescentes y personas de las disidencias sexo-génericas estemos más expuestas a la violencia, y contemos con menos herramientas para denunciarla, visibilizarla y obtener algún tipo de protección.
24. Desde el 17 de marzo de 2020, fecha en que se declara el estado de excepción debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 en Ecuador, a julio del 2020 se registraron 3203 delitos sexuales y 102 tentativas de estos delitos:

Número de delitos sexuales según año y mes (incluye: violación, abuso sexual, acoso sexual y violencia sexual contra la mujer y otros miembros del núcleo familiar)														
Año	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio	
	Con sum ado	Tent ativ a	Con sum ado	Ten tativ a	Con sum ado	Ten tativ a	Cons uma do	Ten tati va	Con sum ado	Tent ativ a	Con sum ado	Tent ativ a	Cons umad o	Ten tativ a
2019	151 9	45	1223	30	1231	31	1421	39	1541	47	155 2	31	1550	51
2020	176 6	38	1294	28	932	35	299	9	599	22	101 1	32	1191	32

25. Si bien en los meses de abril y mayo de 2020 aparece una aparente reducción en la cantidad de denuncias, estas coinciden con la restricción de acceso presencial a las fiscalías y unidades judiciales a nivel nacional. Es recién en junio de 2020 cuando mediante Resolución 057-2020 del Consejo de la Judicatura y Resolución 033-FGE-2020 de la Fiscalía General del Estado, se reabren paulatinamente los servicios judiciales *in situ* y comienza a aumentar el número de denuncias. Es decir, la reducción en el número de denuncias se debe a una mayor vulnerabilidad en las mujeres, quienes no estuvieron en condiciones de poder ni siquiera denunciar.
26. En cuanto a las llamadas para solicitar auxilio relacionadas con temas de violencia basada en género al inicio de la pandemia, en el mes de marzo del presente año se registraron 8196 llamadas relacionadas a casos de violencia contra la mujer y miembros del núcleo familiar a nivel nacional¹¹, registrándose 235 llamadas por violencia cada día. Posteriormente hasta el 29 de junio del 2020, se registraron 31 087 llamadas, de las cuales el 55% se concentraron en Quito y Guayaquil¹². Estos datos contrastan con las llamadas recibidas durante el 2019, que por mes superaban las 10000¹³.
27. De acuerdo con información oficial referida a los meses de marzo-mayo, “(e)l hecho de que en condiciones de mayor estrés haya una reducción tan pronunciada de denuncias y llamadas de auxilio se explica no por la reducción temporal de la violencia de género sino porque la presencia constante y cercana del agresor limita la intención de denunciar y pedir auxilio”¹⁴. Asimismo, lo establece la Secretaría de Derechos Humanos, que explica este hecho a partir de las dificultades de las mujeres ecuatorianas para acceder a mecanismos de auxilio que viabilicen la protección de su vida e integridad en situación de aislamiento. En ese sentido, la misma autoridad señala que “(...) sería injustificable concluir que un fenómeno tan extendido en nuestra sociedad se haya detenido a propósito de la emergencia sanitaria” y luego indica en sus conclusiones que “la disminución de la cantidad de llamadas puede deberse a que el encierro impide a que la posible denunciante haga una llamada sin ser escuchada por el resto de miembros de su familia, o que el temor de salir de su domicilio para pedir ayuda pueda significarle un contagio con Covid19.”¹⁵
28. Por otra parte, desde las organizaciones de la sociedad civil que realizan mapeo de la forma más extrema de violencia contra las mujeres, el femicidio, este ha aumentado durante la pandemia sanitaria. Así en 2019 se registraron 106 femicidios¹⁶, mientras que en 2020 estos aumentaron a 118¹⁷ siendo los meses más violentos los de noviembre y mayo. Durante el 1 de enero hasta el 3 de marzo de 2021 se reportaron igualmente 20 femicidios¹⁸.
29. Como organización que atiende casos de violencia, a través de nuestra línea de información y asesoría, detectamos un incremento de llamadas, y sobretodo de solicitudes de ayuda a partir de mensajes de texto y de whatsapp. Así hemos registrado un incremento del 300% en las llamadas y mensajes de auxilio recibidos en comparación con el año pasado en los mismos meses. El mayor número de llamadas y mensajes de auxilio, han sido por violencia psicológica y sexual. Igualmente en reuniones con compañeras que atienden servicios de información y atención a la violencia basada en género y temas relacionados con salud sexual y salud reproductiva, es una

¹¹ Secretaría de Derechos Humanos, Análisis de Intervención de la SDH a emergencias por violencia contra las mujeres a partir del registro de llamadas de auxilio del Sistema Ecu 911 durante la pandemia sanitaria por Covid 19- Marzo.

¹² Primicias, 6819 llamadas ha recibido el Ecu-911 por violencia de género. Disponible: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/6819-llamadas-ecu911-violencia-genero/>

¹³ La violencia contra las mujeres, más cruel y más oculta, en la pandemia. Disponible: <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-violencia-contra-mujeres-mas-cruel-y-mas-oculta-la-pandemia>

¹⁴ Véase en: <http://www.inteligenciaproductiva.gob.ec/archivos/Eval%20Soc%20Econ%2011%20sep-.pdf>

¹⁵ Secretaría de Derechos Humanos. Op.Cit.

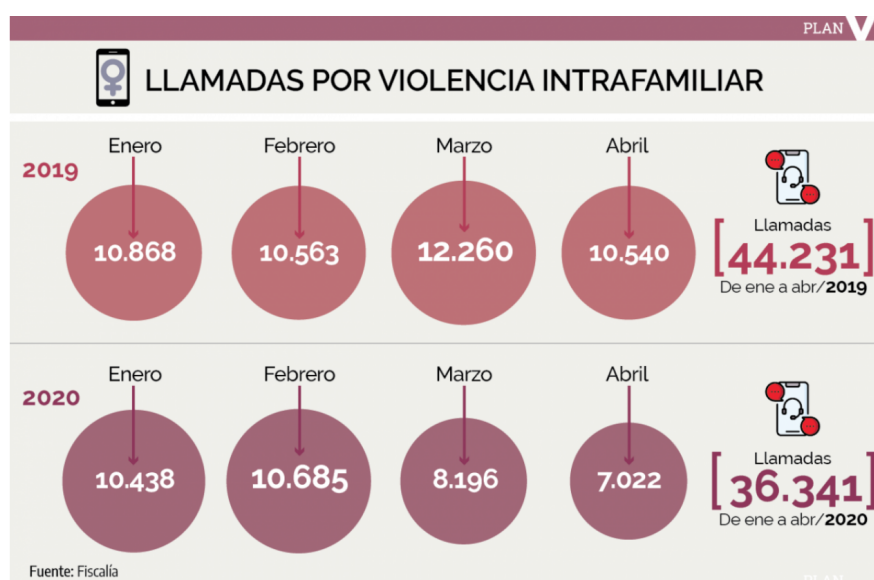
¹⁶ <http://www.fundacionaldea.org/noticias-aldea/4mfdal36dat8nafybh5bmccj8h4gr7>

¹⁷ Véase <http://www.fundacionaldea.org/noticias-aldea/ltkb7e8a23fmcjg9ealt9ja59t8ygp>

¹⁸ <http://www.fundacionaldea.org/noticias-aldea/primermapa2021>

constante el aumento de llamadas de auxilio, al igual que el aumento de solicitudes de información y asesoría a través de servicios de mensajería donde las mujeres manifiestan “solo puedo escribir por mensajes porque mi pareja esta en la casa, por favor no me vayan a llamar, ni escribir, yo les sigo contactando cuando pueda”¹⁹.

30. De lo anterior, a pesar de que el Estado ha facilitado números de auxilio en la pandemia, los mismos no han constituido un mecanismo eficaz para garantizar la denuncia de la violencia y la protección de las mujeres que la han vivido. Esta situación se vuelve mucho más grave en caso de mujeres que viven en entornos rurales, sin acceso a internet y telefonía, en los cuales no se ha propuesto ningún recurso efectivo frente al cierre y suspensión de los servicios presenciales. A esto se suma el hecho de que estos en la mayor cantidad de casos, teléfonos y mecanismos de denuncia se encontraban colapsados haciendo difícil que las víctimas puedan acceder a un mecanismo eficaz.
31. De acuerdo con los testimonios y casos que hemos podido registrar, la respuesta por parte de las autoridades ha sido de revictimización. En algunas ocasiones, hemos registrado que la Policía desincentiva la denuncia de la víctima, diciéndole que “*es mejor no denunciar porque no existen suficientes elementos para la denuncia*”; casos de violencia en los cuales no existen huellas físicas de la agresión, donde los funcionarios le indican a las víctimas que “*no se puede hacer nada*” casos en los que se advierte que no hay medios por parte de fiscalía o policía para proseguir con las investigaciones debiendo la víctima “*colaborar*” con gastos, notificaciones o trámites; y, casos donde han manipulado a las mujeres para evitar que denuncien, diciéndoles por ejemplo que “*piensen bien si quieren denunciar porque el agresor no tiene a donde ir*”²⁰. Este tipo de acciones también ha disminuido el número de denuncias en los casos de violencia. Nuestra organización, SURKUNA, no es la única que reporta este tipo de problemas siendo también constantes en líneas de información y asesoría de otras organizaciones como CEPAM-Guayaquil, CAI Rosa Vivar, Casa María Amor, Puerta Violeta y Fundación Nuevos Horizontes.²¹



¹⁹ Mensaje de texto enviado a la línea de información y asesoría sobre violencias Libre, de SURKUNA.

²⁰ Nota: Entrevistas abogadas de Surkuna que atienden la línea de atención.

²¹ Conversatorio sobre las diversas experiencias desde la sociedad civil para atención a víctimas de violencia, y reunión de servicios de atención.

32. Todo lo expuesto anteriormente, nos permite concluir que la pandemia ha producido que las mujeres se queden en sus casas con sus agresores. Y que en la práctica esta situación ha limitado su capacidad para denunciar violencia o acceder a medidas de protección puesto que se encuentran vigiladas constantemente ²².
33. Esta grave situación se profundiza cuando la analizamos en función de la edad de las mujeres y su acceso a recursos tecnológicos o a salidas sin supervisión, en este sentido podemos afirmar que la situación de las niñas y adolescentes que viven violencia es mucho más grave, pues muchos de los casos de violencia incestuosa son detectados a través del sistema educativo, el sistema de salud o la denuncia de terceras personas, siendo que el encierro al romper con estas posibilidades las pone en situaciones de mayor vulnerabilidad. Así, lo expresa una de las funcionarias de una Junta de Protección de Derechos de la ciudad de Quito:
- “En la Junta hemos generado algunos mecanismos para poder garantizar la protección de los niños, niñas, adolescentes y mujeres. En este correo hemos logrado receptar algunas peticiones de medidas de protección. Pero estamos muy preocupadas porque esta es una situación de mayor control que impide a los niños, niñas y adolescentes pedir ayuda, muchas viven con sus agresores quienes son además sus cuidadores, y en el encierro no tienen a quien acudir y quien les ayude a romper el silencio y los acompañe en los procesos de denuncia y protección”²³
34. Pese a todas las dificultades que experimentaron las víctimas de violencia basada en género para acceder a la justicia, denunciar y obtener medidas efectivas de protección, la Fiscalía General del Estado reportó que en el año 2020²⁴, se registraron 13104 denuncias de violencia sexual, de las cuales el 42%, que corresponde a 5450 denuncias, han sido realizadas por el tipo penal violación. Estos datos no están desagregados por edad, no obstante de acuerdo a la misma fiscalía las principales víctimas de delito de violación son las niñas menores de 14 años, es así que para el año 2019, el 72,35% de las víctimas de denuncias de violencia sexual eran niñas y niños menores de 14 años, y el 54,74%, de las víctimas del delito de violación eran menores de 19 años²⁵. 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 mujeres²⁶. Esto es especialmente preocupante si se considera que, de acuerdo a la misma fiscalía, los principales perpetradores de delitos sexuales son personas del entorno cercano en el 95% de los casos²⁷.
35. A pesar de la gravedad de estas cifras, se debe considerar que las mismas están sub-registradas (otro registro adicional al existente por la falta de mecanismos de denuncia durante la pandemia), pues existen múltiples casos de violencias sexual que no se denuncian, de acuerdo con el estudio “La Violencia de Género contra las Mujeres en Ecuador”²⁸, únicamente el 10,8% de mujeres víctimas de violación u otros delitos sexuales denuncian a sus agresores, hecho que se ha profundizado durante la epidemia de COVID19 por toda la situación descrita.
36. En este sentido, tomando en consideración el contexto de aumento de la violencia sexual, pero también el aumento de la vulnerabilidad de las mujeres y niñas ante la violencia, y la mayor restricción de acceso por parte de las mismas a mecanismos para denuncia, investigación, sanción y protección, es evidente la situación de las niñas, mujeres, adolescentes y personas con capacidad de abortar, se ha agravado durante la pandemia, y que existe un mayor riesgo de que vivan

²² Secretaría de Derechos Humanos. Op.Cit.

²³ Entrevista miembro Junta Protección de Derecho en Quito.

²⁴ FGE: Oficio de Respuesta a solicitud de información Ticket#2021020222002455 y Ticket#2021020222002464 , recibida el 19 de febrero del 2021.

²⁵ FGE: Oficio de Respuesta a solicitud de información Ticket#2021020222002455 y Ticket#2021020222002464 , recibida el 19 de febrero del 2021.

²⁶ FGE: Oficio de Respuesta a solicitud de información Ticket#2021020222002455 y Ticket#2021020222002464 , recibida el 19 de febrero del 2021.

²⁷ Fiscalía General del Estado. Disponible en; <https://www.fiscalia.gob.ec/el-abuso-sexual-infantil-en-la-mira-de-la-fiscalia/>

²⁸ INEC et al. (2014), Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres

violencia sexual, embarazos forzados y abortos en condiciones de clandestinidad y riesgo como consecuencia de la misma.

3.2. La pandemia aumenta el riesgo de las mujeres y niñas de enfrentar embarazos forzados producto de violencias sexual

37. La pandemia aumenta de forma exponencial los riesgos de sufrir violencia sexual y embarazos forzados consecuencia de la misma. Las medidas de encierro obligatorio y restricción de movilidad, sumadas a la imposibilidad de las víctimas de denunciar la violencia que sufren por encontrarse encerradas con sus agresores, las hacen más vulnerables. Esto se agrava en el caso de las niñas y adolescentes, a quienes a todos los factores antes expuestos se les suma la dependencia absoluta de sus familias, lugares donde de acuerdo a todas las estadísticas se da el mayor lugar de agresiones sexuales en su contra.
38. Las niñas y adolescentes, están mucho más expuestas a violencia sexual dentro de la familia, y a la vez carecen de mecanismos efectivos de denuncia y gestión de éstas violencia. Lo cual incrementa los riesgos de sistematicidad de la misma y por tanto de que esta produzca embarazos como consecuencia, de acuerdo a lo expuesto por expertas y citado en la demanda. Esto se evidencia en el incremento de los embarazos en mujeres, adolescentes y niñas, a pesar del descenso en la provisión de servicios que implica también un subregistro de los datos. Es así que, a partir de datos del propio Ministerio de Salud obtenidos mediante un pedido de información²⁹, se establece que entre los meses marzo y julio de 2020, se registró un aumento de la cantidad de mujeres, adolescentes y niñas embarazadas atendidas por consultas preventivas primeras, es así que solo en estos meses (5) se registraron 3037 embarazos más que aquellos registrados en el mismo periodo en el año 2019. El propio Ministerio en su respuesta señala que *“se evidencia un incremento de 486 embarazos en adolescentes a nivel nacional”*³⁰, de estos, 296 son embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, y 190 embarazos son en niñas de 10 a 14 años, estos últimos siempre producto de violencia sexual.
39. Si consideramos que en el año 2019 se dieron 2520³¹ egresos hospitalarios por embarazos en niñas de 10 a 14 años y 56836³² egresos hospitalarios por embarazos en adolescentes de 15 a 19³³, la situación se vuelve extremadamente grave, al registrarse un aumento tan significativo de aumento de consultas preventivas previas en este grupo poblacional únicamente en 5 meses.
40. A pesar de lo grave de esta situación, el Ministerio de Salud Pública en otra respuesta a un pedido de información realizado posteriormente³⁴, menciona no poder determinar la estadística de aumento de embarazos en adolescentes y niñas, debido al descenso de consultas de atención prenatal durante los meses de marzo a mayo de 2020, lo cual nos permite establecer que los datos antes citados seguramente serán mucho más altos. La pandemia por COVID-19, ha 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.
41. 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 años³⁵. En este sentido, la agudización de esta problemática, sumada al debilitamiento

²⁹ Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud del MSP del Ecuador: *Informe Técnico DNH #232*, Oficio Número MSP-DNH-2020-0005-O. Enviado a Surkuna el 1 de octubre de 2020. Disponible en: <https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/wcBWSE2qeTuakg1>

³⁰ Ibid. Pag. 6

³¹ Inec (2019), Anuario de Egresos y Camas Hospitalarias. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

³² Inec (2019), Anuario de Egresos y Camas Hospitalarias. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

³³ Inec (2019), Anuario de Egresos y Camas Hospitalarias. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

³⁴ 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.

³⁵ 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.

De acuerdo con cifras del Inec, en 2019 se registraron 1816 nacidos vivos de

del sistema de salud mediante la reducción del presupuesto en el año 2020 al Proyecto de Prevención del embarazo en niñas y adolescentes³⁶, genera un contexto de absoluta vulnerabilidad para las niñas y adolescentes embarazadas, que se agudiza en el caso de niñas y adolescentes embarazadas producto de la violencia sexual por todo el impacto que esta tiene en su salud física, mental y social.

3.3.La pandemia aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad en mujeres embarazadas, por la falta de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva

42. Las estadísticas sobre acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la pandemia, muestran que todos los servicios esenciales en estos ámbitos, han registrado graves decrementos en la atención, existiendo graves barreras de acceso a los mismos durante en el contexto de la Emergencia Sanitaria por COVID-19. En lo que se refiere a la provisión de métodos anticonceptivos, 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 infecciones de transmisión sexual, ITS, incluido el VIH.
43. Es así que, en la atención prenatal se registra un decremento del 45,47% en las primeras consultas preventivas durante los meses de marzo a mayo de 2020 respecto al año 2019 en los establecimientos del MSP. Esta cifra es mucho más grave en relación con las atenciones de niñas y adolescentes de 10 a 17 años, en primera consulta prenatal, donde el decremento en la atención es del 49,10% y, en niñas de 10 a 14, desciende hasta el 61,89%. 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 2019.³⁷ La disminución es mayor para las menores de 18 años con un 26,34%. Entre las niñas de 10 a 14 años, el decremento en consultas subsecuentes de atención prenatal representa el 21,29%.³⁸ Este decremento en consultas se contrapone a las cifras que indican un aumento de niñas y adolescentes embarazadas que ya se señaló.
44. La falta de atención prenatal puede generar varios impactos en la salud física, mental como social de las mujeres, al respecto varias de mujeres compartieron sus testimonios con nosotras:

madres de entre 10 y 14 años y 49895 nacidos vivos de madres de entre 15 y 19 años. Véase en :

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2019/Principales_resultados_ENV_EDF_2019.pdf Pgas. 13 y 14.

36 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

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

38 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.

Testimonios de mujeres embarazadas sobre dificultades en el agendamiento de citas y las consultas de control prenatal	
Cantón	Descripción
Esmeraldas	"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". (Adolescente embarazada en su tercer trimestre, entre los 15 a 17 años, afroecuatoriana con dificultades durante los meses de mayo y junio en ES del MSP)
Esmeraldas	"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". (Mujer embarazada en su segundo trimestre entre los 25 a 30 años respecto a ES del MSP)
Esmeraldas	"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". (Mujer entre los 18 a 24 años, afrodescendiente en el Hospital Delfina Torres durante los meses de marzo a mayo)
Esmeraldas	"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". (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.

45. Igualmente, de acuerdo con los datos analizados en el Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19, en Ecuador “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”. Este instrumento nos aporta también testimonios de profesionales de salud de los Servicio de Emergencias y Centro Obstétrico, mismos que coinciden con lo anteriormente planteado estableciéndose que “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”³⁹.
46. Cabe señalar que en el año 2019, las cinco principales causas de morbilidad entre la población de 12 a 17 años -varones y mujeres- fueron luego de la apendicitis aguda, dos relacionadas con el embarazo adolescente: *infección de vías génito urinarias en el embarazo*, 2206 casos, y *otras enfermedades maternas clasificadas otra parte, pero complican el embarazo, parto y puerperio*, 1950 casos⁴⁰. Asimismo, entre las cinco principales causas de morbilidad entre la población de 18-24 años (igualmente sin distinción de sexo), luego de la apendicitis agudas, fueron en segundo, tercero y quinto lugar las siguientes: *infección de las vías genitourinarias en el embarazo* con

39 Surkuna, 2019. Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador

40 https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2019/Boletin%20tecnico%20ECEH_2019.pdf. pág. 13

9916 casos; *otras enfermedades maternas clasificadas en otra parte, que complican el embarazo, parto y puerperio*, con 9552 casos; y *“atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre”* 7340 casos.⁴¹

47. Durante este año de pandemia, existió un aumento de la mortalidad materna que tiene una relación directa con la denegación de servicios esenciales. De acuerdo con la estadística este aumento hasta fue del 36,8% de los casos de mortalidad materna (MM) con respecto al año 2019 entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020⁴², es decir se pasó de **103 casos de muerte materna** en el 2019⁴³ a **163 casos de muerte materna** en el 2020⁴⁴. Desglosando esta estadística por el periodo en que sucede la muerte tenemos que: a) 34 muertes maternas ocurren durante el embarazo, esto implica un aumento del 52,9% de las muertes durante este periodo, b) 1 muerte materna ocurre durante el parto, registrándose una disminución del 50% de muertes por esta causa con respecto al año anterior, c) 61 muertes ocurren en el puerperio inmediato, es decir hasta 24 horas después del parto, esto equivale al aumento del 29.5% de muertes en este periodo con respecto al año anterior, d) 35 muertes ocurren en el puerperio mediato es decir a partir de las 24 horas hasta los 10 días después del parto, esto implica un aumento del 51,4% de muertes en este periodo y, e) 32 muertes ocurren en el puerperio tardío, es decir desde el día 11 al 42 después del parto, registrándose un aumento del 21,8% de muertes por esta causa.
48. De estas cifras: a) Ocurren 84 muertes en mujeres que tuvieron una cesárea, b) 35 muertes en mujeres que tuvieron partos vaginales c) 10 muertes de mujeres en legrados (procedimiento utilizado para realizar abortos o atender complicaciones derivadas del aborto inseguro) y e) 34 muertes de mujeres durante el embarazo. Además: a) aumentan 30 casos de muerte materna de mujeres por causas directas prevenibles, siendo que en el 2020 mueren 107 mujeres por estas causas lo cual quiere decir que la muerte materna directa aumenta en un 28,03% y b) aumente 30 casos de muerte materna indirecta, siendo que en el 2020 mueren 56 mujeres por esta causa, es decir la muerte indirecta aumenta en un 53,5%.
49. Es importante diferenciar estos dos tipos de muertes maternas por cuanto la primera esta directamente relacionada con la falta de atención prenatal como lo mencionamos anteriormente, mientras que la segunda esta fuertemente relacionada con la falta de atención oportuna y de acceso a abortos legales. Es así, que este aumento en las causas indirectas de muertes en mujeres tiene una relación directa con la drástica disminución de acceso a abortos legales⁴⁵, que fue de 68,79% entre los meses de marzo a julio de 2020 con en relación al mismo período del año previo⁴⁶. La reducción de acceso a este servicio se debió a la negligencia del Ministerio de salud y del COE, que no lo consideraron un servicio esencial durante la pandemia.
50. En cuanto a la ubicación del domicilio de las mujeres que murieron por causas evitables relacionadas con el parto, embarazo y puerperio, 103 se encontraban en áreas urbanas y 63 en áreas rurales. Siendo que 136 se consideran mestizas, 22 indígenas y 5 afroecuatorianas. En cuanto a la edad de las mujeres que murieron por esta causa, 41 tenían en 30 y 34 años, 34 entre 25 y 29 años, 31 entre 35 y 39 años, 27 entre 20 y 24 años, **16 entre 15 y 19 años**, 13 entre 40 y 44 años y **una 1 entre 10 y 14 años**.

⁴¹ https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2019/Boletin%20tecnico%20ECEH_2019.pdf Pag.13

⁴² Gaceta de mortalidad materna SE53-2020, disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/Gaceta-SE-53-MM.pdf>

⁴³ Gaceta de mortalidad materna SE50-2019, disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/Gaceta-SE-50-MM.pdf>

⁴⁴ Gaceta de mortalidad materna SE53-2020, disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/Gaceta-SE-53-MM.pdf>

⁴⁵ La interrupción del acceso a abortos no punibles 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 morbilidad materna.

⁴⁶ Surkuna, 2019. Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador

51. A pesar de lo grave de esta problemática, es fundamental señalar que la misma se encuentra sub registrada pues estos casos aumentan con la búsqueda activa que posteriormente realiza el ministerio de otros casos de muertes maternas⁴⁷.
52. Además de las ya mencionadas, 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; la falta de acceso a ecografías o medicamentos, hasta procedimientos médicos sin consentimiento como la inducción al parto y cesáreas innecesarias.⁴⁸
53. En cuanto a la falta de provisión de medicamentos básicos durante el embarazo y la imposibilidad de realizar ecografías, 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, a quienes se les ha negado el acceso a estos servicios:

Testimonios de mujeres embarazadas sobre falta de medicamentos y ecografías para la atención prenatal	
Cantón	Descripción
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)
Esmeraldas	"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)
Esmeraldas	"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". (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	"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". (Mujer embarazada en su segundo trimestre, entre los 25 a 31 años en centro de salud del MSP)
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)

49

54. Sobre las llamadas de emergencia por labor de parto, podemos constatar que entre el mes de marzo y julio de 2020, las llamadas de emergencia al ECU911 por esta causa 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%.⁵⁰

47 Así, en relación con estos incrementos posteriores, puede verse las cifras de defunciones en el Inec del año 2019, publicadas en agosto de 2020

48 Véase Thalíe Ponce: "La difícil labor de parir en una pandemia" e 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/>

49 Surkuna, 2019. Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador

50 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.

55. Igualmente, se registra una falta de cumplimiento de las recomendaciones emitidas durante la pandemia para el manejo de la sospecha o confirmación de infección de COVID-19 en mujeres embarazadas y neonatos. 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 obtuvo respuestas de 110 de mujeres que dieron a luz durante la Emergencia sanitaria, tanto en establecimientos de salud públicos y como en 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 (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-19⁵¹.
56. A su vez, de las entrevistas realizadas para este monitoreo, 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 justificación⁵². En otros casos se generó un proceso de inducción al parto sin justificación médica bajo coerciones, según lo acreditan los testimonios recogidos.

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". (Mujer entre los 25 a 30 años, ecuatoriana de etnia negra sin ingresos, en centro de salud del MSP)</i>
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. [...] Si 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." (Mujer de 29 años, ecuatoriana, afrodescendiente, en hospital del MSP durante el mes de agosto)</i>
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 [...] Si 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". (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)</i>
D.M. Quito	<i>"En el plan de parto yo quería que mi esposo pudiera acompañarme, pero el personal de salud no lo permitió". (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)</i>

51 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. Surkuna, 2019. Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador

52 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.

57. En conclusión, las mujeres, niñas, personas con capacidad de abortar y adolescentes víctimas de violencia sexual, durante el contexto de emergencia sanitaria, han estado expuestas a graves restricciones de acceso a servicios de salud, además, a señalan haber recibido violencia obstétrica, pues los actos graves que se han descrito, violan los estándares de atención de alta calidad durante el parto, tanto nacionales como internacionales, y derivan en graves afectaciones en la salud integral de las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de abortar.
58. Es importante señalar también que, a pesar de que 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 durante la pandemia de Covid19⁵³, hasta octubre de 2020, no se han emitido lineamientos por parte del MSP con el fin de salvaguardar la continuidad de estos servicios. Esto causó 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 2019.⁵⁴ De 10479 ingresos hospitalarios registrados por este motivo en los meses mencionados de 2019, se atendieron 4800 entre marzo y julio de 2020.⁵⁵
59. 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%.⁵⁶ La falta de atención a complicaciones del aborto y 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. Al respecto destacamos algunos testimonio significativos:

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 ECU911 se dieron cuenta que era grave, me tuvieron que poner oxígeno. Llegué en shock hipovolémico al hospital, me pusieron la pulsera naranja. Tu vieron 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 si 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.

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

54 MSP, Respuesta a solicitud de información Número MSP-DNEAIS-2020-0262-O, recibida el 26 de agosto.

55 Ibid

56 Ibid..

3.4. Pese a los decrementos en la atención en salud sexual y salud reproductiva, la criminalización de mujeres por aborto durante la pandemia se mantiene constante.

60. Durante la pandemia, además de la restricción en los servicios anteriormente mencionados, hubo una restricción en el acceso a asesoría e información en salud sexual y salud reproductiva y en el acceso a métodos anticonceptivos. Es así que, en la Encuesta Virtual “Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador”, registra que el 65,89% de las personas encuestadas tuvieron problemas de acceso a asesores y a métodos anticonceptivos. Así mismo, la respuesta a pedidos de información realizadas por SURKUNA al MSP demuestra que el descenso de acceso a anticonceptivos entre marzo y junio del 2020 fue de un 35,9%⁵⁷. Disminución que se extiende entre julio y septiembre del 2020 donde aún se registra un decremento del 30,94% a nivel nacional⁵⁸.
61. Las barreras más relevantes relacionadas con la falta de acceso a métodos anticonceptivos, se relacionan con la falta de disponibilidad de insumos, la imposibilidad de fijar citas de planificación familiar, la saturación de turnos, y una inadecuada aplicación de la normativa existente. Algunos testimonios de usuarias y personal de atención, además del monitoreo de disponibilidad de MAC realizado en el contexto de esta investigación, evidencian esto:
- 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)⁵⁹
62. En la investigación realizada para el “*Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador*” 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. De esta se desprende que Esmeraldas es la provincia con mayor desabastecimiento de MAC, donde en el 61,11% no se consigue acceder a los mismos. Esto se corrobora con la Encuesta Virtual “*Acceso y atención en servicios de salud sexual y salud reproductiva en Ecuador durante la pandemia por COVID-19*”, donde un 37,68% de las personas encuestadas manifestó que la falta de acceso a MAC, se debió a la falta anticonceptivos en los establecimientos de salud.
63. Todo lo anterior está vinculado a un aumento de embarazos no deseados y forzados, por lo tanto, al peligro de incremento de abortos inseguros; lo que supone una grave vulneración de derechos los humanos de las mujeres de acuerdo con 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)⁶⁰
64. Sin embargo, a pesar de las barreras de acceso a servicios de atención durante la pandemia, la apertura de procesos judiciales que criminalizan la interrupción del embarazo ha continuado.

⁵⁷ MSP: Oficio de respuesta a solicitud de información Número MSP-SNGSP-2020-0881, 5 octubre de 2020.

⁵⁸ MSP: Oficio de respuesta a solicitud de información Número MSP-SNGSP-2020-0881, 5 octubre de 2020.

⁵⁹ 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.

⁶⁰ 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.

Entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2020, constan 48 denuncias por el delito de aborto consentido registradas en la Fiscalía General del Estado, de estas 35 fueron realizadas durante la época de la pandemia.⁶¹ Así, se procesa 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.

3.5. La pandemia ha generado un contexto donde la atención deficiente desde el estado a víctimas y sobrevivientes de violencia basada en género y violencia sexual se agudiza, generando situaciones de verdadera indefensión

65. Durante la pandemia se ha registrado una falta de atención diligente a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual a quienes se les ha negado de forma sistemática la atención, exponiéndolas a graves riesgos en su salud física (infecciones de transmisión sexual incluido el VIH), en su salud mental (depresiones, síndromes de estrés postraumáticos, etc.) y a embarazos forzados (por la falta de acceso a AOE y por el aumento de la sistematicidad de la violencia sexual).
66. Estas dificultades están relacionadas con la falta de información sobre estos servicios, la saturación de los mismos, la imposibilidad de fijar citas de planificación familiar, la falta de lineamientos sobre atención a víctimas de violencia sexual en el contexto de covid, la falta de disponibilidad de insumos y la falta de consideración desde la práctica médica de la violencia sexual como una emergencia.
67. A partir de entrevistas realizadas a usuarias del sistema de salud y casas de acogida por parte de Surkuna, hemos conocido casos donde las dificultades de acceso a citas en el área de ginecología durante los primeros meses de la pandemia han afectado a víctimas de violencia sexual. Marta⁶² es una joven que vivió un intento de violación por parte de su pareja durante el período de confinamiento que tuvo por resultado una infección vaginal. Sin embargo, no pudo obtener una cita para tratar su afectación debido a la emergencia sanitaria. Finalmente, optó por buscar apoyo en un centro privado de atención.
68. Otra 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 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; 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 trasladarse⁶³. Al respecto ella manifiesta:

“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

⁶¹ Fiscalía General del Estado (FGE) del Ecuador: Atención a requerimiento de información estadística - Aborto consentido, recibido el 19 de febrero del 2021.

⁶² 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.

⁶³ 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.

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 costaba 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”⁶⁴. (Adolescente de 18 años, ecuatoriana de etnia mestiza, sobre centro de salud del MSP)

69. Igualmente el equipo de una de las casas de acogida para mujeres víctimas de violencia manifiesta que tuvieron este tipo de problemáticas de forma constante y comparte un testimonio realmente significativo de lo sucedido:

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)⁶⁵

70. En casos de niñas forzadas a la maternidad que se encuentran en casas de acogida, la situación es la misma. Es así que durante la pandemia, las casas que reciben casos de adolescentes embarazadas menores de 15 años, víctimas de violencia sexual, experimentaron una serie de dificultades vinculadas a la falta de herramientas para la atención integral durante la pandemia (falta de pruebas de COVID, falta de rutas adecuadas de acceso a servicios, entre otros). Esto causó que las adolescentes y niñas que ingresaban debieran permanecer en cuartos aislados por dos semanas (período de cuarentena), corriendo graves riesgos para su salud. Al respecto, Mayra Tirira aboga de Surkuna manifiesta:

En el mes de junio, se dio un caso muy grave, una adolescente presentó un cuadro de preeclampsia, que no pudo ser detectado a tiempo (por encontrarse aislada), razón por la cual sufrió una serie de convulsiones que afectaron su salud y provocaron un óbito fetal. Pese a la urgencia del caso, el 911 no llegó a tiempo y en el hospital tuvieron demoras en la atención puesto que una parte del personal se encontraba en *teletrabajo*⁶⁶.

71. Por otro lado, las víctimas de violencia sexual no han tenido acceso a la detección de ITS y a tratamientos de infecciones vaginales y urinarias en el sistema de salud público, a pesar de que las normas al respecto establecen que estos exámenes son esenciales en víctimas de violencia sexual⁶⁷. En 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, es así que 2 integrantes de la Unidad de Atención Integral (UAI) de VIH del Hospital General Universitario de Guayaquil informaron sobre la falta de pruebas rápidas para VIH⁶⁸. 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

⁶⁴ 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.

⁶⁵ 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. Surkuna, 2019. Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador.

⁶⁶ Entrevista no publicada realizada por el Equipo Técnico de Surkuna. Surkuna tuvo acceso a la esta información pues patrocina varios de los casos de las niñas que se encuentran en este caso, incluido el caso al que se hace mención. Surkuna, 2019. Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador

⁶⁷ Norma Técnica de Atención Integral de Violencia de Género emitida por el MSP

⁶⁸ Entrevista disponible en el siguiente enlace autorizado por el MSP:

[https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/uo9kmMpz9WuP94m?path=%2F \(Zona 8\).](https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/uo9kmMpz9WuP94m?path=%2F(Zona%208))

para VIH como lo indica la normativa.”⁶⁹

72. 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 a un alto porcentaje de mujeres y niñas víctimas de violencia sexual. 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 emergencia⁷⁰. 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.
73. Las personas víctimas de violencia sexual, tampoco han tenido acceso a tratamientos de profilaxis post-exposición (para prevenir ITS y VIH), ni anticoncepción oral de emergencia. Al respecto, por ejemplo la Encuesta Virtual “Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador”⁷¹, muestra que el 31,58% de las mujeres encuestadas y el 54,54% de adolescentes encuestada tuvieron problemas para acceder a la píldora oral de emergencia, insumo fundamental para impedir embarazos en mujeres víctimas de violencia sexual.
74. Asimismo, de acuerdo con la respuesta a pedidos de información realizado por Surkuna al MSP,⁷² existió un decremento significativo en el acceso a anticoncepción oral de emergencia entre mayo y junio del 2020 del 33,84% con respecto al mismo periodo en el año 2019. De julio a septiembre se mantiene esta tendencia, observándose un decremento de acceso a anticoncepción oral de emergencia del 25,75%. Es decir, en el último período las personas usuarias del sistema de salud pública siguen teniendo barreras significativas para acceder a este método de prevención del embarazo.
75. Además, a pesar de que la norma establece que se debe proveer la anticoncepción oral de emergencia (AOE) de manera inmediata y sin requerimientos adicionales⁷³. Los testimonios de usuarias y personal de atención, demuestran que la realidad es otra:

“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”⁷⁴.

“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”⁷⁵.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Encuesta libre e informada, lanzada por Surkuna en colaboración con el Movimiento de Mujeres de El Oro, Fundación Lunita Lunera y Fundación Mujer&Mujer entre el 17 de julio y el 30 de agosto

⁷² Oficio de respuesta a solicitud de información Número MSP-SNGSP-2020-0881, 5 octubre de 2020.

⁷³ 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.

⁷⁴ Entrevista realizada por el Equipo de Surkuna a Obstetra de un centro de salud del primer nivel de la ciudad de Esmeraldas. Surkuna, 2019. Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador

⁷⁵ Testimonio compartido a Surkuna por parte de una 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

76. A estos datos, se suman los resultados del monitoreo de disponibilidad de MAC en centros del primer nivel de atención del MSP ⁷⁶, cuyos datos establecen que en un 30,73% de casos no pudo acceder a AOE, principalmente por falta de stock.
78. Lo anteriormente expuesto, nos permite concluir que las medidas implementadas para el control de la expansión del COVID-19 no tuvieron en cuenta el hecho de que las víctimas de violencia sexual necesitan acceder y ser atendidas en servicios de salud sexual y salud reproductiva de forma urgente (hasta los 5 días después de la agresión) para evitar infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazos no deseados. Ni la importancia de que estas personas víctimas de violencia reciban atención de calidad que garantice sus derechos.

3.6. Agravamiento de la situación de las mujeres en otros ámbitos.

79. La situación de las mujeres se ha visto agravada durante la pandemia también en otros ámbitos. Así, en la Evaluación Socioeconómica PDNA. Covid 19 de los meses marzo a mayo de 2020, se señala que se registraron 81,000 salidas de mujeres del sistema de seguridad social, se menciona el aumento de la violencia basada en género, y la ocurrencia de 47 femicidios en el período marzo-mayo según OSC frente a 37 del año 2019. ⁷⁷
80. Dicha evaluación hecha por el propio gobierno señala que el acceso a servicios de salud disminuyó principalmente para los grupos más vulnerables y que las mujeres fueron particularmente afectadas por la reducción en salud: así, entre marzo y mayo del 2020, las atenciones en los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva se redujeron entre 45% y 60% comparado con 2019. Asimismo se señala que las mujeres han sido más afectadas por la crisis en relación con la salida del mercado de trabajo, la tasa de participación se redujo cerca de 6 puntos y el desempleo se triplicó especialmente en el segmento joven y urbano. Las brechas en subempleo e ingresos asalariados se redujeron presentando una convergencia hacia abajo. Un 15% de mujeres están en empleos adecuados y el 29% en subempleo. La población en condiciones previas de trabajo por cuenta propia corre el riesgo de caer en pobreza o pobreza extrema laboral, esto impacta más a las mujeres y en zonas rurales. Las brechas de ingreso en condición de cuenta propia se han ahondado, llegando a reducirse el ingreso de las mujeres a un 25% en relación con la situación pre-pandemia. En relación con las restricciones en la movilidad y los efectos socioeconómicos de la pandemia el informe señala que han incrementado la vulnerabilidad de las mujeres por el aumento del estrés en el trabajo doméstico y en las tareas de cuidado, frente a varias formas de VBG (doméstica, intrafamiliar, femicidio, sexual, entre otras).
81. Además, según las estadísticas oficiales la tasa promedio de desempleo de las mujeres es del 8,7% en comparación de la de los hombres de 6,6%, es decir 2,1 por ciento más de desempleo para las mujeres. De igual manera sus ingresos se han reducido exponencialmente, antes de la pandemia las mujeres que tenían un ingreso inferior al sueldo básico representaban el 30,72%, actualmente este porcentaje subió al 49,04% ⁷⁸.
82. En relación con el trabajo infantil, según Aldeas Infantiles SOS, 375.000 niños, niñas y adolescentes trabajan. ⁷⁹ El porcentaje de hombres es de 62,8% y el de mujeres el de 37,2%.

⁷⁶ Diagnóstico de servicios de salud realizado 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. Surkuna, 2019. Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador

⁷⁷ Véase en: <http://www.inteligenciaproductiva.gob.ec/archivos/Eval%20Soc%20Econ%2011%20sep-.pdf>

⁷⁸ El Comercio. La Pandemia en Ecuador una amenaza mayor para la mujer. <https://www.elcomercio.com/actualidad/pandemia-ecuador-amenaza-mujer-violencia.html>

⁷⁹ Véase en: <https://lahora.com.ec/noticia/1102320412/375000-ninos-y-adolescentes-trabajan-en-ecuador->

83. A esta situación debe sumarse el trabajo del cuidado, mismo que se ha exponenciado llegando a duplicarse o triplicarse ocasionado que las mujeres o renuncien a sus trabajos habituales⁸⁰ para dedicarse al cuidado de sus hijos o tengan jornadas extenuantes con más de 12 o 15 horas de trabajo. Esta situación también afecta desproporcionadamente a niñas y adolescentes entre 12 y 17 años de edad quienes invierten entre el 25 y el 45% de su tiempo en tareas del cuidado, frente al 15% de los varones.⁸¹ Frente a esta realidad, existe una falta de políticas públicas para frenar la situación de desprotección laboral que enfrentan las mujeres y fomentar un reparto equitativo de tareas en el hogar entre hombres y mujeres.

IV. INSISTENCIA EN EL ANÁLISIS DE PROCEDENCIA DE LAS MEDIDAS CAUTELARES DESDE LOS ESTÁNDARES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL ECUATORIANA

84. Esta Corte Constitucional en sentencia 66-15-JC/19 de 10 de septiembre de 2019, ha establecido, de acuerdo con la Constitución, que las medidas cautelares proceden “con el objeto de evitar o hacer cesar la violación o amenaza de violación de un derecho” es decir “prevenir, impedir o interrumpir la violación de un derecho”.
85. Se ha argumentado que los embarazos y maternidades forzadas, son prácticas nocivas y coercitivas que deben ser erradicadas de manera inmediata por el Estado debido a que lesionan la dignidad humana, afectando gravemente los derechos vinculados a ella, especialmente la integridad, la vida, la libertad, la igualdad de las mujeres, niñas, el libre desarrollo de la personalidad, la vida digna de niñas, adolescentes personas con capacidad de gestar y abortar y mujeres
86. La norma impugnada, al penalizar el aborto en todos los casos en los que el embarazo resulte de violencia sexual, con excepción del caso de una mujer que padezca discapacidad mental, tiene como consecuencia de que las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de abortar, están OBLIGADAS, bajo pena de sanción penal, ya sea para ellas o para quienes les hagan abortar, los prestadores de salud por ejemplo, a seguir y llevar a término un embarazo producto de esta violencia sexual y están obligadas también a maternar un hijo o hija producto de violación.
87. Esta situación ocurre en un contexto de emergencia sanitaria donde el Estado ha disminuido el acceso a servicios de salud y de acceso a la justicia; donde las mujeres se han empobrecido y donde ha aumentado la violencia basada en género; donde han aumentado los embarazos de adolescentes y de niñas, la mayoría de ellos producto de abuso sexual.
88. Por ello, se requiere la suspensión de esta norma para interrumpir la violación de derechos constitucionales de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de abortar, víctimas de violación y embarazadas actualmente como producto de la violencia sexual y los daños profundos en sus vidas. Se requiere que se ordene brindar servicios de salud seguros hasta que se resuelva la controversia, para impedir que una norma que podría ser declarada inconstitucional lesione estos momentos derechos constitucionales de las mujeres, niñas y adolescentes.
89. Asimismo, es fundamental la suspensión de la norma impugnada para prevenir e impedir que nuevas víctimas de violación embarazadas, en un contexto de incremento de violencia sexual y

⁸⁰ Plan V, Mujeres dejan empleos para cuidar a sus hijos durante la pandemia. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/mujeres-renuncias-empleo-pandemia/>

⁸¹ Véase en: <https://lahora.com.ec/noticia/1102320412/375000-ninos-y-adolescentes-trabajan-en-ecuador->

reducción de servicios de salud, criminalización y empobrecimiento, sean coaccionadas y forzadas desde un inicio, con amenaza de sanción penal, a llevar adelante un embarazo en esas condiciones. La suspensión de la norma impugnada prevendría que expongan su vida, su salud, su integridad, por buscar servicios ilegales e inseguros, y por el contrario significaría que puedan acceder con libertad y seguridad a servicios de salud autorizados.

90. Se requiere la suspensión de la norma y la provisión de servicios seguros en estos casos hasta que se resuelva la controversia. para evitar que las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual y embarazadas como consecuencia de la misma, sean denunciadas por los propios operadores de salud, vean restringida su libertad y se sometan a abortos inseguros poniendo en riesgo su vida y su integridad en riesgo, e incluso mueran por causas asociadas a la maternidad
91. La suspensión de la norma resulta acorde con la protección del derecho a la salud y la obligación que se impone al Estado para proveer los medios necesarios para que las personas víctimas y sobrevivientes de violación que decidan abortar lo puedan hacer bajo condiciones adecuadas, seguras y dignas. Además es obligación del Estado brindar especial asistencia y protección a estas, niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de abortar, durante el embarazo y ello supone si decide interrumpirlo, que el Estado brinde los mecanismos sanitarios necesarios para garantizar su integridad física y su vida
92. La Corte ha señalado en la sentencia de 66-15-JC/19 de 10 de septiembre de 2019 que:

27. Los hechos creíbles deben desprenderse de la petición de medidas cautelares. Por la naturaleza de las medidas cautelares, al no ser una acción de conocimiento, no se requieren pruebas para demostrar la veracidad de lo descrito al momento de presentar la petición o demanda. De ahí que lo resuelto no constituya un prejuzgamiento sobre los hechos o la posible responsabilidad por esos hechos, como lo dispone el artículo 28 de la LOGJCC, y que la medida pueda ser revocada si es que los hechos no fueron ciertos o si no se presentaban los otros requisitos." La Corte Constitucional identificó este requisito como "verosimilitud fundada de la pretensión"

28. La inminencia tiene que ver con el tiempo. La relación entre un hecho u omisión con la violación del derecho tiene que ser estrecha. La violación del derecho tiene que estar pronto a suceder o estar sucediendo.

29. La gravedad está definida por la misma ley y tiene que ver con una o más de estas tres categorías que pueden o no concurrir en un caso concreto: la irreversibilidad del daño; la intensidad del daño producido por la potencial violación de derechos; o la frecuencia de la violación. Un daño es irreversible cuando no se puede volver a un estado o condición anterior. Un daño es intenso cuando el daño es profundo, importante, como cuando produce dolor o su cuantificación es considerable o difícil de cuantificar. Una violación es frecuente cuando sucede habitualmente e incluso cuando se puede determinar un patrón en la violación.

93. **Sobre la verosimilitud de la pretensión** cabe señalar que inclusive en las circunstancias actuales de emergencia sanitaria y dificultades para el acceso de la justicia - por la convivencia obligada y permanente con los agresores, la suspensión de clases y la ineficaz respuesta del Estado-, se han denunciado aproximadamente 15 violaciones por día. Estas cifras son un subregistro de lo que ocurre, pues como se señaló, para las víctimas de violencia es muy difícil denunciar, solamente el 10% lo hace, y luego durante la pandemia, el acceso a la justicia para las víctimas de violencia también ha sido restringido Asimismo, recordamos a esta Corte que el número de niñas y adolescentes embarazadas aumentó durante los primeros 5 meses de la pandemia -de los que se tienen datos- respecto del año pasado, como lo ha reconocido el propio

Ministerio de Salud. La situación se vuelve extremadamente grave, al registrarse un aumento tan significativo únicamente en 5 meses en un incremento 486 casos solamente hasta julio de los cuales 190 corresponden a niñas de entre 10 y 14 años donde todos estos embarazos son producto de violencia sexual. En el mismo sentido este incremento se detecta en un contexto de reducción de los servicios públicos relacionados con las atenciones de embarazo y parto y servicios de anticoncepción, el aumento de llamadas de emergencia por estas razones, el incremento de femicidios, el empobrecimiento de las mujeres, reducción también reconocida por el propio Estado. Es decir, la situación de las niñas, adolescentes y mujeres con capacidad de gestar, ya es sumamente grave y, sin embargo, la magnitud de la situación todavía no está claramente establecida y sin duda alguna, será mucho peor.⁸²

94. Recordamos a esta Corte que el índice de muertes maternas aumentó en 2020, en el que se registraron 163 muertes respecto de 2019 en el que se registraron 103. Asimismo, que se señaló que 10 mujeres murieron en 2020 por causa de abortos realizados en condiciones inseguras, la misma cifra que en 2019. Asimismo, según el MSP, 17 niñas y adolescentes murieron en el 2020, de ellas 1 de entre 10 y 14 años y 16 de entre 15 y 19 años mientras que en el 2019 murieron 1 niñas entre 10 y 14 años y 15 adolescentes entre 15 y 19 años por esta causa⁸³.
95. La penalización del aborto en casos de violación obliga a las mujeres, niñas y adolescentes, y personas con capacidad de abortar, que deciden resistir contra el embarazo y la maternidad forzadas, a buscar abortos clandestinos o inseguros, a poner en riesgo su vida, su salud, su proyecto de vida, a ser criminalizadas, denunciadas, estigmatizadas en un contexto de criminalización del aborto que pese a la pandemia se ha mantenido.
96. Las mujeres son criminalizadas por abortos consentidos en el Ecuador, donde la situación de los centros de privación de libertad revela una negación de los derechos más fundamentales, situación que es de conocimiento público y que ha sido conocida por la propia Corte Constitucional. No se tienen datos de cuantas de estas mujeres criminalizadas fueron víctimas de violación, porque para la Fiscalía, debido a la penalización general del aborto, esta situación no es relevante. Por ello solicitamos la suspensión de todos los procesos de criminalización en los que los indicios y versiones señalen la existencia de violación o violencia sexual previa.
97. Cabe señalar que la mayoría de cifras de este alcance han sido proporcionadas por las propias autoridades del Estado, cuyas respuestas adjuntamos, otras han sido sacadas de documentos oficiales, o de investigaciones desde la sociedad civil, como el “Monitoreo del estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en Ecuador” que también se adjunta a este documento, y recopiladas mediante visitas a servicios de salud o entrevista a profesionales de salud y usuarias. La situación que viven las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar y abortar víctimas de violación y embarazos y maternidades forzadas en Ecuador se ha agravado en la pandemia en un contexto de respuesta ineficaz del Estado en orden a garantizar su salud, su acceso a la justicia y a la prevención y atención de violencias.
98. **Por otra parte en relación con la inminencia**, cabe señalar que desde 2018 el propio Estado ha proporcionado cifras que establecen que 7 niñas menores de 14 años dan a luz cada día, y

⁸² Por ejemplo, conmoción social ha causado la noticia de, al menos, siete niñas y adolescentes de entre 7 y 17 años en Puerto Quito, quienes han sido víctimas de violación, por parte de sus familiares y vecinos. Los casos no están relacionados entre sí y han ocurrido de manera simultánea, solamente un denominador común los lazos de consanguinidad de las víctimas con sus agresores. Entre las personas detenidas se encuentra un funcionario del Consejo de la Judicatura. Ocho investigaciones están abiertas desde enero a partir del rescate de una mujer a quien su padrastro había violado y con quien tenía tres hijos. Véase en: <https://www.eluniverso.com/noticias/seguridad/en-puerto-quito-ninas-eran-violadas-por-sus-padres-hermanos-y-hasta-vecinos-nota/>

⁸³ <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/Gaceta-SE-50-MM.pdf> pág. 4

158 adolescentes dan a luz cada día⁸⁴. Asimismo, es el propio Estado que ha reconocido que durante la pandemia por una parte ha aumentado la violencia basada en género y por otra se han reducido los servicios de salud, afectando especialmente a las mujeres, y en este contexto también el propio Estado ha reconocido que las atenciones preventivas primeras han aumentado en esta época de pandemia, así, en esos cinco primeros meses del año 810 niñas de entre 10 y 14 años acudieron a su primera consulta prenatal (190 más que el año pasado) y 4384 adolescentes de entre 15 y 19 años (296 más que el año pasado)⁸⁵.

99. De acuerdo con cifras oficiales de Fiscalía, durante la pandemia cuando se denunciaron menos casos -por las razones ya señaladas- y aumentó la violencia basada en género y la violencia femicida, se recibieron pese a todo esto, aproximadamente 15 denuncias de violación diarias. Igualmente, ocurrieron 163 muertes maternas, 10 muertes maternas por aborto, 17 muertes de niñas y adolescentes muertas en 2020⁸⁶.
100. Cada día, más niñas, adolescentes, personas con capacidad de gestar y mujeres, están obligadas por la norma impugnada a seguir con un embarazo forzado que las afecta gravemente en tiempos de pandemia, son 486 niñas y adolescentes más que el año pasado en un periodo de 5 meses⁸⁷, esto ante la inacción del Estado por adecuar su legislación con el fin de permitirles interrumpir esos embarazos de manera segura y legal. Es urgente permitir a estas víctimas tener la potestad de decidir interrumpir los graves daños que sufren todos los días por la ocurrencia de los embarazos forzados que experimentan.
101. **Sobre la gravedad** de los daños y los derechos amenazados por la norma impugnada, es el propio Estado que a través de la Política Interseccional de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025⁸⁸ señala por una parte la intensidad del daño a los derechos de las niñas y adolescentes, así como la irreversibilidad de algunas de sus consecuencias por la violencia sexual y el embarazo que se relaciona con esta violencia :

La Violencia Basada en Género (VBG) y el Embarazo en Niñas y Adolescentes (ENA) **son graves problemas sociales asociados a violaciones y de derechos humanos, que requieren una atención prioritaria por parte del Estado, pues incrementan la morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional; especialmente en niñas menores de 14 años. (...) Entre las consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes se encuentran: el abandono permanente o discontinuidad en los estudios; la falta de acceso al trabajo formal; deficiente inserción social, pobreza, poco empoderamiento y participación de adolescentes, así como el no cumplimiento de sus proyectos de vida. Adicionalmente, existe un riesgo de morir durante el embarazo, parto o postparto de hasta 4 veces más en las embarazadas menores de 15 años, o las relacionadas al aborto en condiciones inseguras. Se han relacionado con embarazo en adolescentes problemas de salud mental como la depresión, lesiones autoinfligidas como el suicidio relacionado al embarazo.**

102. La penalización del aborto en casos de violación, puede provocar daños irreversibles -en el caso de muertes maternas de niñas, adolescentes, mujeres víctimas de violación- y muertes asociadas

⁸⁴MSP (s.f.). Antecedentes – Política Interseccional de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, disponible en: <https://www.salud.gob.ec/antecedentes-politica-interseccional-de-prevencion-del-embarazo-en-ninas-y-adolescentes-2018-2025/> (última visita: 26 de octubre de 2020).

⁸⁵ 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.

⁸⁶ No obstante a la cifra del 2020, hay que ajustarla pues faltan los datos de búsqueda activa de la mortalidad materna.

⁸⁷ Los datos del Ministerio de Salud no revelan la magnitud del embarazo adolescente pues como se anotó registran solamente aquellas primeras atenciones preventivas primeras. De acuerdo con cifras del Inec, en 2019 se registraron 1816 nacidos vivos de madres de entre 10 y 14 años y 49895 nacidos vivos de madres de entre 15 y 19 años. Véase en : https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2019/Principales_resultados_ENV_EDF_2019.pdf Pgas. 13 y 14. Tampoco esta cifra última registra el número de abortos.

⁸⁸ Véase en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/POL%C3%8DTICA-INTERSECCIONAL-DE-PREVENCI%C3%93N-DEL-EMBARAZO-EN-NI%C3%91AS-Y-ADOLESCENTES-para-registro-oficial.pdf>

al aborto inseguro, por ejemplo (10 en 2020). Es el propio Estado, el que señala que existe un riesgo 4 veces mayor de morir en embarazadas menores de 15 años o las relacionadas con el aborto en condiciones inseguras. Cabe señalar que en las actuales condiciones donde la ineficiencia de las instituciones en tiempos de pandemia, las víctimas de violación están en una situación de mayor vulnerabilidad que aquella descrita en 2018.

103. La intensidad del daño que sufren las mujeres víctimas de violación, quienes además resultan embarazadas, en el caso de que no mueran, es profundo y también lo describe el propio Estado respecto de las NNA, al señalar, que tanto la violencia como el embarazo incrementan la morbilidad y mortalidad de NNA, generan el no cumplimiento de sus proyectos de vida y el deterioro severo de sus condiciones vida digna, educación, trabajo, falta de participación, pobreza, así como el impacto en la salud mental. Víctimas de violación y embarazadas llegan incluso al suicidio por haber sido víctimas de violencia sexual y/o embarazos forzados.
104. Una niña de entre 10 y 14 años, juega, estudia, imagina su proyecto de vida. Una niña víctima de violación y embarazada visita el hospital por embarazo ectópico, eclampsia, hipertensión gestacional, hemorragias precoces en embarazo, abortos, edema, ruptura previa de membranas, otras complicaciones del embarazo, infecciones, desprendimiento de placenta, partos prolongados, diabetes gestacional, sepsis, la lista de causas de morbilidad a la que están expuestas y de hecho ocurren todos los días las encuentran señores jueces detalladas en el *Anexo I*. ¿No es suficiente para el Estado el sufrimiento que experimentan estas niñas por haber sufrido violencia sexual? ¿Es necesario además hacerlas pasar por los sufrimientos y los riesgos que se han identificado, habida cuenta que todos son producto de la violencia sexual y de su consecuencia, el embarazo forzado? ¿Cabe hacer pasar por ese sufrimiento y riesgos a su vida a una mujer víctima de violación y embarazada sin importar su edad en un contexto de aumento de violencia basada en género y reducción de servicios de salud sexual y reproductiva y servicio de acceso a la justicia?
105. Nuevamente señalamos a la Corte que detrás de cada cifra de niña, adolescente, mujer o persona con capacidad de gestar y abortar víctima de violación y embarazada se encuentra una persona única e irrepetible, con capacidad de sufrir y sentir, con nombre y apellido, con sueños, expectativas y un proyecto de vida. Todo eso se afecta profundamente cuando son víctimas de violación, y son obligadas a seguir con un embarazo en este país que brinda poca protección y seguridad y ofrece servicios reducidos a las mujeres, que culpabiliza y estigmatiza a las víctimas de violación. En un país donde el impacto económico de la pandemia lo han recibido principalmente las mujeres.

V. INSISTENCIA DE PETICIÓN DE MEDIDAS CAUTELARES

En razón de lo que argumentamos y fundamentamos en la demanda de 10 de noviembre de 2020 y en este alcance, se requiere que la Corte Constitucional disponga:

- a) La suspensión de la norma impugnada, **esto es de la frase inserta en el artículo 150 numeral 2 que señala: “en una mujer que padezca discapacidad mental”** para interrumpir los daños profundos que actualmente las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar víctimas de violación embarazadas de sus agresores se encuentran experimentando, para prevenir otros daños que pudiesen ser irreversibles. Todos estos daños están relacionados con la vulneración de derechos constitucionales, vida, integridad, libre desarrollo de la personalidad, derechos sexuales y reproductivos, igualdad y no discriminación, libertad física, vida digna, entre otros.
- b) La suspensión de los procesos judiciales relacionados con la norma impugnada, cuando de

indicios o testimonios en los procesos aparezca que las niñas, mujeres, adolescentes o personas que abortaron fueron víctimas de violencia sexual,

c) Que se disponga expresamente a Fiscalía General del Estado abstenerse de iniciar o proseguir investigaciones y criminalización de mujeres y adolescentes por abortos consentidos cuando en indicios o en sus testimonios las mujeres, niñas, adolescentes o personas con capacidad de abortar refieran haber sido víctimas de violación.

d) Que se ordene al Estado, a través del sistema nacional de salud, la provisión gratuita de servicios de salud seguros y de calidad, donde las mujeres, adolescentes, niñas y personas en capacidad de abortar víctimas de violencia sexual puedan acceder a un aborto legal y no sean denunciadas por los prestadores de salud, para evitar todo el daño a su salud y la mortalidad materna por abortos inseguros, embarazos o partos de riesgos, **garantizando que se les informe de esta posibilidad y que se les provea el servicio.**

Las medidas cautelares solicitadas deben ser dictadas de forma urgente como una forma de **interrumpir** los daños profundos e intensos que las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad abortar víctimas de violencia sexual y embarazadas, sufren actualmente, daños que vulneran sus derechos constitucionales; con el fin de **evitar** daños irreversibles, como su muerte o graves daños a su salud; con el fin de **evitar** también que nuevas víctimas de violación, embarazadas, sean coaccionadas para continuar un embarazo forzado en un contexto de aumento violencia basada en género, de violaciones sexuales denunciadas todos los días, de pandemia que ha empeorado las condiciones de vida, acceso a la salud, y acceso a la justicia de mujeres, niñas y adolescentes, situación que es muy verosímil se siga agravando

Notificaciones que nos correspondan las seguiremos recibiendo en los correos electrónicos que hemos señalado para el efecto.

LINA MARIA ESPINOSA VILLEGAS

ANA CRISTINA VERA SÁNCHEZ

VIVIAN ISABEL IDROVO MORA

SYLVIA BONILLA BOLAÑOS

ANEXO 1. TABLA DE EGRESOS POR CAUSA DE MORBILIDAD DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EN 2019

Cuadro No. 3.1.11
Egresos hospitalarios, días y promedio de estada, por grupos de edad, según causa de morbilidad
Lista Internacional Detallada CIE - 10 año 2019

Causas de morbilidad		
	10-14 años	15-19 años
XV Embarazo, parto y puerperio	2.520	56.836
O00 Embarazo ectópico	9	222
O01 Mola hidatiforme	10	89
O02 Otros productos anormales de la concepción	33	590
O03 Aborto espontaneo	111	1.643
O04 Aborto médico	7	105
O05 Otro aborto	11	127
O06 Aborto no especificado	27	591
O07 Intento fallido de aborto	1	4
O08 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	1	34
O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	1	34
O11 Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada	-	5
O12 Edema y proteinuria gestacionales [inducidos por el embarazo] sin hipertensión	-	33
O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa	8	199
O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	76	2.051
O15 Eclampsia	12	152
O16 Hipertensión materna, no especificada	-	13
O20 Hemorragia precoz del embarazo	23	519

O21 Vómitos excesivos en el embarazo	10	167
O22 Complicaciones venosas en el embarazo	1	7
O23 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	235	4.013
O24 Diabetes mellitus en el embarazo	2	63
O25 Desnutrición en el embarazo	-	8
O26 Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo	19	293
O28 Hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre	-	5
O29 Complicaciones de la anestesia administrada durante el embarazo	-	1
O30 Embarazo múltiple	4	43
O31 Complicaciones específicas del embarazo múltiple	-	3
O32 Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta	21	485
O33 Atención materna por desproporción conocida o presunta	71	733
O34 Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre	10	736
O35 Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta	-	35
O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	24	587
O40 Polihidramnios	4	59
O41 Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas	40	970
O42 Ruptura prematura de las membranas	59	1.626
O43 Trastornos placentarios	-	30
O44 Placenta previa	3	56
O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae]	4	104
O46 Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte	-	18
O47 Falso trabajo de parto	75	1.833
O48 Embarazo prolongado	1	30
O60 O6Parto prematuro	64	1.138
O61 Fracaso de la inducción del trabajo de parto	4	93
O62 Anomalías de la dinámica del trabajo de parto	13	647

O63 Trabajo de parto prolongado	20	488
O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto	14	498
O65 Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna	58	858
O66 Otras obstrucciones del trabajo de parto	14	347
O67 Trabajo de parto complicados por hemorragia intraparto, no clasificados en otra parte	-	7
O68 Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal	47	1.348
O69 Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical	15	246
O70 Desgarro perineal durante el parto	35	974
O71 Otro trauma obstétrico	4	164
O72 Hemorragia posparto	35	693
O73 Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	18	348
O74 Complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto	-	3
O75 Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas en otra parte	5	260
O80 Parto único espontáneo	705	18.030
O81 Parto único con fórceps y ventosa extractora	-	5
O82 Parto único por cesárea	286	6.624
O83 Otros partos únicos asistidos	8	103
O84 Parto múltiple	2	59
O85 Sepsis puerperal	8	163
O86 Otras infecciones puerperales	14	262
O87 Complicaciones venosas en el puerperio	1	4
O88 Embolia obstétrica	-	1
O89 Complicaciones de la anestesia administrada durante el puerperio	-	6
O90 Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte	28	693
O91 Infecciones de la mama asociadas con el parto	10	173
O92 Otros trastornos de la mama y de lactancia asociados con el parto	-	13
O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	-	2

O95 Muerte obstétrica de causa no especificada	-	1
O97 Muerte por secuelas de causas obstétricas directas	-	1
O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y	22	506
O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	177	3.762