

Ambato, Febrero de 2021

Honorables Miembros

Corte Constitucional de Ecuador

E. S. D.

Asunto. Escrito de Amicus Curiae para el proceso 105-20-IN sobre despenalización del aborto por violación; con copia a los procesos 109-20-IN, 115-20-IN, 105-20-IN y 0034-19-IN que también versan sobre la despenalización del aborto por violación.

CODESER -Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de Ecuador-, representada por el Dr. Octavio Miranda Ruiz, ecuatoriano, mayor de edad, con cédula de identidad número 1801169333, de conformidad y Control Constitucional con lo que señala el artículo 12 de la Ley de Garantías Jurisdiccionales, presentamos ante ustedes de la manera más respetuosa el siguiente Amicus Curiae, el mismo que plantea elementos para que esta Corte resuelva sobre la constitucionalidad de la penalización del aborto en caso de violación a cualquier mujer, especialmente a niñas y adolescentes y de esta manera se precautele la vida, la salud integral y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

I. Interés en la Causa

CODESER está integrado por médicos/as ginecólogos/as de diferentes ciudades del país; comprometidos con la salud de las mujeres, la reducción de la muerte materna y de la violencia contra las mujeres, y la promoción y defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Nuestras acciones están orientadas a la formación académica de nuevas generaciones de profesionales de la salud para una atención ética y humana basada en el reconocimiento y respeto de los derechos de las mujeres. Mantenemos relación con otras Federaciones y Sociedades Científicas, Asociaciones y Colegios Médicos nacionales e internacionales que comparten similares propósitos

Desde nuestro quehacer médico, constatamos las altas tasas de embarazo en adolescentes, en particular de los sectores urbano-populares y rurales del país, así como las muertes maternas que se producen en las mujeres más pobres y con menor acceso a los servicios de salud. Particular preocupación nos merecen los abortos en condiciones inseguras que conllevan elevados riesgos de morbilidad y mortalidad para las mujeres. También los efectos de la violencia de género, y en especial la violencia sexual en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, niñas y adolescentes, y entre éstos, especialmente el embarazo forzado y sus secuelas.

Teniendo en cuenta la Acción Pública de Inconstitucionalidad por el fondo del artículo 150.2 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) presentada por mujeres miembros y representantes de las organizaciones Surkuna, Cedhu, Amazon Front Line, Fundación Lunita Lunera, y Movimiento de Mujeres

de El Oro, CODESER solicita respetuosamente ser considerado amigo de la Corte Constitucional y, de esta manera, presentar su contribución desde la perspectiva sanitaria para la resolución del caso en cuestión.

II. Introducción

Las accionantes demandan el artículo 150. 2 del COIP que establece lo siguiente:

“Art. 150.- Aborto no punible. - El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

1. *Sí el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer **que padezca de discapacidad mental.**”*

En relación con el artículo 150.2, las accionantes consideran inconstitucional que se considere no punible el aborto solo si el embarazo es producto de una violación en una mujer *“que padezca de discapacidad mental*; al respecto queremos aportar elementos para considerar que la violación constituye un hecho que atenta contra la integridad y dignidad de todas las mujeres y no solo a las que sufren de discapacidad mental; que la violación tiene efectos en la salud integral de todas las mujeres que la viven y que muchas enfrentan incluso el riesgo de morir o mueren como consecuencia de la misma.

III. La salud integral

La OMS define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹ Esta definición implica una concepción multidimensional e integral de la salud que se aleja de la perspectiva biomédica tradicional -limitada al padecimiento o no de enfermedades físicas-, para aproximarse a otra de carácter biopsicosocial que vincula la salud con el bienestar individual y social. Constituye, además, un cambio de paradigma que comprende a los seres humanos de forma holística en contextos sociales y relacionales, interconectando múltiples factores (biológicos, emocionales, individuales, sociales, culturales) que intervienen en la salud.²

Así, el concepto de salud integra las dimensiones físicas, psicológicas, emocionales y sociales que procuran el bienestar necesario para alcanzar el más alto nivel de salud. Puesto que la salud física, mental y social forman parte del derecho a la salud, el detrimento de la protección y disfrute de cualquiera de ellas vulnera dicho derecho. La salud física hace referencia al funcionamiento biológico y fisiológico del cuerpo. La salud mental se refiere al *“[...] estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad”*,³ así como experimentar sentimientos de autovaloración y gratificación en la búsqueda de la realización personal.

¹ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946. En OMS, Documentos Básicos (Ginebra, 2014), 1.

² Alfonso García Martínez, Juan Sáez Carreras, Andrés Escarbajal de Haro, Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida (Madrid, 2000), 28-31.

³ OMS, “Salud mental: Un estado de bienestar”, Diciembre 2013, http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.

La salud social se remite a las necesidades, condiciones y estilo de vida, relaciones interpersonales y a los determinantes sociales producto del contexto social, familiar y comunitario, que afectan a la calidad de la salud de las personas.⁴

IV. La salud integral es un derecho humano

El derecho a la salud está reconocido tanto en el Derecho Internacional de Derechos Humanos, como en el marco jurídico nacional.

La Constitución de la OMS afirma que *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”*.⁵ Igualmente, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) manifiesta que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.⁶

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*.⁷ El Comité de los DESC (Derechos Económicos Sociales y Culturales), señala *el vínculo del derecho a la salud con otros Derechos Humanos, relacionando la interdependencia de derechos con el desarrollo de una vida digna; lo que supone el alcance del más alto nivel de salud entendida en su dimensión integral*.⁸

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) reconoce el derecho a la salud integral: *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.⁹ Señala que los Estados Parte se deben comprometer a *“reconocer la salud como un bien público”*,¹⁰ *a adoptar diversas medidas para garantizarlo, así como a proveer los medios necesarios para “la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”*¹¹, entre otras medidas.»

⁴ Véase OMS, “Determinantes sociales de la salud”, s. f., «http://www.who.int/social_determinants/es/».

⁵ Constitución de la OMS en OMS, Documentos Básicos, 1.

⁶ Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) (1948), art. 25, párr. 2.

⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), art. 12.

⁸ “1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [...] 3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.”, en Comité DESC, Observación general No. 14 sobre El derecho al disfrute más alto de nivel posible de salud, párrs. 1 y 3. Énfasis añadido.

⁹ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1969), art. 10.1.

¹⁰ *Ibíd.*, art. 10.2.

¹¹ *Ibíd.*, art. 10.2, letra f.

El Estado ecuatoriano garantiza ampliamente el derecho a la salud integral a través de la Constitución, y sus leyes, como la Ley Orgánica de Salud (LOS) y el Código Orgánico de la Niñez y la Adolescencia.

La Constitución de la República del Ecuador señala en el Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos.... El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.¹² Señala además que el derecho a una vida digna incluye, entre otros, el derecho a la salud;¹³

La salud sexual y reproductiva también forma parte de la dimensión integral de la salud, de modo que se debe asegurar su protección como un derecho fundamental. El ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos está íntimamente ligado al disfrute de la salud sexual y salud reproductiva y por tanto a la salud integral. La libertad y la autonomía son derechos a ser protegidos para posibilitar el ejercicio de otros derechos.

La Constitución del Ecuador reconoce los derechos sexuales y derechos reproductivos. Garantiza la integridad sexual como parte del derecho a la integridad personal¹⁴ y establece: el derecho a “tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual”; así como la obligación del Estado de promover “el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras”.¹⁵ Asimismo, reconoce y garantiza el derecho de todas las personas a “tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener”.¹⁶

V. El embarazo forzado producto de violación atenta al derecho a la salud integral

La Ley Orgánica de Salud (LOS) reconoce que la violencia es un problema de salud pública y señala que *“es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud”*.¹⁷

La Convención Belém do Pará¹⁸ contiene disposiciones específicas que reconocen *el derecho de las mujeres a “una vida libre de violencia”*; ¹⁹ *al reconocimiento de su derecho a la vida; a la integridad física, psíquica y moral; a no ser sometidas a torturas; a que se respete su dignidad; a una igual protección ante y de la ley*.²⁰

El Comité CEDAW ha declarado que la continuación forzada del embarazo constituye violencia por razones de género.²¹ De igual manera, el embarazo y la maternidad a edades tempranas exponen a niñas y

¹² Constitución de la República del Ecuador. Énfasis añadido.

¹³ *Ibíd.*, art. 66, numeral 2.

¹⁴ Constitución de la República del Ecuador, art. 66, numeral 3, letra a).

¹⁵ *Ibid.*, numeral 9

¹⁶ *Ibid.*, numeral 10

¹⁷ LOS, art. 31

¹⁸ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1995).

¹⁹ *Ibíd.*, art. 3.

²⁰ *Ibíd.*, art. 4.

²¹ Comité CEDAW, Recomendación general No. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la

adolescentes a violencia intrafamiliar y de género, a nuevas experiencias de violencia sexual y sus efectos, ubicándolas en ciclos de violencia difíciles de romper.²²

Casi el 50% de las agresiones sexuales en el mundo se comenten contra niñas menores de 16 años.²³ En Ecuador, según la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida y, de estas, 1 de 4 ha sido víctima de violencia sexual, siendo las mujeres indígenas y afrodescendientes las más afectadas. La misma encuesta revela que un 71,8% de los agresores sexuales fueron personas cercanas a las víctimas -familiares y conocidos-.²⁴

En Ecuador Según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU); 32 de cada 100 mujeres han experimentado algún hecho de violencia en su contra en los últimos 12 meses y una de cada cuatro ha sufrido violencia psicológica, que es posiblemente la más difícil de identificar. Las mujeres afro descendientes son aquellas que más han sido violentadas (40,8%) junto con las mujeres de 18 a 29 años. A lo largo de la vida también aparecen las mujeres afro descendientes con el 71,8% como la población que más ha padecido cualquier forma de violencia respecto de las otras etnias, sin embargo, la mayor prevalencia a lo largo de la vida se hace presente en las mujeres separadas con el 76,8%.in embargo, debemos considerar el alto subregistro que invisibiliza la dimensión real del problema; solo el 10,8% de todas las mujeres víctimas de violencia sexual realizaron la denuncia.

25

En el caso de niñas y adolescentes la situación es más grave, la mayoría vive en silencio, culpa y vergüenza las agresiones, generalmente los delitos se descubren mucho tiempo después. [...] 40% de niñas y adolescentes abusadas no dieron a conocer el hecho a ninguna persona; [...] al 28% de las que avisaron no les creyeron, y al 16,3% les pidieron que no digan nada de lo sucedido. El resultado es que solo una tercera parte del total de niñas y adolescentes abusadas fueron atendidas o recibieron alguna respuesta.²⁶

Ecuador es el tercer país de América Latina con mayor tasa de embarazo infantil y adolescente (10 a 19 años).²⁷ La tasa de fecundidad adolescente se incrementó desde 1999 hasta 2012 a diferencia de la tasa en otros grupos etarios.²⁸

Entre 2005 y 2015, un total de 638.167 nacimientos se produjeron en madres adolescentes de 10 a 19 años a nivel nacional. De éstos, 269.447 se dieron en adolescentes de 15 a 19 años y 21.601 en niñas y adolescentes de 10 a 14 años. Alrededor de 2.000 niñas menores a 14 años quedan embarazadas cada

que se actualiza la Recomendación general No. 19, 2017.

²² Véase OMS, Intimate partner violence during pregnancy (Ginebra, 2011), «http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf»; OPS y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países (Washington D.C.: OPS, 2014), 50-52.

²³ UNFPA, Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo adolescente, p. 74.

²⁴ Consejo Nacional para la Igualdad de Género-INEC, La Violencia de Género contra las Mujeres en el Ecuador. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (Quito, 2014), 76, «https://www.unicef.org/ecuador/Violencia_de_Gnero.pdf».

²⁵ https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf

²⁶ *Ibíd.*, 86 y 94.

²⁷ MSP, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2

²⁸. Ministerio de Salud Pública-Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012. tomo II, cap. VI, (Quito, 2015).

año.²⁹ En 2014, el número de casos fue 2.159, observándose un incremento en 2015 hasta de 2.436 nacidos vivos de niñas y adolescentes menores de 15 años.³⁰

En el año de 2019, se registraron 1.816 nacidos vivos de madres de 10 a 14 años de edad que corresponde a 2,2 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese rango de edad. La situación se agrava según el lugar de residencia, escolaridad y quintil de pobreza. En el año 2019, por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años en la provincia de Zamora Chinchipe se cuenta con 4,9 nacidos vivos, seguida de Morona Santiago con 4,3 y Esmeraldas con 4,2 nacidos vivos.³¹

En el año 2019, se registraron 49.895 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años, que corresponde a una tasa de 63,5 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese rango de edad. En el año 2019, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en la provincia de Morona Santiago hubo 93,7 nacidos vivos, seguida de Los Ríos con 93 y Orellana con 91,7 nacidos vivos. Mientras que por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en Galápagos cuenta con 40,1 nacidos vivos.³²

Existen múltiples situaciones de vulnerabilidad y riesgo que exponen a niñas y adolescentes a violencia sexual y, por tanto, a embarazos precoces y no deseados, y a maternidades forzadas. Entre otras: abuso sexual intrafamiliar, trata con fines de explotación sexual y laboral y prostitución infantil, matrimonio infantil y uniones tempranas, situación de calle, pertenecer al ámbito rural, trabajo infantil, condición migratoria, de refugio o asilo, condición de discapacidad, consumo de sustancias en la familia, reclusión en centros de menores infractores. Todas estas condiciones representan en sí misma una forma de violencia que perpetúan los ciclos de pobreza y dependencia económica y social. *¿Cómo pueden estas niñas enfrentar la experiencia de un embarazo y una maternidad? La gestación las convirtió en adultas con responsabilidades y deberes que a la luz de su realidad y edad no es compatible con su proyecto de vida.*³³

La respuesta del Estado ha sido enfocada medianamente a reducir los riesgos físicos durante el proceso del embarazo y atención del parto; pero muy poco es lo abordado en torno a su salud mental y por supuesto nada en su salud social. Las niñas y adolescentes son abandonadas a su suerte una vez que salen de la institución de salud que las atendió (para aquellas que recibieron atención). No se valora, ni estudia qué ocurre con sus vidas y las de sus hijos o hijas a mediano y largo plazo. *Esta situación de doble violencia, violación más embarazo y maternidad forzada, impacta de múltiples maneras en las vidas de las niñas menores de 14 años, y consecuentemente en las de sus hijas e hijos. La edad de estas niñas, sumada a su género y a su condición de clase, las pone en una especial situación de vulnerabilidad, ya que las sociedades en las que habitan están marcadas por el adultocentrismo y patriarcado, patrones que "naturalizan" la maternidad forzada en niñas del Ecuador y la realidad violenta de estas adolescentes y enfocan su atención institucional en "enseñarles a ser madres" o maternizarlas, obviando los otros aspectos de sus vidas*³⁴.

Las consecuencias del embarazo infantil y adolescente, y la maternidad no deseada o forzada en la salud integral de niñas y adolescentes pueden ser múltiples, incluso mortales.

²⁹ Virginia Gómez de la Torre, Paula Castello and María Rosa Cevallos, *Vidas Robadas: Entre la omisión y la premeditación Resumen Ejecutivo*, 12 (2016), <https://www.ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/Vidas-Robadas-Ecuador.pdf>. Estos datos pueden contar con un subregistro toda vez que no todos los partos se producen en el sistema nacional de salud o son inscritos de manera oportuna en el Registro Civil.

³⁰ INEC, *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*, (2016)

³¹ INEC, *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*, (2020)

³² Ibid

³³ *Vidas Robadas. Una respuesta incompleta del Estado*. Fundación Desafío.

³⁴ Ibid

»En la salud física

El embarazo a edades tempranas se relaciona con mayor riesgo de morbilidad y muerte materna entre adolescentes, y mortalidad neonatal e infantil. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de defunción entre adolescentes de 15 y 19 años en el mundo³⁵. La OMS afirma que el riesgo de morir debido al embarazo y complicaciones en el parto es de un 17% y 28% más que en las mujeres mayores de 20 años.³⁶ Asimismo, un recién nacido de una mujer menor a 18 años tiene un 60% más de probabilidades de morir antes de cumplir un año, que uno nacido de una mujer mayor a 19.³⁷

En el 2020 de 143 muertes maternas registradas hasta la semana epidemiológica 44, una muerte materna corresponde a menores de 14 años y 14 muertes a adolescentes entre 15 a 19 años³⁸. De igual manera, las consecuencias derivadas del aborto inseguro son una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. Cada año, 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.³⁹

El embarazo adolescentes está asociado a mayor riesgo de preeclampsia/eclampsia, partos prematuros, infección de vías urinarias y vaginales, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, parto obstruido, parto instrumentado, mayor probabilidad de cesárea, hemorragias e infección postparto; en el recién nacido prematuridad, bajo peso al nacer asociados a mayor morbilidad y mortalidad neonatal. Consideremos el impacto psicológico asociadas al dolor, temor, soledad que las intervenciones médicas derivadas de estas complicaciones pueden representar para una niña o adolescente. No debemos olvidar los riesgos asociados a la violencia sexual como las ITS y el VIH/SIDA⁴⁰.

» *En la salud mental:*

La salud mental es definida como *“el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad”*.⁴¹ Cuando hablamos de derecho a la salud mental en mujeres –sobre todo, aquellas en edad reproductiva– debemos considerar que la violencia sexual y los embarazos producto de ésta, están asociados a una serie de manifestaciones relacionados con la pérdida del bienestar mental de las mujeres y en muchas de ellas, causa de sufrimiento y verdaderas enfermedades o alteraciones como la depresión, ansiedad, intento de suicidio, adicciones, trastornos del sueño y la alimentación, etc.

Según la OMS los efectos del embarazo en la salud mental de niñas y adolescentes son diversos: estrés postraumático, ansiedad, miedo, desesperación, depresión, angustia, intentos de suicidio, falta de autonomía, entre otros.⁴² Señala que la depresión representa la primera causa de morbilidad y

³⁵ OMS, Salud para los adolescentes del mundo, [WHO/FWC/MCA/14.05], (Ginebra, 2014), «http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf».

³⁶ OMS, “El embarazo en la adolescencia”.

³⁷ UNICEF, “Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe”.

³⁸ Gaceta Epidemiológica. MSP

³⁹ OMS, “El embarazo en la adolescencia”.

⁴⁰ Véase UNFPA, Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo adolescente (s. l., 2013); OEA y MESECVI, Informe Hemisférico sobre Violencia Sexual y Embarazo Infantil en los Estados Parte de la Convención Belém do Pará, párr. 7; Grupo Médico por el Derecho a Decidir, El embarazo adolescente: afectación en la salud y garantía de los derechos

⁴¹ OMS, “Salud Mental: un estado de bienestar”, Diciembre de 2013, «http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/».

⁴² Véase UNFPA, Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo adolescente; OEA y MESECVI, Informe Hemisférico sobre Violencia Sexual y Embarazo Infantil en los Estados Parte de la Convención Belém do Pará; Grupo Médico por el Derecho a Decidir, El embarazo adolescente: afectación en la salud y garantía de los derechos (Colombia, 2012).

discapacidad en adolescentes y el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad en este grupo de población a nivel mundial⁴³.

El suicidio de mujeres gestantes está vinculado, entre otras circunstancias, con el embarazo no deseado. *El suicidio o la tentativa de suicidio es una de las consecuencias de la vivencia de violencia sexual y/o embarazos no deseados o forzados* En casos de embarazo infantil y adolescente producto de violencia sexual, es imprescindible situar el riesgo de suicidio como posible consecuencia en la salud mental de niñas y adolescentes.

El suicidio es la primera causa de muerte entre adolescentes mujeres de 15 a 19 años y la segunda en edades comprendidas entre 10 y 19 años. En Ecuador, del 2010 al 2016 un total de 657 niñas y adolescentes fallecieron por suicidio. De ellas, 180, menos de 14 años. Dentro de la población de mujeres en su conjunto, el grupo etario con el mayor número de suicidios es el de 15 a 19 años.⁴⁴

Con frecuencia se minimiza el impacto de la violencia sexual en la vida de las mujeres, se asume que los efectos cesan cuando terminan las agresiones o con el nacimiento del bebé. Los estudios muestran que los efectos de la violencia sexual ejercida sobre niños, niñas y adolescentes pueden prolongarse en el tiempo o disminuir para reaparecer con posterioridad durante la vida adulta.⁴⁵ (...) *el impacto del abuso sexual infantil en el psiquismo de la víctima se ha asimilado al padecer de una enfermedad crónica.*⁴⁶

En Ecuador el 59,9% de las mujeres que declararon haber sido violadas en la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, manifestaron haber intentado suicidarse.⁴⁷

» *En la salud social:*

La salud social tiene que ver con el proyecto de vida y el desarrollo humano mujeres, niñas y adolescentes. Cuando la maternidad no deseada o forzada tiene consecuencias sobre las oportunidades y derechos sociales, económicos y culturales, es decir, afecta su bienestar social; su potencial de desarrollo y del derecho a una vida digna. Entre otros derechos afectados, se vulnera el derecho a la educación, trabajo, participación, la falta de autonomía para tomar decisiones que influyen en la propia vida. La maternidad durante la infancia y la adolescencia perpetúa el círculo de la pobreza, ⁴⁸ dependencia y violencias.

En Ecuador, el mayor número de embarazos se da en mujeres con menor instrucción educativa y con mayores niveles pobreza. Además, las mujeres con mayor número de hijos e hijas en su vida adulta pertenecen a los quintiles más bajos.

La CIDH ha señalado que la violencia sexual y los embarazos producto de violación, obstaculizan el ejercicio del derecho a la educación de niñas y adolescentes, especialmente en el ámbito rural.⁴⁹

⁴³ OMS, Salud para los adolescentes del mundo, 4.

⁴⁴ INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones, [2010], [2011], [2012], [2013], [2014], [2015] y [2016].

⁴⁵ Virginia Berlinerblau, Mariano Nino y Sabrina Viola, Guía de Buenas Prácticas para el Abordaje de Niños/as y Adolescentes Víctimas o Testigos de Abuso Sexual y Otros Delitos (Argentina, 2013), 76, «http://files.unicef.org/argentina/spanish/proteccion_Guia_buenas_practicas_web.pdf».

⁴⁶ *Ibíd.*, 75.

⁴⁷ Consejo Nacional para la Igualdad de Género-INEC, La Violencia de Género contra las Mujeres en el Ecuador. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, 85

⁴⁸ Grupo Médico por el Derecho a Decidir, El embarazo adolescente: afectación en la salud y garantía de los derechos, 17.

⁴⁹ CIDH, Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud, 2011, párrs. 3, 7, 95,

Siendo la salud mental y social, dimensiones de la vida de las personas, poco visibilizadas y valoradas, se concluye que la mayor afectación que viven estas niñas se ubica en estas dimensiones. Las lesiones mentales y sociales que se producen se reflejan fundamentalmente en la pérdida de su identidad de niñas y/o adolescentes tempranas para convertirse en madres en un proceso violatorio de sus derechos fundamentales, entre los cuales el derecho a la vida entendida esta como el conjunto de vivencias, sueños, proyectos, se reduce a la obligación de cumplir con una maternidad forzada.⁵⁰

VI. Despenalizar el aborto por violación para proteger la salud integral y la vida de las mujeres

Como se ha mencionado antes, la violencia sexual genera graves afectaciones a la vida y salud integral de las mujeres. Esto ha merecido que organismos internacionales de protección de DDHH –y encargados de la supervisión y cumplimiento de los tratados suscritos por los estados– realicen observaciones y recomendaciones dirigidas al Ecuador en torno a problemas como: la violencia sexual, el aborto practicado en condiciones de riesgo y el derecho a la salud, incluidas la Salud sexual y la salud reproductiva.

En las observaciones finales del Sexto Informe Periódico del Ecuador (2016), el Comité de Derechos Humanos señala que la criminalización del de la interrupción del embarazo expone a las mujeres a riesgos en su salud y vida producto de abortos inseguros. *El Comité observa con preocupación que el nuevo Código Orgánico Integral Penal criminaliza la interrupción voluntaria del embarazo, salvo cuando se practique para “evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios” y cuando el embarazo haya sido consecuencia de la violación “en una mujer que padezca discapacidad mental”, lo que habría llevado a muchas mujeres embarazadas a continuar buscando servicios de aborto inseguros que pondrían en peligro su vida y su salud (arts. 3, 6, 7 y 17).*⁵¹

En ese sentido el Comité recomienda superar las barreras legales que impiden a las mujeres embarazadas producto de violación proteger su salud integral y su vida. *El Estado parte debe revisar el Código Orgánico Integral Penal a fin de introducir excepciones adicionales a la interrupción voluntaria del embarazo, incluyendo cuando el embarazo sea consecuencia de un incesto o una violación, aun cuando la mujer no padezca discapacidad mental, y en caso de discapacidad fatal del feto, y asegurar que las barreras legales no lleven a las mujeres a recurrir a abortos inseguros que puedan poner en peligro su vida y su salud (15,16).*⁵²

En ese mismo sentido el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el tercer informe periódico del Ecuador (2012) recomienda incluir excepciones al código penal para posibilitar el acceso al aborto por violación a todas las mujeres que lo requirieran y no solo a las mujeres con discapacidad mental. *El Comité observa con preocupación que el artículo 447 del Código Penal del Ecuador solo exime de responsabilidad en caso de aborto para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre o en caso de violación a mujeres con discapacidad mental y psicosocial. El Comité recomienda que el Estado Parte implemente la reforma del código penal con el fin de establecer excepciones a la penalización del aborto cuando el embarazo sea consecuencia de una violación, aunque no se trate de mujeres con discapacidad, así como cuando se ha establecido la existencia de malformaciones congénitas.*⁵³

100, 105.

⁵⁰ Vidas Robadas. Entre la omisión y la premeditación. Fundación Desafíos.

⁵¹ 2016 CCPR/C/ECU/CO/6 (sobre el sexto informe periódico del Ecuador)

⁵² Ibid

⁵³ 2012. E/C.12/ECU/CO/3. (sobre el tercer informe periódico del Ecuador)

Por su parte el Comité Contra la Tortura en su séptimo informe periódico del Ecuador (2016) expresa su preocupación sobre el impacto que las restricciones al aborto tienen sobre la salud de las mujeres víctimas de violación y recomienda al Ecuador velar por su salud. *El Comité observa con preocupación el serio riesgo que dichas restricciones comportan para la salud de las mujeres víctimas de una violación que deciden abortar, así como las consecuencias penales que pueden derivarse, que incluyen penas de prisión tanto para las mujeres que se someten a abortos como para los médicos que los practican (arts. 2 y 16). El Comité recomienda al Estado parte que vele por que las mujeres víctimas de una violación que voluntariamente decidan interrumpir su embarazo tengan acceso a abortos legales y en condiciones seguras (45,46).*⁵⁴

El Comité de Expertas/os del Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém do Pará (MESECVI, en su Informe de implementación de las recomendaciones del CEVI segunda ronda (2014) enfatiza, *...la necesidad de que sea derogada cualquier tipo de norma que penalice el aborto de una mujer en los casos de violencia sexual y en los casos de aborto terapéutico. El Comité ha destacado la gravedad y el impacto de las normas penales que regulan esta materia afectando el derecho a la vida de las mujeres y de manera especial, la manera como los abortos ilegales e inseguros aumentan las tasas de mortalidad materna. (20)*⁵⁵.

En este mismo informe se evidencia que despenalizar la interrupción del embarazo en mujeres víctimas de violencia sexual que voluntariamente lo soliciten, es una de las medidas necesaria para garantizar su salud y su vida. Por esta razón, *el CEVI reitera al Estado de Ecuador su recomendación general de despenalización del aborto en los casos anteriormente señalados y la realización de los protocolos de atención necesarios para garantizar la vida y la salud de las mujeres que, víctimas de violencia sexual y por razones terapéuticas decidan interrumpir su embarazo (24).*⁵⁶

El Comité DESC señala que la obligación jurídica del Estado de cumplir el derecho a la SSSR implica que este garantice *“la atención de la salud física y mental a las víctimas de la violencia sexual y doméstica en todas las situaciones, en particular el acceso a servicios de prevención posterior a las agresiones, anticonceptivos de emergencia y servicios de aborto sin riesgo.”*⁵⁷

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) señala que *“El aborto practicado en condiciones de riesgo es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna, por consiguiente, velar por que existan servicios de aborto accesibles y seguros es un aspecto importante de la obligación del Estado de garantizar que las mujeres sobrevivan al embarazo*⁵⁸. En este sentido, es necesario vincular esta recomendación con las señaladas por el Comité CEDAW sobre el derecho a la rehabilitación y reparación adecuadas para todas las mujeres que hayan sufrido cualquier forma de violencia.⁵⁹

El Comité de Derechos Humanos señala claramente que el acceso a un aborto seguro es necesario para proteger la salud y la vida de las mujeres; evidencia además que *“todas las restricciones jurídicas que limiten la capacidad de las mujeres para someterse a un aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro sus vidas ni exponerlas a dolores o sufrimientos físicos o psíquicos por cuanto ello supondría una*

⁵⁴ 2016. CAT/C/ECU/CO/7 (sobre el séptimo informe periódico del Ecuador)

⁵⁵ 2014. OEA/Ser. L/II.7.10 MESECVI/I CE/doc.34/14 (Informe de implementación de las recomendaciones del CEVI segunda ronda)

⁵⁶ Ibid

⁵⁷ Comité DESC, Observación general No. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12), párr 45

⁵⁸ ACNUDH, Los derechos de las mujeres son derechos humanos, [HR/PUB/14/2], (Ginebra, 2014), 59.

⁵⁹ Véase Comité CEDAW, Recomendación general No. 24 sobre La violencia contra la mujer, 1992.

vulneración del artículo 7 del Pacto”.⁶⁰ Por lo tanto, el Comité determina que el acceso a un aborto seguro es necesario para proteger la vida y la salud de las mujeres embarazadas y evitar que recurran a abortos peligrosos.⁶¹

Además, el Comité de Derechos Humanos ha señalado la necesidad de que sea derogada cualquier tipo de norma que penalice el aborto de una mujer en los casos de violencia sexual. El Comité ha destacado la gravedad y el impacto de las normas penales que regulan esta materia afectando el derecho a la vida de las mujeres y de manera especial, la manera como los abortos ilegales e inseguros aumentan las tasas de mortalidad materna; por tanto, el Estado ecuatoriano debe “asegurar que las barreras legales no lleven a las mujeres a recurrir a abortos inseguros que puedan poner en peligro su vida y su salud.”⁶²

En nuestra práctica cotidiana como ginecólogos y ginecólogas atendemos mujeres que viven la tragedia de un embarazo producto de violación, en particular niñas y adolescentes que sufren la re victimización y los efectos en su salud mental y física. Son mujeres de las cuales el sistema de salud solo se limita a atender la consulta puntual del embarazo o el parto, pero se desentiende de los efectos del mismo. No existe un sistema social que asuma el apoyo a estas mujeres, ni de los niños, niñas producto de violación.

Conclusiones

Consideramos que la Honorable Corte Constitucional de Ecuador debería reconocer que el estado ecuatoriano debe proteger la vida y la salud integral de todas las mujeres víctimas de violación en cumplimiento a la constitución.

Mantener la penalización del aborto para las mujeres víctimas de violación, significa perpetuar las históricas condiciones de discriminación y vulneración de derechos que afecta a las mujeres, en especial de las más pobres. Mantener la penalización significa castigarlas de un hecho del que no tienen responsabilidad, es una nueva forma de violencia.

Reconocer el derecho de las mujeres víctimas de violación a optar por un aborto legal y seguro constituye una elemental medida de reparación frente a tan nefasta experiencia. Esta reparación también está relacionada con la restitución del derecho a la dignidad, a la igualdad de las mujeres, posibilitando el ejercicio de otros derechos y restablecer oportunidades de desarrollo, esto es particularmente importante para las niñas y adolescentes.

Petición

1. Que se tomen en cuenta los criterios desarrollados en este Amicus Curiae, y por lo tanto, se acepte la acción de inconstitucionalidad en referencia, declarando la inconstitucionalidad del aborto en caso de violación. Asimismo, que se disponga la reparación integral de las personas que han sido afectadas, en los términos solicitados y que, además, en la reparación integral que se disponga se tomen en consideración los estándares nacionales e internacionales y se aplique un enfoque diferenciado en relación con las niñas y adolescentes afectadas por la inconstitucionalidad planteada.

⁶⁰ Comité de Derechos Humanos, Observación general No. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida del 30 de octubre 2018, [CCPR/C/GC/36], 2018, párr. 9.

⁶¹ Ibid

⁶² Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico del Ecuador, [CCPR/C/ECU/CO/6], 2016, párr. 16.

Notificaciones:

Notificaciones que me correspondan las recibiré en el casillero electrónico: decanomedicina@yahoo.com
/ codeserecuador2021@gmail.com

Firmas.



Dr. Octavio Miranda Ruiz
PRESIDENTE DE CODESER
COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DEL ECUADOR