

REF. INFORME ALTERNATIVO PARA EL 114 PERIODO DE SESIONES ECUADOR 2024

Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos “Surkuna”

Fundación Lunita Lunera

Colectivo la Movida antirracista

Coalición de Mujeres Esmeraldeñas (COFESME)

Alianza por los Derechos Humanos Ecuador



Lunita Lunera
Fundación



Comité contra la Discriminación Racial - Comité CERD
Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
Palais des Nations
CH-1211 Geneva 10
Switzerland

Ref. Informe Alternativo para el 114 periodo de sesiones

El Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos “Surkuna” es una organización de la sociedad civil ecuatoriana que durante los últimos 10 años ha trabajado en favor de la justicia reproductiva en Ecuador a través de acciones legales, incidencia, procesos educativos e investigación.

La Fundación Lunita Lunera (FULULU), es una organización feminista de la sociedad civil ecuatoriana, sin ánimos de lucro, que tiene como misión, desde el sentir-pensar-actuar de la educación popular, apoyar la construcción de una cultura de paz, entendida esta como el proceso de transformación social comunitaria, que, apuesta por una sociedad más inclusiva basada en la justicia y la equidad a través de iniciativas para disminuir las brechas que generan exclusión basada en: el género, la generacionalidad, los fenotipos, las clases sociales, lo étnico-cultural y la agresión al medio ambiente.

La Moviada Antirracista es una colectiva, que desde hace cinco años promueve la representación de personas negras y afrodescendientes; y el pensamiento antirracista en el ecosistema social, político, cultural y académico en Ecuador, con énfasis en mujeres y poblaciones sexo diversas.

La Coalición de Mujeres Esmeraldeñas (COFESME), es una coalición que lucha por los derechos de las mujeres y la autonomía de los cuerpos. Comprometidas con la justicia social y el acceso a la salud sexual y reproductiva, prevención y erradicación de violencia de género en Esmeraldas. Su misión es impulsar el cambio desde el territorio, siempre promoviendo la solidaridad y la sororidad.

La Alianza de Organizaciones por los Derechos Humanos¹, está conformada actualmente por 15 reconocidas organizaciones sociales que cuentan con amplia experiencia de trabajo de protección e incidencia en derechos humanos, colectivos y de la naturaleza: 1. Amazon Frontlines (AF); 2. El Comité de Derechos Humanos de Guayaquil (CDH-GYE); 3. El Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos, (SURKUNA); 4. La Fundación Asociación Latinoamericana para el Desarrollo Alternativo (ALDEA); 5. Acción Ecológica; 6. Fundación Alejandro Labaka; 7. Amazon Watch (AW); 8. La Asociación de Propietarios de Tierras Rurales del Norte del Ecuador (APT-Norte); 9. El Colectivo de Geografía Crítica del Ecuador; 10. El Observatorio Minero Ambiental y Social del Norte del Ecuador (OMASNE); 11. El Colectivo Yasunidos; 12. BOLENA-Género y Diversidades; 13. La Colectiva de antropólogas. 14. La organización Mujeres de Frente. A estas organizaciones se suman, a título personal reconocidas personas defensoras de derechos humanos vinculados a procesos sociales para la exigencia de los derechos humanos.

Presentaremos en esta contribución información sobre los siguientes puntos: i) contexto sociopolítico en el país y la forma como el mismo afecta de forma diferenciada a mujeres y personas gestantes de pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianas, negras y montubias; ii) estado situacional de acceso al sistema de causal legales de aborto, y como el mismo resulta especialmente restrictivo para garantizar el acceso a un servicio de salud esencial; iii) secreto profesional y criminalización del aborto y emergencias obstétricas en Ecuador y como el uso del derecho penal para regular las decisiones reproductivas afecta de forma desproporcionada a mujeres y personas gestantes de pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianas, negras y montubias; y iv) objeción de conciencia como barrera para el acceso a la interrupción legal del embarazo como servicio esencial de salud, y su impacto diferenciado.

La presente información se ofrece en respuesta al informe periódico presentado por el Estado ecuatoriano en 2019, en su calidad de Estado parte de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

1. Contexto sociopolítico en Ecuador y la forma como el mismo afecta de forma diferenciada a mujeres y personas gestantes de pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianas, negras y montubias.-

1.1. Contexto político en Ecuador.-

En Ecuador desde 2018, las políticas económicas implementadas por los últimos gobiernos, enfocadas en la reducción de la estructura del Estado y las políticas sociales, la promoción del extractivismo petrolero, minero, la agroindustria de

¹ Página oficial disponible en: <https://alianzaddhh.org/>

monocultivos y el endeudamiento externo² han generado una grave crisis política, económica y social y un grave impacto en el ejercicio de los derechos humanos³.

Durante los últimos 5 años se realizaron dos levantamientos nacionales protagonizados por el movimiento indígena (2019 y 2022) en contra de las políticas económicas y las afectaciones a derechos económicos sociales y culturales y derechos colectivos con impactos diferenciados en la población que sufre de discriminación estructural. A pesar de intentos de diálogo, especialmente luego del paro del 2022, en 2024 se evidencia un retroceso en áreas clave como la salud⁴, educación⁵ y empleo⁶.

Después de un proceso de muerte cruzada, asumió como presidente Daniel Noboa Azín, quién continúa con una línea política de endeudamiento público, reducción del Estado y desmantelamiento de las políticas públicas con enfoque social, a la vez que privilegia medidas exclusivamente securitistas para enfrentar la crisis de inseguridad en el Ecuador. Finalmente el Ecuador vive una inédita crisis energética que somete a la población a apagones de luz eléctrica durante varias horas mientras grandes empresas extractivas mineras consumen enormes cantidades de energía eléctrica a precio subsidiado⁷. Esto ha resultado en la profundización de la desigualdad social y económica⁸ y en que las políticas de salud vigentes sean insuficientes para garantizar acceso a servicios de salud sin discriminación, sin que se aborde las desigualdades estructurales que afectan a las comunidades más vulnerables especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes, negros y montubios.

En los últimos años, Ecuador ha experimentado un alarmante deterioro en la seguridad pública, impulsado en gran parte por el crecimiento de grupos de crimen organizado vinculados al narcotráfico y otras actividades ilícitas. Desde el año 2020, los índices de homicidios y delitos violentos han aumentado significativamente, especialmente en zonas portuarias y fronterizas como Guayaquil, Esmeraldas y Manabí, donde existe una alta presencia de poblaciones afrodescendientes, negras y montubias. A nivel nacional pasamos de 1214 homicidios en el año 2020 a 7308 en el año 2023. De estas 7308 muertes, 404 se ubicaron en Esmeraldas, 3381 en Guayas, y 889 en Manabí⁹.

La violencia vinculada a estos grupos ha escalado a niveles sin precedentes. El debilitamiento institucional y la corrupción han facilitado la expansión de estas organizaciones, que han encontrado en Ecuador un terreno fértil para sus operaciones debido a la limitada capacidad del Estado para controlar el tráfico de drogas y combatir eficazmente estas redes. Este contexto de inseguridad ha afectado gravemente a las comunidades más vulnerables, incluidas las afrodescendientes, indígenas y montubias, quienes enfrentan una creciente violencia en sus territorios, que ocasiona desplazamientos forzados, aumento de la violencia sexual y de género y un mayor riesgo de reclutamiento por parte de estos grupos criminales.

1.2. Contexto sociodemográfico de las poblaciones indígenas, afrodescendientes, negras y montubias en Ecuador.-

Según el Censo de Población y Vivienda del año 2022, el 7,7% de la población es indígena, otro 7,7% montubia y 4,8% afroecuatoriana¹⁰. El 87,4% de población montubia rural, el 79,2% de población indígena rural y el 69,1% de población afroecuatoriana viven en condiciones de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), la situación en las ciudades es ligeramente mejor pues el 41,8% de población montubia, el 38,1% de población indígena y el 39,4% de población afroecuatoriana viven en la pobreza por NBI.¹¹

² Primicias. ¿Podrá Noboa 'patear hacia adelante' la deuda con el FMI y otros acreedores? 1 de febrero de 2024/<https://www.primicias.ec/noticias/economia/deuda-externa-reestructuracion-fmi-daniel-noboa/#:~:text=Del%20total%20de%20la%20deuda,esto%20es%2C%20USD%201.060%20millones>

³ Ver en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/008.as>

⁴ Ver en: <https://www.ecuavisa.com/noticias/ecuador/desabastecimiento-sistema-salud-publica-soluciones-CI7082316>

⁵ Ver en: <https://elmercurio.com.ec/2024/04/28/alarmanes-cifras-de-la-desercion-escolar-en-ecuador/>

⁶ Ver en: <https://www.primicias.ec/noticias/economia/empleo-desempleo-ecuador-trabajo-inec-referendum-informalidad/>

⁷ Ver en: <https://www.eluniverso.com/noticias/economia/tarifa-electrica-mineras-subsidio-ecuador-daniel-noboa-lundin-gold-ecuacorient-fruta-del-norte-mirador-nota/>

⁸ Primicias. 13 de diciembre de 2023. Pobreza, desigualdades e inseguridad: El círculo vicioso que enfrenta Ecuador <https://www.primicias.ec/noticias/firmas/pobreza-desigualdad-inseguridad-ecuador-informalidad>

⁹ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). "Defunciones Generales". Ecuador en Cifras. Última actualización en 2023. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>.

¹⁰ Es importante señalar que usamos los datos del censo como información referencial, no obstante reconocemos que el mismo tuvo una metodología fuertemente cuestionada por los riesgos racistas que la misma empleó, que hizo que la población afroecuatoriana disminuyera de 7,2% en el 2010 a 4,89% en el 2022.

¹¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2022. "Censo de Población y Vivienda 2022, Temática NBI" Power BI. Accedido el 18 de octubre 2024.

De acuerdo a este censo, las provincias con mayor cantidad de población indígena son Pichincha que concentra el 14,8 % de población indígena del país, Chimborazo con el 13,7%, Imbabura con el 10%, Morona Santiago con el 8,6% y Cotopaxi con el 8,5%¹². No obstante, las provincias donde la población indígena es porcentualmente mayoritaria son Napo donde representan el 65% de la población, Morona Santiago donde representan el 58,6% de la población, Pastaza donde representan el 50,8% de la población, Chimborazo donde representan el 37,9% de la población y Orellana donde representan el 37,3% de la población.

De acuerdo a este censo, las provincias con mayor cantidad de población montubia son Manabí que concentra el 53,4% de población montubia del país, Guayas con el 28,2%, Los Ríos con el 24,3%, Pichincha con el 1,7%, y Santo Domingo con el 0,8%¹³. No obstante, las provincias donde la población montubia es porcentualmente mayoritaria son Los Ríos donde representan el 35,3% de la población, Manabí donde representan el 33,6% de la población, Guayas donde representan el 8,4% de la población, Santo Domingo donde representan el 2,3% de la población y Galapagos donde representan el 2,2% de la población.

De acuerdo a este censo, las provincias con mayor cantidad de población afroecuatoriana son Esmeraldas que concentra el 36,58 % de población afroecuatoriana del país, Guayas con el 29,35%, Pichincha con el 10,42%, Imbabura con el 3,33% y El Oro con el 3,33%. No obstante, las provincias donde la población es porcentualmente mayoritaria son Esmeraldas donde representan el 53,79% de la población, Imbabura donde representan el 5,77% de la población, Guayas donde representan el 5,44% de la población, Carchi donde representan el 5,15 % de la población y Santo Domingo donde representan el 4,76% de la población.

En cuanto al género el 51% de población indígena; 50% de población afro, negra y mulata; y, 49% de población montubia son mujeres. Y de acuerdo a la edad el 61,7% de población indígena, el 62% de población afroecuatoriana, negra y mulata, y el 59% de población montubia están entre los 10 y 49 años, es decir, están en edad reproductiva.

En cuanto a pobreza por necesidades básicas insatisfechas¹⁴ (en adelante NBI), las 9 provincias se encuentran por encima del promedio nacional (61.4%) en el área rural son Napo (79%), Morona Santiago (84%), Esmeraldas (82%), Pastaza (68%), Chimborazo (69%), Orellana (88%), Los Ríos (82%), Manabí (88%), Bolívar (76%).

En cuanto a la pobreza por NBI en el área urbana, el promedio nacional es 27,1%, 5 provincias se encuentran por encima, o igual, de esta media nacional: Napo (27.1%), Esmeraldas (39%), Orellana (39%), Los Ríos (43%), Manabí (40%); y 4 provincias se encuentran por debajo del promedio nacional: Morona (25%), Pastaza (23%), Chimborazo (12%) y Bolívar (19%).

Si analizamos la tasa de analfabetismo, ocurre algo similar, el promedio nacional es 3.7% de habitantes que no saben leer ni escribir, 6 provincias se encuentran por encima de esta media nacional: Esmeraldas (5.7%), Pastaza (3.8%), Chimborazo (8.4%), Los Ríos (5.2%), Manabí (6%) y Bolívar (8.9%) y tan solo 3 de estas provincias se encuentran por debajo del promedio nacional: Napo (3.1%), Morona Santiago (3.4%) y Orellana (3%).

Ecuador, el 38,5% de las unidades familiares tienen como cabeza de hogar a mujeres. De las 9 provincias analizadas, 4 provincias se encuentran por encima de esta media nacional: Morona (38%), Esmeraldas (45%), Los Ríos (39 %), y Bolívar (39%). 5 de estas provincias se encuentran por debajo del promedio nacional: Napo (37%), Pastaza (36%), Chimborazo (37%), Orellana (31%) y Manabí (36%). Estos datos reflejan variaciones regionales en el liderazgo femenino de los hogares, influenciadas por factores socioeconómicos. Provincias con un mayor porcentaje de mujeres como cabezas de hogar, como Esmeraldas (45%), podrían estar enfrentando mayor vulnerabilidad social, donde la responsabilidad del hogar recae en las mujeres ante condiciones estructurales que fomentan esta situación. En contraste, provincias como Orellana (31%) o Manabí (36%) presentan menor participación femenina en este rol, lo que sugiere la persistencia de estructuras familiares tradicionales.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiNWUzMjQwOWMtZjFhOS00NjcZLTk0YTItNjcwZmRmY2YxMjkyIiwidCI6ImYxNTlhMmU4LWNhZWMtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTExMj9>

¹²<https://www.secretariapueblosynacionalidades.gob.ec/wp-content/uploads/2023/12/Presentacion-CENSO-2022-Pueblos-y-Nacionalidades.pdf>

¹³<https://www.secretariapueblosynacionalidades.gob.ec/wp-content/uploads/2023/12/Presentacion-CENSO-2022-Pueblos-y-Nacionalidades.pdf>

¹⁴ El INEC mide la pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), según la medida de pobreza multidimensional desarrollada en los 80s por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). El método abarca cinco dimensiones y dentro de cada dimensión existe indicadores que miden privaciones: 1. Capacidad económica, 2. Acceso a educación básica, 3. Acceso a vivienda, 4. Acceso a servicios básicos, 5. Hacinamiento.

En Ecuador de acuerdo con la “Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género del INEC y CNIG”¹⁵ dirigida a mujeres de 15 años de edad o más, y realizada en el año 2019, el 64,7% de mujeres a nivel nacional vivieron algún tipo de violencia basada en género y el 32,5% de mujeres encuestadas ha vivido algún tipo de violencia sexual durante su vida¹⁶. Siendo que de acuerdo a esta herramienta 71,8% de mujeres afroecuatorianas o negras vivieron algún tipo de violencia basada en género, siendo la población étnica que más ha atravesado este tipo de violencia, así mismo el 64% de mujeres indígenas y el 58,4% de mujeres montubias vivieron algún tipo de violencia basada en género.

De acuerdo a esta encuesta 21,9% de mujeres afroecuatorianas y negras, 21% de mujeres indígenas y 14,8% de mujeres montubias vivieron violencia basada en género en el ámbito educativo; 21,4% de mujeres afroecuatorianas y negras vivieron violencia basada en género en el ámbito laboral, no existen datos de este tipo de violencia en poblaciones indígenas y montubias; 33,7% de mujeres afroecuatorianas y negras, 20,2% de mujeres indígenas y 26,6% de mujeres montubias vivieron violencia basada en género en el ámbito social; 20,6% de mujeres afroecuatorianas y negras, 25,1% de mujeres indígenas y 17,4% de mujeres montubias vivieron violencia basada en género en el ámbito familiar; 53,7% de mujeres afroecuatorianas y negras, 47,1% de mujeres indígenas y 42,9% de mujeres montubias vivieron violencia basada en género en el ámbito familiar; y, 49,2% de mujeres afroecuatorianas y negras, 70% de mujeres indígenas y 45% de mujeres montubias vivieron violencia basada en género en el ámbito gineco-obstétrico.

De acuerdo al INEC, en su sección de justicia y crimen¹⁷, la violación es uno de los delitos más comunes en nuestro país¹⁸, pues de acuerdo a la información recogida por la Comisión Estadística de Seguridad Ciudadana y Justicia en el año 2021 se registraron 6031 violaciones denunciadas en el país y de enero a mayo del 2022 se registraron 2442 denuncias de este delito. Estas cifras no obstante, están subestimadas pues no han sido actualizadas y con el contexto de crimen organizado existente en el Ecuador es probable que los delitos relacionados con el ejercicio de violencia sexual contra las mujeres hayan aumentado, ya sea dentro del ámbito familiar, como en los contextos cruzados por la criminalidad donde históricamente se ha usado la violación como una forma de humillación a bandas ribales y como una forma de ejercicio del poder sobre las mujeres, personas de las diversidades y los territorios.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del año 2022, 255277 mujeres y personas gestantes dieron a luz, de estas 1921 tenían entre 10 y 14 años y 38087 entre 15 y 17¹⁹. De acuerdo al mismo Instituto, en el año 2022, 8263 mujeres y personas gestantes asistieron al Sistema Nacional de Salud por abortos espontáneos, 541 por abortos médicos, 937 por otros abortos y 2671 por abortos no especificados. Esto significa que aproximadamente 267699 mujeres y personas gestantes estuvieron embarazadas, y tuvieron un aborto o parto, lo cual implica que aproximadamente 733 mujeres o personas gestantes se embarazan al día en Ecuador²⁰. De estas 64% no han tenido acceso o han tenido acceso a muy bajos niveles de educación²¹ (educación básica), y 32% han sido víctimas de violencia²². Según cifras del Ministerio de Salud Pública en el año 2023, 6 niñas menores de 14 años y 106 adolescentes entre 15 y 19 años fueron madres en Ecuador cada día.²³

En Ecuador, el matrimonio infantil está prohibido desde el año 2015, no obstante las uniones tempranas siguen produciéndose sin que existan cifras claras y reales de la problemática²⁴. A pesar de esto estudios en el país, revelan que el matrimonio infantil es mucho más alto en niñas entre los 12 y 17 años, registrando 6740 casos para el 2017²⁵. Las uniones tempranas son una causa y un determinante estructural importante del embarazo en adolescentes. A partir de la base de datos de nacidos vivos de 2017, se identifica que el 34% de mujeres menores de 14 años menciona estar casada o en unión

¹⁵ INEC (2019), Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra la Mujer, disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/2019/11/Banner-Violencia-contra-las-mujeres-2019.png> (última visita: 26 de octubre de 2020).

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/justicia-y-crimen/>

¹⁸ <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/justicia-y-crimen/>

¹⁹ INEC 2022. Anuario de Nacimientos y defunciones fetales. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>

²⁰ Esta cifra es una estimación basada en estadísticas oficiales, no obstante es importante aclarar a la Corte Constitucional que la cifra está subestimada. Esto pues la existencia del delito de aborto causa un subregistro importante entre el número de abortos que efectivamente se dan y aquellos que se registran que en general solo aquellos donde las mujeres o personas gestantes experimentan alguna complicación. De acuerdo a estimadores internacionales en Ecuador ocurren aproximadamente 125000 abortos al año, no obstante la mayoría suceden en la clandestinidad. Igualmente, la organización mundial de la salud en sus directrices del 2022, ha reconocido que la baja en las estadísticas de aborto en LAC, no se debe a la reducción de la práctica del mismo sino que por el contrario está relacionado con la autoinducción de abortos por parte de las mujeres y personas gestantes.

²¹ Inec, 2022. Anuario de nacimientos y defunciones

²² Inec 2019. Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres

²³

²⁴ CARE. (2017). Prácticas nocivas. Estudio sobre el matrimonio infantil y uniones precoces en Ecuador Disponible en: <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2021/04/Practicas-nocivas-web.pdf>

²⁵ CARE. (2017). Prácticas nocivas. Estudio sobre el matrimonio infantil y uniones precoces en Ecuador Disponible en: <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2021/04/Practicas-nocivas-web.pdf>

libre y el 41% entre 15 y 19 años reporta estar en unión²⁶. De acuerdo con el censo de 2022, las cifras revelan que existen 5.217 niños y niñas “unidos” entre 12 y 14 años, de los cuales 3600 son mujeres. Por otra parte, en el rango etario de 15 a 19 años existen 90.820 personas unidas, de las cuales 67.654 son mujeres.²⁷

De acuerdo a un estudio del Fondo de Población de Naciones Unidas, el 25% de niñas madres menores de 18 años en Ecuador, viven en unión temprana y forzada²⁸. Las uniones tempranas se registran principalmente en niñas de quintiles económicos más bajos. De acuerdo, a este mismo estudio el 36,7% de las niñas madres de entre 10 y 17 años están unidas o casadas en Manabí, en Esmeraldas y Guayas, 1 de cada 4 niñas madres menores de 18 años declaró estar casada o unida, en Sucumbíos un 17,3% y en Chimborazo menos del 10%.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) el 1.8% de mujeres indígenas, 5.3% de mujeres afroecuatorianas y 13.9% de mujeres montubias se casaron o unieron **antes de los 15 años**, siendo el promedio nacional 3.8%. Cuando miramos las cifras de casamientos o uniones antes de los 18 años las cifras son las siguientes, promedio nacional 22.2%, mujeres indígenas 22.3%, afroecuatorianas 26.7% y montubias 38.5%, siendo claro que la pertenencia a un pueblo o nacionalidad indígena, afroecuatoriano y montubio aumenta la posibilidad de una unión temprana y con ellos de un embarazo temprano.

En cuanto la mortalidad materna, de acuerdo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador²⁹ desde el 01 de enero del 2024 hasta el 19 de septiembre del 2024 se han producido 53 muertes maternas³⁰. De estos 26 casos se dieron por causas indirectas y 27 por causas de muerte directas. El 15% de estas muertes maternas tiene relación con un aborto realizado en condiciones de riesgo. Del total de mujeres que murieron por causas maternas, el 23% eran mujeres que se identificaban como indígenas, 6% afroecuatorianas o negras, no se registran datos de muertes maternas en mujeres montubias. Según estos datos el 11,3% de las muertes maternas se produjeron entre niñas y adolescentes³¹.

1.3. Disparidades en el ejercicio del derecho a la salud, salud sexual y reproductiva dirigida hacia las poblaciones indígenas, afrodescendientes, negras y montubias.-

La salud ha sido definida por múltiples organismos internacionales en materia de derechos humanos como el máximo estado de bienestar físico, mental, social, sexual y reproductivo³². La Convención CEDAW garantiza el derecho a la salud sin discriminación hacia las mujeres, destacando la importancia de brindar servicios de salud sexual, reproductiva, y atención exclusiva para ellas, incluyendo embarazo, parto, post-parto y planificación familiar³³. Por su parte, la Convención CERD, en su artículo 5, literal e) iv), asegura el derecho a la salud pública y asistencia médica sin discriminación racial, en línea con los artículos 1, 2 y 3, prohibiendo distinciones basadas en raza, color, linaje u origen étnico que limiten el ejercicio igualitario de los derechos humanos.

El contexto social y económico del Ecuador, sumado a prácticas históricas de discriminación, segregación, exclusión y violencia dirigidas contra población racializada perteneciente a pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos, negros y montubios hacen que el ejercicio de su derecho a la salud se vea afectado de forma desproporcionada. Esto en el caso de las mujeres, personas trans, personas no binarias y otras personas de la diversidad sexogenerica con posibilidad de gestar de pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos, negros y montubios se agrava pues a las practicas de discriminación racial se suman las practicas de discriminación por el sexo, genero, identidad de género o expresión de genero.

Es así, que de acuerdo a las estadística de la “Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género del INEC

²⁶ UNFPA/MSP. (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-ecuador%E2%80%9D>

²⁷ Ver en: <https://www.censoecuador.gob.ec/resultados-censo/>

²⁸ <https://ecuador.unfpa.org/es/news/el-matrimonio-y-las-uniones-infantiles-tempranas-y-forzadas-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-persisten>

²⁹ <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/09/Gaceta-MM-SE-37-2024.pdf>

³⁰ Cabe señalar que si bien estas cifras son las recogidas en las Gaceta de Mortalidad Materna, las mismas son inexactas pues no incluyen los casos de muerte materna que se registran posteriormente con una metodología de búsqueda activa en lugares rurales y alejados.

³¹ <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/05/Gaceta-MM-SE-20.pdf>

³² Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC, artículo 10 del Protocolo de San Salvador, el artículo 11 y 26 de la Convención Americana, artículo 11 y 12 de la Convención de la CEDAW. Igualmente, la Corte Interamericana ha señalado las dimensiones de la salud en varias sentencias: Gonzalez Lluy y otros vs. Ecuador, Vera y otra vs. Ecuador, Comunidad Yakey Axa vs. Paraguay, Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay, Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica, Caso Mendoza y otros vs. Argentina, Poblete Vilches y otros vs. Chile, Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil y I.V. vs. Bolivia, planteando además que la salud debe ser entendida de forma integral y que sus dimensiones no pueden ser jerarquizadas.

³³ Artículo 11 y 12 la Convención.

y CNIG³⁴, 48 de cada 100 mujeres experimentaron algún tipo de violencia gineco-obstétrica a lo largo de su vida. Siendo mucho más alta la prevalencia de este tipo de violencia en mujeres indígenas donde el 70% reporta haber experimentado este tipo de violencia y en mujeres afroecuatorianas y negras donde 49,2% reporta haber vivido este tipo de violencia.

De acuerdo al Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud³⁵ al año 2020 en el Ecuador existían 4136 servicios de salud, de los cuales 3301 son servicios públicos, 621 servicios privados con fines de lucro y 214 son servicios privados sin fines de lucro. Del total de servicios de salud registrados 2503, es decir el 60,5% de los mismos se encuentran en zonas urbanas y 1633, es decir el 39,4% se encuentran en zonas rurales. Igualmente, de acuerdo a este registro de información, estos servicios se encuentran distribuidos inequitativamente siendo que el 47,05% de los mismos están en la región sierra, 41,7% en la región costa, 10,8% en la región amazónica y 0,33% en la región insular. Existiendo graves brechas en la disponibilidad de los mismos especialmente para población la amazónica, región que está habitada mayoritariamente por pueblos y nacionalidades indígenas y para la región insular, que es una de las provincias donde el porcentaje de población montubia es importante.

Igualmente, se registra una menor presencia de servicios de salud en áreas rurales lo cual afecta de manera desproporcionada a la población perteneciente a pueblos y nacionalidades indígenas, montubias, afroecuatorianas y negras pues el 58,9% de las mismas se encuentran en estas áreas. Igualmente, hay que señalar que las poblaciones perteneciente a pueblos y nacionalidades indígenas, montubias, afroecuatorianas y negras, que viven en áreas urbanas se encuentran principalmente en áreas urbano marginales, donde el acceso a servicios de salud especialmente a aquellos de especialidad es limitado.

El Sistema Nacional de Salud de acuerdo al Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)³⁶ Está dividido en tres niveles: primer, segundo y tercer nivel de atención, división en niveles que de acuerdo a la normativa deriva de la cantidad de población que existe en cada territorio. El nivel de atención de cada unidad de salud determina la capacidad resolutoria, el tipo de servicios que puede brindar y la complejidad de los mismos; y de acuerdo a estos tres parámetros se define infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico de cada unidad y como la misma se articulará con las otras unidades de salud existentes en el sistema.

Esta estructura nos permite afirmar que muchos lugares rurales y remotos con poca población no contarán con servicios de gran complejidad, lo cual implica que las mujeres y personas gestantes que busquen servicios especializados tenga que recorrer grandes distancias por la falta de disponibilidad de servicios con la complejidad, la cartera de servicios y el personal adecuado para la atención de sus necesidades en salud. Esto nuevamente afecta de forma desproporcionada a la población racializada que como hemos evidenciado en el contexto suelen vivir en área rurales.

Las provincias con los índices de criminalidad más altos, como Esmeraldas, Los Ríos, Guayas y Manabí, son territorios con una alta presencia de pueblos afrodescendientes y montubios, lo que profundiza las disparidades en el acceso a servicios esenciales y exacerba la discriminación y marginación que históricamente han sufrido estas poblaciones. En nuestro actual contexto de violencia agudizada por la acción del crimen organizado y las fuerzas represivas del Estado contra la población, la accesibilidad física a servicios de salud está limitada también por fronteras invisibles -entendidas como espacios donde no existe formalmente una restricción de movilidad, pero donde de forma informal se restringe la movilidad de la población debido al peligro que determinados movimientos pueden generar para su seguridad física, su vida y las de sus familias- que impiden el acceso de las personas a servicios de salud esenciales. Es así, que en varias ciudades y barrios especialmente de la costa Duran, Guayas Rural, Guayaquil, los Ríos, Santo Domingo, Manabí y El Oro, existe limitado acceso a servicios de salud por el lugar donde están ubicados y por los conflictos de control territorial existentes entre diferentes bandas. Es así, que a pesar de que pueda existir disponibilidad de servicios, la accesibilidad física a los mismos está limitada por la presencia de bandas de crimen organizado.

Igualmente, es poco frecuente que los servicios de salud sean culturalmente adecuados, cuenten con traductores y ofrezcan servicios adaptados a los usos y costumbres de los pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianas, negras y montubias. A pesar de que el modelo de salud ecuatoriano se dice intercultural y de que nuestra constitución contempla como principio la plurinacionalidad, el sistema de salud excluye, persigue y estigmatiza prácticas de medicina ancestral o los reduce a un rol de medicina complementaria. Es así, por ejemplo que el Manual de Partería emitido por el Ministerio de Salud pública³⁷, reduce el rol de las parteras a acompañantes de las mujeres hacia los servicios de salud, las obliga a ser evaluadas por

³⁴ INEC (2019), Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra la Mujer, disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/2019/11/Banner-Violencia-contra-las-mujeres-2019.png> (última visita: 26 de octubre de 2020).

³⁵ <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>

³⁶ MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

³⁷<https://www.zonalegal.net/uploads/documento/MANUAL%20ARTICULACION%20DE%20PRACTICAS%20Y%20SABERES%20DE%20PARTERASANCESTRALES.pdf>

médicos/as con formación en la medicina occidental, estigmatiza que reciban remuneraciones económicas por su trabajo. Adicionalmente, las parteras no son reconocidas como personal de salud y cuando enfrentan muertes neonatales o maternas son criminalizadas por esto.

La criminalización de parteras, evidenciarla persistencia de la discriminación en salud a pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos, negros y montubios, esto pues en estos procesos penales se utiliza el tipo penal de homicidio culposo establecido en el artículo 145 del código penal, mismo que establece una pena de 3 a 5 años de privación de la libertad. Mientras que en casos similares contra médicos u obstetras occidentales se usa el tipo penal de homicidio culposo por mala práctica profesional contemplado en el artículo 146 del código penal que contempla una pena de 1 a 3 años de privación de libertad. Existiendo claramente una distinción arbitraria basada en criterios discriminatorios y prejuicios existentes sobre las prácticas en salud de pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos, negros y montubios. Por otra parte, cuando las muertes ocurren en hospitales o centros médicos casi no existen procesos penales que se deriven de las mismas, no obstante las parteras tradicionales son criminalizadas y condenadas en la mayoría de casos, como que el ejercicio de sus prácticas ancestrales fueran una negligencia en sí.

En cuanto a la calidad de los servicios de salud se registra que en los lugares de baja complejidad, que se encuentran en áreas rurales y urbano marginales se cuenta con menos personal, menos insumos médicos y menos oferta de servicios. También, en estos lugares se registran más prácticas discriminatorias contra personas de la diversidad sexogenerica, contra las mujeres y contra las personas por su pertinencia étnica, evidenciándose incluso prácticas violentas como ruptura de su confidencialidad en salud y prácticas de violencia en el parto, embarazo y puerperio derivadas de prejuicios racistas.

Múltiples comités de derechos humanos, así como la Constitución del Ecuador en su artículo 32 inciso segundo, han reconocido que el derecho a la salud, incluye al derecho a la salud sexual y salud reproductiva. Así, cualquier violación a la salud sexual y salud reproductiva, implica una vulneración del derecho a la salud³⁸.

En este punto, vale resaltar que de acuerdo a la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, en virtud del derecho a la salud sexual y salud reproductiva los estados tienen tres obligaciones centrales: 1) abstenerse de interferir directa o indirectamente en el ejercicio de este derecho; 2) Impedir que terceros impongan obstáculos; y 3) adoptar medidas para “garantizar la plena realización del derecho a la salud sexual y reproductiva”.³⁹ Si bien algunas de estas obligaciones pueden tener un carácter progresivo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido que las medidas tendientes a eliminar la discriminación en los servicios y evitar medidas regresivas son de inmediato cumplimiento⁴⁰

En cuanto al acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva por parte de mujeres y personas de la población LGTBIQ+ afrodescendientes, negras, de pueblos y nacionalidades indígenas y montubias, la situación es crítica, pues enfrentan una combinación de barreras culturales, económicas y geográficas. Los servicios de planificación familiar, acceso a anticonceptivos, y atención prenatal y postnatal son deficientes en muchos territorios con alta presencia de estas poblaciones.

Según una encuesta realizada en 2018 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos a nivel nacional el 53,3% de las mujeres de 15 a 24 años reportan haber tenido relaciones sexuales. En cuanto a su pertenencia a pueblos y nacionalidades esta cifra varía a 52.5% en mujeres indígenas, 57.3% en mujeres montubias y 62,4% en mujeres afroecuatorianas⁴¹. Esta misma encuesta nos muestra en promedio el 43.7% de las mujeres que tuvieron relaciones sexuales por primera vez usaron

³⁸ En la Observación General N° 14 del año 2000, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, dicho Comité indicó que: *el ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva*. En la Observación General N° 22^a relativa al derecho a la salud sexual y salud reproductiva, el Comité DESC también planteó que los Estados tienen la obligación básica de asegurar, por lo menos, la satisfacción de los niveles esenciales mínimos del derecho a la salud sexual y reproductiva. Las obligaciones básicas son, las siguientes: a) *Derogar o eliminar las leyes, políticas y prácticas que penalicen, obstaculicen o menoscaben el acceso de las personas o de determinados grupos a los establecimientos, los servicios, los bienes y la información en materia de salud sexual y reproductiva*; c) *Garantizar el acceso universal y equitativo a servicios, bienes y establecimientos asequibles, aceptables y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para las mujeres y los grupos desfavorecidos y marginados*; e) *Adoptar medidas para prevenir los abortos en condiciones de riesgo y prestar asistencia y ayuda psicológica con posterioridad a los abortos a quienes lo necesiten*; f) *Velar por que todas las personas y grupos tengan acceso a una educación e información integrales sobre la salud sexual y reproductiva que no sean discriminatorias, que sean imparciales, que tengan una base empírica y que tengan en cuenta las capacidades evolutivas de los niños y los adolescentes*.

También, la observación específicamente dispuso que: *todas las personas y grupos deben poder disfrutar de igualdad de acceso a la misma variedad, calidad y nivel de establecimientos, información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva (...) sin ningún tipo de discriminación [lo que principalmente requiere la igualdad jurídica y formal]*

³⁹ Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, A/76/172, 16 de julio de 2021, párr. 22-23.

⁴⁰ Ibidem, párr.

⁴¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2018. Actividad Sexual y Salud Reproductiva: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Quito: INEC. Accedido el 18 de octubre de 2024. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Actividad_Sexual_y_Salud_Reproductiva-ENSANUT_18.pdf

algún tipo de anticonceptivo, no obstante esta cifra sufre una disminución en lo referente a mujeres afroecuatorianas y negras quienes únicamente usaron un anticonceptivo en el 42,5%, y una reducción altamente significativa en mujeres indígenas y montubias, en cuyos casos únicamente el 25% y 22.3% usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual⁴². Esta es una cifra que nos permite ver la existencia tanto de información, como de acceso diferenciado a insumos de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo a su origen étnico.

Otras cifras de esta misma encuesta nos permiten afirmar que el acceso y uso de preservativos también sufre importantes variaciones derivadas de la pertenencia étnica de las mujeres, es así que cuando se consultó sobre uso de preservativo en la última relación sexual el promedio nacional fue 20.6% de mujeres sí lo había utilizado, en cuanto a mujeres indígenas el 14.7% lo había usado, mujeres afroecuatorianas y negras el 18.7% lo había usado, y mujeres montubias, el 10,5% lo habían utilizado, lo que evidencia brechas en el acceso.

Esta encuesta también nos muestra que el 72% de mujeres indígenas, 66.5% de mujeres afroecuatorianas y 56.9% de mujeres montubias conseguían sus métodos anticonceptivos a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) donde se da medicamento de manera gratuita, siendo el promedio nacional 51.4%⁴³. Este dato en particular es preocupante dado la situación actual del MSP pues el mismo se encuentra desabastecido en varios puntos del país, lo cual genera afectaciones desproporcionadas en el acceso a este importante servicio de salud reproductiva para mujeres y personas pertenecientes a pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianas, negras y montubias⁴⁴.

En una Encuesta Virtual realizada el 25% de mujeres indígenas participantes, y el 71% de mujeres afroecuatorianas y negras participantes, informaron sobre barreras de acceso a servicios de salud, dificultades de acceso a métodos anticonceptivos, tratamientos de ITS y VIH o acceso a pruebas de laboratorio, atención al parto, atención prenatal y atención al aborto.⁴⁵ Lo que evidencia la brecha de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para estos grupos poblacionales.

En las entrevistas directas realizadas para un estudio⁴⁶ a mujeres afrodescendientes y negras usuarias de los servicios de SS y SR en el cantón de Lago Agrio, Esmeraldas, Machala, Guayaquil y D.M. Quito, el 51% reportó haber vivido barreras en el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, entre las más relevantes: dificultades o falta de acceso a atención ginecológica; barreras respecto a MAC; dificultades en los controles prenatales y falta de atención al aborto legal o a complicaciones derivadas del aborto⁴⁷

De acuerdo a estadísticas, el 3.53% de mujeres que habitan en el Ecuador, en edad reproductiva (15 a 44 años), se autoidentifican como indígenas, según el último Censo de población y vivienda del año 2022⁴⁸. No obstante si tomamos datos de mortalidad materna de los últimos 7 años, es decir desde el 2017 al 2023, las muertes maternas de mujeres indígenas representan, en promedio el 13% de casos, siendo el año con más porcentaje de muertes, para esta etnia, el 2022 con el 18% del total y el 2019 con el 16% del total. Una situación parecida ocurre con la población afroecuatoriana, que a pesar de que las mujeres de esta etnia, en edad reproductiva, representan tan solo el 2,13% de la población ecuatoriana, desde el año 2017 sus muertes maternas han significado el 4.2% del total, resultando el 2022 el año con más muertes maternas para mujeres afroecuatorianas (el 8,9% del total) y el 2018 (el 5,8% del total)⁴⁹.

En cuanto a la población montubias, tan solo está registrada una muerte en los últimos 7 años, en el año 2019, lo que también nos llama la atención, ya que podría representar una muy buena gestión de la salud materna en esta etnia, o un grave subregistro. Es importante aclarar que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador no ha subido las Gacetas de Mortalidad Materna Concluyentes de cada año, desde el año 2019, por lo que los datos pudieran variar cuando emitan estas Gacetas finales. El presente análisis ha sido realizado con la Gaceta de la Semana 52 o 53 de cada año. La Gaceta Concluyente verifica

⁴² Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2018. Actividad Sexual y Salud Reproductiva: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Anexos Estadísticos. Quito: INEC. Accedido el 18 de octubre de 2024. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Reportes_ENSANUT_Vol5_Anexos_vf.xls

⁴³ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2018. Actividad Sexual y Salud Reproductiva: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), Anexos Estadísticos. Quito: INEC. Accedido el 18 de octubre de 2024. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Reportes_ENSANUT_Vol5_Anexos_vf.xls

⁴⁴ Primicias. 2024. "Medicamentos Desaparecen de Hospitales y Farmacias en Ecuador." Primicias, 16 de octubre de 2024. Accedido el 18 de octubre de 2024. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/medicamentos-medicinas-hospitales-farmacias/>.

⁴⁵ Surkuna. 2021. Monitoreo del Estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva Durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador. Accedido el 18 de octubre de 2024.

⁴⁶ urkuna. 2021. Monitoreo del Estado de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva Durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador. Accedido el 18 de octubre de 2024.

⁴⁷ ibid

⁴⁸ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2022. "Censo de Población y Vivienda 2022, Temática NBI", Temática: Pueblos y Nacionalidades. Power BI. Accedido el 18 de octubre de 2024. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiNWUzZjFhOS00NjczLTk0YTItNjcwZmRmY2YxMjkyIiwidCI6ImYxNTlhMmU4LWVhZWMtNDQwNi1iMGFiLWY1ZT10WjkyTEExMj9>

⁴⁹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "Descargas Muerte Materna." Última modificación 2024. <https://www.salud.gob.ec/descargas-muerte-materna/>

todos los casos registrados en el sistema para constatar que ninguna muerte materna se subregistra, por lo que la tendencia, de años pasados, es siempre aumentar los casos en lugar de disminuir⁵⁰.

En las provincias con mayores índices de criminalidad como Esmeraldas, Los Ríos, Guayas y Manabí el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva se encuentra mucho más restringido que otros, esto pues a las limitaciones de accesibilidad física dadas por el contexto de criminalidad, se suma la falta de importancia que se otorga a los servicios preventivos de salud sexual y salud reproductiva por prejuicios y el estigma.

Esta situación se recrudece por las formas de gestión del servicio frente al contexto de crimen organizado como la activación del código plata, que restringe la posibilidad de acceso físico a los mismos, durante largos lapsos de tiempo -horas y en ocasiones incluso días-. Al respecto, se ha documentado un caso donde una mujer montubia con un óbito fetal (feto muerto intraútero) que requería atención urgente en el hospital Rodríguez Zambrano de Manta fue sometida a esperar durante 6 horas esta atención justamente por la activación de un código plata en varios servicios de salud de la zona. Esto es relevante pues genera más barreras de acceso físico para mujeres en situaciones de vulnerabilidad, que por falta de recursos económicos pueden desistir de la atención.

En estos contextos además se registra un aumento de los delitos relacionados con violencia sexual tanto dentro de las familias como por parte de grupos del crimen organizado. Lo cual en muchas ocasiones causa una situación crítica para las mujeres y personas de las diversidades quienes están expuestas a todo tipo de violencias pero carecen de protección estatal y de acceso a servicios esenciales. Es así por ejemplo que en determinadas provincias del Ecuador como Esmeraldas, provincia habitada principalmente por población afroecuatoriana y negra, y Los Ríos, provincia donde gran parte de la población es montubia, se registra una resistencia de las fiscalías a aceptar denuncias de delitos relacionados con violencia basada en género por miedo a represalias por parte de grupos de delincuencia organizada. Esta falta de recepción de denuncia, repercute en el acceso a medicamentos antiretrovirales, de prevención de VIH e infecciones de transmisión sexual principalmente, pues a pesar de no estar establecido en la ley se ha registrado mediante nuestra labor de acompañamiento a víctimas de violencia sexual, la solicitud de requisitos no establecidos como denuncias y oficios específicos de fiscalía que ordenen la entrega de medicamentos para atención a víctimas de violencia sexual. Esto es especialmente preocupante en el caso de mujeres que viven en contexto donde el crimen organizado tiene fuerte presencia, como la costa ecuatoriana, territorio habitado por población afroecuatoriana y montubia.

Adicionalmente, se registra miedo por parte de las víctimas de violencias basadas en género de acudir a servicios de salud. Esto se debe a que los mismos tienen obligación de denunciar los hechos de violencia de los que tengan conocimiento y esto en un contexto de agudización de la violencia por el crimen organizado puede implicar un riesgo para su salud y vida.

En nuestro trabajo de acompañamiento a víctimas de violencia y en la atención a quienes requieren acceso al aborto, hemos recibido denuncias que revelan también la infiltración de grupos de crimen organizado en los servicios de salud particularmente en las provincias de Guayas, Esmeraldas, Los Ríos y Manabí, donde existe una fuerte presencia de poblaciones afrodescendientes y montubias. Estos grupos ejercen prácticas de extorsión, violencia, amenaza e incluso secuestro contra profesionales de la salud. En 2023, se documentó un caso de violaciones masivas a enfermeras y doctoras, en el Hospital Delfina Torres de Concha⁵¹, igualmente se documentó amenazas a directoras de áreas de salud de Esmeraldas y extorsiones a los profesionales que laboran en hospitales en Manabí, los Ríos, Guayas y Esmeraldas⁵² lo que evidencia el nivel de violencia que enfrentan las y los trabajadores de salud.

La violencia existente contra profesionales de salud por parte de grupos del crimen organizado y la falta de respuesta y protección desde el Estado causa que en los servicios de las provincias más conflictivas no tengan personal suficiente y con capacidades adecuadas. En el caso de la atención en salud sexual y salud reproductiva, el escenario se agrava ya que el personal disponible no está capacitado y sensibilizado generando nuevas barreras de atención.

En los territorios amazónicos (cuya principal población es indígena) se da una situación similar, debido a la distancia de los mismos y a la presencia de actividades extractivas, lo que genera conflictos y violencia. El personal de salud es disuadido de trabajar ahí, lo que repercute en la calidad de la atención en salud en la que se generan nuevas barreras de acceso y prácticas de violencia obstétrica. Por ejemplo, en Shushufindi, provincia de Sucumbios, zona cuya principal población es indígena, hemos documentado varios casos de falta de acceso a servicios de aborto por la causal violación, debido a que los

⁵⁰ El 18 de julio ingresamos una solicitud de información al MSP para conocer el estado de la publicación de las Gacetas de Mortalidad Materna desde el año 2019, pero hasta la fecha no hemos tenido respuesta.

⁵¹ El hospital de especialidades de la frontera centro-norte del país, provincia de Esmeraldas (provincia donde la mayor cantidad de población es afrodescendiente).

⁵² Nombre que se usa para señalar un monto de dinero que cobran grupos de la delincuencia organizada mensualmente a cambio de "supuesta protección".

profesionales de salud exageraron los riesgos del servicio. En el caso de Rafaela⁵³, refleja los impactos de la falta de acceso a un aborto legal. La única persona disponible en el servicio de salud no estaba capacitada para brindar información adecuada, lo que llevó a Rafaela y su madre a desistir por miedo a datos imprecisos y falsos. Como consecuencia, su salud se deterioró gravemente, requiriendo ingreso a terapia intensiva.

En los contextos amazónicos, en los cuales existe fuerte presencia de proyectos extractivos, también se recrudece la violencia contra las mujeres y personas de las diversidades, quienes enfrentan restricciones de acceso a servicios de salud debido al miedo de ser responsabilizadas y estigmatizadas.

De acuerdo a información levantada por la ONG, Amazon Frontline⁵⁴ las mujeres que viven en zonas remotas o alejadas, principalmente las que habitan la amazonia ecuatoriana, atraviesan dos formas de vulnerabilidad exacerbada que les impide acceder a servicios de salud, por un lado en los territorios amazónicos los servicios calificados están concentrados en las ciudades principales, por lo que las mujeres de las comunidades deben atravesar "largos desplazamientos y asumir gastos adicionales" para acceder a los mismos; y en un segundo lugar en sus territorios están expuestas a un sistema de salud cruzado por relaciones de parentesco y de vecindad, hasta el punto que el personal de salud suele estar conformado por vecinos, parientes y otros miembros de la comunidad, lo cual las inhibe de acceder a los servicios de salud cercanos para salud sexual y salud reproductiva.

El contexto sociopolítico y económico en Ecuador ha profundizado la crisis de derechos humanos, afectando de manera desigual a mujeres y personas gestantes, especialmente en comunidades indígenas, afroecuatorianas, negras y montubias. Las políticas de austeridad, extractivismo y endeudamiento han debilitado los servicios públicos, generando barreras de acceso a salud, educación y empleo. Esto perpetúa la vulnerabilidad de estas poblaciones, ya que enfrentan discriminación estructural no solo por su origen étnico, sino también por género e identidad de género.

La inseguridad y la violencia vinculadas al crimen organizado han agravado las condiciones de vida en provincias con alta concentración de estas poblaciones, dificultando el acceso a servicios de salud y protección, además de exponerlas a desplazamientos forzados, violencia sexual y riesgo de reclutamiento. A pesar de que la Constitución y las normativas garantizan la salud intercultural, la falta de adecuación de los servicios y la criminalización de prácticas ancestrales evidencian la persistente discriminación en el sistema de salud.

Las estadísticas de pobreza, violencia de género y mortalidad materna muestran que las mujeres de estas comunidades son especialmente vulnerables, con barreras adicionales en el acceso a salud sexual y reproductiva. La situación es crítica en territorios con conflictos extractivos, donde el acceso a servicios esenciales es limitado y el personal de salud enfrenta riesgos. Estos problemas requieren acciones inmediatas que garanticen servicios de salud sin discriminación, eliminen las prácticas regresivas y promuevan la protección integral de los derechos de estas poblaciones.

2. Regulación y atención a servicio de aborto en Ecuador.-

En Ecuador coexisten dos enfoques respecto al aborto: se considera simultáneamente un servicio de salud y un delito. Por un lado, el artículo 149 del COIP sanciona con una pena de hasta dos años a la mujer que consiente en realizarse un aborto fuera de las causales establecidas y de hasta tres años a quien facilite su acceso. Por otro lado, el artículo 150 del mismo código establece excepciones de no punibilidad al delito de aborto (cuando está en riesgo la vida o salud de la persona gestante y/o cuando el embarazo es producto de una violación).

El aborto consentido en Ecuador, por tanto, es considerado un delito con dos excepciones cuando el embarazo pone en riesgo la vida o salud de la mujer o persona embarazada y cuando el embarazo es consecuencia de violación. Otras disposiciones legales y normativas como la Ley Orgánica de Salud, la Ley para Regular el Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Casos de Violación, la Guía de Práctica Clínica del Aborto Terapéutico, establecen formas en que este servicio se regula para garantizar el acceso a las causales legales y la atención a emergencia derivadas del mismo.⁵⁵ Lamentablemente, la existencia del delito de aborto consentido y la falta de una interpretación adecuada de las causales, resulta en que siga siendo un servicio de salud altamente restrictivo.

La existencia de este marco legal ambiguo repercute en que exista una falta de comprensión adecuada del marco legal de aborto, que hace que incluso se limite el acceso al mismo en los casos legales que son excepcionales. Es así que en Ecuador,

⁵³ https://surkuna.org/wp-content/uploads/2022/12/Destrabar-el-acceso-al-aborto-legal-con-cada-acompanamiento_final.pdf

⁵⁴ Exposición ante la Asamblea Nacional en el debate de la Ley orgánica para regular el aborto por causal violación.

⁵⁵ Artículo 149 del Código Orgánico Integral Penal; Sentencia Nro. 34-19-IN/21 expedida por la Corte Constitucional del Ecuador, Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Casos de Violación para Niñas, Adolescentes y Mujeres; Lineamientos para la Atención Integral y Acceso Efectivo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo por Violación y Guía de Práctica Clínica: Atención del aborto terapéutico.

de acuerdo a un estudio realizado por Sara Larrea, en el año 2022 sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto legal del personal de salud y operadores de justicia, solo un 15% del personal sanitario y un 5% de las personas operadoras de justicia conocen sobre la existencia de causales de aborto legal. Aunque la mayoría conoce de la existencia de aborto legal para proteger la vida de las mujeres frente a riesgos graves y urgentes, menos del 50% conoce de la existencia de las causales salud integral y violación.⁵⁶ Esto repercute en la limitación de acceso a servicios de salud, pero también en la denuncia y criminalización de mujeres y personas gestantes aún cuando se encuentren en los casos legales, generando desconfianza en el sistema de salud y sistema de justicia.

A su vez las internaciones hospitalarias por un embarazo terminado en aborto se situaron en la cuarta causa de atención a mujeres entre el 2015 y 2020 del Ecuador, lo que equivale a 163.900 internaciones por complicaciones derivadas de un aborto⁵⁷. En este contexto, las personas pertenecientes a poblaciones indígenas, afrodescendientes y montubias que requieren de un aborto son las más afectadas, por la intersección de varias vulnerabilidades como son la falta de recursos económicos, las distancias geográficas y las barreras culturales, que resultan en un acceso diferenciado a servicios de salud especialmente salud sexual y salud reproductiva. Realizando un promedio, del total de las atenciones hospitalarias relacionadas al aborto entre 2015 y 2020, el 6.34% corresponden a mujeres indígenas, el 2.2% a mujeres afroecuatorianas y el 0.22% a mujeres montubias. Es importante mencionar que el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) en el año 2022 corresponde a 7.51% indígenas, 4.53% afroecuatorianas y 6.97% montubias⁵⁸ por lo cual el porcentaje de atención a mujeres pertenecientes a pueblos y nacionalidades, afroecuatorianas y montubias indígenas es sorprendentemente alto.

Esta dinámica se refleja claramente en las cifras del Anuario de Egresos Hospitalarios, en el que se observa que las causales se siguen interpretando de manera sumamente restrictiva, incluso tras la expedición de la Guía de Atención del Aborto Terapéutico, es así que entre los años 2015 y el 2022, los abortos relacionados con las causales legalmente previstas (denominados abortos médicos)⁵⁹ se han mantenido lo que representa únicamente entre el 6% y el 4% del total de egresos hospitalarios relacionados con aborto registrados cada año. En 2015, se registraron 982 egresos hospitalarios por aborto médico, lo cual corresponde 5% del total de egresos hospitalarios relacionados con aborto en ese año⁶⁰; en el 2016, 742 (4%); en el 2017, 614 (5%)⁶²; en el 2018, 804 (4%)⁶³; en el 2019, 911 (6%)⁶⁴; en el 2020, 704 (6%)⁶⁵; en el 2021, 750 (4%)⁶⁶; y, en el año 2022, el 4%⁶⁷.

No obstante, debido a la existencia del delito de aborto consentido existe un subregistro importante de la cantidad de mujeres que acceden a abortos en condiciones clandestinas, seguras o de riesgo. La información estadística en Ecuador, demuestra que, pese a la penalización del aborto, las personas que lo requieren continúan abortando en el Ecuador. De acuerdo a la OMS, suele existir un subregistro de datos en países donde existe el delito de aborto, esto debido a que muchas mujeres o personas gestantes no buscan atención en salud después de un aborto realizado en la clandestinidad y a que muchos de los casos de abortos registrados como espontáneos en la región son abortos autoinducidos con medicamentos que terminaron en complicaciones para evitar ser criminalizadas⁶⁸.

⁵⁶ Sara Larrea. 2022. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto legal del personal de salud y operadores de justicia en el Ecuador. CLACAI. Página

<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1694/Estudio%20CAP%20aborto%20legal%20Ecuador%202022%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁵⁷ Llerena, Paúl. (2022). Abortos hospitalarios en Ecuador, 2015-2020. Retrieved from <https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1696/Abortos%20hospitalarios%20Ecuador%202015%20-%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁵⁸ ibid

⁵⁹ El total de egresos hospitalarios relacionados con aborto registrados en 2022 es de 12412, de los cuales 2671 se han catalogado como abortos no especificados; 937 como otro aborto; 8263 como abortos espontáneos y únicamente 541 como abortos médicos, que es la forma en que en el CIE10, cataloga el aborto legal.

⁶⁰ <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2015/>.

⁶¹ <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2016/>

⁶² <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2017/>

⁶³ <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2018/>

⁶⁴ <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2019/>

⁶⁵ <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2020/>

⁶⁶ <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2021/>

⁶⁷ Anuario de Egresos Hospitalarios del año 2022. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

⁶⁸ La OMS en los lineamientos 2022: Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

El contexto planteado, sumado a la existencia del delito de aborto hace que las brechas de acceso al aborto aún estando en las causales se incrementen. Esto ya que como se ha expuesto las limitaciones de movilidad, el contexto de crimen organizado, la falta de insumos y personal capacitado afectan en general el acceso a servicios de salud, en el caso del servicio de aborto estas afectaciones se agravan, por el estigma, el abuso de la objeción de conciencia y la falta de claridad del ordenamiento jurídico. Lo que causa que las mujeres y personas gestantes que buscan un aborto legal, estén más expuestas a referencias y desplazamientos para lograr sus objetivos en salud.

Estas barreras se recrudecen debido a la penalización del aborto lo cual causa que muchos servicios de salud desconozcan los servicios obligados a brindar en referencia al aborto y que muchos profesionales prefieran no realizar abortos (por miedo o por estigma), lo cual repercute en la generación de barreras insituacionales graves de acceso a los servicios de salud de aborto pues estos no están disponibles, sobretudo en territorios pequeños y con poca supervisión por parte del

Ministerio Público. Quienes sufren los mayores impactos de estas barreras son mujeres empobrecidas, con pocos niveles educativos, que habitan lugares rurales, remotos y de difícil acceso, las mujeres migrantes, las mujeres y personas gestantes pertenecientes a pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianas, negras y montubias, quienes tienen mayores dificultades de movilización.

Según los lineamientos técnicos⁶⁹, los abortos por violación pueden realizarse en centros de salud tipo A y B hasta las 10 semanas y en centros tipo C hasta las 12 semanas. Pasado ese plazo, las mujeres deben acudir a servicios de mayor nivel, enfrentando más barreras económicas y geográficas. Esta situación afecta desproporcionadamente a mujeres indígenas, afroecuatorianas, negras y montubias, quienes en su mayoría residen en zonas rurales con escasa infraestructura de salud y recursos limitados. La oferta restringida de servicios no responde a criterios técnicos, sino a estigmas y temores derivados del marco legal, lo que agrava la situación de estas mujeres. Además, muchos centros de primer nivel, por miedo a implicaciones legales, derivan casos que podrían atender, lo que incrementa los desplazamientos y los costos. Para las mujeres racializadas, la falta de servicios accesibles refuerza las desigualdades, exponiéndolas a maternidades forzadas o abortos inseguros, incluso cuando están bajo las causales legales.

Un ejemplo de esto es lo que sucede en Esmeraldas ⁷⁰, la provincia con mayor cantidad de población afroecuatoriana y negra del país, donde el único hospital público existente es el Hospital General Delfina Torres de Concha, mismo que se encuentra ubicado en la zona Sur de la ciudad. De acuerdo a los reportes de habitantes de esta provincia, la falta de seguridad en el sector dificulta que las personas puedan acudir al mismo, pero además el control territorial existente por bandas de delincuencia organizadas de este barrio impide que personas de barrios controlados por otras bandas puedan ingresar al mismo a buscar servicios de salud, esto pues esto pondría en grave riesgo su vida. Si consideramos que abortos en más de 12 semanas solo se realizan en hospitales esto implica que existe falta de accesibilidad física para gran parte de la población de Esmeraldas a este procedimiento esencial en salud que no se oferta en ningún otro servicio en la provincia⁷¹.

Prohibir el acceso a un aborto seguro obliga a las mujeres a buscar servicios de aborto clandestinos y muchas veces inseguros, para interrumpir sus embarazos, esto de acuerdo a estadísticas afecta desproporcionadamente a las mujeres que tienen mayores vulnerabilidades son: las mujeres con discapacidades cognitivas, las adolescentes, las mujeres más jóvenes, las mujeres que vivían más alejadas de los establecimientos de salud, las mujeres que tenían que viajar para abortar, las mujeres con menor nivel educativo, las mujeres que tenían dificultades económicas, mujeres de pueblos y nacionalidad indígenas y afro, mujeres privadas de la libertad, mujeres y otras personas de la diversidad sexogenérica y las mujeres desempleadas ⁷².

⁶⁹ Ministerio de Salud Pública. Lineamientos para la atención integral y Acceso Efectivo a Interrupción Voluntaria del Embarazo por Violación <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2023/03/Lineamientos-para-la-Atencion-Integral-y-Acceso-Efectivo-a-Interrupcion-Voluntaria-del-Embarazo-por-violacion-1.pdf>

⁷⁰ Debido al contexto de seguridad no pondremos los nombres ni de las personas, ni de las organizaciones que nos dieron esta información. No obstante, la misma está sistematizada y si la Corte quiere verificar su veracidad, les invitamos a realizar una visita in situ que se puede acompañar desde organizaciones locales.

⁷¹ Frente a esto hemos documentado el testimonio de un profesional de salud: “La mayoría de casos de aborto en Esmeraldas se refieren al hospital, no porque no tengamos capacidad de atenderlos sino porque existen muchos miedos alrededor de la práctica, tenemos miedo a equivocarnos e ir presos, por eso aunque sea un embarazo de pocas semanas preferimos referirlo para tener ecografías y otros exámenes como seguridad para nosotros, de que se estaba dentro del tiempo permitido por la ley y porque es más fácil que un servicio más especializado se encargue de esto. En las normativas, nos dicen que las referencias deben correr a cargo de los servicios, pero nosotros no tenemos ni ambulancia, entonces lo que hacemos es decirle a la mujer que se vaya sin referencia e intente entrar por emergencia para que la atiendan”.

⁷² La OMS en los lineamientos 2022: Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

En Ecuador, los abortos inseguros son una realidad alarmante. De acuerdo con una investigación entre 2004 y 2014 se produjeron más de 430.000 abortos, el 85% de ellos por causas desconocidas, con una tendencia al alza.⁷³ ⁷⁴Según datos del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), en 2018 Ecuador era el país de Latinoamérica donde se practicaban abortos con mayor frecuencia, la mayoría en situación de inseguridad y riesgo. En esa fecha, se estimaba que alrededor de 95.000 mujeres interrumpen sus embarazos anualmente.⁷⁵ Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) registra que cada año se realizaban 200 abortos legales.⁷⁶ Lo que implica que de los aproximadamente 95,000, más de 99% se practican de manera clandestina y en muchos casos insegura, con el consiguiente riesgo para la salud.⁷⁷

El acceso a información sobre aborto enfrenta serias barreras debido a su doble condición como servicio de salud y delito. Este problema se agrava por la falta de educación sexual integral y la ausencia de programas específicos que informen sobre el aborto legal. Las interpretaciones arbitrarias del aborto legal han fomentado el imaginario de que siempre es un delito, lo que genera desinformación tanto en la ciudadanía como en profesionales de salud. Esto impide el ejercicio efectivo de derechos humanos y obstaculiza el acceso y la provisión adecuada de este servicio, incluso en los casos en que está legalmente permitido.

Estudios han señalado que la falta de información es una de las principales barreras de acceso generalizada al aborto en las causales legales⁷⁸. De acuerdo a la investigación realizada por Kaleidos⁷⁹, existe falta de información pública sobre los servicios de interrupción legal del embarazo, lo cual "genera un vacío sobre la oferta de los centros de salud y el potencial acceso a los mismos por parte de las mujeres", de acuerdo a esta organización este hecho conectado a los prejuicios existentes por parte de los proveedores de salud y operadores de justicia genera una gran barrera de acceso a servicios, que causa que aún cuando los mismos están disponibles no exista información en la comunidad sobre estos.

La penalización del aborto, atenta contra la aceptabilidad en el acceso a este servicio de salud varias maneras, una de las más graves es que genera estigma frente a esta práctica propiciando que las mujeres que buscan servicios de aborto sean sujetas a múltiples formas de violencias entre ellas prácticas que podrían considerarse tratos crueles, inhumanos, degradantes e incluso tortura; violencia obstétrica; deslegitimación de sus decisiones; vulneración de su confidencialidad en salud; e, incluso su criminalización.

En una investigación,⁸⁰ se registran casos donde las personas que han requerido un aborto son privadas de alimentación durante días -a pesar de no ser necesario-, son privadas de medicamentos para el dolor, expuestas a información falsa, sujetas a tratamientos no establecidos en las normativas, sujetas a esperas injustificadas, y culpabilizadas por la violencia de la que fueron sujetas.

En cuanto a la calidad de la atención, podemos plantear que al no haber servicios considerados aceptables, al no considerarse las situaciones de salud específicas y garantizarse acceso a la salud sin discriminación también se vulnera la calidad de acceso al servicio de salud que garantice el derecho a acceder a los procedimientos avalados en la mejor evidencia científica, que garanticen las mejores condiciones del cuidado de salud.

2.1. Aplicación de la causal violación.-

El aborto por violación fue ampliado en Ecuador para todas las víctimas de violencia sexual a partir de la sentencia Nro. 34-19-IN/21 y acumulados expedida por la Corte Constitucional del Ecuador, en el año 2021. Esta autoridad ordenó la expedición de una ley que regule su acceso. El proyecto de ley fue construido entre la Defensoría del Pueblo y varias organizaciones de la sociedad civil, este proyecto fue enviado a la Asamblea Nacional, el mismo que fue aprobado y posteriormente enviado al Presidente de la República, quien lo modificó en un 97%. Este proyecto fue aprobado.

⁷³Prado, Esteban, Katherine Simbaña, Lenin Gómez, Anna M. Stewart Ibarra y Lisa Scott. 2017. "Abortion, an increasing public health concern in Ecuador, a 10-year population-based analysis". Pragmatic and observational research, 8, pp. 129- 135. <https://doi.org/10.2147/POR.S129464>

⁷⁴Colectivo Político Luna Creciente. Estado de arte de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en el Ecuador (Quito: Fondo de Cooperación al Desarrollo de Solidaridad Socialista Belga, 2013), 28-9 <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/el-85-de-los-abortos-registrados-en-el-ecuador-son-de-causas-desconocidas-90319>

⁷⁵Colectivo Político Luna Creciente. Estado de arte de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en el Ecuador (Quito: Fondo de Cooperación al Desarrollo de Solidaridad Socialista Belga, 2013), 28-9 <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/el-85-de-los-abortos-registrados-en-el-ecuador-son-de-causas-desconocidas-90319>

⁷⁶ Sara Larrea. Diagnóstico de la situación de la promoción, oferta y demanda de la anticoncepción de emergencia en Loja, Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Chimborazo (Quito: Fundación Desafío y Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género, 2010), página 15.

⁷⁷ Ibídem.

⁷⁸ Kaleidos y surkuna

⁷⁹ Estudio cualitativo sobre las principales rutas de acceso y barreras al aborto legal en Ecuador. Kaleidos- Centro de etnografía interdisciplinaria (2022).

⁸⁰ Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos "Surkuna". Destruir el acceso al aborto legal con cada acompañamiento. Barreras de acceso a la interrupción del embarazo en casos de violación en Ecuador desde la vigencia de la Ley para regular la interrupción voluntaria del embarazo por violación. https://surkuna.org/wp-content/uploads/2022/12/Destruir-el-acceso-al-aborto-legal-con-cada-acompanamiento_final.pdf

En este contexto y al haberse publicado una ley que no atiende la realidad de las personas que requieren de acceso a un aborto por esta causal, diversas organizaciones han interpuesto nuevas demandas de inconstitucionalidad en contra de la LORIVENAM que ha sido admitidas. La Corte Constitucional del Ecuador ha reconocido que varios artículos⁸¹ de esta ley ponen en grave riesgo los derechos humanos de las personas que requieran de un aborto por causal violación y ha concedido cinco medidas cautelares en contra de esta ley lo que ha suspendido la vigencia de varias de sus disposiciones.

Entre los artículos suspendidos se encuentran: 1. Aquellos que regulan las reglas del consentimiento para niñas y adolescentes, en el que se suspendió la necesidad de autorización parental para el acceso a un aborto;⁸² 2. al artículo que disponía que las víctimas para acceder a un aborto requerían de una denuncia, examen médico legal o de una declaración juramentada;⁸³ 3. el artículo que permitía la objeción de conciencia institucional, de personal indirecto y que hacía que la misma prevalezca sobre el derecho de las mujeres y personas gestantes a acceder a este servicio de salud;⁸⁴ 4. el artículo que imponía la necesidad de una ecografía;⁸⁵ 5. los artículos que obligaban al personal de salud a exagerar riesgos del aborto en la información que se brindaba antes de obtener el consentimiento para el procedimiento⁸⁶ y 6. las disposiciones normativas que obligan al personal de salud a denunciar a las personas que buscaran atención médica por una emergencia obstétrica.⁸⁷

En este punto es importante precisar que, incluso con las decisiones de la CCE que han suspendido la vigencia de varios artículos de la ley a través de medidas cautelares, muchos servicios de salud debido a su falta de conocimiento legal siguen implementando estas normas altamente restrictivas.

Otros de los aspectos que resultan restrictivos en la ley que regula el aborto por violación es el plazo de acceso de 12.6 semanas lo que afecta el acceso particularmente de las personas pertenecientes a los grupos más vulnerables, como son las personas de pueblos indígenas, afrodescendientes, negros y/o montubios.

A pesar de la ampliación de la causal violación a todas las víctimas, el acceso es limitado y desigual. Las barreras legales, el abuso de la objeción de conciencia por parte de profesionales de la salud, la falta de personal capacitado y de insumos esenciales, junto con las distancias hacia los servicios de salud, dificultan que las mujeres más vulnerables —especialmente aquellas pertenecientes a pueblos indígenas, negros, afrodescendientes y montubios— puedan acceder a este servicio esencial. Tanto es así, que de acuerdo con los datos proporcionados por el Estado a la CEDAW, únicamente se registraron 93 abortos por la causal violación entre 2021 y 2023⁸⁸, en un país donde de acuerdo a datos de fiscalía general del estado 11 denuncias se reciben diariamente por el delito de violación, siendo las principales víctimas niñas menores de 14 años (47,5%) y los principales perpetradores personas del entorno cercano en el 95% de los casos.

En investigaciones propias, hemos podido identificar que las víctimas que accedieron al aborto legal con acompañamiento, el 68,75%⁸⁹ se autoidentificó como mestiza, mientras que solo el 31,25% correspondió a personas indígenas. Esta distribución pone en evidencia las desigualdades en el acceso al servicio, ya que el registro se limita a dos grupos poblacionales, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad de las demás poblaciones tanto en el acceso a la información necesaria como en su posibilidad de acudir a los servicios. Esto refleja que las barreras existentes afectan de manera desproporcionada a las mujeres racializadas, restringiendo su derecho a la salud sexual y salud reproductiva y perpetuando las inequidades estructurales.

⁸¹ Artículos 5 literal g, 12 numeral 6 y 22 numeral 6 de la LORIVE.18, 19, 24.10, 25.5, 26.3, 29, 30.4 y 44

⁸² Numeral 6 del artículo 22 de la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación.

⁸³ Artículo 19 de la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación.

⁸⁴ Artículo 44 de la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación.

⁸⁵ Numeral 1 del artículo 21 de la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación.

⁸⁶ Numeral 2 del artículo 21 de la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación.

⁸⁷ Numeral 2) del artículo 31 de la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación.

⁸⁸ Comité CEDAW. Información suministrada por el Ecuador en relación con el seguimiento de las observaciones finales sobre su décimo informe periódico. 8 de diciembre de 2023. Disponible en:

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FC%2FECU%2FFCO%2F10&Lang=es

⁸⁹ Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos “Surkuna”. Destruir el acceso al aborto legal con cada acompañamiento. Barreras de acceso a la interrupción del embarazo en casos de violación en Ecuador desde la vigencia de la Ley para regular la interrupción voluntaria del embarazo por violación. https://surkuna.org/wp-content/uploads/2022/12/Destruir-el-acceso-al-aborto-legal-con-cada-acompanamiento_final.pdf

Además, la mayoría de las víctimas que recibieron acompañamiento para acceder al aborto legal provienen de provincias del sur del país y de la región oriental o amazónica, provincias con alta presencia de comunidades indígenas, no obstante muy pocas de las mujeres acompañadas se autoidentificaron como indígenas.⁹⁰

Según cifras del Ministerio de Salud Pública en el año 2023, 6 niñas menores de 14 años y 106 adolescentes entre 15 y 19 años fueron madres en Ecuador, esto implica que 40880 niñas y adolescentes fueron madres en Ecuador para este año. No obstante, como lo demuestra la estadística oficial sobre aborto en el país, ni el 0,2% de las mismas pudieron acceder a este servicio de salud. Según datos del Ministerio de salud pública hasta el 23 de mayo del 2024, el 9% de las muertes maternas se produjeron entre niñas y adolescentes y el 6% de las muertes maternas estuvieron relacionadas con aborto en condiciones de riesgo⁹¹.

Aunque la ampliación del aborto por violación en Ecuador buscaba garantizar el acceso para todas las víctimas, la ley aprobada contiene restricciones que siguen limitando su implementación efectiva. A pesar de la suspensión por parte de la Corte Constitucional de artículos que imponían requisitos como autorización parental, denuncia obligatoria y objeción de conciencia institucional, muchos servicios de salud aún aplican estas disposiciones por desconocimiento. Las barreras legales, geográficas y administrativas afectan de manera desproporcionada a mujeres indígenas, afrodescendientes, negras y montubias, especialmente en áreas rurales, perpetuando desigualdades estructurales y restringiendo su acceso a este servicio.

2.2. Aplicación de las causales vida y salud.-

La penalización del aborto en Ecuador interfiere gravemente en la aplicación efectiva de las causales de salud y vida, al generar un entorno de temor e incertidumbre tanto para las mujeres y personas gestantes como para el personal médico. Aunque estas causales están contempladas en la ley, la amenaza de sanciones penales crea una interpretación restrictiva y errática de lo que constituye un riesgo para la salud o la vida, que hace que la atención se reduzca a casos donde existe riesgo vital.

Los datos evidencian que, a pesar de la existencia de marcos legales y guías técnicas para la atención del aborto terapéutico, la interpretación de las causales sigue siendo restrictiva y poco aplicada en la práctica médica. La baja proporción de abortos médicos en relación con el total de egresos hospitalarios refleja que los profesionales de salud continúan limitando su implementación a situaciones de riesgo extremo o vital. Esta dinámica afecta de manera más severa a mujeres de comunidades vulnerables —particularmente afrodescendientes, indígenas y montubias—, quienes enfrentan mayores barreras geográficas, económicas y culturales para acceder a los servicios, perpetuando las desigualdades estructurales. En lugar de garantizar el derecho a la salud, la persistencia de interpretaciones punitivas y el miedo a sanciones legales restringen el acceso incluso en los casos permitidos por ley, contribuyendo al aumento de abortos inseguros y al riesgo de mortalidad materna.

La causal salud es una causal ambigua ya que otorga lineamientos que en última instancia son interpretados por el personal sanitario que conoce los detalles del caso, que según los estándares internacionales para su aplicación no requiere de la existencia de un riesgo grave, por eso es la más compleja y aunque tiene casi 100 años de vigencia, aún es una causal poco conocida. En Ecuador, solo un 15% del personal sanitario y un 5% de las personas operadoras de justicia conocen sobre la existencia de causales de aborto legal. Aunque la mayoría conoce de la existencia de aborto legal para proteger la vida de las mujeres frente a riesgos graves y urgentes, menos del 50% conoce de la existencia de las causales salud integral.

Las interpretaciones restrictivas de la causal salud tienen un impacto directo en el acceso a abortos legales, lo ha repercutido en las cifras de muerte materna vinculada con aborto. Es así que, en Ecuador en el año 2022 hubo 112 muertes maternas, 15 de estas muertes fueron causadas por abortos, es decir el 13,4% del total. Además, según la OMS entre el 4,7% y el 13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos en el mundo⁹². Así, mientras el número de niñas y adolescentes madres aumentó en 2022 respecto a 2021, en 2021 hubo 750 abortos médicos es decir aborto legal por vida y salud, y en 2022 en lugar de aumentar disminuyó a 541⁹³.

La penalización del aborto, al permitir interpretaciones subjetivas y restrictivas de las causales de salud y vida, genera un alto nivel de inseguridad jurídica tanto para las mujeres y personas gestantes como para el personal médico. Esta inseguridad se

⁹⁰ Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos “Surkuna”. Destruir el acceso al aborto legal con cada acompañamiento. Barreras de acceso a la interrupción del embarazo en casos de violación en Ecuador desde la vigencia de la Ley para regular la interrupción voluntaria del embarazo por violación. https://surkuna.org/wp-content/uploads/2022/12/Destruir-el-acceso-al-aborto-legal-con-cada-acompanamiento_final.pdf

⁹¹ <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/05/Gaceta-MM-SE-20.pdf>

⁹² Organización Mundial de la Salud. "Aborto." Última modificación septiembre de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.

⁹³ INEC. Camar y Egresos Hospitalarios. 2023 <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

deriva del temor a enfrentar sanciones penales y del vacío legal en cuanto a una aplicación clara de las causales, lo que resulta en que los profesionales de la salud tomen decisiones basadas en criterios personales, estereotipos o en el miedo a las repercusiones legales.⁹⁴ Se pudo evidenciar que existe en torno a la maternidad el personal de salud tiene prejuicios que son muy relevantes al momento de decidir.⁹⁵ Por lo que es frecuente que el personal sanitario imponga sus creencias personales para limitar el acceso a las causales de IVE⁹⁶.

Esta subjetividad no solo retrasa o niega el acceso a abortos seguros, sino que también perpetúa un trato discriminatorio, especialmente hacia mujeres y personas gestantes en situaciones de vulnerabilidad, como aquellas con menos recursos o que pertenecen a grupos históricamente discriminados. La falta de criterios uniformes provoca que el acceso a un derecho fundamental dependa más de las percepciones individuales del personal médico que de la necesidad médica o del marco legal, afectando desproporcionadamente a quienes ya enfrentan barreras estructurales en el acceso a la salud, quienes requieren de una erogación de recursos con mayor impacto en su vida.

2.3. Evaluación del sistema de causales en Ecuador.-

- a) Existe una relación directa entre la penalización del aborto y la falta de disponibilidad del servicio esencial de salud para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Ecuador, país con grandes disparidades geográficas en el acceso a servicios públicos, afecta de manera desproporcionada a ciertos grupos de mujeres. Aquellas en situaciones de mayor vulnerabilidad y discriminación estructural interseccional, como las mujeres y personas con posibilidad de gestar más empobrecidas, con menor nivel educativo, y las que viven en territorios lejanos y de difícil acceso, son las más afectadas.
- b) Las mujeres y personas con posibilidad de gestar pertenecientes a pueblos y nacionalidades indígenas y afroecuatorianas enfrentan barreras aún mayores, ya que en sus territorios la especialización de los servicios de salud es insuficiente para garantizar la disponibilidad de servicios de aborto. También se observa una mayor escasez de métodos anticonceptivos y otros bienes relacionados con la salud sexual y reproductiva lo que agrava su situación de vulnerabilidad.
- c) Esta falta de disponibilidad las expone a otras afectaciones, como demoras excesivas para acceder al servicio, altos costos económicos derivados del desplazamiento y alojamiento en otros centros de salud, y dificultades para conciliar sus cargas de cuidado y laborales con la necesidad de desplazarse. Estas barreras formales e informales, en la práctica, hacen que el acceso a abortos seguros, incluso en los casos legales, sea prácticamente ilusorio.
- d) Además, no cabe duda de que la falta de accesibilidad física y económica, a los que nos referiremos, son factores que contribuyen a que no exista equidad e igualdad en el acceso a servicios de salud, afectando de manera desproporcionada a las mujeres y personas con posibilidad de gestar pertenecientes a determinados colectivos, puesto que, en Ecuador, las mujeres que viven en lugares remotos o alejados, aquellas empobrecidas o con poco acceso a recursos económicos por sus diversas condiciones (como la edad) tienen menor posibilidad que otras mujeres y personas gestantes para acceder a un aborto seguro en los supuestos mínimos legales.
- e) Las niñas y mujeres que viven en la amazonía ecuatoriana enfrentan un grave contexto de violencia en distintos niveles: pobreza estructural, falta de educación, restricción a servicios de salud y altas tasas de embarazo de niñas y adolescentes respecto a la media nacional. La tasa de mortalidad materna afecta en especial a las niñas y adolescentes indígenas en la Amazonía, y también es superior al promedio nacional. Además, según la Encuesta de Violencia contra las Mujeres del Instituto de Estadística y Censo (INEC) de 2019, 70 de cada 100 mujeres indígenas han experimentado algún hecho de violencia gineco-obstétrica.⁹⁷

3. Secreto profesional y criminalización de emergencias obstétricas derivadas de abortos o partos en Ecuador.-

⁹⁴ Centro de Apoyo y protección de los Derechos Humanos “Surkuna”. Estereotipos de género en el juzgamiento del delito de aborto consentido en el Ecuador. <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2024/04/Final-Estereotipos-de-Genero-en-el-Juzgamiento-del-delito-de-aborto-consentido-en-el-Ecuador-2024-.pdf>

⁹⁵ Centro de Apoyo y protección de los Derechos Humanos “Surkuna”. Estereotipos de género en el juzgamiento del delito de aborto consentido en el Ecuador. <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2024/04/Final-Estereotipos-de-Genero-en-el-Juzgamiento-del-delito-de-aborto-consentido-en-el-Ecuador-2024-.pdf>

⁹⁶ Estudio cualitativo sobre las principales rutas de acceso y barreras al aborto legal en Ecuador. Kaleidos- Centro de etnografía interdisciplinaria (2022).

⁹⁷ Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres – ENVIGMU. Noviembre de 2019. Pág. 62. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf

De acuerdo a un estudio realizado por Human Rights Watch⁹⁸, durante el 2021, el 70% de denuncias de mujeres criminalizadas por aborto en el Ecuador fueron realizadas desde el servicio de salud, a pesar de que según la normativa interna esto es ilegal y constituye un delito. Muchas de estas denuncias se dan porque los profesionales de salud consideran que denunciar es una forma de protegerse ellos de una potencial criminalización⁹⁹.

En una investigación de 2021, Human Rights Watch¹⁰⁰ constató en los casos analizados que la mayoría de las mujeres que fueron acusadas y procesadas por aborto consentido pertenecían a regiones marginadas económicamente o a lugares donde hay una proporción mayor de poblaciones indígenas o afrodescendientes. Por ejemplo, de los 148 casos analizados por Human Rights Watch, el 10,8% de casos originaron en la provincia de Morona Santiago, provincia con donde el 58,6% de la población es indígena¹⁰¹ y que alberga solo al 1 por ciento de la población de Ecuador.

De acuerdo a la investigación sobre criminalización del aborto en Ecuador realizada por HRW¹⁰², el estigma sobre este proceso y la existencia de estereotipos de género y raciales repercute en las denuncias contra mujeres y personas gestantes por aborto. Tanto es así, que de acuerdo a esta investigación las mujeres y niñas procesadas por someterse a abortos eran de regiones con presencia considerable de poblaciones indígenas o afrodescendientes, como así también jóvenes. De los 78 casos de mujeres y niñas en los cuales se pudo determinar su edad, la mayoría, 48 (el 61 por ciento), tenían entre 18 y 24 años, 16 (el 21 por ciento) tenían entre 25 y 29 años, 5 (el 6 por ciento) tenían entre 30 y 39, y 9 (el 12 por ciento) eran niñas de menos de 18 años. Una cantidad desproporcionada procedía de zonas rurales del país.

Estas conclusiones son similares a las que llegaron especialistas ecuatorianas que han investigado el tema. Del informe realizado en 2018 por una coalición de organizaciones de derechos de las mujeres en Ecuador sobre casos de mujeres judicializadas por aborto se desprende que el 100 por ciento de estas mujeres contaban con “bajos recursos económicos” y en el 40 por ciento de los casos las mujeres eran afroecuatorianas. 130 Estos datos, según las autoras, “demuestran la imbricación existente entre la criminalización del aborto y la pertenencia a grupos tradicionalmente excluidos”, y revelan que la penalización del aborto constituye “un problema de salud personal de salud problema de injusticia social y discriminación”.

3.2. En estos datos estadísticos se encuentran adolescentes, mujeres con dificultades económicas, grupos poblacionales tradicionalmente excluidos como indígenas, afrodescendientes y montubias que han enfrentado complejos procesos judiciales. La mayor parte de las acusadas eran mujeres jóvenes. De los 148 casos estudiados por Human Rights Watch en los que se pudo determinar la edad de la persona procesada por haberse realizado un aborto consentido, el 61 por ciento correspondía a mujeres jóvenes de entre 18 y 24 años, otro 21 por ciento a mujeres de entre 25 y 29 años, el 6 por ciento tenía entre 30 y 39 años, y el 12 por ciento eran niñas de menos de 18 años. Fue posible establecer la edad de 90 acusadas.

3.5. La situación descrita vulnera los estándares de secreto profesional que lo regulan como una obligación moral, legal y constitucional de no revelar la información que en la consulta médica es revelada con el objetivo de evitar disuadir a quienes podrían requerir de servicios de salud de buscar asistencia médica.

3.6. Esta situación genera una atmósfera de desconfianza en el sistema de salud, donde las mujeres y personas gestantes, en lugar de sentirse protegidas, se ven expuestas a la posibilidad de ser denunciadas por los mismos profesionales de quienes buscan ayuda. Además, la criminalización del aborto pone a los médicos en una posición moral y legal ambigua, ya que, al denunciar, intentan protegerse de posibles sanciones penales, pero a costa de violar los derechos fundamentales de sus pacientes. En última instancia, esta dinámica disuade a muchas mujeres de buscar atención médica por temor a ser criminalizadas, lo que aumenta los riesgos para su salud y bienestar, profundizando las desigualdades y las vulneraciones de derechos en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

⁹⁸ Human Rights Watch. “¿Por qué me quieren volver hacer sufrir?” El impacto de la criminalización del aborto en Ecuador. Nueva York: Human Rights Watch, 2021. https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2021/07/ecuador0721sp_web.pdf.

⁹⁹ La investigación realizada por la organización Kaleidos, recoge testimonios a este respecto, en forma ejemplificativa citamos el siguiente: En mi caso no estoy de acuerdo con denunciar a las mujeres por aborto, peor muchos colegas si lo hacen por miedo a que ellas se compliquen y nos culpen a nosotros de haber realizado el aborto ilegal. Por ejemplo cuando mujeres llegan con perforaciones uterinas el riesgo para nosotros es terrible, entonces denunciar permite evidenciar que existió manipulación previa y de esa manera uno se resguarda de que le culpen de mala práctica por lo que le pueda pasar a esta mujer que ya vino de un mal procedimiento.

¹⁰⁰ Human Rights Watch. “¿Por qué me quieren volver hacer sufrir?” El impacto de la criminalización del aborto en Ecuador. Nueva York: Human Rights Watch, 2021. https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2021/07/ecuador0721sp_web.pdf.

¹⁰¹ <https://www.secretariapueblosnacionalidades.gob.ec/wp-content/uploads/2023/12/Presentacion-CENSO-2022-Pueblos-y-Nacionalidades.pdf>

¹⁰² <https://clacaidigital.info/handle/123456789/675>

La criminalización del aborto en Ecuador refleja la utilización del derecho penal como un mecanismo de control social que refuerza estereotipos de género y raciales. Los datos evidencian que la mayoría de mujeres procesadas provienen de regiones rurales y marginadas, con una alta presencia de poblaciones indígenas, afrodescendientes, negras y montubias, lo que demuestra cómo la penalización afecta de manera desproporcionada a grupos tradicionalmente excluidos. La intersección entre estigma, pobreza y discriminación perpetúa la injusticia social, al situar a estas mujeres en el centro de procesos legales que las criminalizan. .

Además, el temor a sanciones penales lleva a que profesionales de salud denuncien a sus pacientes, vulnerando el secreto profesional y generando desconfianza en los servicios de salud. Esto obliga a muchas mujeres y personas gestantes a evitar buscar asistencia médica por miedo a ser criminalizadas, lo que aumenta los riesgos de complicaciones graves y pone en peligro su salud y vida.

La criminalización también coloca a los médicos en una posición ambigua, donde priorizan su protección legal por encima de los derechos de sus pacientes. Esta dinámica no solo perpetúa la discriminación, sino que también agrava las desigualdades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, afectando especialmente a mujeres jóvenes, indígenas, afrodescendientes y de bajos recursos.

4. Objeción de conciencia como barrera para acceso a servicio esencial de salud.-

Otra barrera de acceso ligada a las disponibilidad de servicios, es la objeción de conciencia, pero sobre todo el mal uso de la misma. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador¹⁰³, en Ecuador existen 192 profesionales de salud que se han declarado como objetores de conciencia. Siendo el Hospital de Monte Sinai, localizado en una area urbano marginal de la ciudad con más población del país Guayaquil, que también está particularmente poblada por población afroecuatoriana y montubia empobrecida, el que tiene mayor número de objetores (40).

De acuerdo a los datos aportados por el ministerio, el 18,35% de objetores se encuentran en zona 1, conformada por las provincias de Carchi, Esmeraldas, Imbabura y Sucumbio; 6,25% de objetores se encuentran en la zona 2 conformada por las provincias de Napo, Orellana y Pichincha rural; no se registran objetores de conciencia declarados en el zona 3 conformada por las provincias de Chimborazo, Cotopaxi, Pastaza y Tungurahua; igualmente no se registran objetores declarados en el zona 4 conformada por las provincias de Manabí y Santo Domingo; en la zona 5 conformada por las provincias de Bolívar, Galapagos, Los Ríos, Santa Elena y Guayas rural se registra el 8,33% de objetores; en la zona 6 conformada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago se registran el 3,65% de objetores; en la zona 7 conformada por las provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe se registra el 16,67% de objetores; en la zona 8 conformada por la ciudad de Guayaquil se registra el 22,40% de objetores y en la zona 9 conformada por el Distrito Metropolitano de Quito se registra el 24,48% de objetores declarados. Siendo la zona 9, la que tiene el mayor número de objetores, que ascienden a 44.

En las cuatro provincias (Napo, Morona Santiago, Pastaza y Chimborazo) con mayor porcentaje de población indígena se registra que el 3,64% de personal de salud es objetor declarado, en las cuatro provincias con mayor porcentaje de población afroecuatoriana, negra y mulata (Esmeraldas, Imbabura, Guayas, Guayaquil y Carchi) se registra que se encuentra el 45,31% de objetores y en las cuatro provincias con mayor porcentaje de población montubia (Los Ríos, Manabí, Guayas y Santo Domingo) se registra el 30,73% de personal objetor declarado. Las cinco provincias con mayor porcentaje de objetores declarados son Pichincha con el 28,13%, Guayas con el 27,8%, Imbabura con el 11,98%, Loja con el 9,9%, y Esmeraldas con el 6,25%, todas provincias con gran presencia de población indígena, afroecuatoriana y montubia.

De acuerdo a la investigación realizada por Kaleidos¹⁰⁴, la objeción de conciencia es un nudo crítico que se evidencia principalmente en las áreas remotas de estas provincias, donde la presencia de infraestructura sanitaria pública es limitada. Según esta investigación la existencia de un gran número de personal objetor esta fuertemente ligada a la penalización del aborto, pues de acuerdo a los datos recogidos muchos profesionales de salud se niegan a realizar abortos legales argumentando objeción de conciencia por el miedo a ser criminalizados, mismo que esta basado en la desinformación y la ambigüedad del marco legal.

La existencia de miedo de criminalización y estigmatización por realizar abortos, causa que no exista disponibilidad de servicios de aborto, pues apesar de no tener creencias contrarias a brindar el servicio el personal prefiere declararse objetor para no correr riesgos. Esta práctica es mal abordada por el Sistema de Salud, que generalmente prefiere referir a las mujeres

¹⁰³ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022. Respuesta a pedido de información, informe INF Nro. 261

¹⁰⁴ Estudio cualitativo sobre las principales rutas de acceso y barreras al aborto legal en Ecuador. Kaleidos- Centro de etnografía interdisciplinaria (2022).

y personas gestantes, a otros servicios a intervenir para lograr un adecuado manejo de la objeción de conciencia y garantizar protección legal a los profesionales que cumplan con su deber de garantizar acceso al aborto.

Los datos reflejan que las provincias con mayor población afroecuatoriana, montubia e indígena concentran un alto porcentaje de objetores, lo que evidencia un acceso desigual, afectando desproporcionadamente a estos grupos. Las referencias innecesarias, generan graves perjuicios para las mujeres y personas gestantes, pues se ve dilatado el tiempo de provisión del servicio, requieren mayores recursos económicos (para traslado, hospedajes, alimentación)¹⁰⁵ y viven interferencias en sus labores cotidianas y de cuidado, haciendo que muchas no puedan acceder por las grandes distancias y por la gestión emocional y operativa que implica esto (perder permiso en el trabajo, tener con quien dejar a hijos, abuelos, padres y tener la fuerza emocional para viajar solas a recibir este servicio de salud).

5. Conclusiones sobre el tratamiento y regulación del aborto en Ecuador.-

- a) La penalización del aborto consentido en Ecuador es una forma de violencia de género que vulnera, tanto de iure como de facto, el derecho a la igualdad sustantiva y el principio de no discriminación de mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar. Esta situación afecta de manera desproporcionada a aquellas que pertenecen a poblaciones indígenas, afrodescendientes y montubias, quienes suelen vivir en zonas alejadas o remotas, enfrentando menores oportunidades de acceso a servicios de salud y una mayor probabilidad de encontrarse en condiciones de vulnerabilidad económica.
- b) A la luz de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, esta penalización perpetúa prácticas discriminatorias que contravienen las obligaciones del Estado ecuatoriano. La Convención exige a los Estados partes eliminar cualquier política o práctica que tenga el efecto de discriminar, directa o indirectamente, a grupos étnicos o raciales en el disfrute de derechos fundamentales. En este caso, la criminalización del aborto consentido genera una discriminación indirecta al imponer cargas y obstáculos desproporcionados sobre mujeres de grupos étnicos minoritarios y marginados.
- c) Además, la penalización del aborto amplía las brechas existentes entre diferentes sectores de la población. Las mujeres de sectores urbanos y con mayores recursos pueden acceder a servicios seguros, ya sea de manera clandestina o fuera del país, mientras que las mujeres indígenas, afrodescendientes y montubias carecen de estas posibilidades. Esto no solo incrementa las desigualdades sociales y económicas, sino que también pone en riesgo la salud y la vida de estas mujeres, al forzarlas a recurrir a métodos inseguros o a continuar con embarazos no deseados que pueden tener consecuencias negativas para su bienestar físico y mental.
- d) Mantener la criminalización del aborto consentido limita el acceso a servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, contraviniendo el derecho a la salud establecido en instrumentos internacionales de derechos humanos. También contribuye a la perpetuación de estereotipos y prácticas discriminatorias basadas en el género y la etnia, lo que obstaculiza el avance hacia una sociedad más justa e igualitaria.

6) Recomendaciones hacia el Comité CERD.-

En virtud de lo expuesto, solicitamos a este Comité que recomiende al Estado de Ecuador que adopte las medidas necesarias para alinear su legislación y políticas con sus obligaciones internacionales bajo la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial y otros tratados de derechos humanos.

- a) Eliminar la criminalización del aborto consentido, eliminando el artículo 149 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), en línea con los compromisos del Estado de evitar políticas discriminatorias que afecten desproporcionadamente a mujeres indígenas, afrodescendientes, negras y montubias
- b) Expedir una política sanitaria que garantice el acceso diferenciado a servicios de aborto seguro, en concordancia con las Directrices de la Organización Mundial de la Salud. Esta medida debe asegurar la atención integral, considerando las vulnerabilidades particulares de poblaciones tradicionalmente excluida
- c) Eliminar los plazos restrictivos en la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres, ya que afectan desproporcionadamente a personas indígenas, negras, afrodescendientes y montubias, quienes enfrentan barreras adicionales para acceder a los servicios de salud en tiempo oportuno.

¹⁰⁵ De acuerdo a la ley, las mujeres no deben asumir los costos de los traslados, pero en un sistema de salud que carece de transporte propio, ambulancias, insumos y profesionales, resulta irreal que estos costos se cubran desde los servicios. En la práctica hemos observado que en muy pocos casos se ha cubierto estos costos.

- d) Asegurar que los servicios de salud garanticen la confidencialidad de la información de las usuarias y protejan el secreto profesional de los profesionales de salud, evitando prácticas de denuncia que perpetúan la discriminación y obstaculizan el acceso a emergencias obstétricas.
- e) Garantice la confidencialidad de la información en salud de las personas usuarias de los servicios y el secreto profesional del personal de salud durante la atención de emergencias obstétricas.
- f) Garantice el acceso diferenciado a atención integral a la salud sexual y salud reproductiva de que incluya servicios de aborto seguro y postaborto.
- g) Genere los mecanismos necesarios para garantizar la disponibilidad de cifras oficiales de acceso público relacionados con las muertes y morbilidades maternas en el país, así como la atención a víctimas de violencia.

Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos “Surkuna”

Alianza por los Derechos Humanos

Fundación Lunita Lunera

La Movida Antirracista