



**Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador**

# **NUEVOS APORTES A LA ECONOMÍA**

**LAS MEJORES TESIS EN UN SOLO DOCUMENTO**

**2022**



**Hanns  
Seidel  
Stiftung**



**Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador**



**Hanns  
Seidel  
Stiftung**

#### **NUEVOS APORTES A LA ECONOMÍA**

**ISBN: 978-9978-77-511-0**

Dr. Fernando Ponce León, SJ.

**Rector**

Dra. Nelly Patricia Carrera Burneo

**Vicerrectora**

Dra. Paulina Barahona Cruz

**Directora General Académico**

Dr. Andrés Mideros Mora

**Decano de la Facultad de Economía**

Mtr. Pablo Samaniego Ponce

**Coordinador de Publicaciones de la Facultad de Economía**

MSc. Andrea Carrillo Andrade

**Corrección de estilo**

Dr. Andrés Mideros Mora

**Coordinador del Instituto de Investigaciones Económicas**

Diseño y Diagramación:

**Que Alhaja Agencia Digital - [www.quealhaja.com](http://www.quealhaja.com)**

#### **Con el auspicio de la Fundación Hanns Seidel**

© Facultad de Economía - Instituto de Investigaciones Económicas

Pontificia Universidad Católica del Ecuador 2021

Av. 12 de Octubre y Roca, Quito - Ecuador

Telf.: (593) 2 2991700 ext.: 2063

<http://iie-puce.com>

<https://www.puce.edu.ec>

E-mail: [iiec@puce.edu.ec](mailto:iiec@puce.edu.ec)

---

#### **Sobre la Publicación Nuevos Aportes a la Economía**

Esta publicación recoge las tres mejores tesis del año en curso presentadas por los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para la obtención del título universitario en la Facultad de Economía.

Para la selección de las tres tesis publicadas, los trabajos han debido pasar un proceso riguroso. En primer lugar, para que una tesis escrita sea aprobada debe obtener como mínimo el 80% de la nota total y ello ocurre cuando el director y dos lectores conceden esa calificación.

Además, en el proceso de aprobación de las tesis escritas el director de la investigación y los dos lectores tienen la potestad de sugerir la publicación. Cada uno de los trabajos que han sido distinguidos con esta mención son revisados por un profesor que no ha sido parte de los lectores y tampoco estuvo presente en la defensa oral de la tesis de grado. Este nuevo árbitro concede una nueva calificación que sirve como parámetro para escoger los trabajos mejor puntuados.

Una vez seleccionados los trabajos con más alto puntaje, son enviados a la Fundación Hanns Seidel, la que se encarga de escoger las tres tesis que serán publicadas.

En estas condiciones, los trabajos aquí presentados cumplen con un riguroso proceso de selección por lo que se trata de una publicación académica.

# Índice General

**Presentación**

4

**Fundación Hanns Seidel Stiftung**

5

## Temas

Implicaciones socioeconómicas y costos económicos de la penalización del aborto en Ecuador (2014-2019)

**Autor: Pablo Martín Gómez Jaramillo**

6

Análisis de la integración de la noción de utilidad social en las prácticas de control de laSEPS al sector real de la economía popular y solidaria en Ecuador

**Autor: Jerónimo Mateo Ibarra Díaz**

88

Estudio multicriterio de los conflictos y efectos económicos, sociales, y ambientales generados por la extracción minera de oro en la comunidad A'i Cofán (2017-2020)

**Autor: Janeth Susana Córdova Hernández**

138

## Presentación

La formación de un economista requiere una potente capacidad de investigación, la que se lleva a cabo con la aplicación de teorías y metodologías cuantitativas y cualitativas para analizar un determinado problema económico y social, generar evidencia y recomendaciones que apunten hacia la eficiencia y la equidad.

Esta competencia se evalúa mediante la realización de una investigación autónoma, cuya construcción pasa por varios filtros de rigurosidad académica, la que finalmente es evaluada tanto en un informe escrito como mediante una defensa oral, por un tribunal confirmado por tres docentes.

Esta publicación recoge tres de estos trabajos. Son los mejores de los mejores, seleccionados mediante un proceso que parte con los trabajos que obtuvieron mejor calificación, para después ser revisados de manera anónima por un cuarto docente, que actúa como árbitro ciego. Es así como este libro es una obra de relevancia y excelencia académica.

Felicito a nombre propio y de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a Susana Córdova, Pablo Gómez y Jerónimo Ibarra, quienes obtuvieron este reconocimiento a los mejores trabajos de investigación de la carrera de economía. Felicitación que hago extensiva a los tutores, así como a la Fundación Hanns Seidel que otorga el premio mediante esta publicación.

Susana Córdova investiga los orígenes e implicaciones del conflicto socio ambiental, generado por la explotación minera, en el pueblo A'i Cofán, para lo que utiliza los métodos propios de la economía ecológica. Pablo Gómez, establece las implicaciones socio económicas y los costos económicos de la penalización del aborto en el Ecuador, dando luces sobre el resultado de las políticas públicas en este tema tan debatido. Finalmente, Jerónimo Ibarra, tomando como base el concepto de utilidad social en su sentido multidimensional, evalúa si la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria lo incorpora cuando realiza sus actividades de control y seguimiento del sector económico al cual supervisa. Buscar la verdad y promover la dignidad humana es la misión de la universidad. Estos trabajos constituyen nuevos aportes a la economía como un servicio para la sociedad.

**Dr. Andrés Mideros Mora**

Decano de la Facultad de Economía  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador



La Fundación Hanns Seidel es una organización de la Cooperación Alemana, que desde 1985 trabaja en el Ecuador con el compromiso de fomentar una cultura democrática y plural, basada en los principios de libertad y tolerancia. En más de 30 años de cooperación y apoyo a los distintos requerimientos de la sociedad ecuatoriana, se han identificado fundamentalmente tres líneas de trabajo: la formación política de jóvenes, la promoción de la participación de la sociedad civil, el fomento de la democracia y el fortalecimiento institucional.

En base de estas áreas, trabajamos en el Ecuador con las siguientes metodologías:

- Conferencias, foros, seminarios, talleres y encuentros
- Trabajos de investigación, análisis y publicaciones
- Programas de simulación académica
- Escuela de formación de líderes
- Becas de pregrado en Ecuador
- Becas de postgrado en Alemania

Haciéndonos eco de estas premisas, ya desde hace más de una década, entablamos la cooperación mediante la firma de un Convenio con la Facultad de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. En este convenio se establece el otorgamiento del “Premio Hanns Seidel”, que implica el apoyo para que las tres mejores tesis de los graduados de la Facultad de Economía sean integradas en esta publicación y se presente anualmente el libro “Nuevos aportes a la Economía”.

Auguramos a los ganadores, quienes hacen parte de esta publicación, que continúen por un sendero de nuevos conocimientos y aportes para fortalecer la Economía Social de Mercado, y que sigan adelante con sus investigaciones según nuestro lema:

*“Al servicio de la democracia, la paz y el desarrollo”*

**Valeria Mouzas**

Representante Regional para  
Bolivia, Ecuador y Perú

TEMA

# Implicaciones socioeconómicas y costos económicos de la penalización del aborto en Ecuador (2014-2019)

**Pablo Martín Gómez Jaramillo**  
pablogomez31@hotmail.com

**Directora de disertación:**  
**Francisca Granda**  
mfgranda@puce.edu.ec

Enero de 2020

## Resumen

El presente trabajo analiza la información y estadística oficial con respecto a las desigualdades y violencia en el contexto de su importancia para la penalización del aborto, así como datos de relevancia sobre el aborto en Ecuador en términos de las atenciones hospitalarias y los casos judicializados. Se utiliza estadística descriptiva. Adicionalmente, se examina, mediante entrevistas cualitativas a profesionales de la ginecología y obstetras sobre los motivos en los cambios en los diagnósticos de aborto y su experiencia en cuanto a las atenciones de aborto a mujeres. En un segundo momento, se calculan los costos de la penalización del aborto; esto es, atenciones post aborto, costos institucionales de la judicialización y las pérdidas materiales causadas por fallecimientos a consecuencia de la penalización. Esta disertación no pretende evaluar las vidas perdidas de las mujeres. Los resultados indican que los importantes niveles de desigualdad, desventajas y violencia que soportan las mujeres debido a la penalización del aborto en Ecuador afectan directamente su libertad y capacidad de decidir sobre sus vidas y sus cuerpos. El Estado ha sido ineficaz e ineficiente en la erradicación de esa violencia y, por el contrario, ha tomado parte en ella mediante la penalización del aborto. El costo de mantener penalizado el aborto durante el periodo 2014-2019 es de USD 39,15 millones (en promedio, USD 6,5 millones cada año); además de los años de vida perdidos por las mujeres que fallecieron por razones relacionadas con la penalización del aborto, que suman 2 435.

**Palabras clave:** aborto, violencia, desigualdad, costos, penalización del aborto

## Dedicatoria

A las mujeres  
(A las que luchan y a las que ya no pueden)



# Índice

Resumen.....	07
Introducción.....	11
Justificación.....	12
Preguntas de investigación.....	13
Pregunta general.....	13
Preguntas específicas.....	13
Objetivos de investigación.....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
Metodología.....	14
Estrategia de investigación.....	14
Procedimiento metodológico.....	14
<b>Capítulo 1: Fundamentación teórica.....</b>	<b>16</b>
El poder.....	16
Estado y género.....	16
Economía feminista: Las desigualdades.....	17
El patriarcado y su reproducción.....	17
Penalización del aborto en el contexto latinoamericano y ecuatoriano.....	18
Conclusiones del análisis teórico.....	21
<b>Capítulo 2: El contexto del aborto en el Ecuador.....</b>	<b>22</b>
Desigualdades socio económicas.....	22
Violencia.....	25
Estadística institucional sobre violencia.....	25
Fiscalía General del Estado.....	35
Consejo de la Judicatura.....	36
Aborto.....	39
Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios.....	39
Código Orgánico Integral Penal.....	44
Reflexiones finales.....	47
<b>Capítulo 3: Los costos del aborto en el Ecuador 2014-2019.....</b>	<b>48</b>
Costos Sociales.....	48
Costos directos.....	49
Costos Indirectos.....	57
Costos totales del aborto.....	59
Análisis de los costos.....	59
Conclusiones.....	61
Recomendaciones.....	62
Referencias.....	63
Anexos.....	71

## Índice de tablas

Tabla 1 Nivel de instrucción diciembre 2019 población mayor de 15 años.....	24
Tabla 2 Variables a utilizar en la estimación de costos.....	48
Tabla 3 Variables incluidas en los costos de salud.....	50
Tabla 4 Costo de Hotelería.....	51
Tabla 5 Costos de laboratorio.....	51
Tabla 6 Costos de imagen.....	52
Tabla 7 Costos de evaluación y manejo.....	52
Tabla 8 Costos de tratamiento quirúrgico.....	52
Tabla 9 Costos de transfusión sanguínea.....	53
Tabla 10 Costos de anestesia.....	53
Tabla 11 Costo del Misoprostol como procedimiento.....	53
Tabla 12 Costo de fármaco para el dolor post tratamiento.....	54
Tabla 13 Costo total de salud.....	54
Tabla 14 Gasto en salarios del Consejo de la Judicatura por casos del artículo 149 del COIP (2014-2020).....	56
Tabla 15 Costos de la acción fiscal (2014-2020).....	56
Tabla 16 Salario, esperanza de vida y fallecimientos por aborto inseguro (2014 - 2019).....	57
Tabla 17 Años de vida perdidos 2014 - 2019.....	58
Tabla 18 Costos de la penalización del aborto 2014-2019.....	59
Tabla 19 Costos de la penalización del aborto como parte del Presupuesto General del Estado (PGE).....	59

## Índice de gráficos

Gráfico 1 Tipos de violencia.....	26
Gráfico 2 Tipos de violencia por parte de la pareja o ex pareja.....	28
Gráfico 3 Víctimas de violencia sexual antes de los 18 años (%) 2011.....	29
Gráfico 4 Violación (%).....	30
Gráfico 5 Quién decide utilizar o no métodos anticonceptivos 2019.....	31
Gráfico 6 Discriminación laboral por maternidad 2011.....	32
Gráfico 7 Violencia obstétrica en mujeres que tuvieron un aborto (%) 2019.....	33
Gráfico 8 Delitos relacionados con violencia de género por sexo de la víctima.....	36
Gráfico 9 Denuncias o impulsos en Fiscalía General del Estado (FGE) Vs. Procesos judiciales en el Consejo de la Judicatura (CJ) 2014-2019.....	37
Gráfico 10 Promedio anual de causas ingresadas en el Consejo de la Judicatura (2012-2019).....	38
Gráfico 11 Tasa todos los abortos (2007-2019).....	40
Gráfico 12 Egresos hospitalarios por tipos de aborto (2012-2019).....	40
Gráfico 13 Aborto no especificado: Puesto en las 10 principales causas de morbilidad.....	42
Gráfico 14 Casos de aborto judicializados (2014-2019).....	45
Gráfico 15 Número de casos de aborto consentido (2014-2019).....	45
Gráfico 16 Etapa procesal de aborto consentido (2014-2019).....	47
Gráfico 17 Costo en atención de salud de aborto no especificado (2014-2019).....	55
Gráfico 18 Costo de salud del aborto Vs. gasto público en salud (2014 - 2019).....	55

## Introducción

Los fundamentos que generalmente son utilizados por personas y organizaciones que apoyan la despenalización del aborto son de diversa índole. Algunos están relacionados con elementos teóricos legales, de defensa de los derechos humanos y de la mujer, incluyendo planteamientos éticos y religiosos. También, desde la literatura de las desigualdades de género y la economía feminista, se plantean fundamentos que buscan describir las dinámicas socioeconómicas que influyen para que una mujer decida abortar, principalmente desde la oposición al sistema patriarcal y a la estructura de la sociedad. Estos criterios son parte del análisis que se ha abierto sobre si su despenalización es realmente un problema de justicia social y de equidad de género (Erвити, 2005; Lerner y Guillaume, 2008).

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2018), entre 2008 y 2017 hubo un promedio de 22 628 abortos por año, los cuales son atendidos principalmente por el sector público. Las estadísticas nacionales muestran que el 85 % de los abortos registrados son por causas desconocidas; sean estos auto inducidos o por procedimientos clandestinos, lo cual implica que la mayoría de los abortos se dan en condiciones inseguras, con el riesgo de enfermedades y muerte (Ortiz-Prado et al., 2017). Según Ortiz (2017), 15,6 % de las muertes maternas están relacionadas con interrupciones del embarazo realizadas en condiciones inseguras, por lo que este problema se convierte en la quinta causa de muerte materna en el país. Otro dato que causa preocupación es que cada año hay aproximadamente 2 000 niñas menores de 14 años embarazadas producto de una violación (Gómez de la Torre y López Ángel, 2018). Es importante entender que todos estos datos tienen un alto nivel de subregistro —causado por la penalización, el miedo, la discriminación y prejuicios morales y religiosos que impone la sociedad sobre las decisiones de las mujeres—. Esta información da cuenta de que la penalización del aborto no lo evita, sino que, por el contrario, provoca que se lleve a cabo en condiciones de inseguridad y clandestinidad, lo cual también implica altos gastos para el Estado ecuatoriano en términos de los costos de salud que conlleva atender a las mujeres que sufren complicaciones como consecuencia, no del aborto, sino de la inseguridad en los procedimientos de su ejecución. Adicionalmente, la penalización del aborto implica, en los casos que terminan siendo denunciados y judicializados, costos institucionales de los procesos legales que son asumidos por el Estado y que no existirían de no ser penalizado. Otro de los costos que asume la economía en general es la productividad perdida como consecuencia de los fallecimientos por los abortos inseguros. Estos tres valores podrían ser significativos en términos no solo de las pérdidas materiales, sino también en el costo de oportunidad para el país.

Las causas que llevan a una mujer a tomar la decisión de interrumpir un embarazo son múltiples; no están únicamente determinadas por su condición física y psicológica, están relacionadas con otros ámbitos, como las circunstancias de su realidad de vida y su posición socioeconómica. Entender la realidad socioeconómica de las mujeres que pasaron por un aborto inseguro es determinante para la definición de una política que haga frente a este problema de salud pública. En este fenómeno tienen relevancia las decisiones legislativas, ejecutivas y judiciales que, en teoría, gobiernan en un Estado democrático para las mayorías, la mitad de las cuales son mujeres. Además de la falta de una política pública, existen formas de violencia que se plantean desde el Estado en sus instituciones y burocracias que juzgan, revictimizan, discriminan y criminalizan a las mujeres en estas circunstancias, lo cual es una consecuencia de la penalización como herramienta para mantener una cultura machista y patriarcal (Mackinnon, 1995).

Partiendo de estas premisas, en esta investigación se busca, por un lado, enmarcar la problemática de la penalización del aborto, en su contexto real, con base en un análisis cualitativo y cuantitativo de cifras oficiales; y, por otro lado, medir los costos económicos de la penalización del aborto, a partir de un análisis cuantitativo.

## Justificación

El aborto está penalizado en la mayoría de los países de América Latina<sup>1</sup>, excepto Uruguay, Cuba, Puerto Rico, Guayana, Guayana Francesa (Center for Reproductive Rights, 2019) y la Ciudad de México y Oaxaca (El País, 2007). Adicionalmente, se incluye en esta lista a Argentina, que despenalizó el aborto hasta las 14 semanas de gestación (BBC, 2020). En los últimos años, a nivel mundial, la movilización de organizaciones sociales feministas y provida han colocado este debate sobre su despenalización en la coyuntura política; lo que provoca fuertes reacciones a favor y en contra, desde puntos de vista sociales, económicos, legales y éticos.

La Ley Orgánica de Salud Pública (LOS) (2006) establece que la mortalidad materna y el aborto en condiciones de riesgo son un problema de salud pública. Estos, en un 85 % de las veces terminan siendo atendidos por el sistema de salud público, lo cual conlleva el traslado de su costo económico al Estado (Ortiz, 2017). Existen costos de atención médica, por cuanto atender a una mujer que llega a las unidades de emergencia con riesgo de muerte, al haberse sometido a procesos de aborto en condiciones inseguras, trae gastos importantes. También, el Estado incurre en costos de judicialización y encarcelación a las mujeres que abortaron ilegalmente. Asimismo, existen costos sociales de las muertes de las mujeres que fallecieron por haberse practicado un aborto. Por lo tanto, es necesario que los decisores de política pública cuenten con información validada, que permita comparar estos costos presupuestarios, además de los sociales, lo que le representaría al Estado proveer legalmente abortos seguros y gratuitos por parte del servicio público.

En Ecuador, el Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2014) penaliza el aborto con condenas desde 6 meses a 2 años para la mujer que se lo provoca. De fuentes oficiales, a raíz de la aprobación del COIP en 2014, en el país se han sentenciado a 192 mujeres por aborto autoinducido (Zaragocin et al., 2018). El 17 de septiembre de 2019, la Asamblea Nacional de Ecuador llevó a cabo el segundo debate sobre las reformas al COIP que planteaba la despenalización del aborto punible en las causales de violación, incesto y malformación fetal. Las reformas fueron rechazadas al no alcanzar los votos necesarios (65 votos a favor de 135) (El Comercio, 2019), dejando a Ecuador con una legislación sobre aborto vigente desde 1938 (Flores, 2014). Sin embargo, el debate alrededor de una penalización menos restrictiva se seguirá desarrollando y la presente investigación busca aportar información e insumos relevantes para su discusión.

---

<sup>1</sup>En América del Norte, Europa (excepto en Gran Bretaña, Finlandia y Polonia), el norte de Asia y Oceanía (excepto Papúa Nueva Guinea e Indonesia) el aborto es legal bajo cualquier circunstancia. Incluyendo pocas excepciones en África y América Latina, un total de 67 países entran en esta categoría (Centro de Derechos Reproductivos, 2019).

## Preguntas de investigación

### Pregunta general:

¿De qué manera la penalización del aborto afecta social y económicamente a la mujer y al Estado ecuatoriano, según datos oficiales de 2014 a 2019?

### Preguntas específicas:

- ¿Cómo se caracteriza la situación del aborto en el Ecuador, según información oficial de 2014 a 2019?
- ¿Cuáles son los costos económicos de provisión de salud; institucionales, por judicialización; y sociales, por los fallecimientos, en los que incurrió el Estado en función de los casos de aborto inseguros identificados de 2014 a 2019?

## Objetivos de investigación

### Objetivo general:

Establecer cómo la penalización del aborto afecta social y económicamente a la mujer y al Estado ecuatoriano, según datos oficiales de 2014 a 2019.

### Objetivos específicos:

- Especificar cuáles han sido las características de la situación del aborto en Ecuador, según información oficial de 2014 a 2019.
- Determinar los costos económicos de provisión de salud; institucionales, por judicialización; y sociales, por los fallecimientos, en los que incurrió el Estado en función de los casos de aborto inseguros identificados de 2014 a 2019.

## Metodología

### Estrategia de investigación:

Esta investigación tiene un alcance descriptivo y se desarrolla bajo un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo). Dicho enfoque responde a la primera pregunta de investigación, en la cual se busca caracterizar y analizar las condiciones en las que se desarrolla la problemática del aborto en Ecuador, así como la realidad de su práctica, sobre la base de información estadística oficial y entrevistas a profesionales.

Se llevó a cabo una técnica cuantitativa, mediante estadística para la segunda pregunta, donde se realiza la valoración de los costos directos que trae para el Estado proveer salud a las mujeres que se practicaron un aborto inseguro. Incluye los costos de judicialización, con los costos sociales que puede tener en términos de la producción y la productividad de las mujeres que fallecieron como consecuencia de un aborto inseguro durante el periodo 2014-2019 (Lafuente y Marín, 2008).

### Procedimiento metodológico:

En la primera pregunta, se realiza un análisis estadístico para caracterizar la realidad del aborto en Ecuador. Se utiliza información oficial para explicar el contexto en el que se desenvuelve el fenómeno, mediante un método mixto de alcance descriptivo, con un diseño concurrente anidado dominante de varios niveles, por lo que se utiliza principalmente el método cuantitativo. Se incluyen entradas cualitativas para describir información relevante específica obtenida de entrevistas (Hernández Sampieri et al., 2010). Se emplea estadística descriptiva que caracterice el contexto social y económico de las mujeres de 2014 a 2019, en donde se visibilicen de manera objetiva las inequidades entre hombres y mujeres y los contextos de violencia machista de acuerdo con cifras oficiales en Ecuador, que pueden estar vinculados a una decisión sobre el aborto.

Así, a través de un enfoque cualitativo, se analiza las experiencias sobre atenciones de abortos en los hospitales por parte de médicos/as obstetras y ginecólogos/as, mediante seis entrevistas semiestructuradas. Posteriormente, se añade un segundo momento cualitativo, utilizando entrevistas para identificar las razones de los cambios e inconsistencias que se observan en las cifras registradas en los hospitales relacionadas a atenciones de emergencias por abortos, considerando los diagnósticos médicos entre los tipos de aborto. Es decir, se indaga en los motivos para que existan cambios en los diagnósticos en los mismos procedimientos de un año a otro. Así, se utilizan variables cuantitativas —como parte de la evidencia empírica— y variables cualitativas —como parte de un análisis fenomenológico—, para explicar la coincidencias entre las experiencias de tratamiento en abortos a médicos y médicas obstetras y, de esta forma, explicar ciertas condiciones que pueden aportar a los datos cuantitativos (Creswell y Creswell, 2017). En estricto apego a la ética del investigador y los estándares de la universidad, las entrevistas se realizan bajo riguroso anonimato.

Finalmente, en la última pregunta, se desarrolla la estimación de costos, en un análisis transversal de alcance descriptivo, con un método cuantitativo. Dado que existen varias metodologías de investigación sobre la estimación de costos de provisión de salud, judiciales y sociales, para esta aproximación se utilizará la herramienta de estadística inferencial de la siguiente forma: para el sector público, se emplea la metodología utilizada por varios autores (Darroch y Singh, 2011; Juárez y Singh, 2013; Singh et al., 2019; Vlassoff et al., 2004, 2016; Vlassoff y Singh, 2016), donde se evaluarán los costos en función de los casos de aborto no especificado atendidos en los Registros Estadísticos de Camas y Egresos Hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas Censos (INEC) y los indicadores de costos establecidos en el Tarifario Médico de Salud Pública, para hacer una estimación a nivel nacional. Para los costos institucionales se sigue la metodología de Londoño y otros (2000), utilizando las recopilaciones del Consejo de la Judicatura y de Fiscalía General del Estado que establecen los casos donde se judicializó o inició procesos legales contra la mujer o el tratante por un aborto inducido. Finalmente, para los costos sociales, se calculan los años potenciales de vida perdidos (Romedor y McWhinnie, 1977), se establecen los casos de fallecimientos de mujeres en circunstancias específicas y se determina el monto económico perdido. Se utilizan las siguientes variables: los años de esperanza de vida, la tasa social de descuento, la inflación anual y el ingreso promedio de las mujeres según grupos de edades. Esto permitirá calcular el monto económico perdido por la muerte prematura de estas mujeres (Velásquez, 2006).

Objetivo	Dimensiones	Costos	Fuente
Estimación de los costos sociales de la penalización del aborto no especificado	Costos directos	Costos de salud (Hotelería, laboratorio, imagen, evaluación y manejo, procedimiento, anestesia, farmacología, misoprostol como procedimiento)	Registro de camas y egresos hospitalarios, Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud y acuerdo ministerial 00005187 (Factores de conversión monetaria) Consejo de la Judicatura, Fiscalía General del Estado y tabla de la remuneración mensual por puesto Organización Mundial de la Salud (esperanza de vida), encuesta nacional de empleo y desempleo (INEC), índice de precios al consumidor (INEC), Fiscalía General del Estado y Banco Interamericano de Desarrollo (tasa social de descuento).
		Costos de judicialización	
	Costos indirectos	Pérdida de productividad	

## Capítulo 1: Fundamentación teórica

En Ecuador se evidencia una vulneración de los derechos humanos e imposiciones desde las estructuras del poder de las instituciones jurídicas y del Estado hacia mujeres que decidieron practicarse un aborto, desde prejuicios y patrones sociales y culturales. Analizando casos de mujeres de empobrecida condición socioeconómica en edades de 16 a 25 años, se constata una criminalización y violación de derechos (Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos SURKUNA, n. d.). La penalización del aborto ha sido un tema de discusión y constante cambio durante décadas. Este debate se ha englobado en diferentes marcos: ideológico, moral, religioso, de derechos, social, económico, etc. Las legislaciones de cada país con respecto al aborto son diversas; desde una completamente libre, pasando por países donde se permite el aborto en determinadas circunstancias.

Existe una doble condicionalidad en el marco del aborto; las desigualdades son parte causal de la decisión de abortar, pero, a su vez, su penalización perpetúa la desigualdad (Erviti, 2005). El aborto no discrimina entre clases sociales; es un fenómeno que ocurre tanto en mujeres de pocos recursos como en aquellas con mayores capacidades económicas, su penalización sí lo hace; las mujeres con altos ingresos abortan en condiciones más seguras y con menos riesgos, mientras que las pobres tienen mayores posibilidades de morir durante el aborto o terminar en la cárcel por esta causa, siendo además más vulnerables a efectos negativos posteriores (Amnistía Internacional, 2014).

Con este contexto, la presente perspectiva teórica aborda la penalización del aborto desde la conceptualización del poder y sus formas de control sobre los cuerpos desde la sociedad capitalista y el Estado con su estructura institucional, a través del cual cumple los roles de protección y castigo. A continuación, se presenta la postura feminista con relación a las condiciones de desigualdad e inequidad que el patriarcado reproduce, involucrando ámbitos sociales e individuales que definen la realidad de las mujeres que deciden practicarse un aborto, desde diferentes dimensiones. Finalmente, se recoge un análisis de la situación de la penalización del aborto en la realidad latinoamericana y su evolución en el tiempo, así como los costos que debe asumir el Estado como consecuencia de las prácticas no adecuadas del aborto y su penalización.

### El poder

Las desigualdades de género son reproducidas por las estructuras del poder. Foucault (1976a) conceptualiza el poder como “la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización” (p. 112). La represión ha sido desde la edad clásica la principal manera en la que se relacionan el poder, el saber y la sexualidad. En la sociedad capitalista, la sexualidad realmente no ha formado parte de un orden de constantes libertades y, por tanto, no es realmente libre. Foucault (1976b) explica la existencia de los cuerpos y sus representaciones dentro de un esquema en el cual su objetivo es que sean cuerpos productivos, cuerpos disciplinados. El objetivo de las disciplinas y de los sistemas es homogeneizar los cuerpos y las prácticas sociales: que todos sean iguales en todos los entornos y disciplinas. Aun así, para que el poder se ejecute es necesario el control. Siempre se requiere que alguien vigile para que se ejecute el poder; la sociedad es controlada a través de formas de autovigilancia y autocontrol a partir de lo individual (Foucault, 1976b). Pero aún con esta postura de las relaciones de poder, Foucault no se plantea el poder solamente como una fuerza negativa, sino que explica cómo las relaciones de poder son un pilar fundamental para el funcionamiento de la sociedad, sin el cual las instituciones y las relaciones humanas no tendrían una forma lógica de funcionamiento. Sin poder no se educa, no se cura, no hay sociedad.

Por su parte, Brown (1992) identifica cuatro dimensiones del poder “masculinistas” que han moldeado los modos del poder del Estado; la dimensión liberal y jurídica, la capitalista, la prerrogativa y la burocrática. Desde esta última dimensión, la autora explica que todas las instituciones del Estado crean sujetos disciplinados, obedientes y respetuosos de la ley. En conclusión, el Estado está racializado, tiene género y es burgués.

Varios autores coinciden en que existen muchas formas de dominación desde lo institucional y lo social que se pueden mostrar en la imposición de la maternidad, como una manera de imponer o subyugar (Foucault, 1979). En este sentido, una cultura de poder patriarcal o machista puede ser impuesta desde los hogares, en el diario vivir, así como desde las instituciones del Estado. Entonces, la penalización del aborto no reduce su práctica, solo presiona a las mujeres a tener como única alternativa realizarlo en condiciones inseguras, aún con el conocimiento de que ponen en riesgo su vida. Por lo tanto, si una institución como el Estado, que tiene la posibilidad de evitar esas muertes e inseguridades, no despenaliza el aborto, solamente reproduce otra forma de violencia contra la mujer (Arango et al., 2013; Rodríguez, 2015).

### Estado y género

El Estado es ontológicamente masculino desde una perspectiva feminista, porque además de haber sido históricamente administrado por hombres, ha sido una institución cuyas herramientas políticas, económicas y legales profundizan y perpetúan las relaciones de poder. En este contexto, el poder del Estado —que se personifica en la estructura legal— se organiza con base en el poder de los hombres sobre las mujeres, en un entorno donde el género es un sistema social y político porque es la base donde se divide y exterioriza ese poder; desde el punto de vista



al aborto, es la concienciación, que puede ser entendida como el restablecimiento del significado y las estructuras sociales de lo que es ser mujer, basado en la construcción de una nueva episteme que guíe las relaciones científicas, económicas y sociales.

Bajo la perspectiva de un método feminista nace la necesidad de reconstruir la epistemología, por lo que Harding (1986) explicó tres posturas epistemológicas feministas; la primera es el empirismo, que utiliza el método científico como medio para entender o concebir la realidad desde un enfoque modernista (McHugh y Cosgrove, 2004); la segunda revaloriza las perspectivas, aceptando que hay una realidad, pero que su comprensión se ve afectada por la posición que alguien toma en una estructura social (Smith, 1974); el último es la construcción social o posmodernista (Cosgrove y McHugh, 2002).

Es de interés buscar un quiebre entre las razones epistemológicas antes construidas bajo estas perspectivas y utilizar características de la epistemológica del empirismo para complementar la postura posmoderna, para ubicar espacios donde se cuestionen las formas en las que se debate el fenómeno del aborto desde un sesgo machista, para construir una nueva realidad con base en los significados de las mujeres desde sus perspectivas diversas. Esto se puede enmarcar también en una perspectiva de género para entender todo el análisis en un contexto de roles de género, la estructura que guía las relaciones y los efectos diferenciados que tiene una política sobre hombres y mujeres.

### **Economía feminista: las desigualdades**

La economía feminista es un enfoque teórico y político de la economía que basa sus esfuerzos en la explicación de las desigualdades de género; expone la reproducción social de las personas en la cotidianidad, así como los roles de género en los que se basan las economías en la actualidad (Rodríguez, 2015). Erviti (2005) explica que la decisión de abortar está fuertemente arraigada en las desigualdades; principalmente de género, pero también de clase. Las desigualdades que parten desde el enfoque de género están atravesadas por las identidades que ubican a la mujer por debajo del hombre, en un nivel de subordinación, desde el nacimiento, pero se reproducen a partir de la arrogación de normas y disposiciones que imponen las sociedades y culturas al asignar roles de género. Así, la mujer asume su identidad de la feminidad desde el rol de madre (S. González, 1994).

Sanahuja (1997) explica, desde la economía feminista, la noción de mujer como clase social: además de ser explotada por los propietarios de los medios de producción, también es subordinada, oprimida o discriminada por los hombres trabajadores, en los entornos más básicos de análisis, como la familia; Segato (2016) menciona, además, interacciones íntimas que no se limitan a la sexualidad, sino también a las formas de interrelacionarse en lo social, político y cultural de las sociedades del sur. Desde un ámbito histórico donde la colonialidad implicó un proceso de opresión en cuestiones de género, raza, colonial, capitalista y una cultura hetero normada, aporta a la discusión de las condiciones de desigualdad de la mujer frente a la decisión de abortar (Lugones, 2011). Partiendo de esta aseveración, la desigualdad marca diferencias importantes en temas de incidencia anterior y posterior a la práctica del aborto, como el nivel y la calidad de educación de las mujeres, circunstancia que genera desigualdad de condiciones y oportunidades; es decir, la condición de vulnerabilidad que involucra la pobreza puede determinar la decisión de buscar un aborto. Así, por ejemplo, la falta de educación, de un trabajo digno, de un salario adecuado o relaciones estables pueden ser factores determinantes al momento de desear o no la maternidad. Desde allí, identifica la existencia de tres espacios de producción social que tienen que ser reconocidos: la producción básica, donde se habla más bien de la reproducción y reconoce las actividades de gestación y todo lo que implica como parte importante de la cadena, aquí se naturalizan los roles de género, reproduciendo la explotación; la producción de los objetos sociales, que incluye trabajos y actividades comúnmente realizadas por mujeres en otros entornos no laborales; y la de mantenimiento, que incluye el cuidado y mantenimiento de la vida y del trabajo, que engloba lo que se reconoce como trabajo doméstico.

### **El patriarcado y su reproducción**

Fontenla (2008, p. 3) define el patriarcado como:

(...) un sistema de relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intra-género instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia.

La objetivación de la mujer como proceso social de contención es parte de la forma en la que se materializan las relaciones de dominación, el control y la posesión de su sexualidad. La mujer no posee o siente menos deseo que el hombre, pero el deseo de la mujer se convierte en un fetiche ante la sociedad machista, porque se entiende como un símil de una mercancía que tiene valor porque puede ser poseída. La sexualidad, el deseo y la mujer, en una cultura patriarcal, pueden ser poseídas por un hombre, por lo que esta objetivación es una alienación que se convierte en la realidad diaria de la mujer (MacKinnon, 1982).

En este sentido, se puede entender el aborto desde las condiciones objetivas de donde surge este problema social y sobre el cual se han construido incontables ideales e imaginarios. Por lo tanto, existen dos dispositivos de control: aquellos de orden político que existen sobre los cuerpos y la sexualidad; y la construcción de la maternidad como condición necesaria para la femineidad, para cumplir su rol de reproducción social (Carmenati y Gonzales, 2017).

### **Penalización del aborto en el contexto latinoamericano y ecuatoriano**

La legislación de cada país, e inclusive de cada estado, guarda diferencias, desde algunas especificidades o restricciones, hasta su prohibición total y absoluta. Inclusive, las mismas prohibiciones observan matices en cada país; se pueden distinguir periodos en los que se abre a cierta permisividad. Igualmente, cada legislación indica a partir de qué momento de la gravidez se permite el aborto, en los casos autorizados. Este marco de diversidad nos provee de ciertos elementos que facultan diferenciar el aborto legal del libre (Center for Reproductive Rights, 2019).

Los argumentos de Ferrajoli (1999) a favor del aborto se centran en torno a la necesidad de una ley sexuada que establezca factores no solo legales, sino también sociales y humanos dentro del marco legal. Incluye el derecho a la autodeterminación de la mujer, la soberanía de cada persona sobre sí misma y su cuerpo, que proviene del imperativo categórico kantiano: “ninguna persona puede ser tratada como medio o instrumento –aunque sea de procreación– para fines no propios, sino solo como fin en sí misma” (p. 21). De allí que la penalización del aborto se asuma como imposición coercitiva y determina de forma imperativa la necesidad de su despenalización.

Vargas y Cárdenas (2004) explican las bases jurídicas de los países que permiten un aborto y pueden incluir algunas de estas condiciones para llevarlos a cabo de forma legal. Pueden existir diversas combinaciones de estas condiciones para permitirlo:

- Cuando el embarazo es por causal de violación.
- Causas sociales, como las condiciones socioeconómicas de las madres, así como en casos de contextos sociales irregulares: alcoholismo, drogadicción o vulnerabilidad.
- El aborto terapéutico cuando la vida de la madre corre riesgo, sufrimiento, malformación o inviabilidad fetal.
- Cuando el embarazo no es deseado por la simple voluntad de la madre en respeto al derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su propio cuerpo (esta es principalmente limitada a los primeros meses de gestación).
- Por cuestiones de planificación familiar y control de la natalidad.

En la investigación de Casas (2013) sobre la penalización del aborto como una violación a los derechos humanos en Chile, se estudia la afectación a los derechos de las mujeres; específicamente, el derecho a la igualdad, porque dado que el aborto es una práctica que solo sucede en los cuerpos femeninos, su criminalización constituye una discriminación de género y los cuerpos de las mujeres pasan a ser la evidencia. La penalización también limita el derecho a la vida y la integridad física y psíquica en los casos en los que la vida de la mujer corre riesgo, cuando la penalización expone a las mujeres a abortos en condiciones inseguras. Asimismo, la ilegalidad las expone a problemas de salud mental y al maltrato por parte de quienes tratan un aborto o quienes atienden las eventuales complicaciones por buscar atención en un centro de salud después de haberse practicado un aborto en la clandestinidad. Las mujeres en estas circunstancias se arriesgan a recibir violencia durante los procesos de judicialización, en exámenes forenses, personal policial y demás. La penalización del aborto atenta también contra el derecho a la vida privada de las personas, y dentro de este, a la violación de la confidencialidad médica. Finalmente, la amenaza de penalización para los médicos los lleva a delatar el acto sin guardar la confidencialidad. Todos los argumentos utilizados en esta investigación provienen de casos específicos en los que han ocurrido estas violaciones a los derechos y que, además, son analizados bajo afirmaciones y pronunciamientos oficiales y de casos de instituciones oficiales en la materia como el Consejo de Derechos Humanos y Comités de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Casas *et al.*, 2013).

La despenalización del aborto en Ecuador no implica conflictos legales más allá del debate en la Asamblea Nacional. Si bien la Constitución del Ecuador (2007) explica que el Estado garantiza y protege la vida desde la concepción, el Código Civil define que la vida de una persona comienza desde que el feto es separado completamente del útero materno, por lo que no hay una contradicción legal y las reformas son posibles.

De hecho, es la figura utilizada para permitir el aborto en los casos terapéutico y de violación a una mujer con discapacidad mental, además de la existencia de al menos cinco organismos internacionales que han solicitado a Ecuador la despenalización del aborto, incluida la ONU y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (Carmenati y Gonzales, 2017) .

Bajo estas estructuras de poder y dominación, la despenalización del aborto se convierte en una contradicción a las estructuras de mandato social, porque transforma y reta las concepciones ideológicas sobre las que funcionan las sociedades y el Estado sobre el símbolo de la maternidad, el manejo de la sexualidad, la ética y la moral femenina (González, 1995). En América Latina, a finales del siglo XX e inicios del XXI, algunos países habían ya modificado sus códigos penales para permitir el aborto en ciertas condiciones —como la necesidad terapéutica, para salvaguardar la vida de la madre o en caso de violación, como Nicaragua, en 1893 (Lamas, 2008) —. A partir de 1970, con el resurgimiento del movimiento feminista de la segunda ola, ya se empieza a incluir entre las exigencias de la organización social temas relacionados con los derechos a la sexualidad y, más específicamente, sobre el aborto, aun cuando los argumentos y las razones que esgrimieron fueron casi completamente ignorados por los gobiernos y demás organizaciones (Burkett, 2017). Más adelante, en la década de 1990, los movimientos feministas que se definen como pro-elección o pro-derechos empiezan a ganar participación en otros espacios, inclusive internacionales.

Cuando se habla de aborto y violación, las cifras y datos que se presentan son generalmente menores a la realidad, ya que muchos de los casos no son registrados o denunciados debido al temor a ser juzgadas, estigmatizadas y amedrentadas, sea por haber tomado la decisión de abortar o incluso por haber sido violadas. A pesar de que el subregistro restringe la información disponible, la data existente aporta una noción de la realidad que permite realizar un análisis del fenómeno.

En estudios llevados a cabo en El Salvador, país donde está penalizado el aborto bajo cualquier circunstancia, los resultados arrojan que: de las mujeres procesadas por aborto ilegal, el 6,98 % era analfabeta, el 40,31 % tenía educación primaria; el 11,63 % tenía bachillerato, y únicamente el 4,65% de las mujeres tenía educación superior (Arango et al., 2013). Las mujeres que fueron criminalizadas por abortar presentan bajos niveles de educación, lo cual está íntimamente relacionado con su situación socioeconómica. Este estudio no cuenta con datos de aquellas mujeres de mayores recursos que decidieron practicarse un aborto, por lo cual se podría inferir que, de manera indirecta, las desigualdades económicas permitieron que las mujeres con recursos más altos no hayan sido procesadas por llevar a cabo un aborto en la ilegalidad o, en todo caso, lo hicieron en condiciones más seguras o con menos riesgo de ser enjuiciadas, evidenciándose también un problema de justicia social (Amnistía Internacional, 2014). Otros datos de estudio de Arango (2013) indican que el 73,64 % de las mujeres procesadas por aborto ilegal eran solteras y no tenían una pareja; el 51,16% no recibía remuneración económica por su trabajo y solamente el 31,78 % contaba con algún empleo en el que recibían remuneraciones muy bajas. Esta información da cuenta de que la problemática en torno al aborto y su penalización está marcada por desigualdades de género y sociales; la mayoría de las mujeres que optan por la interrupción de un embarazo no deseado afrontarían una gestación no deseada solas y sin ninguna responsabilidad del hombre.

En muchos de los casos, principalmente en los sectores rurales, las mujeres no están dispuestas o en posibilidades de mantener y costear todo lo que implica dar a luz y mantener un hijo (aun cuando no sea el primero) por su condición de pobreza. Entonces, optan por el aborto porque aparenta ser la salida más fácil para evitar que un embarazo complique su situación económica. Otra circunstancia para considerar es el hecho de que las mujeres de menores ingresos económicos no pueden pagar por un servicio de cuidado para sus hijos, lo que implica que dar a luz a un niño o una niña se puede convertir en una limitación o dificultad para continuar y culminar sus estudios o para trabajar (Lamas, 2008).

En países de Latinoamérica como El Salvador y Nicaragua donde el aborto está penalizado con hasta 30 años (existen países donde están penado hasta con 50 años), si bien tienen tasas de aborto similares en la región, el nivel de mortalidad materna es casi el doble de la que se presentan en los países donde su práctica es permitida. Es decir, la penalización no limita el aborto, sino que lleva a las mujeres más vulnerables económica y socialmente a la muerte o a ser criminalizadas, enjuiciadas y encarceladas por tomar decisiones sobre su cuerpo. Esto genera muchos más problemas sociales, económicos y culturales en la población en general de los que dice solucionar (Arango et al., 2013).

Se afirma, principalmente dentro del movimiento provida, que el aborto puede generar problemas de salud física y mental (Munson, 2010); sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2011, 2017) asegura que la tasa de letalidad de un aborto seguro durante el segundo trimestre es mucho menor a la de un parto normal. Adicionalmente, uno de los estudios más amplios sobre aborto y salud mental que involucra cientos de miles de mujeres en todo el mundo afirma que el riesgo de padecer trastornos mentales después de haberse practicado un aborto voluntario no es mayor que el de mujeres que llevaron a término un embarazo deseado, y que el riesgo de tener efectos psicológicos en mujeres que llevaron a término un embarazo no deseado es mayor que los casos en los que hubo un aborto voluntario (Heikinheimo et al., 2017).

Por un lado, las prácticas de aborto en entornos de penalización, donde deben realizarse en circunstancias de peligro y en lugares clandestinos, tienen efectos psicológicos que no son necesariamente producto de la decisión, sino del rol que cumplen la política pública, organizaciones y las instituciones del Estado (Fernández y Tajer, 2006). El contexto de ilegalidad, el miedo a los procedimientos, las estigmatizaciones y el apoyo o rechazo familiar y de la pareja (cuando no es por violación) juegan un papel importante en las decisiones y en los resultados de esas decisiones. Por otro, principalmente en el embarazo adolescente, cuando se decide continuarlo y alterar los planes personales de vida, las sociedades y las familias reciben a las mujeres en un ambiente de hostilidad, discriminación y exclusiones de toda naturaleza (Fernández y Tajer, 2006). El tratamiento psicológico (o su ausencia) implica costos, tanto para la salud pública como para la sociedad que sufre sus efectos.

La salud pública es el conjunto de prácticas sociales que busca prevenir las enfermedades y discapacidades y prolongar y mejorar la vida de las personas; un sistema de salud pública es la suma de todos los recursos, instituciones y organizaciones que tienen como fin llevar a cabo procesos que busquen mejorar la salud de la población y requiere de varios factores, como personal, financiamiento, información, tecnología, suministros, transportes y comunicaciones (OMS, 2005). Por lo tanto, un problema de salud pública es la ausencia de estos mecanismos de prevención. Para el caso específico del aborto, es la carencia de políticas que garanticen acceso a servicios de salud pública que eviten el problema de mortalidad materna, producido por prácticas inseguras de aborto (Ganatra *et al.*, 2014).

Un aborto, sea o no en condiciones seguras, trae costos económicos. La penalización del aborto implica costos que, en caso de su despenalización, no tendría que asumir el Estado o las mujeres y sus familias; sin perjuicio de que los abortos en la legalidad, igualmente, impliquen otros, como la provisión de abortos seguros y gratuitos que tendría que proveer el Estado o los procedimientos en clínicas privadas que asumirían las mujeres. Además, se deben considerar otras políticas, como educación sexual y planificación familiar que sería adecuadas en la planificación de un política pública integral.

Curioni (2013) explica que en ciertos países en desarrollo la atención de complicaciones en abortos ilegales puede representar hasta un 50 % de las asignaciones presupuestarias de los hospitales de exclusivo trato a la maternidad. En este marco, existen costos directos, que estiman el uso de los recursos con un enfoque integrador con independencia de quién los asume; e indirectos que no son inherentes a los gastos en el sistema de salud, pero que están relacionados con cambios en la capacidad productiva, como pérdidas de días trabajo por enfermedad o muerte. En muchos casos, los costos de producción, pérdida por ausencias temporales y otros no pueden ser estimados porque ese trabajo pudo haber sido recuperado o reemplazado; de todas maneras, se generan pérdidas en los ingresos de las familias implicadas. En los casos de muerte se verifica una evidente pérdida de recursos tangibles, que pueden ser representados en términos monetarios; e intangibles, que no pueden tomar una representación monetaria y que dependen de una percepción subjetiva de los pacientes (García *et al.*, 2016). En una investigación de esta naturaleza, el alcance de la medición de los costos depende de la disponibilidad de datos y de la unidad de análisis (Acevedo, 2008).

Los principales costos económicos dentro de la salud que se pueden estimar en una investigación de esta naturaleza son los tangibles, dentro de los cuales se incluyen los directos. Estos pueden ser sanitarios, que implican los gastos en los procedimientos dentro de los hospitales, pruebas e insumos y todos los recursos, como alimentación, medicamentos, agua electricidad y demás, o los no sanitarios: gastos en efectivo de los pacientes o sus familiares. Asimismo, pueden ser indirectos, como la pérdida de la productividad por enfermedad o muerte. Los costos intangibles incluyen costos directos que pueden ser evaluados, aunque no cuantificados, como el dolor, la inseguridad, la calidad de vida, la ansiedad, la pérdida de la autoestima y miedo, entre otros; y los indirectos: el grado de satisfacción con los servicios prestados por el sistema de salud (García *et al.*, 2016).

En este contexto, los costos de salud responden a una guía de las formas en que se pueden cuantificar las consecuencias del aborto penalizado, así como las formas en que se calculan las pérdidas indirectas de los fallecimientos. También existen otros costos que generan esta problemática, que son los costos institucionales que incluyen aquellos que generan las instrucciones legales en los casos que llegan a procesos judiciales; estos incluyen los costos de todas las instituciones, como Fiscalía, Consejo de la Judicatura, policía, etc. Igualmente, se generan costos en los casos donde, tras un proceso judicial, se sentencia a una mujer, tratante o causante, en función de mantener a las sentenciadas en las prisiones (Acevedo, 2008).

Estas herramientas de estimación permiten tener una noción de cómo afectan los abortos inseguros a la sociedad en términos económicos. Aunque puede ser una reducción a todos los ámbitos y aristas, deberían ser abordados en la academia porque, en la búsqueda de una explicación o demostración empírica holística, existen limitaciones que imposibilitan investigaciones más amplias sobre estos aspectos y cómo afectan económicamente a la sociedad y al Estado.

### Conclusiones del análisis teórico

En un entorno machista y una cultura patriarcal donde las relaciones de poderes apuntan a la dominación, opresión y control de las mujeres, su forma de quiebre es el empoderamiento, entendiéndolo desde la misma perspectiva que se analizó previamente con Foucault. No quebrando las estructuras de poder, sino reconfigurándolas. Se debe entender que, en este contexto, el quiebre de las relaciones de poder es lo único que permitirá a las mujeres tomar decisiones y ejecutar políticas sobre lo que les concierne e interesa, entre estas el análisis sobre la maternidad, sexualidad, violencia, salud reproductiva y aborto.

Un proceso de empoderamiento puede ser definido como uno de emancipación, que se logra con un desafío de las relaciones de poder (Battliwala, 1997) o como expresa Rowland (1997), “es tanto la fuente de opresión en su abuso como la fuente de emancipación en su uso” (p. 221). Se requiere la eliminación de esa opresión y muchas formas de violencia contra la mujer. Sin este poder y el empoderamiento de las mujeres no se lograría romper ninguna brecha de género; es necesario para que las mujeres asuman la potestad sobre las decisiones que afectarán su cuerpo y su vida de forma permanente; entre estas, tener o no un hijo.

Así, la despenalización del aborto se convierte en una forma de quebrar las estructuras de poder y dominación. Esto permitiría ejercer la autonomía personal de las mujeres, pero también romper con las desventajas que involucra la maternidad en cuanto a que permitiría alcanzar mejores oportunidades, por ejemplo en cuanto al estudio y trabajo (Lamas, 2008).

## Capítulo 2: El contexto del aborto en el Ecuador

Una vez analizadas las formas, estructuras y características que en la teoría tiene la violencia y las desigualdades de género, es de interés contar con su análisis para encontrar un marco referencial que explique el contexto en el cual se desarrolla y desde el cual se analiza la problemática del aborto. Así, el presente capítulo busca responder a la pregunta: ¿cómo se caracteriza la situación del aborto en el Ecuador, según información oficial de 2014 a 2019? Se analizan recursos estadísticos sobre desigualdad en términos económicos: ingreso, desempleo, empleo global, empleo adecuado y subempleo. Posteriormente, se analiza la violencia en términos de la prevalencia y la magnitud, experimentada por las mujeres y los procesos judiciales en Ecuador en distintos ámbitos y de forma histórica y geográfica. Finalmente, se caracterizan los casos de abortos de forma histórica, geográfica, rango etario y estadía y condición de egreso hospitalario, de acuerdo con su composición en los diagnósticos médicos y los procesos judicializados.

Los datos obtenidos provienen de fuentes oficiales: el Registro de Camas y Egresos Hospitalarios, la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU) y las Cuentas Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares (CSTNRH) obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). También se consideró información remitida por el Consejo de la Judicatura y la Fiscalía General del Estado, recopilada de acuerdo con la información disponible en cada caso durante el periodo 2014 a 2018 (se presenta información de años adicionales en caso de estar disponible).

### Desigualdades socioeconómicas

Uno de los ejes centrales de la economía feminista es el estudio de cómo está organizada la reproducción social y sobre el conflicto entre la reproducción del capital y la reproducción de la vida. Es desde este marco que es necesario hablar de las desigualdades económicas en términos del aporte y la importancia del trabajo de cuidado no remunerado, pero también de la discriminación vertical y horizontal a la que están expuestas las mujeres como parte del techo de cristal, sus libertades de ser y hacer. El análisis de una de las formas que toman estas desigualdades y discriminaciones es desde la dimensión material, es decir, el vínculo de las personas con el mercado laboral (eso incluye la pobreza), entre otras brechas de género con las cuales funciona el sistema (Rodríguez, 2015).

### Pobreza

La noción de la feminización de la pobreza no es un concepto nuevo ni de los últimos años. Medeiros y Costa (2008) explican cómo este es relativamente difuso porque depende de varios factores y puntos de vista sobre cómo entender la feminización y la pobreza. Aunque demuestran para casos de países particulares que no hay evidencia de este fenómeno utilizando únicamente la pobreza por ingresos, reconocen que la limitación es entenderla únicamente como un problema de ingresos y de consumo, cuando existen varios otros elementos que tienen mayores restricciones a la hora de medir y cuantificar, y que la feminización no debe entenderse como un estado sino como un proceso. En este sentido, Chant (2006) explica varios de estos elementos que no se toman en cuenta al momento de teorizar o demostrar la feminización de la pobreza, entendiendo al ingreso como la única forma de evidencia. Así también desarrolla algunos elementos de las causas y consecuencias de la feminización de la pobreza —como las discriminaciones de género, estatales, legales, políticas, religiosas y culturales que afectan a pobrezas más subjetivas, dentro de lo cual cabe la penalización del aborto.

Los argumentos que son comúnmente utilizados para explicar la feminización de la pobreza son analizados por Moghadam (2005), quien mira a la pobreza no solo como una falta de ingresos, sino como una negación de derechos en diversos contextos culturales. Explica tres factores fundamentales que llevan a un proceso de feminización de la pobreza. El primero es que las tendencias demográficas están incrementando las jefaturas femeninas en los hogares, lo cual, con una deficiente política social y regímenes políticos restrictivos para las mujeres, profundiza las desigualdades en los hogares encabezados por mujeres. Esta profundización se amplía con las desigualdades en el acceso al empleo y la propiedad y con la maternidad. No se encuentra evidencia de que haya un incremento de hogares pobres por ingresos encabezados por mujeres con base en la información publicada por el INEC (2020a); en cambio, se halla que hay un 15,5 % más de jefes de hogar en pobreza masculinos que femeninos, brecha que se amplió a partir de 2017; en años anteriores eran similares. En segundo lugar, relacionado con los patrones culturales, está la falta de derechos en términos de propiedad y tierra, comportamientos sociales; la falta de empoderamiento de las mujeres, que dificulta el acceso al empleo y mejores condiciones de empleo, menores salarios, matrimonios tempranos, la maternidad, la posibilidad de terminar la educación y la imposibilidad de divorciarse. Y en tercer lugar se encuentran aspectos económicos; por ejemplo, pueden perjudicar particularmente la vida de las mujeres los modelos económicos con orientación pro mercado o neoliberal, que aunque afectan a los hombres y mujeres de menores recursos y sin propiedades, lo hacen intensivamente a las mujeres.

Aunque no hay una significativa diferencia en cuanto a la pobreza en las jefaturas de hogar ni una profundización en el tiempo, en la pobreza por sexo sí se halla una importante desigualdad entre hombres y mujeres. La pobreza ha disminuido en ambos casos; no obstante, la brecha entre ambos sexos se ha incrementado del 2,8 % en diciembre de 2007 hasta su punto más amplio en diciembre de 2015, de 6,5 %. Es decir, frente a reducciones de pobreza, es menor en las mujeres. Posteriormente, en el último periodo, la brecha tuvo una histórica reducción hasta el 1,1% y es el único tiempo en el cual la diferencia no es estadísticamente significativa. Según la ENEMDU 2019, el nivel de pobreza por ingresos a diciembre de 2019 fue de 25,09 %, establecida la línea de USD 84,82 mensuales per cápita. La población mayor de 15 años en situación de pobreza está compuesta en un 46,6 % por hombres y un 53,4 % por mujeres, con una diferencia estadísticamente significativa de 6,9 %, lo cual implica una clara situación de desventaja (ver Anexo A).

### **Trabajo no remunerado**

Según la ENEMDU, de 2007 a 2019, un promedio de 20 % de la población con edad para trabajar tiene como actividad principal la del cuidado (trabajo no remunerado), de la cual un 70 % es realizada por mujeres. La proporción de la población que entra dentro de la categoría de trabajo no remunerado se ha incrementado en el tiempo; a diciembre de 2019 llega al 24 % de la población mayor de 15 años. De esta, el 77 % son mujeres, y el 18,4 % de las personas en edad de trabajar se dedica a esta actividad (ver Anexo B). Las cuentas satélite del trabajo no remunerado de los hogares 2016-2017 del INEC muestran varias nociones de las desigualdades económicas a las que están sujetas las mujeres y la importancia de este rol no reconocido social ni económicamente, dentro de la producción. Es así cómo en 2017 el aporte de estas actividades al valor agregado bruto nacional (VAB) fue de 19,1 %: cerca de USD 20 mil millones es la riqueza generada por los hogares en la producción no remunerada. Esta producción, medida en horas de trabajo, es realizada en un 76,8 % por mujeres, lo cual implica que las mujeres mayores de 12 años dedicaron un promedio de 31 horas a actividades del trabajo no remunerado, mientras que los hombres, 11,3 horas. Además, este trabajo implica que existe un ahorro por la realización de estas actividades que no se reconoce, el cual representa un 32 % de los gastos de cada hora (INEC, 2017).

El Anexo C explica la diferencia entre las tasas de empleo bruto para hombres y para mujeres, que en diciembre de 2019 se ubicaron en 75,1 % y 51 %, respectivamente. Esto quiere decir que el 75 % de los hombres mayores de 15 años tienen empleo, mientras que solo la mitad de las mujeres con edad para trabajar tienen uno. Aunque desde 2007 hasta 2019 las tasas de empleo bruto se han mantenido relativamente iguales para ambos sexos, desde diciembre de 2017 hasta diciembre de 2014 hubo una diferencia promedio de 63 % de ocupación de hombres sobre mujeres. Este promedio desde marzo de 2015 hasta diciembre de 2019 disminuyó a 49 %. Por lo tanto, esta brecha tuvo una reducción. A esto se debería tomar en cuenta que una importante proporción de mujeres se dedica a las actividades domésticas y aun así las mujeres acceden menos a una ocupación, por lo cual el acceso a un empleo remunerado es significativamente menor para mujeres que para hombres (INEC, 2020a). Cabe recalcar que el desarrollo de estas actividades desarrolladas principalmente por mujeres, en muchos casos, se encuentra vinculado a la maternidad, entre otros factores.

### **Empleo adecuado, subempleo y desempleo**

En cuanto al empleo adecuado o pleno, la diferencia entre hombres y mujeres es mucho más evidente que en otros casos, pues la composición de las personas que tienen este tipo de empleos es de 67,1 % hombres y solo 32,9 % para mujeres, a diciembre de 2019. Esto implica que hay un 104 % más de hombres que mujeres con empleo adecuado. En cuanto a las tasas de empleo adecuado por sexo, se evidencia la misma noción: solo el 30,6 % de la mujeres cuenta con un empleo adecuado, mientras que el 50 % de los hombres cuenta con un trabajo de estas características (ver Anexo D). La diferencia de los ingresos laborales entre hombres y mujeres que tienen un empleo adecuado no es tan amplia; se ha ido reduciendo desde diciembre de 2017 —que era de 15 %— hasta 0 % en diciembre de 2019; la mayor parte de este periodo fue cercana a 0 a partir de diciembre del 2012. Esto, si bien indica que no hay grandes diferencias en términos de salario, exhibe que sí existe una importante brecha en términos del acceso a un empleo adecuado entre hombres y mujeres.

En el subempleo hay una relativa igualdad entre hombres y mujeres. La tasa promedio entre las mujeres desde diciembre de 2007 a diciembre de 2019 es de 15,3 %, mientras que entre los hombres es de 16,3 %. La diferencia promedio durante este periodo es del 6 % en favor de la mujeres. Esto quiere decir que hay mayor nivel de subempleo entre hombres que entre mujeres, como muestra el Anexo E. El subempleo puede ser por insuficiencia de ingresos o por insuficiencia de tiempo de trabajo; resulta interesante que es mayor la proporción en hombres que en mujeres cuando se trata de insuficiencia por ingresos, y viceversa cuando se trata de tiempo de trabajo. Esto podría estar relacionado con el tiempo de cuidado y de trabajo no remunerado que es realizado casi en su totalidad por mujeres que, aunque es otra categoría de empleo, puede incidir directamente en esta y las demás.

La tasa más alta de desempleo para las mujeres fue en diciembre de 2009, cuando llegaba a 8 %; en el mismo periodo, el desempleo para los hombres fue de 5,2 %. La diferencia entre las tasas de desempleo para hombres y mujeres fue menor en junio de 2014, donde las diferencias de las tasas eran de un 18 %. Es decir, en promedio, las mujeres tienen un 34 % más niveles de desempleo que los hombres; para diciembre de 2019 esta diferencia se mantiene en 30 % (ver Anexo F).

### Ingresos

En términos nominales, los hombres han ganado en promedio USD 69,40 más que las mujeres, lo cual representa un 25,1 % más de diferencia entre 2007 y diciembre del 2019. La brecha se ha reducido en los últimos años —como muestra el Anexo G—, aunque no deja de ser una brecha significativa en términos de las oportunidades que un mayor ingreso implica. Para diciembre de 2019, los hombres ganaron en promedio 18 % más que las mujeres. Sin embargo, hay varios factores que pueden explicar estas brechas. Entre ellos, está la cualificación, las horas de trabajo y otras variables observables y no observables. En principio, las mujeres tienen una ligera ventaja sobre los hombres, en términos del nivel de educación; además, trabajan en promedio menos horas que los hombres y esto podría explicar una parte de la brecha salarial. Es así cómo relativizando el ingreso promedio por sexo con las horas de trabajo promedio en realidad, la brecha salarial parecería ser menor, de un 5,6 % durante el periodo de referencia, tomando en cuenta que en ciertos periodos incluso las mujeres con trabajo ganan más por hora que los hombres.

Existen varios análisis sobre la brechas de género en Ecuador con diferencias metodológicas. La investigación de Rivera (2013) además de corroborar la existencia de brechas salariales atribuibles a la discriminación, encuentra que la decisión de participación en el mercado laboral cuando hay la presencia de un niño menor de 10 años es 20,5 % mayor para los hombres y -6,4 % para las mujeres; la cuestión de la voluntariedad marca esta diferencia. Una de las investigaciones al respecto de mayor actualidad es la de Rivera y Araque (2019); en ella se sintetizan varias investigaciones sobre brechas salariales y corroboran una disminución de la brecha en el tiempo, principalmente atribuible a la mejora en la escolaridad de las mujeres, pero que para 2017 aún se encuentra en 9 %. Además, atribuye las diferencias a las características de la población y factores no observables relacionados a la discriminación y desigualdades. En realidad, la diferencia entre salarios de hombres y mujeres también se halla en las mayores privaciones que los hombres, las limitaciones en la propiedad, el tiempo dedicado al trabajo no remunerado que muchas veces no es visible o reconocido, la menor oportunidad de acceder a un empleo remunerado o con condiciones adecuadas y, además, las menores oportunidades de ascenso; todas estas están generalmente relacionadas con la maternidad (Gálvez, 2002).

### Educación

Cuando se habla del nivel de instrucción, las mujeres tienen una pequeña ventaja sobre los hombres en ciertos niveles, como la educación básica y superior (ver Tabla N° 1). La composición de las personas mayores de 15 años sin ninguna educación es contraria: el 4,7 % de la población mayor de 15 años no cuenta con ninguna instrucción; de esta, el 62,1 % son mujeres y el 37,9 % son hombres. Sin embargo, se vuelve de particular interés analizar por qué las personas ya no asisten a clases o dejaron de asistir, lo que brinda otras claridades al respecto de las brechas de género en la educación. El 12,86 % de las mujeres mayores de 15 años no se encuentra estudiando por ayudar en los quehaceres del hogar, en comparación con el 0,14 % de los hombres que no asiste por esta razón. Es decir, de todas las personas que no asisten a clases por ayudar en las tareas domésticas, el 99 % son mujeres. Esto evidencia que las mujeres no solamente son quienes realizan el trabajo del hogar y de cuidado, sino que también abandonan significativamente sus estudios por cumplir con esos roles. Asimismo, de las personas que no estudian porque su familia no se lo permite, el 91,9 % son mujeres, lo cual evidencia un rol de dominación principalmente sobre la mujer. Adicionalmente, el 6,68 % de las mujeres mayores de 15 años dejaron de asistir a un centro de educación por cuidar de los hijos o por un embarazo; esta cifra para el caso de los hombres es de 0,02 %. Más de 346 mil mujeres tuvieron que dejar sus estudios por la maternidad; en su lugar, un poco más de mil hombres dejó de estudiar por esta razón, lo cual da una relación de 99,7 % y 0,03%, respectivamente.

**Tabla N° 1. Nivel de instrucción, diciembre 2019, población mayor de 15 años**

Nivel de instrucción	Personas mayores de 15 años	Composición	
		Hombre	Mujer
Ninguno	4,7 %	37,9 %	62,1 %
Centro de alfabetización	0,4 %	33,4 %	66,6 %
Educación básica	41,5 %	49,1 %	50,9 %
Educación media/bachillerato	33,3 %	50,8 %	49,2 %
Superior	20,1 %	46,9 %	53,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>11 903 599</b>	<b>48,6 %</b>	<b>51,4 %</b>

Fuente: ENEMDU 2019  
Elaboración propia.



En ese sentido, existen dos formas en las que la pobreza y la penalización del aborto están relacionados. Si es cierto que las mujeres tienen desventajas materiales en lo económico, en lo laboral, en el trabajo no remunerado y en cuanto al acceso a derechos, estas desventajas —y en particular la pobreza— pueden ser una parte de la decisión de abortar, pues en estos casos la maternidad no deseada significaría la exclusión y la ampliación de los círculos de pobreza. Asimismo, existe una diferencia entre una mujer con más acceso a recursos, que aunque en la ilegalidad, puede permitirse formas de aborto más seguras, mientras que para una mujer empobrecida, la penalización del aborto significaría no solo el riesgo de ser encarcelada, sino más aún el riesgo de sufrir graves consecuencias para su salud e, inclusive, la exposición a la muerte. De ahí que la despenalización del aborto es también una cuestión de justicia social.

### Violencia

La Organización de los Estados Americanos (OEA) (1995) define a la violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer” (p. 4). Establece la importancia de reconocerla tanto en el ámbito público como en el privado, incluyendo los actos directos del Estado y sus omisiones como parte de esta. En este sentido, Heise (1999) realiza una trascendental explicación de las causas de la violencia de género y las define como un marco integrado de interacciones entre factores individuales, familiares, comunitarios y socioculturales. Una parte importante del análisis de Heise es que tal como las causas, las consecuencias de la violencia son una interacción dinámica en todos los ámbitos. Por lo que se evidencian las consecuencias de la violencia contra la mujer de varias formas en la salud (Águila Gutiérrez *et al.*, 2016; Ruiz *et al.*, 2004), o en lo económico, político y lo social (Frías y Hurtado, 2010).

En este punto, cabe mencionar la crítica de Castro y Riquer (2003) a los métodos y herramientas en la investigación sobre la violencia contra la mujer; explican una serie de contradicciones en la forma en que se utiliza e interpreta la investigación empírica. Una es la común búsqueda de cuantificar las características del perpetrador, la magnitud y la prevalencia de la violencia contra las mujeres; el conflicto es que no se la analiza como un problema relacional y de desigualdades en cuanto al acceso a recursos. Así, no se plantea el verdadero problema, que es el poder en las relaciones de género, sino que generalmente se limitan a evaluar sus consecuencias, en términos de las proporciones de mujeres violentadas. Otras críticas son la falta de información y datos al respecto (que provendrían de la ausencia de una voluntad política), la falta de análisis de severidad —y no solo de la prevalencia y magnitud—, problemas operacionales en las relaciones o interpretación de variables, la recurrente obviedad en los resultados y un vacío de investigaciones centradas en los hombres y las masculinidades.

Tomando en cuenta estas críticas, en la presente investigación se considera la información empírica sobre la violencia como el contexto y no busca explicar relaciones causales o correlacionales, más allá de las relacionadas con el aborto. Existe un marco institucional y normativo que plantean la importancia de erradicar la violencia contra la mujer, así como el rol del Estado en esta labor en instancias internacionales<sup>2</sup>. Hay instancias nacionales que actúan en este mismo sentido<sup>3</sup>. En el cumplimiento de este marco institucional y normativo hay varios intentos por parte del Estado ecuatoriano para velar por la integridad de la mujer (Camacho, 2014; Bruzzone, 2016). Aún con todos los esfuerzos observables que pudo haber llevado a cabo el Estado, las cifras de violencia vividas por las mujeres siguen siendo altas.

### Estadística institucional sobre violencia

Para analizar la violencia desde los elementos más visibles y cuantificables con base en la información disponible proveniente de instituciones oficiales, se considera información relevante la proveniente de la ENVIGMU y la remitida por el Consejo de la Judicatura y la Fiscalía General del Estado. Es importante para este análisis establecer definiciones sobre los tipos de violencia y sus ámbitos. Para ello, se utilizan las definiciones del boletín técnico de la ENVIGMU del INEC (2019).

La magnitud de este fenómeno es tal que el 64,9 % de las mujeres ha vivido algún tipo de violencia durante toda su vida. Pese a la implementación de políticas que buscan, en la práctica, erradicarla, más bien se ha incrementado; de hecho, en 2011 era del 60,6 %. Esto podría deberse a la ineficiencia e ineficacia de las políticas implementadas, a los cambios en las percepciones de lo que significa violencia, a una reducción del subregistro o a una combinación de todas. Las diferencias metodológicas en ambas encuestas no permiten afirmarlo con claridad, pero lo que es cierto es que su proporción es muy preocupante y no se ha reducido en el tiempo.

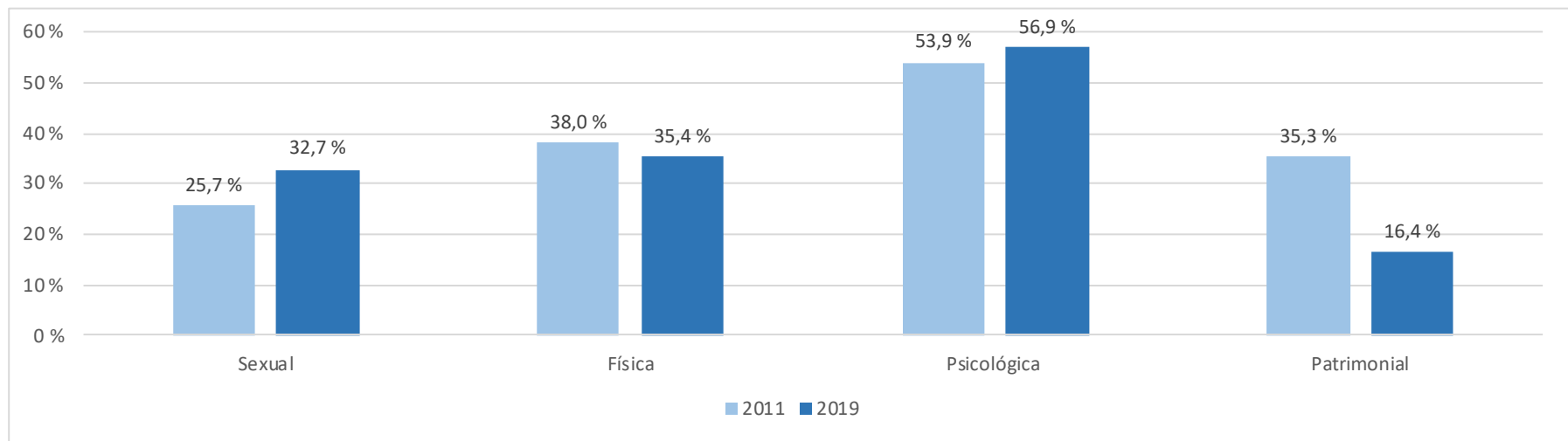
<sup>2</sup> Entre las más importantes, que ha firmado y ratificado Ecuador, están la convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer llevada a cabo por la ONU (1993), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención Belem do Pará) en la Organización de Estados Americanos (1995). La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en septiembre de 1995, denominada La Plataforma de Acción de Beijing (Camacho, 2014). La más reciente de estos acuerdos es la Agenda de Desarrollo Sostenible suscrita en 2015, en cuyo quinto objetivo se encuentra la igualdad de género (2015).

<sup>3</sup> La Constitución de la República (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008), la Ley contra la violencia a la mujer y a la familia (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2018), el Código Orgánico Integral Penal (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014), el Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género contra la Niñez, Adolescencia y Mujeres (Camacho, 2014) y la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (SENPLADES, 2007).

### Tipos de violencia

Para 2019, el principal tipo de violencia experimentada por las mujeres es la psicológica: el 56,9 %. La segunda más frecuente es la violencia física, con 35,4 %; seguido de la violencia sexual, un 32,7 %; y la patrimonial, un 16,4 %. El tipo de violencia que más incrementó en ambos periodos de la encuesta fue la sexual, que en 2011 fue de 25,7 %; mientras que la patrimonial se redujo desde 35,3 % en 2011 hasta el 16,4 % antes mencionado (Ver Gráfico N° 1).

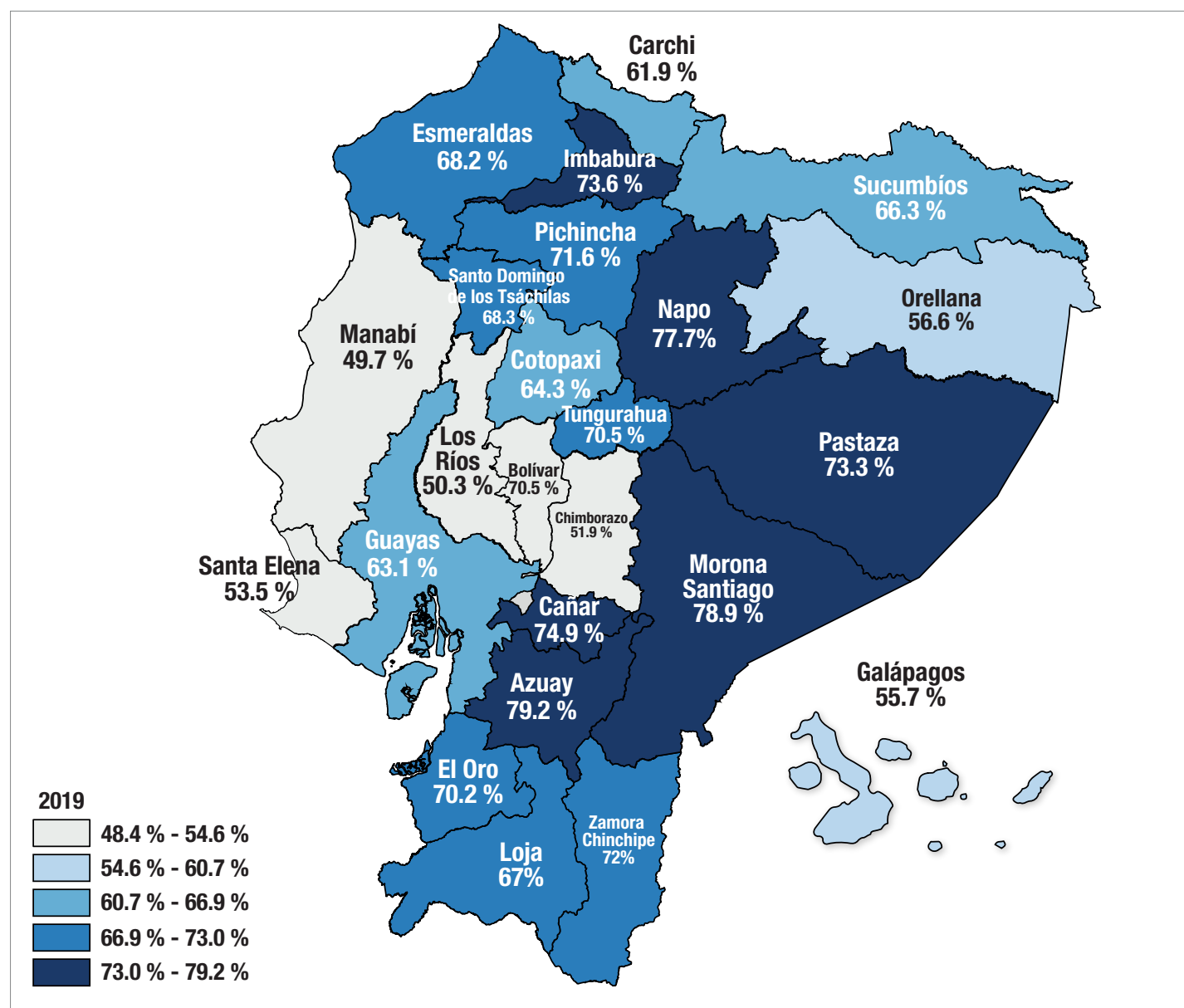
### Gráfico N° 1 Tipos de violencia



Fuente: ENVIGMU (2011-2019)  
Elaborado propia.

### Territorial

En cuanto a la distribución territorial, en 2019 se evidencia que la violencia tiene una mayor magnitud en lo urbano (65,7 %) que en lo rural (62,8 %), lo cual implica una diferencia del 2,9 %. Para 2011, la diferencia de la violencia es del 2,7. En lo urbano, el 61,4 % de las mujeres ha sido víctima, mientras que en lo rural esta cifra es de 62,8 %. En cuanto a la distribución geográfica de la violencia, en el Mapa N.° 1 se muestra el porcentaje de mujeres que la han sufrido en cada provincia. La región con mayor proporción de mujeres que la han sufrido es el oriente. Si se desagrega a un nivel provincial, se encuentra que la provincia con mayor nivel de violencia es Azuay, donde el 79,2 % de las mujeres ha sufrido cualquier tipo de violencia, seguidos de Morona Santiago (78,9 %), Napo (77,7 %) y Cañar (74,9 %). Sin embargo, la distribución nacional del total de mujeres que ha vivido algún tipo violencia muestra una realidad distinta (Ver Anexo H). El lugar donde hay más mujeres víctimas de violencia es la provincia del Guayas, donde se encuentra el 24,8 % de las mujeres agredidas; seguida de Pichincha con el 21,4 %; y Manabí, con el 6,8 % que son las provincias más pobladas de Ecuador. Estas tres provincias albergan a más de la mitad de las mujeres que han sufrido violencia a nivel nacional. Las provincias donde hay menos casos son Galápagos (0,2 %), Zamora Chinchipe (0,6 %) y Pastaza (0,7 %). La distribución espacial no ha variado significativamente entre 2011 y 2019.



Fuente: ENVIGMU 2019  
Elaboración propia.

### Ámbito

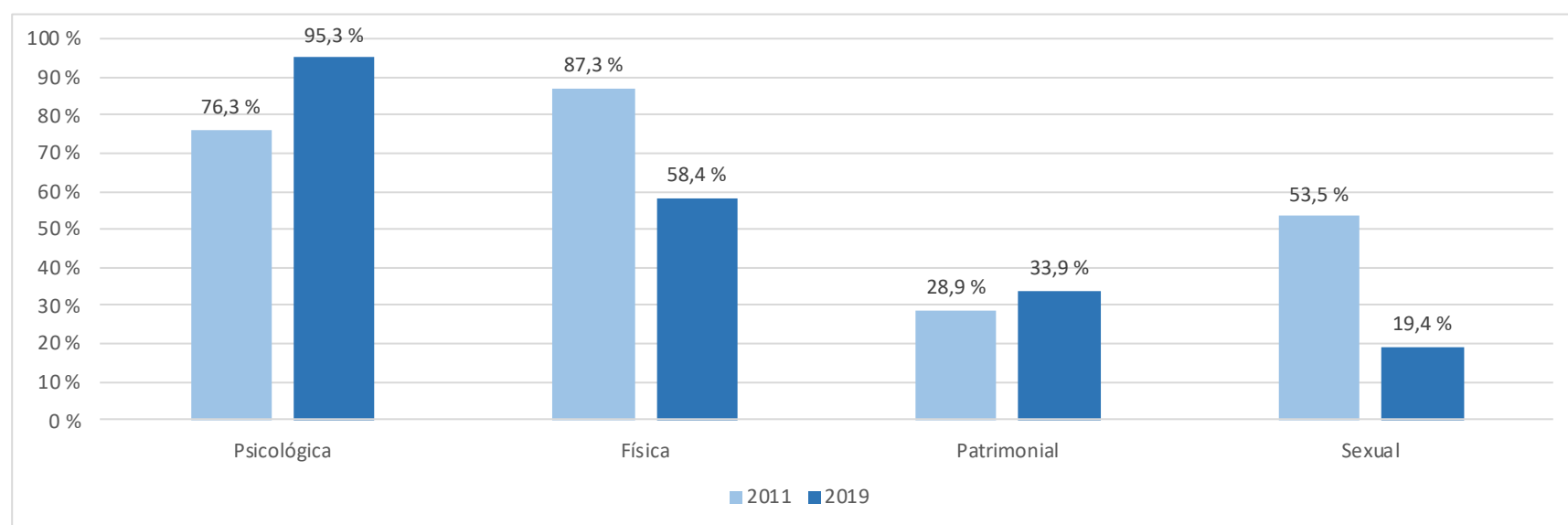
Según la ENVIGMU, la violencia contra las mujeres se da en todos los ámbitos de la vida pública (laboral, educativo y social) y privada (el entorno familiar, de hogar y de pareja). La principal fuente de violencia hacia las mujeres es en las relaciones de pareja —donde un 42,8 % de las mujeres ha experimentado cualquier tipo de violencia de su pareja o expareja—. Sin embargo todos los ámbitos de violencia son relevantes y para 2019 el 32,6 % de las mujeres ha sido víctima de violencia en el ámbito social, un 20,3 % en el familiar, 20,1 % en el laboral y el 19,2 % a en el educativo (ver Anexo I).

La violencia contra la mujer puede ser ocasionada por varios factores, como se revisó anteriormente; pero existen elementos o características en las relaciones de pareja que profundizan las relaciones de poder, dominación y desigualdad. Algunos de estos son la edad, el estado civil, el nivel educativo, el tipo de trabajo y el tener o no hijos y pueden afectar directa o indirectamente en el tipo de violencia, la prevalencia y la magnitud que sufren las mujeres en las relaciones (Kishor, 2004). Un factor importante dentro de la violencia de pareja es que, en la mayoría de los casos, no se trata de eventos aislados, sino que son patrones de abuso continuos y hasta cotidianos. Adicionalmente, la mayoría de las mujeres que recibe abuso sexual por parte de sus parejas también recibe físico frecuente y aún más psicológico. Es decir, las formas de violencia generalmente van de la mano. Un punto importante, que constatan varias investigaciones, es que la primera fuente de violencia hacia la mujer son las parejas románticas; y en segundo lugar, los entornos sociales más cercanos, como la familia (García et al., 2006; Hindin *et al.*, 2008; Kishor, 2004).

Para Ecuador se corroboran algunos de los postulados anteriores. Para 2011, el 76 % de las mujeres que han sufrido violencia la han recibido por parte de sus parejas o exparejas. Esta cifra, para 2019, es del 65,9 % y, aunque no sea la única fuente de violencia que han experimentado, es la principal. Para 2011, en las relaciones de pareja, la principal forma fue la física, donde el 87,3 % de las mujeres fueron víctimas. Está seguida por la psicológica —que la sufrió el 76,3 % de las mujeres—; después se encuentra la violencia sexual. Estos resultados, para 2019, muestran que el 95,3 % de las víctimas de violencia por parte de sus parejas recibieron violencia psicológica, seguida de la física (58,4 %), patrimonial (33,9 %) y sexual (19,4 %) (ver Gráfico N.º 2). Un análisis sobre el estado conyugal de las mujeres evidencia otra idea fundamental: 3 de cada 4 mujeres (76 %) divorciadas han experimentado algún tipo de violencia, el 65,1 % de unidas o casadas también, pero en el caso de las solteras, el porcentaje es del 54,9 %. Esto indica que es menos probable ser víctima de violencia sin sociedad conyugal. Aun así, hay más de un 50 % de probabilidad de ser una víctima solo por el hecho de ser mujer (ver Anexo J).

La violencia contra la mujer por parte de su pareja está más íntimamente relacionada con su sexualidad, pues las estructuras de dominación no se evidencian en actos de violencia aislados. Aunque puede suceder, esos comportamientos son parte estructural de las relaciones y pueden tomar forma en todo aspecto de las relaciones, tanto en las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, como en las consecuencias de esa violencia (de la que nadie se hace responsable y, generalmente, no tiene consecuencias para el perpetrador). Se profundizará más adelante en las ideas anteriores. Para 2011, el 6,2 % de las mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas o exparejas tuvieron un aborto como resultado de la misma. Si se contrasta con el total de mujeres mayores de 15 años, el 2,35 % ha tenido un aborto por agresiones de sus parejas o exparejas, 2 de cada 100 mujeres, más 126 mil mujeres. En su lugar, para 2019, 3,9 % de las mujeres mayores de 15 años ha tenido un aborto como resultado de violencia por parte de su pareja o expareja. Estas son causas por las cuales en la mayoría de los casos no se termina juzgado o encarcelando a los responsables, que son, en cantidad, muchos más que los casos de aborto judicializados.

### Gráfico N.º 2 Tipos de violencia por parte de la pareja o expareja



Fuente: ENVIGMU (2011-2019)  
Elaborado propia.

De todas las mujeres mayores de 15 años que han sido víctimas de violencia solo el 10,9 % la ha denunciado. Las razones por las que no lo hacen están relacionadas con elementos personales, sociales, culturales y con elementos que muestran la omisión y poca capacidad estatal para tratar este fenómeno. En estos factores también se encuentra la concepción de que esa violencia es un hecho sin importancia (12,68 %), que la mujer no quería que se supiese (2,34 %) y que se sintió culpable (1,5 %), entre otros. Los motivos que involucran la inoperancia y poca capacidad estatal se evidencian en las mujeres que no denunciaron porque no confían en las autoridades o en la justicia, por falta de tiempo o complejidad de los trámites, porque no sirve para nada o por desconocimiento de los procesos. Estos motivos suman el 28,94 % de mujeres que no realizaron ninguna denuncia (Ver Anexo K). Por tanto, hay una indudable falta de acción estatal contra la violencia hacia la mujer, de un Estado que podría mostrar más interés en judicializar y perseguir otros delitos.

### Sexual

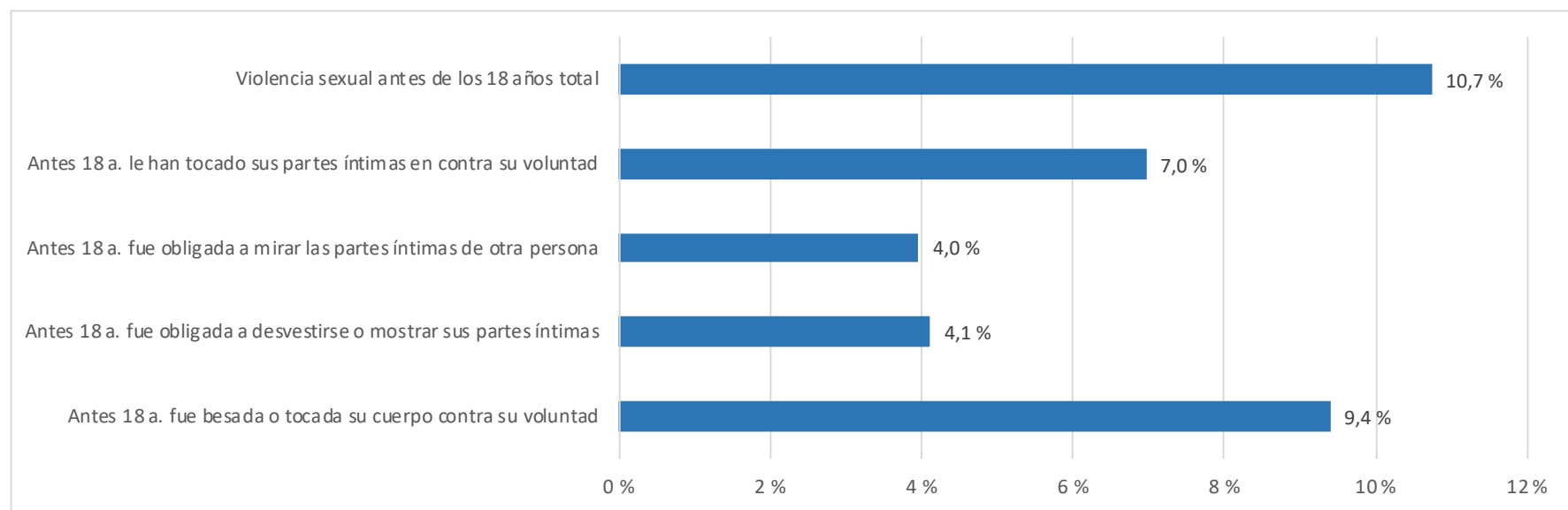
La violencia sexual puede tener algunas manifestaciones, como la violación, la violencia, el abuso y el acoso sexual. Estas categorías son definidas por las características del acto en el COIP (2014)<sup>4</sup>. En el marco teórico, se desarrolló la noción de cómo el poder y la raíz de la dominación de género se dan a partir del control de la sexualidad de la mujer en varios ámbitos y con varias características. En ese contexto, si bien todas las formas de violencia constituyen un sistema de dominación y expresiones del poder, la sexual, y particularmente la violación,

<sup>4</sup> Se entiende al abuso sexual como la ejecución de actos de naturaleza sexual sin que exista penetración o acceso carnal o la obligación a ejecutarlos. El acoso sexual tiene la misma característica, pero se diferencia por la existencia de una estructura de autoridad o poder, como la laboral, docente, religiosa, entre otros, con la existencia de una amenaza en el ámbito de dichas relaciones. La violencia sexual contra la mujer o miembros del núcleo.

puede ser una de las expresiones más brutales de la subyugación de un hombre hacia una mujer y no tienen que ser entendidos como actos individuales, sino como un problema social y político generalizado del sistema (Camacho, 2014).

La violencia sexual contra la mujer en Ecuador, según la ENVIGMU (2019), alcanza el 32,7 %; es decir, la tercera parte de las mujeres mayores de 15 años han sufrido alguna forma de violencia sexual. Adicionalmente, esta forma tiene la segunda prevalencia más importante: una de cada 10 mujeres (12 %) la sufrió en el año anterior a la encuesta. Aunque sea la tercera forma que más afecta a lo largo de la vida de las mujeres, en la prevalencia es la segunda. Por lo tanto, hubo más mujeres víctimas de violencia sexual, que de otras formas de violencia en el último año. Si se analiza la magnitud de la violencia sexual por ámbitos, en el familiar es de 3,7 %; en el educativo, es del 7 %; en el laboral es del 7,2 %; de pareja es del 8,3 % y en el ámbito social es del 23,5 %. En todos los casos, solo la mitad de las mujeres contaron sobre el incidente a algún conocido; pero en todos, a excepción del ámbito de pareja, menos del 5 % lo denunció<sup>5</sup>. El gráfico N.º 3 nos permite visibilizar información relevante que se especifica en la ENVIGMU 2011 (pregunta que no se realizó en 2019). Cuando se consulta si ha sido víctima de violencia sexual antes de los 18 años, resulta que una de cada diez mujeres (10,74 %) la ha sufrido, siendo la más frecuente el ser besada o tocada su cuerpo en contra de su voluntad (9,4 %).

**Gráfico N.º 3 Víctimas de violencia sexual antes de los 18 años (%) 2011**



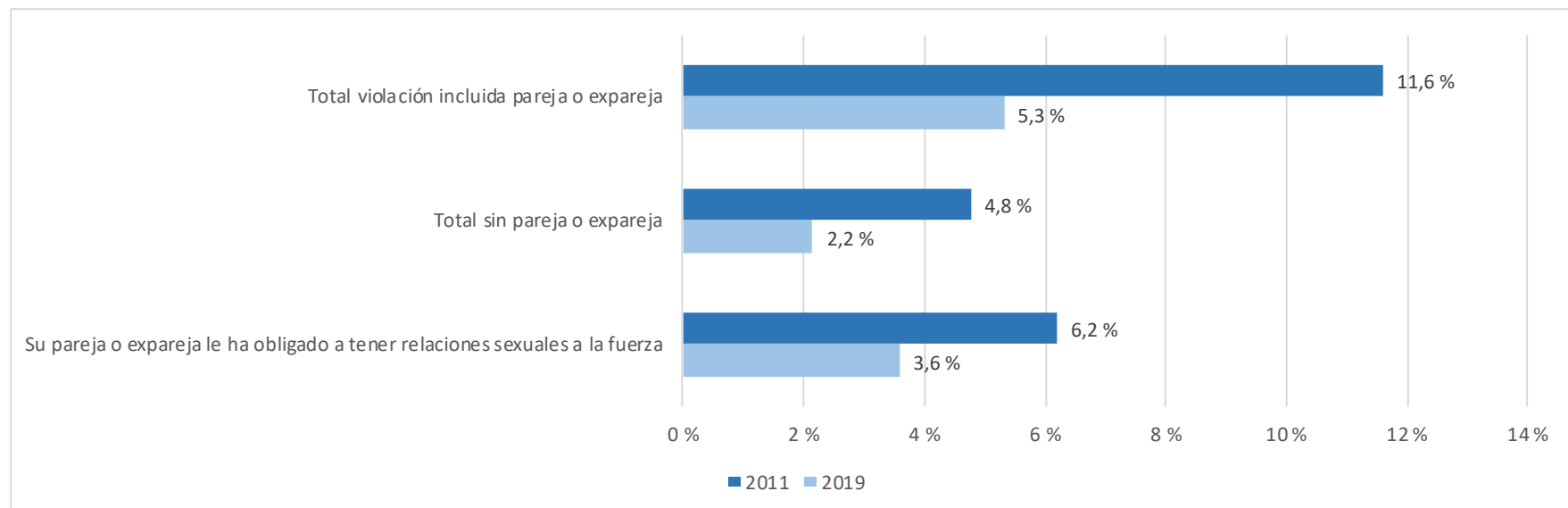
Fuente: ENVIGMU (2011)  
Elaborado por: Pablo Gómez

### Violación

El Gráfico N.º 4 muestra las violaciones declaradas en la ENVIGMU 2011 y 2019 y evidencian que una de cada diez mujeres fue violada por cualquier persona, incluida su pareja o expareja (11,6 %) y una de cada veinte mujeres fue violada por alguna persona que no fue su pareja o expareja (4,8 %). Esta información indica que es mayor la magnitud de violación por parte de la pareja o expareja que la violación por otra persona. Información adicional sobre la encuesta del 2011 puede terminar de enmarcar esta idea. De todas las violaciones, excluyendo las de pareja o expareja, el 33,3 % fueron cometidas por padrastros, hermanos, padres y otros parientes; esto es en el ámbito familiar; y el 38,5 % de violaciones fueron perpetradas por vecinos, padrinos o compadres; es decir, en el ámbito social cercano a la víctima. Así, se demuestra que la mayoría de las violaciones se lleva a cabo en el entorno cercano a la víctima, lo cual evidencia que es un problema social estructural y colectivo, no individual de desadaptados sociales como a menudo se pretende imponer como verdad (Camacho, 2014).

Familiar es una forma en la que el crimen es una imposición u obligación para tener relaciones sexuales u otras prácticas similares en el ámbito del hogar. La violación implica la introducción de un miembro viril, órgano u objeto, cuando la víctima se encuentra privada de la razón, sentido o no puede resistirse; cuando se usa intimidación, amenaza o violencia; y cuando la víctima es menor de 14 años.

<sup>5</sup> Para cada ámbito se utilizaron preguntas distintas que permiten identificar sus diferentes manifestaciones; así, por ejemplo, en el educativo, laboral y social se preguntó si le han tocado o manoseado en contra de su voluntad, además de otras preguntas con respecto a cada ámbito, como en el caso de lo educativo, donde se pregunta si le hicieron insinuaciones sexuales a cambio de mejorar las calificaciones. Pero para la identificación de violencia sexual en pareja solo se plantean preguntas que indican directamente una violación y no otras formas menos directas de su práctica. Así, mencionan si ha tenido relaciones o prácticas sexuales obligadas o si la han obligado a tener relaciones sexuales, mediante chantajes, amenazas o uso de la fuerza.

**Gráfico N° 4 Violación (%)**

Fuente: ENVIGMU (2011-2019)  
Elaborado propia.

Según la información de 2011, solamente el 10,78 % de las mujeres que fue víctima de una violación lo denunció. De estos casos, solamente el 25 % llegó a una resolución, de los cuales solo la mitad tiene una sanción para el o los responsables. Es decir, solo en el 1,3 % de los casos de violación existe una pena para el o los perpetradores, lo cual demuestra que la desconfianza en los sistemas de justicia y la inoperancia del Estado con respecto a la violencia de género son fundamentados. Por lo que es evidente la inacción de parte del Estado en este ámbito, aun en los casos donde el crimen de violación sería una de las formas de violencia más reprochadas por la sociedad en general.

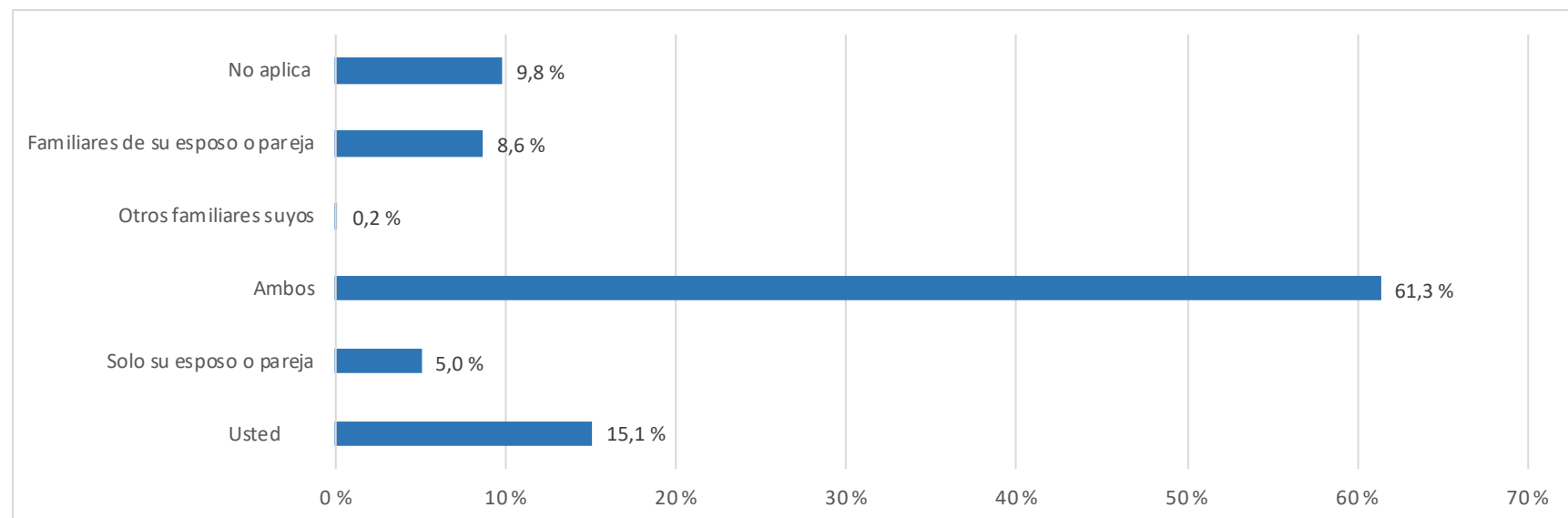
Existen aspectos, creencias erróneas y puntualizaciones importantes a considerar con respecto a las violaciones. Las violaciones nunca son en función de algún impulso físico ni instinto natural. Los comportamientos de las víctimas, como las formas de vestir, entre otros, no son incitaciones. Los violadores no son necesariamente, ni en su mayoría, enfermos mentales y generalmente son conocidos por las víctimas, sin patrones de comportamiento específicos. Los datos reales de violaciones son particularmente subestimados porque gran parte de las mujeres no los denuncia o incluso no perciben que se trató de una violación. Las relaciones sexuales no consentidas con una pareja son violaciones. Una importante cantidad de mujeres termina embarazada producto de una violación (de la Garza y Díaz, 1997; López, 2018). En este contexto, cuando la evidencia muestra que al menos 1 de cada 20 mujeres mayores de 15 años ha sido violada (el doble para 2011), y que cualquier violación puede terminar en un potencial embarazo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la secretaría de derechos humanos de la ONU (2014) asegura que la penalización del aborto es equivalente a un trato cruel e inhumano por el sufrimiento mental causado a las víctimas de violación y, por lo tanto, recomienda su urgente despenalización.

**Violencia alrededor de la maternidad**

A continuación, se detallará información disponible en la ENVIGMU sobre formas de violencia relacionadas a la maternidad, sobre roles de género y, posteriormente, en concreto, sobre el aborto. La violencia ginecológica y obstétrica<sup>6</sup> es toda acción o inacción que restrinja el derecho de las mujeres a recibir servicios de salud ginecológicos y obstétricos. Aproximadamente la mitad de las mujeres (47,5 %) ha sido víctima de algunas de las formas de violencia durante una atención de salud ginecológica y cuatro de cada diez la ha recibido en la atención obstétrica (41,5 %).

Cuando en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) se pregunta a quién corresponde la decisión de usar o no un método anticonceptivo, el Gráfico N.º 5 muestra que en 2019 la mayoría de las mujeres está de acuerdo con que es una decisión de pareja (61,3 %). Sin embargo, en el 13,8 % de las relaciones de pareja, las mujeres no tienen la posibilidad de decidir si utilizar o no métodos anticonceptivos; estos son los casos en los que decide solo el hombre (5 %), familiares del esposo o pareja (8,6 %) u otros familiares de la mujer (0,2 %). Son cerca de un millón de mujeres que no pueden decidir sobre usar métodos anticonceptivos o no, en sus relaciones sexuales. Este hecho implica directamente que si estas mujeres quedasen embarazadas y se tratara de un embarazo no deseado, en ningún momento la mujer tuvo la capacidad de decidir sobre la maternidad ni sobre su sexualidad.

<sup>6</sup> Estos tipos de violencia están relacionados a componentes como el maltrato, comentarios o insinuaciones sexuales, impedimentos injustificados, imposiciones u omisiones arbitrarias, preguntas indebidas, procedimientos injustificados o sin consentimiento, interrogatorios indebidos, negar información, juzgar, culpabilizar o amenazar a la mujer durante cualquier atención de salud ginecológica u obstétrica.

**Gráfico N.º 5. Quién decide utilizar o no métodos anticonceptivos, 2019**

Fuente: ENVIGMU (2019)  
Elaborado por: Pablo Gómez

### La maternidad y la edad

El 95 % de nacimientos en madres adolescentes se da en los países en desarrollo; esto es alrededor de 20 mil mujeres menores de 18 años cada día, y 7,5 millones cada año. En general, estos nacimientos no corresponden a decisiones, sino a presiones sociales y principalmente a falta de opciones y vulneración de los derechos de las adolescentes (Williamson, 2013). La maternidad adolescente no debe confundirse con el embarazo infantil, pues este último siempre es consecuencia de una violación. Se parte de la noción de que una niña menor de 14 años nunca es capaz de consentir una relación sexual (Coalición Nacional De Mujeres Del Ecuador, 2019). Por ello, el COIP (2014) penaliza todo acceso carnal donde exista penetración a una niña menor de esta edad. Aun así, estas niñas están obligadas por la ley a tener el producto de esa violación.

Es así como, según el Registro Estadístico de nacidos vivos del INEC (2019b), en Ecuador de 2009 a 2019 hubo cerca de 23,7 mil nacimientos cuyas madres tenían entre 10 a 14 años (7,5 casos por cada mil nacimientos). Esto representa un promedio de 6 nacimientos diarios de niñas menores de 14 años. Entonces, según la interpretación legal del COIP, hubo 23,7 mil violaciones a niñas en este periodo, que no necesariamente fueron denunciados o registrados. En su lugar, la ENVIGMU (2019) muestra que 82,8 mil mujeres mayores de 15 años tuvieron su primer hijo antes de los 14 años. Esto representa una tasa de 13 mujeres violadas por cada mil mujeres mayores de 15 años en Ecuador.

Asimismo, los nacimientos provenientes del embarazo adolescente en mujeres menores de 20 años representan un promedio de 25,2 % desde 2009. Esto es un promedio de 200 nacimientos diarios de madres adolescentes. Si bien en estos casos no se puede hablar de violación, existe la posibilidad de que en una importante proporción de los casos se trate de estupro (INEC, 2019). Estas formas de violencia deben ser identificadas, denunciadas, tratadas y reparadas integralmente. Para esto, el MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015) publicó la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género, en la cual se establecen insumos y protocolos para tratar los casos de violencia sexual y estupro específicamente en los casos de niñas y adolescentes. Sin embargo, la inexistencia de denuncias tan significativas, como la cantidad de embarazos en la niñez y adolescencia en los delitos de violación y estupro, indican que realmente la existencia de la norma técnica no es ninguna garantía para proteger los derechos de las mujeres y mitigar sus efectos, si no es correctamente aplicada; esto en un contexto donde la penalización del aborto significa la revictimización y más violencia en la vida de estas niñas y adolescentes. Se profundiza en las magnitudes más adelante.

### Educación, edad y maternidad

Anteriormente se revisó cómo algunas de las razones más importantes para la deserción educativa para las mujeres son la responsabilidad que deben asumir en los quehaceres del hogar (12,86 %) y por embarazo o cuidado de hijos (6,68 %). Es en este sentido que Climent (2003) explica cómo la educación es una de las alternativas fundamentales contra la pobreza. En ese contexto, si el acceso a la educación representa una oportunidad de movilidad social y una importante proporción de mujeres quedan excluidas de los sistemas educativos a causa de la maternidad y el cuidado del hogar, esto se convierte en un factor que influye en la prolongación de la pobreza y sus entornos de dominación machista, porque la limitación educativa, entre otras razones, conlleva a la división sexual del trabajo y expone a las mujeres a condiciones laborales más precarias, mayor desempleo, y bajas remuneraciones, perpetuando las desigualdades y la discriminación. Muchas veces, el abandono de los estudios debido a la maternidad significa para las mujeres restringir sus vidas a las tareas domésticas que no son valoradas para la sociedad y, además, son invisibilizadas. Por estas razones, Climent (2003) afirma

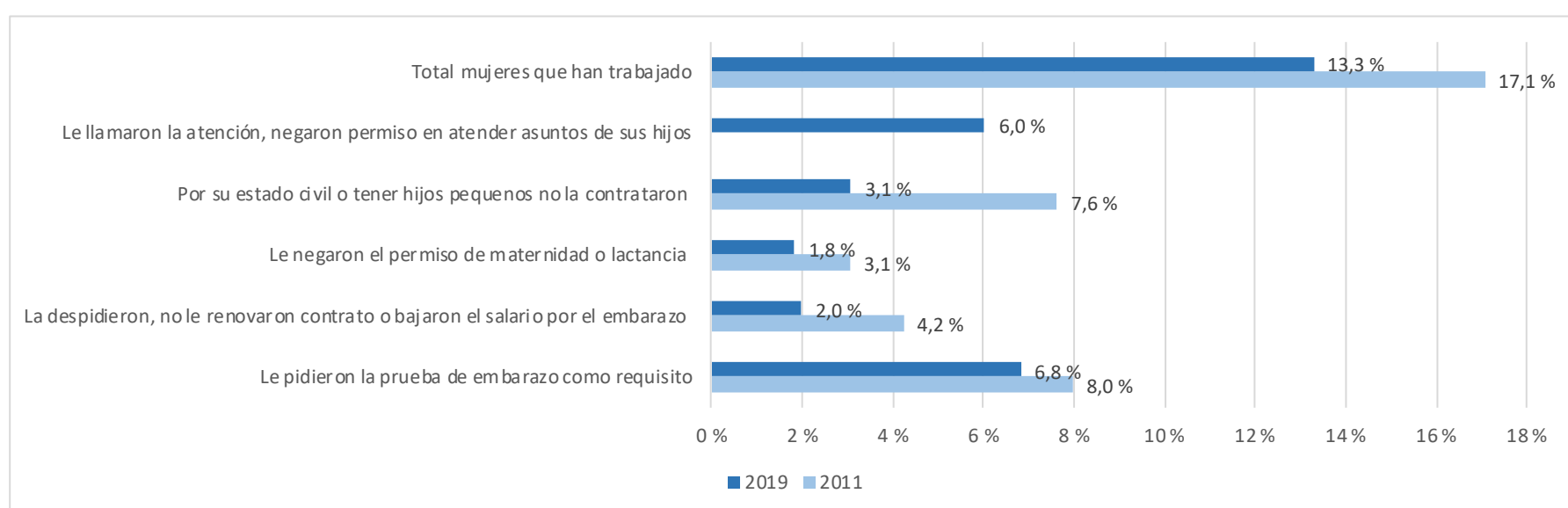
que “abandonar los estudios significa (...) la exclusión y el peligro de la marginalidad” (p. 88). En este contexto, tener hijos durante las edades en las que en promedio son para estudiar, son limitaciones; y esas limitaciones se pueden volver una razón para que una mujer pueda preferir un aborto a pasar por una maternidad no deseada. En Latinoamérica se estima que cada año hay alrededor de 670 mil abortos en adolescentes de entre 15 a 19 (Williamson, 2013).

En 2019, 70 % de las mujeres tuvo su primer hijo antes de los 30 años y para 2011 fueron el 74,1%. Más de la mitad de las mujeres que tuvieron un hijo lo tuvieron antes de los 20 años; y el 33 %, antes de los 18 años, para 2019. Para 2019, el segundo grupo más representativo en este sentido son las mujeres de 21 a 30 años que figuran el 40,10 %; el restante (6,06 %) son de mujeres que tuvieron su primer hijo después de los 31 años. Al menos la mitad de las mujeres que tuvieron un hijo lo hicieron en la edad promedio en la que se culmina el bachillerato, generando un problema de deserción, dado que, según la ENEMDU (2019), los años promedio de escolaridad en personas mayores de 24 años es de 10 años, siendo esto, menos que el bachillerato; por lo que se puede colegir que el embarazo adolescente es una de las causas de deserción en la educación. Si a eso se le suma que, según la ENSANUT (2018), el 7,2 % de las mujeres entre 20 y 24 años se casó o estuvo en unión de hecho antes de los 15 años y que el 41,6 % lo estuvo antes de los 18 años, se puede decir que las limitaciones que la maternidad y el matrimonio infantil y adolescente conllevan para las mujeres son una clara evidencia de las desigualdades e injusticias de los roles de género. Tomando en cuenta que la violencia sexual y de género puede ser la causa de maternidad y matrimonio forzado, este fenómeno tiene implicaciones en la salud integral, física y mental de las mujeres en términos de las secuelas y estragos médicos del embarazo en la niñez y adolescencia, así como preocupación, traumas, estrés (Gómez de la Torre et al., 2015; Gómez de la Torre y López Ángel, 2018).

### Trabajo y maternidad

Otro reto para las mujeres, relacionado a la maternidad, se encuentra en el campo de lo laboral. Como muestra el Gráfico N.º 6, para 2011, el 17,1 % de todas las mujeres mayores de 15 años en Ecuador han sufrido alguna discriminación laboral por tener hijos o estar embarazadas. En esta forma de discriminación se incluye que se les hayan pedido una prueba de embarazo para acceder a un trabajo (7,97 %), la negación de un trabajo por tener hijos pequeños (7,63 %), despido o reducción de salarios debido a un embarazo (4,23 %) o negar permisos de maternidad o lactancia (3,06 %). En 2019 se añade una categoría que no estaba disponible en 2011 y está relacionada con el conceder o prohibir permisos para atender asuntos de los hijos: un 6 % de las mujeres que han trabajado han sufrido este tipo de violencia. Para 2019, el número de mujeres que la han sufrido en el ámbito laboral como consecuencia de la maternidad es del 13,3 %, lo que indicaría que hubo una reducción con respecto a 2011, aunque no es estrictamente comparable por las diferencias metodológicas. En este contexto, además, puede haber formas de violencia laboral de género que puede no ser percibida y, por lo tanto, contener un subregistro, por ejemplo, las oportunidades de ascenso. Esta información evidencia que la maternidad, sea o no deseada, es una limitación para las carreras laborales de las mujeres.

**Gráfico N° 6 Discriminación laboral por maternidad 2011**



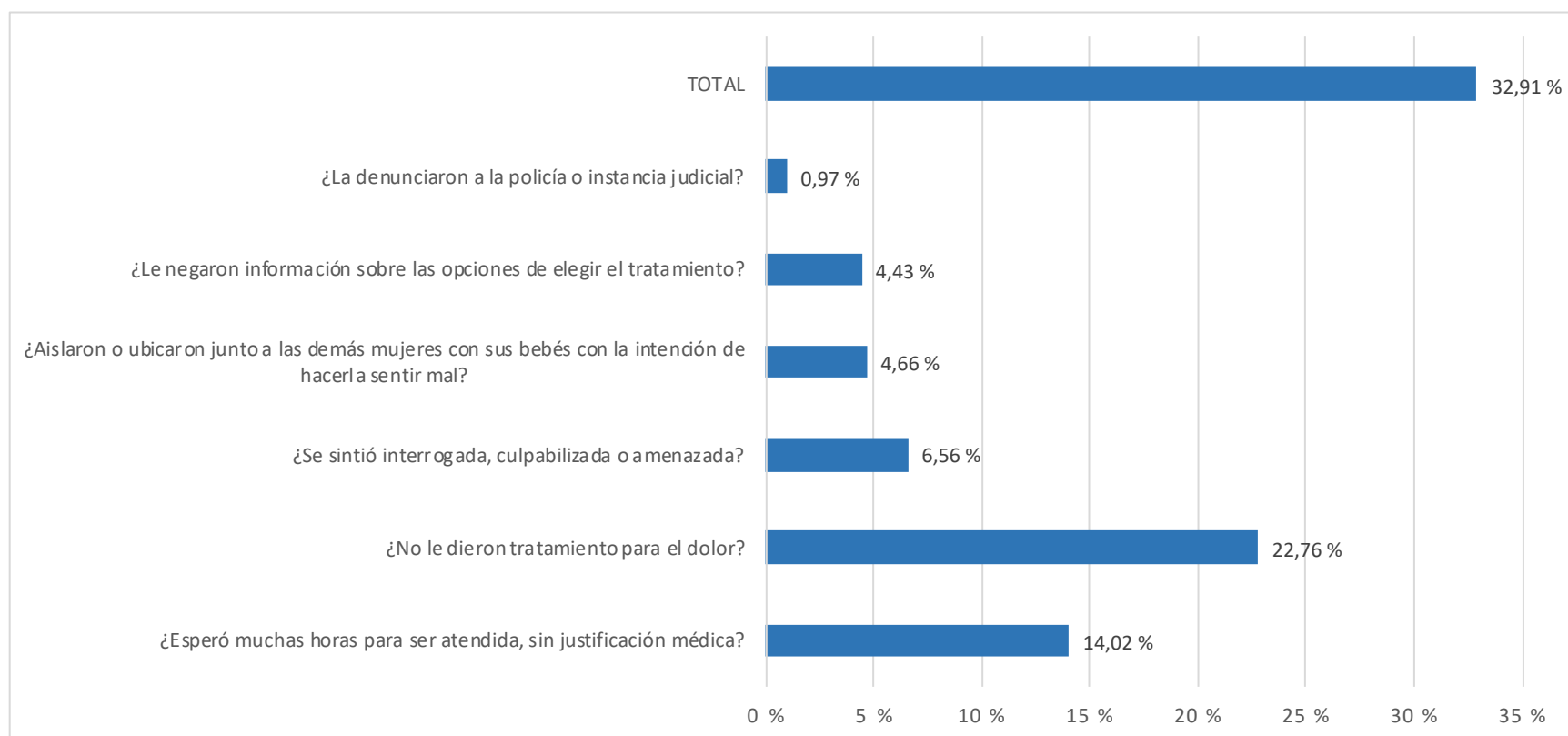
Fuente: ENVIGMU (2011)  
Elaboración propia



## Violencia ginecológica y obstétrica

Dentro de la ENVIGMU 2019, en las preguntas acerca de la violencia obstétrica se identifica, además de agresiones en los procedimientos de parto, a las mujeres que han tenido un aborto: estas son el 20,2 % de las mujeres mayores de 15 años; es decir, una de cada cinco mujeres mayores de 15 años ha tenido un aborto. Las mujeres que tienen abortos en un contexto de leyes restrictivas y prejuicios sociales y culturales están expuestas a formas de violencia traumáticas, sin importar si este es deseado o no (2019). En Ecuador, las mujeres que han sufrido violencia obstétrica como consecuencia de atención prejuiciosa en una institución de salud son el 32,9 % de las que han tenido un aborto, sin importar si fue autoprovocado o no. Incluyen no darles a las mujeres tratamiento para el dolor (22,8 %); hacerlas esperar muchas horas sin ninguna justificación (14 %); hacerlas sentir interrogadas, culpabilizadas o amenazadas (6,6 %); aislarlas o ubicarlas junto a mujeres con sus bebés con el objetivo de hacerlas sentir mal (4,7 %); negarles información sobre las opciones de tratamiento que se pueden utilizar (4,4 %) y denunciarlas una instancia judicial o policial (1 %) (Ver Gráfico N.º 7).

**Gráfico N°7 Violencia obstétrica en mujeres que tuvieron un aborto (%) 2019**



Fuente: ENVIGMU (2019)  
Elaboración propia

## La atención del aborto en los hospitales

Para profundizar el análisis de la violencia ginecológica y obstétrica a la que están expuestas las mujeres que tienen un aborto, no necesariamente por la penalización, sino también y principalmente por los prejuicios de las y los médicos tratantes, se realizó una entrevista semiestructurada a cinco especialistas en ginecología y obstetricia que trabajan en un establecimiento de salud con urgencias e internación hospitalaria, cuatro del ámbito público y uno del privado con fines de lucro. En este apartado, se citarán las experiencias narradas por los y las ginecólogas y obstetras entrevistados, como una muestra de la realidad de la violencia a la mujer que se reproduce en el sistema de salud (Anexo L). Como parte del contexto, existen dos manuales de práctica media del MSP vigentes en Ecuador<sup>7</sup>.

<sup>7</sup>Estos tienen diferente naturaleza, pues uno de ellos es para la atención del aborto terapéutico, por lo tanto no se utiliza en casos de emergencias y el segundo trata del diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. En este segundo, aunque no se encuentre explícito en el título, está el procedimiento para el manejo de los abortos según la clasificación CIE 10: 003 Aborto espontáneo, 005 Otro aborto, 006 Aborto no especificado y 002.1 Aborto retenido (Organización Panamericana de la Salud, 1995). Como se profundizará más adelante, el aborto no especificado incluye los abortos inducidos que no son terapéuticos. En este sentido, el manual de 2013 sobre los tipos de aborto incluye las líneas de manejo y atención en los casos de aborto que principalmente llegan por urgencias. Este detalla los elementos de diagnóstico, la conducta inicial de manejo, los factores de riesgo, los tratamientos de evacuación, la confidencialidad y los exámenes de laboratorio e imagen necesarios, entre otras. Posteriormente, en el manual, las categorías de aborto no se mencionan de acuerdo con la clasificación en el CIE 10, sino que se manejan, entre otras, como completo, incompleto, amenaza, diferido, séptico, recurrente, inseguro, inevitable, etc.

En las entrevistas se preguntó a los profesionales de la salud sobre la experiencia de atención a mujeres que llegan con un aborto a un establecimiento de salud. Todos los entrevistados manifestaron que, en su totalidad, siempre se cumplen los protocolos establecidos, “las prácticas clínicas siempre se las sigue al pie de la letra”. En esa misma línea, uno de los entrevistados mencionó que “a los inducidos, nosotros les manejamos como que fueran abortos espontáneos o incompletos”, lo cual indicaría que se sigue el manual de atención, en tanto se seleccionan las posibles causas del aborto con la atención, en la búsqueda del derecho a la salud para las mujeres. Sin embargo, en varias de las entrevistas se evidenció que el motivo de este tratamiento en función de los protocolos está guiado por el temor a ser culpados o judicializados:

Porque cuando no la sigue (la norma) y llega a pasar algo tan trágico como una muerte materna, tú te vas de ley a un juzgado [...] y tú, si no aplicaste tal y como están en la guía de práctica clínica, te puedes ir preso, por qué estás haciendo una negligencia médica.

Esto puede indicar la existencia de temor de ser juzgados por no haber seguido el protocolo, no necesariamente relacionada al cuidado a la paciente. Así también, existen casos en los que los tratantes aplican los protocolos en cuanto a lo médico, pero se ven abocados al miedo de ser culpados y terminan denunciando a la mujer: “se le trataría exactamente igual; o sea, la diferencia estaría en que la profesional denuncia o no denuncia esto que ha encontrado, digamos, que es un aborto provocado, y que está denunciando para no convertirse en cómplice”. Adicionalmente, sin que exista ese miedo o el riesgo a ser culpabilizados por un aborto, los médicos también pueden simplemente ignorar la confidencialidad y las guías: “muchos no se exponen ni siquiera al riesgo, o sea, simplemente ponen lo que están viendo y así es, y denuncian, no tienen tampoco ningún empacho en hacerlo”.

La información obtenida por un médico de un paciente, sin importar que provenga de una declaración o de evidencia encontrada en el tratamiento, es completamente confidencial, solo puede ser utilizada para el tratamiento, producción estadística, investigación o docencia; no puede emplearse para un fin distinto sin el consentimiento del o la paciente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015). En este sentido, el derecho a la confidencialidad y secreto médico en toda atención en el sistema nacional de salud está especificado tanto en el Código Orgánico de Salud (2006) como en el Reglamento de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud (2015) y en la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente del MSP (2013). Por lo que cualquier médico tiene prohibido revelar información del paciente a personas e instituciones ajenas al tratamiento médico.

Si bien la mayoría de los entrevistados indicó que no son frecuentes o no conoce de casos en los que se denuncia a una paciente por sospechar de un aborto inducido, algunos tenían recuerdos de malas experiencias con respecto a denuncias. Por ejemplo, una de las personas entrevistadas narró cómo a una niña de 15 años se le presionó de tal manera que “tuvo que decir” que se había inducido el aborto. Posterior a lo cual la transfirieron a otro establecimiento de salud, custodiada por policías.

Adicionalmente, otra persona entrevistada comentó casos en los que durante la atención a la paciente ha encontrado restos de misoprostol<sup>8</sup> en la cavidad vaginal, frente a lo cual, en caso de menores de edad o en condiciones de mucho riesgo, se avisa a otras instancias del establecimiento de salud, para que tomen contacto con familiares. Así, en estas otras instancias pueden o no denunciarlas. En tales casos, el tratante indica: “Si es que algo llegara a pasar, tú tienes que describir lo que viste y que la sospecha es tal”, refiriéndose a confirmar la denuncia ante instancias legales. Y esto solo puede suceder en clara violación de la confidencialidad profesional; por tanto, en contra de la norma y los procedimientos de atención.

La guía técnica del MSP (2013) especifica que “la evidencia sugiere que no aumenta ni disminuye la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas adversas si se tiene un aborto, a menos que exista una enfermedad mental previa” (p. 30). Sin embargo, se recomienda enfáticamente la asesoría psicológica en el momento del aborto para los casos de los espontáneos y recurrentes, así como también proporcionar apoyo, seguimiento y asesoría formal en el caso de ser necesario. Todas las personas entrevistadas mencionaron que no se brinda dicha atención psicológica para los casos de aborto espontáneo ni recurrente y, que en los casos en los que se recomienda atención formal posterior, nunca existe un seguimiento; las pacientes no regresan por la atención psicológica o de control recomendadas.

Además de los procesos de denuncia y el incumplimiento de los manuales de práctica clínica, pueden ocurrir otros tipos de violencia ginecológica y obstétrica en otros contextos dentro de los establecimientos de salud. Por lo tanto, se indagó a los profesionales sobre las experiencias en cuanto a formas de violencia durante un aborto, con base en las condiciones anteriormente analizadas en la ENVIGMU 2019. Al respecto de estas formas de violencia, la mayoría de las personas entrevistadas explicaba que no son situaciones comunes, aunque en varios casos y contextos, se conoce que las mujeres son víctimas de este tipo de maltrato, encontrándose características particulares en las experiencias individuales. En una de las entrevistas se mencionó que, según su experiencia, la atención en un establecimiento de la Sierra es muy diferente que uno en la Costa,

<sup>8</sup> El misoprostol es una versión sintética de una prostaglandina utilizada para varios fines en la práctica obstétrica y ginecológica, por lo que es de venta legal y utilizada en casi todos los países del mundo. Es utilizado como método eficaz y eficiente en el tratamiento de abortos, partos y complicaciones obstétricas y postaborto (Goldberg et al., 2001).

asumiéndose como consecuencia de las diferencias en el comportamiento cultural “la gente [los habitantes de la Costa] es como más abierta, había casos en los que sí se les discriminaba a las mujeres, se culpabilizaba y revictimizaba durante la atención; en Esmeraldas sí vi alguna, como parte de discriminaciones, que les hablaban, que por qué hacen eso y cosas así”.

Al igual que con las denuncias, algunos de los entrevistados dijeron haber vivido experiencias o conocido casos de violencia ginecológica y obstétrica en el contexto de un aborto: “sí he sabido casos de otros hospitales en que los médicos no les tratan bien, siempre se les culpabiliza de todo”. La explicación es que provenían principalmente de profesionales con mayor edad, “hombres mayores”, que llevan mucho tiempo trabajando en los hospitales, “esos que son como eminencias [...] sí suelen tener un trato de violencia obstétrica y maltratos hacia las mujeres”.

Aunque todas las personas entrevistadas manifestaron que nunca habían escuchado de casos en los que se le niegue la atención a una paciente por sospecharse de un aborto inducido, principalmente por la ilegalidad de rechazar la atención, sí se mencionó un trato diferenciado por esta sospecha: “Quizás haya gente [...] que no les trate igual que al resto, eso sí podría suceder, pero que les dejen atender no, eso no, pero que les traten diferente, digamos, eso sí se ve”.

Adicionalmente, se indicó que en algunos casos, abortos en los que no hay un sangrado excesivo o las pacientes no muestran mucho dolor, estos no necesariamente son tratados como emergencias obstétricas; hay casos en los que “puede ser que sí pasen horas esperando porque, al ser un aborto, ya no es una urgencia a menos de que estés sangrando o con mucho dolor”. En ese contexto, las mujeres siempre son atendidas de acuerdo con la urgencia de cada caso y pueden estar expuestas a esperar largo tiempo con un dolor leve, aunque la espera sea consecuencia de las capacidades del establecimiento de salud y no necesariamente de prejuicios en la atención médica, como lo evidencia esta idea en una entrevistada:

Siempre las mujeres que están esperando un legrado evacuatorio están esperando más tiempo, porque si hay una urgencia, por ejemplo, un embarazo o una cesárea de emergencia, siempre pasan primero, se les da prioridad a eso, porque se considera que si ya perdió su embarazo ya no es un urgencia.

Asimismo, ubicar a mujeres en proceso de aborto o que tuvieron un aborto en el mismo espacio que aquellas en labor de parto o con sus bebés con el fin de hacerlas sentir mal es considerado otra forma de violencia. En este sentido, se explicó que, al igual que el tiempo de espera, esto sucede, pero como consecuencia de las capacidades del establecimiento de salud: no se cuenta con áreas o espacios que puedan ser utilizados para estos diferentes casos. Una entrevistada reconoce la dificultad de entenderlo desde lo personal y de acuerdo con las susceptibilidades que se deben cuidar; esto es, aunque no sea con el fin de incomodar a la paciente, es responsabilidad de los establecimientos velar por esta separación:

Las mujeres que están sufriendo un aborto o han pasado por un aborto están casi siempre en el mismo lugar. [...] Ese tipo de cosas, la verdad, no se toma mucho en cuenta. Creo que como mujer y profesional sí estás pensando en eso, porque de pronto tiene que ver con la sensibilidad de cada uno y sí evitas que pasen este tipo de cosas, pero obviamente no todas las personas son iguales y no todas las personas están pensando en esto.

Sobre este tema, se evidenció en las entrevistas que así como hay profesionales que cometen actos de violencia sin ningún reparo, también hay especialistas que siguen los manuales y procedimientos, según se establece en el marco de la norma y la ley, aun cuando ese comportamiento sea guiado por el miedo a las consecuencias. En este ambiente, es necesario rescatar que hay especialistas que muestran una preocupación genuina por la salud y cuidado emocional de las mujeres: “personalmente no he tenido esas experiencias porque mientras yo esté ahí, no voy a permitir que eso suceda”. Aun así, las entrevistas dejan en claro que estos son hechos que pasan y ha habido casos en los que las mujeres pueden estar expuestas a más violencia o a ser enjuiciadas y encarceladas por abortar.

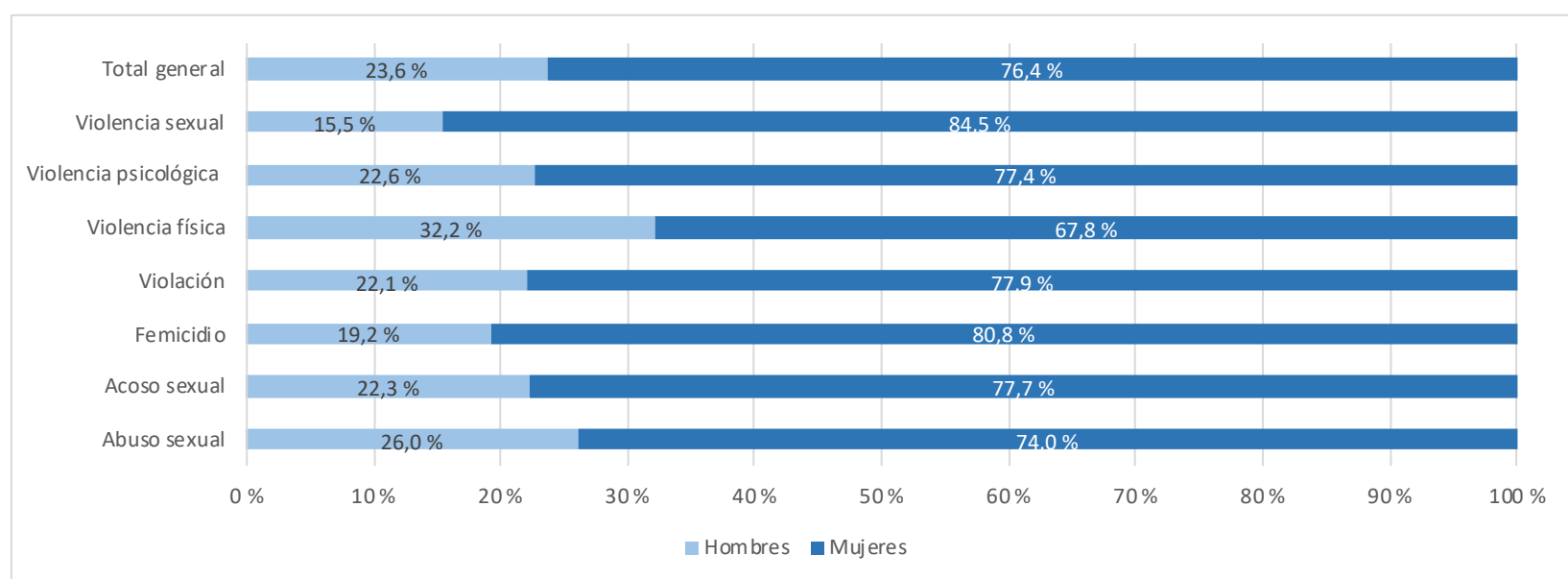
### **Fiscalía General del Estado (FGE)**

En este apartado se describe información institucional remitida por la Fiscalía General del Estado el 20 de mayo de 2020. Incluye los procesos judiciales relacionados con delitos que implican violencia de género, de acuerdo con los artículos de COIP, con desagregación provincial de las causas ingresadas y el sexo de la víctima y del sospechoso en el periodo 2014-2019. Cabe recalcar que este tipo de delitos se tipifican como violencia física, psicológica y sexual contra la mujer o miembros del núcleo familiar, por lo que en estas se incluyen otras víctimas de violencia intrafamiliar que no son solo mujeres, sin dejar de ser una forma evidentemente machista y de género, como se analizará a continuación.

Entre 2014-2019 hubo un total de 338 mil procesos iniciados en FGE de denuncias o impulsos relacionados con violencia de género: violencia física, psicológica y sexual contra la mujer o miembros del núcleo familiar, abuso sexual, violación, acoso sexual y femicidios. El 98,7 % de estos casos no son por tentativas y solo el 6,5 % son flagrantes. El delito más recurrente es el de violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar. De 2014 a 2019 existieron más de 234 mil denuncias por este crimen, lo que lo vuelve, significativamente, el más importante a nivel nacional. En segundo lugar, las denuncias con más incidencia son las de abuso sexual (34 mil), seguidas de violación (29 mil), violencia física (25 mil), acoso sexual (9 mil). Esta información indica que cada día hay un promedio de 107 denuncias por violencia psicológica, 16 por abuso sexual y 13 de violaciones denunciadas.

Si se analiza la información con respecto al sexo del sospechoso sobre el que se realiza la denuncia (se excluyen los procesos en los que el sexo es indeterminado) (ver Anexo M), es importante tomar en cuenta que no son solamente hombres, pues existen casos, como los de violencia psicológica y física, donde esta proviene de mujeres hacia personas del núcleo familiar (en promedio niños y niñas). De todos los delitos, el 91,1 % de los sospechosos son hombres, y el 8,9 %, mujeres. Son los casos de violencia psicológica y física donde hay mayor participación de mujeres como sospechosas; y, aun así, se evidencia un 89,4 % y 87,2 %, respectivamente, de participación masculina. En el resto de los procesos sobre delitos de naturaleza sexual, los sospechosos son hombres en un 98,5 % de los casos; y mujeres, en el 1,5 % de los casos. El delito en el cual es mayor esta relación es el de violación, donde los sospechosos son en un 98,8 % hombres.

### Gráfico N° 8 Delitos relacionados con violencia de género por sexo de la víctima



Fuente: Fiscalía General del Estado  
Elaboración propia

Así como no todos los sospechosos de los procesos ingresados son hombres, aun siendo casi la totalidad en los delitos de naturaleza sexual, no todas las víctimas de estos son mujeres. Una evidente mayoría de víctimas son mujeres (como muestra el Gráfico N.º 8), con un promedio de 76,4 % de todos los delitos. Los delitos donde la relación de víctimas mujeres es más grande son los de violencia sexual (84,5 %), femicidio<sup>9</sup> (80,8 %) y violación (77,9 %). Así, pues, todos los días hay una importante cantidad de delitos de género relacionados a todas las formas de violencia que afectan principalmente a las mujeres, desde la psicológica hasta el femicidio, convirtiéndose en vulneraciones de derechos que provocan daños y afectaciones a la vida de las víctimas, siendo los principales causantes los hombres.

### Consejo de la Judicatura (CJ)

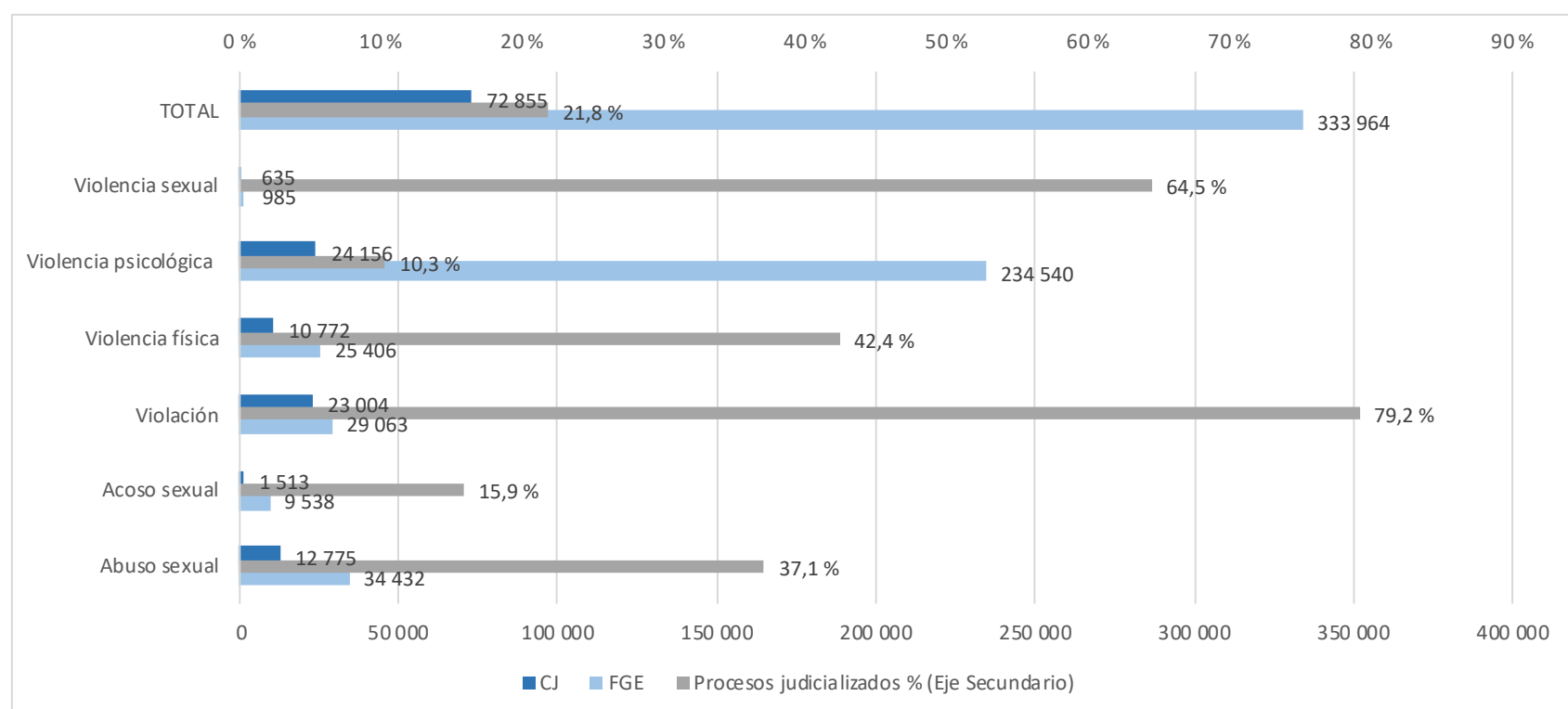
Según la Constitución de la República del Ecuador (2008), el Consejo de la Judicatura es un órgano que gobierna, administra, vigila y disciplina la función judicial en el país<sup>10</sup>. En este sentido, existe una diferencia significativa entre los procesos judiciales ingresados en la FGE y los que lo son en el Consejo de la Judicatura: los procesos iniciados en FGE son denuncias y hechos de los que se llega a tener conocimiento institucionalmente y no todos llegan a formalizarse en un proceso judicial con la formulación de cargos para el CJ. Muchas de las denuncias se quedan en la indagación previa y se encuentran en instrucción fiscal, entre otras razones.

<sup>9</sup> La existencia de víctimas hombres del delito de femicidio se debe a las formas en las que FGE registró a personas transexuales.

<sup>10</sup> Es decir, que entre algunas de sus funciones, lleva la administración de las Cortes o unidades de justicia, califica a los jueces y organiza los procesos judiciales y sistemas de justicia.

Esta diferencia entre las denuncias y los procesos judiciales que se concretan en el CJ es cardinal en términos de la eficacia que tiene el Estado, en la democratización de la justicia hacia las mujeres que han sufrido alguna forma de violencia de género. En este punto es importante mencionar que —como se evidenció anteriormente— con base en las declaraciones de las mujeres en la ENVIGMU, solo el 10,9 % de las víctimas lo denuncia. Dado que solamente el 21,8 % de los casos de violencia de género del COIP denunciados en la FGE terminan al menos en una formulación de cargos en el CJ, se estaría hablando de que solo 4 de cada 5 denuncias llegan a judicializarse en procesos formales contra los perpetradores (ver Gráfico N.º 9). Si se analiza esta relación por tipos de delitos, solo el 10,3 % de los casos de violencia psicológica y el 15,9 % de los de acoso sexual llega al CJ. Los tipos de delitos que más se concretan en al menos una formulación de cargos son los de violación (79,2 %) y de violencia sexual (64,5 %). El delito más recurrente después de la violencia psicológica es el de abuso sexual y solamente el 37,1 % de estas denuncias se concretan en un proceso judicial.

**Gráfico N.º 9 Denuncias o impulsos en Fiscalía General del Estado (FGE) versus procesos judiciales en Consejo de la Judicatura (CJ) 2014-2019**

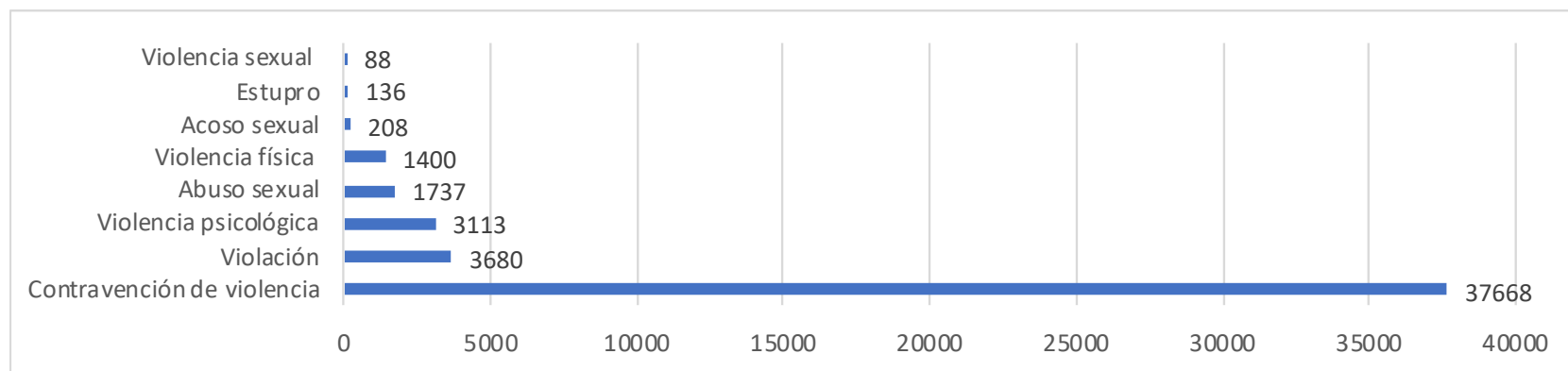


Fuente: Fiscalía General del Estado y Consejo de la Judicatura  
Elaboración propia

En la mayoría de los delitos, 2015 es el año donde más causas se ingresaron al CJ, lo cual puede ser consecuencia de los cambios aprobados en 2014; hubo un total de 73 956 casos. Desde 2014 hasta 2019, la mayoría de las causas ingresadas no ha disminuido; al contrario, se han mantenido constantes o, incluso, han aumentado, siendo así que para 2019 se han ingresado más de 66 mil procesos, dejándolo como el año con mayores delitos relacionados con violencia de género después de 2015. Los delitos de naturaleza sexual más recurrentes son la violación y el abuso sexual, que han aumentado significativamente en el tiempo: 2019 fue el año con mayores procesos judiciales al respecto. Este incremento de las causas de violencia de género contra la mujer es una clara evidencia de que las políticas del Estado han sido insuficientes para afrontarla y que, además, han permitido que esta se continúe reproduciendo.

### Abuso sexual y violación

De 2012 a 2019 ingresaron un total de 369 520 causas de denuncia por delitos relacionados con la violencia de género. Los procesos ingresados con mayor incidencia son las contravenciones, con más de 300 mil casos; la violación, con más de 29 mil y, en tercer lugar, la psicológica, con cerca de 25 mil. Hubo un promedio de 1 645 delitos de abuso sexual y 3 540 violaciones anuales de 2012 a 2019 (ver Gráfico N.º 10).

**Gráfico N° 10 Promedio anual de causas ingresadas en el Consejo de la Judicatura (2012-2019)**

Fuente: Consejo de la Judicatura  
Elaboración propia

Otra noción de eficacia sobre la justicia sería la evaluación de cuántos de los procesos del CJ terminan en una resolución (ver Anexo N) y, aún más, cuántos de esos terminan en una sentencia favorable para la víctima. Los procesos ingresados en el CJ, relacionados con violencia de género, terminan resueltos en un 88,6 % en el periodo 2012-2019. El año con menor porcentaje de casos resueltos fue 2014, cuando solo se resolvió el 65,2 %; y 2016, con 105,8 % de los casos. Estos casos que sobrepasan el total corresponden a la resolución de casos ingresados en fechas anteriores, pero resueltos en dicho año. Para 2019, se resolvió el 81,9 % de los casos —4 de cada 5—. Así como no todos los casos que se denuncian terminan siendo judicializados, no todos los que ingresan al CJ son resueltos, pero de los que sí terminan con una resolución, solamente el 14,1 % termina con una sentencia condenatoria contra los perpetradores. En los casos de violencia psicológica, solo el 5,7 % de los casos resueltos terminan con una sentencia a favor de la víctima. Las causas que desembocan en esta ausencia de justicia para las mujeres víctimas de violencia pueden tener varios ámbitos y motivos, como trabas administrativas y corrupción, entre otras. Así, se evidencia la ausencia de políticas que apunten a esta democratización de la justicia para las mujeres. Sería de interés el desarrollo de investigaciones que puntalicen las causas con el fin de corregirlas.

### Femicidio

El femicidio es una de las expresiones más brutales de la violencia que sufren las mujeres y son consecuencia de las relaciones de poder y el patriarcado como sistema cultural generalizado. En este sentido, un femicidio es la anulación total de los derechos y la violación de la integridad de las mujeres, que se da tanto en lo público como en lo privado, y suele ser la consecuencia final de todas las otras manifestaciones de la violencia de género (Játiva, 2011). El artículo 141 del COIP (2014) define al delito de femicidio como el hecho de que una persona asesine a una mujer por el hecho de serlo, por la condición de género de la persona, como una manifestación de las relaciones de poder que se revelan en cualquier tipo de violencia. Este delito se castiga con penas de 22 hasta 35 años, de acuerdo con elementos agravantes.

Según la base interinstitucional de la Comisión Especial de Estadística de Seguridad, Justicia, Crimen y Transparencia facilitada por FGE el 3 de abril de 2020, desde 2014 hasta enero de 2020 hubo 375 femicidios calificados como tal interinstitucionalmente. El año con mayor número de femicidios es 2017, llegando a 103. Este delito se da en un 62,1 % en el área urbana, el 48,8 % de los casos fueron en el Guayas, Pichincha y Manabí, las provincias con mayor población. El 65,6 % de los casos se produjo en el ámbito privado y el mismo 65,6 % se da en un domicilio. Entre las principales causas de muerte se encuentran las heridas por arma blanca (48,8 %), estrangulación (20 %), herida por arma de fuego (12,5 %) y heridas contusas (7,7 %), pero también se registran causas como intoxicación, carbonización, quemaduras y sumersión en agua. El 64,5 % de las víctimas tenían entre 15 y 34 años; el 36 % fueron estudiantes y el 33 % eran trabajadoras no remuneradas del hogar. El 66 % de las víctimas eran solteras, el 25 %, casadas, y el 69 % tenían, al menos, un hijo. El 74 % de los victimarios no tenían ningún tipo de antecedente penal y en el 93 % eran convivientes, parejas, cónyuges, exparejas o excónyuges. De este universo, el 51,2 % de las causas de femicidio han sido resueltas, de las cuales el 80 % terminó en una sentencia condenatoria para el femicida y en el 4,3 % de los casos resueltos se determinó la inocencia del sospechoso. Adicionalmente, los casos de femicidio tienen una duración promedio de 314 días para llegar a una resolución.

## Aborto

### Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios

La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) es un manual vigente de enfermedades elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que clasifica y homologa todos los posibles diagnósticos de morbilidad que se pueden llevar a cabo en un centro de salud con internación hospitalaria. El Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios elaborado por el INEC utiliza la clasificación del CIE con fines de producción estadística<sup>11</sup>. El aborto no especificado (O06) incluye el aborto inducido, donde no existe información completa. En estos casos, el tratante no comenzó el aborto, por lo que no se trata de un aborto terapéutico y el médico no tiene evidencia que muestre que es un aborto espontáneo. Asimismo, puede o no tener características específicas sobre la finalización del aborto o la existencia de complicaciones dentro de la clasificación CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

Los abortos no especificados —al ser inducidos que no entran en la categoría de aborto médico ni espontáneos— son los que presumiblemente podrían ser ilegales que terminan de ser tratados en un centro de salud hospitalario. Aunque al determinar un tipo de aborto no se puede calificar un diagnóstico médico como legal o ilegal, sí se puede hablar de un aborto inseguro. Un diagnóstico no puede juzgar a una mujer, pero sí puede determinar las características de un hecho. Para caracterizar los abortos inseguros, la OMS (2017) establece dos particularidades esenciales: ser realizado por una persona carente de la capacitación necesaria o ser realizado en un lugar cuyo entorno no cumple con las mínimas normas médicas y condiciones de salubridad. En ese sentido, si bien la OMS (2014; 2012) publica guías y manuales en los que establece la pertinencia y conveniencia de facilitar los mecanismos para que las mujeres puedan abortar en condiciones seguras desde su propio hogar, estas recomendaciones implican condiciones de legalidad y servicios y asistencia mínima de salud, que no pasan de provisión médica e indicaciones en un puesto de salud, un consultorio general o un centro de salud tipo A. En el caso de Ecuador, los abortos no especificados, que son inducidos, pueden ser clasificados como “inseguros” porque no inician en un hospital y no son realizados o guiados por un profesional del Sistema Nacional de Salud; por lo tanto, no cumplen las condiciones mínimas de seguridad.

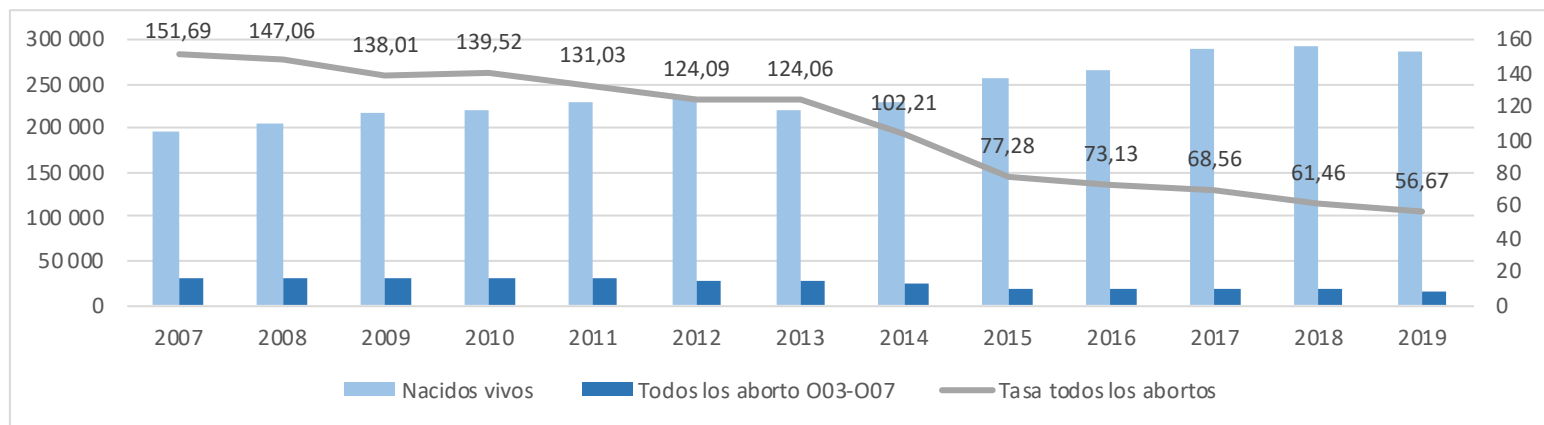
En 2019, las principales causas de morbilidad entre los egresos hospitalarios en hombres son por causas relacionadas con enfermedades del sistema digestivo, respiratorio, traumatismos, envenenamientos (47,2 %); en cambio, para las mujeres estas causas representan el 22,3 % de los egresos. La incidencia de la morbilidad por las causas antes expuestas es significativamente mayor en los hombres que en las mujeres, a pesar de que el 64,2 % del total de los egresos hospitalarios son de mujeres. Esta importante diferencia entre ambos grupos se debe a que el 41 % de las atenciones en las mujeres son por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Inclusive, es la principal causa de atención de la población general, con el 26,7 % de los egresos registrados. Es decir, la principal causa que lleva a una mujer a buscar atención hospitalaria es la maternidad. En el caso de la categoría que engloba el parto, embarazo, parto y puerperio no se puede hablar de morbilidad porque el diagnóstico de parto no es considerado como una enfermedad. Sin embargo, el aborto no especificado sí es una causa de morbilidad y fue la principal de las mujeres durante varios años. Se profundiza más adelante en esta idea.

### Todos los abortos

El número de nacimientos durante 2007-2019 es de más de 3,1 millones de niños. Durante dicho periodo, este ha tenido un crecimiento constante, salvo en 2013 y 2019. La magnitud del aborto se mide mediante la tasa de aborto (abortos/nacimientos). En el periodo analizado, la tasa de aborto más alta fue la de 2007, con 152 abortos por cada mil nacidos vivos. Posteriormente, en 2014, los abortos registrados se redujeron drásticamente con la rectificación de la ilegalidad del aborto en el COIP en solo 2 años, la tasa de aborto llegó a 77 por cada mil nacimientos. Esta llegó a su valor más bajo en 2019, con 57 abortos por cada mil nacidos vivos (Ver Gráfico N. ° 11).

<sup>11</sup> El capítulo XV de O00 hasta O08 del CIE-10 cataloga los embarazos terminados en aborto. En esta categoría se encuentra el O03, aborto espontáneo; O04, aborto médico y otros embarazos terminados en aborto. Dentro de esta última, se encuentra el embarazo ectópico y mola hidatiforme, que son embarazos no viables; O05, otro aborto; O06, aborto no especificado; O07, intento fallido de aborto. La categoría de “otro aborto” incluye abortos retenidos, completos e incompletos, con características muy específicas. El intento fallido de aborto no indica los casos en los que la mujer llega a un hospital después de haber intentado abortar, sino que es un posible diagnóstico de fracaso del intento de la inducción del aborto, llevada a cabo en el hospital.

**Gráfico N° 11 Tasa de todos los abortos (2007-2019)**



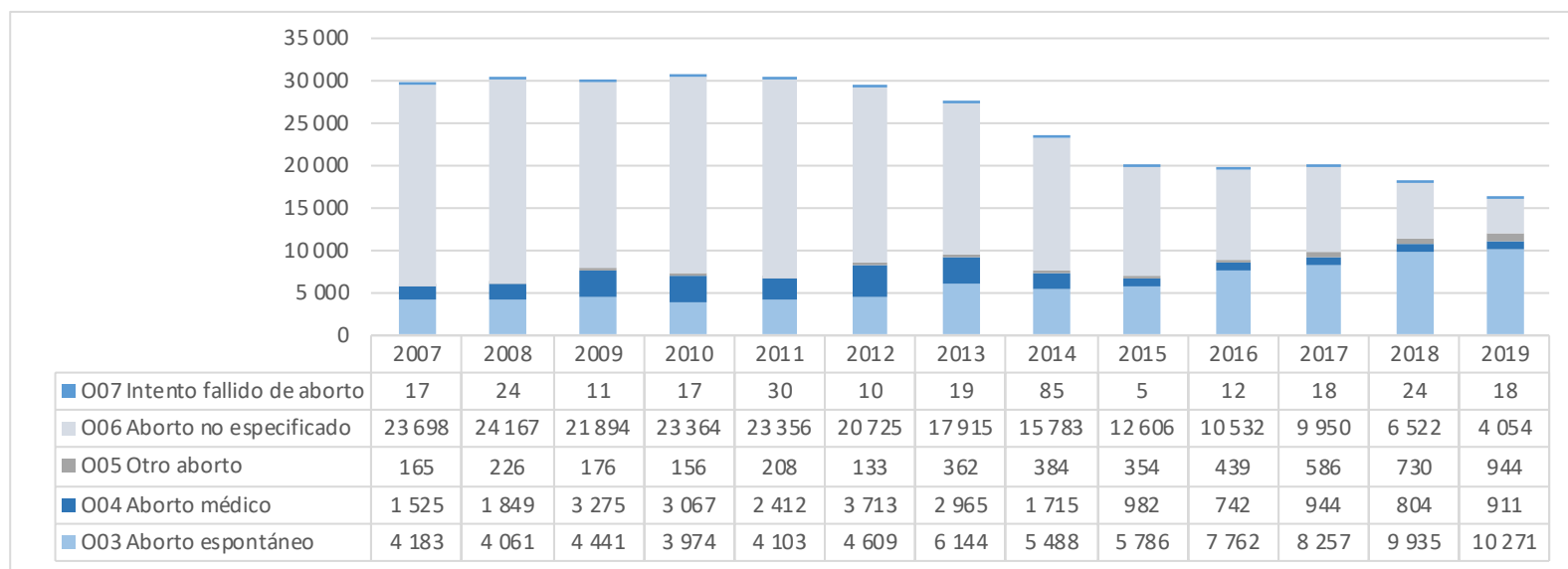
Fuente: Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios  
Elaboración propia

Aun con un considerable subregistro, los casos de aborto de los que existe información oficial, por haber sido atendidos en un centro del sistema nacional de salud, han sido de las principales causas de morbilidad femenina durante varios años. El asunto es de tal magnitud que en 2007 hubo más de 29,5 mil abortos. Las cifras totales de abortos anuales en los centros con internación hospitalaria fueron disminuyendo hasta casi la mitad (16 mil) en 2019. El año con mayor reducción en el número de abortos fue 2014. Desde 2007 hasta 2013 hubo en promedio 29,6 mil abortos cada año y de 2014 a 2019, el promedio de abortos anuales fue de 19,4 mil. Solo de 2013 a 2015 hubo una reducción de 7,6 mil abortos.

**El cambio en los diagnósticos**

El tipo de aborto que más reducción tuvo durante el periodo 2007-2019 fue el no especificado, que en 2007 representaba el 80 % de los abortos y, en el último año, solo tuvo una participación del 25 % de los casos. El aborto médico pasó de casi 4 mil casos en 2012 a 911 en 2019. Pero los egresos por abortos espontáneos, en cambio, incrementaron significativamente de 4,6 mil casos hasta más de 10 mil en 2019, lo que representó el 63,4 % de los abortos en ese año. Con el avance del tiempo, es normal que existan nuevas guías, manuales y procedimientos de evaluación médica para llevar a cabo los diagnósticos, como la guía práctica clínica para el tratamiento del aborto médico que ha ido modificando las formas de identificación de los casos (2015). Sin embargo, la clasificación CIE-10 se encuentra vigente desde 1995, por lo que las condiciones con las que se evalúan las causas de morbilidad han sido las mismas desde dicho año (ver Gráfico N.º 12).

**Gráfico N° 12 Egresos hospitalarios por tipos de aborto (2012-2019)**



Fuente: Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios  
Elaboración propia



Se indagaron las causas de este cambio en las mismas entrevistas a profesionales de la salud en ginecología y obstetricia, según la entrevista del Anexo L. Entre los motivos de la caída en la cantidad de abortos no especificados e incremento en los espontáneos se encontraron de tres posibles razones; la primera que fue mencionada por todos los y las especialistas, fue la exigencia de parte de la autoridad sanitaria para clasificar a cabalidad los diagnósticos de acuerdo con el CIE-10. “Antes no se colocaba nunca el diagnóstico. Desde que las normas del Ministerio nos obligan a poner una estadística o un membrete a una enfermedad como el CIE-10, empezó, obviamente, a regularizarse los datos”. No obstante, existe una diferencia en los manejos médicos de los tipos de aborto que se pueden registrar y la familiaridad con el uso de la clasificación internacional que se encuentra vigente desde 1995. En este sentido, se comentó que “Duda en cuanto a la clasificación del aborto jamás ha habido [...] el CIE-10 ha sido claro desde hace mucho tiempo [refiriéndose a los protocolos de manejo]”; sin embargo, es muy mencionada la siguiente idea: “que antes haya tenido más abortos no especificados, probablemente, tiene mucho más que ver con el poco conocimiento médico y práctica que teníamos [...]; antes era mucho más fácil poner el código de aborto que el médico ya se sabía”.

Debido a la exigencia del uso de la clasificación, sumado a la inclusión en la atención de “muchos más artículos, conocimientos, talleres y manuales de prácticas clínicas que te puede proporcionar el Ministerio que antes no había”, es que cambiaron en varios sentidos los registros sobre varias causas de morbilidad y, entre estas, del aborto.

Otra de las causas mencionadas es la existencia de planes y proyectos públicos que incrementaron la provisión de herramientas de planificación familiar a partir de 2010 y en cuanto a anticoncepción de emergencia, mencionada por los profesionales:

Probablemente la provisión sobre todo de anticoncepción de emergencia y el acceso a una planificación familiar gratuita, nos haya ayudado un poco a reducir en cuanto a la incidencia y a la cantidad de abortos, o el número de atenciones que han sido por esta causa.

Entonces, además de la exigencia en el uso del CIE 10, la reducción del aborto y los cambios en los tipos de aborto hubo varios criterios sobre otros posibles motivos por los que se pudo haber modificado la cantidad de diagnósticos de aborto no especificado y espontáneo.

No ha cambiado en absoluto lo que pasaba hace 10 o hace 20, o hace 5 años. O sea, la gente sigue haciendo lo mismo, ¿sí? Pero, ya te digo, a los médicos nos tocó ponerle nombre y apellido [...]; la gente que hace aborto clandestino lo sigue haciendo, y también otra cosa que se incrementó muchísimo es el uso del misoprostol y por eso también puede alterarse el nombre que se le ponía a cada cosa.

En esta entrevista se evidencia el uso de las diferentes categorías para explicar que los abortos ilegales siguen ocurriendo, que esto no necesariamente cambió; sin embargo, los diagnósticos que se utilizan ocultan sus cifras, ya sea de forma consciente o, como en el caso del uso de misoprostol, en los que, a menos que se hallen restos físicos de las pastillas, estos son confundidos con un aborto espontáneo.

Adicionalmente, se mencionaron las diferentes clasificaciones como una forma de ocultar intencionalmente los abortos en los que al menos se sospecha que son inducidos; al respecto, se indica que se usan diagnósticos de aborto espontáneo para ocultar el tratamiento de la mujer que llegó con un aborto por miedo al riesgo de ser culpabilizados por llevar a cabo un aborto, recordando que el cambio en este fenómeno es principalmente a partir de 2014, año en el que se detalló con mayor rigurosidad la penalización del aborto en el COIP. Es así que “algunos médicos se ven respaldados en esto del aborto espontáneo y por eso ves descenso en la cifra (del aborto no especificado)”. Además, se evidencia el interés en ayudar a las pacientes cuando expresan que “también mucha gente podría usar ese tipo de diagnósticos para cubrirse un poco y, sin embargo, ayudar a la paciente”. En este contexto, el miedo a ser penalizados, como médicos, seguiría vigente.

Estas ideas indican que el cambio en los indicadores y las cifras de abortos tratados en los establecimientos de salud podrían no necesariamente representar lo que pasa con respecto a los abortos espontáneos o inducidos. Además, podría haber un subregistro, sesgos con respecto a la cantidad de abortos inducidos reales.

### Las edades

Las edades de mayor riesgo de aborto espontáneo y médico para una mujer son durante la niñez, hasta los 14 años, y para mujeres mayores de 40 años (Donoso y Villarreal, 2003; Williamson, 1986). El Anexo O muestra que las edades de las mujeres con más incidencia del aborto son de 20 a 24 años, y que de 2012 a 2019 se practicaron más de 42,5 mil abortos; en segundo lugar, la mayor incidencia está en las mujeres de 25 a 29 años. Los grupos de edades con menor incidencia son las mujeres de 45 a 54 años, seguidas de las mujeres de 10 a 14 años. La comparación del número de abortos con los nacimientos es una tasa que se utiliza para confrontar la morbilidad; es decir, el aborto como causa de morbilidad entre las mujeres con un embarazo. Esta tasa no indica a qué edad es mayor la frecuencia en relación con los abortos, sino que muestra las

riesgosas en las que un aborto es la causa de que un feto no pueda completar su desarrollo. Las edades en las que es más probable tener un aborto son de 45 a 54 años, que tienen 429 abortos por cada mil nacidos vivos; seguidas de las mujeres de 40 a 44 años; y en las menores de 14 años, donde ocurren 117 abortos por cada mil nacidos vivos.

El 80 % de los abortos registrados ocurren en mujeres menores a 35 años. Para evidenciar los grupos etarios con mayor incidencia de aborto, se utiliza la tasa de aborto por cada mil mujeres. Esta comparación muestra los rangos de edades en los que las mujeres tienen más abortos. El Anexo P ilustra esta relación e indica que las tasas de aborto más altas son en las mujeres de 20 a 24 años, que tienen 7,5 abortos por cada mil mujeres; seguidas de las mujeres de 25 a 29 años, 7,2; de 30 a 35 años, 5,99; y de 15 a 19 años, 4,7 abortos por cada mil mujeres. Las mujeres con las tasas más bajas de aborto están comprendidas entre 10 y 14 años (0,32), y mayores de 45 (0,3). En ese sentido, en Ecuador, las mujeres que tienen más riesgo de aborto espontáneo son las menores de 15 y mayores de 35, pero las que más abortan se encuentran entre los 15 y 35 años.

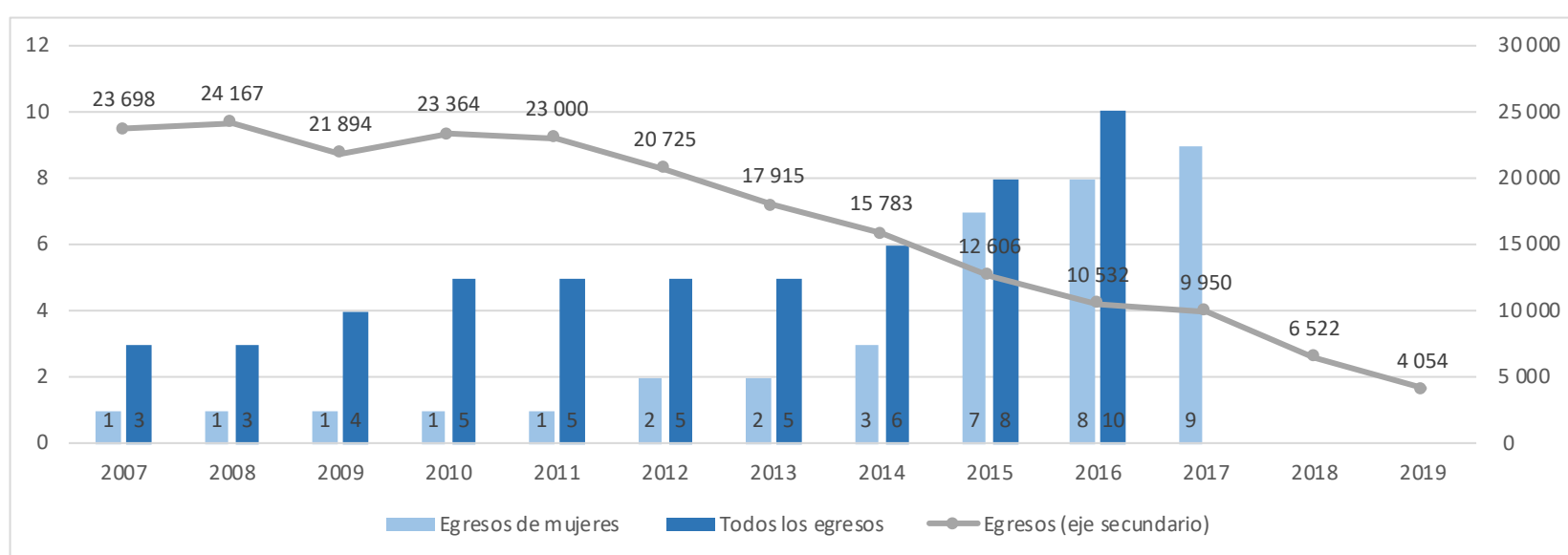
La gran mayoría de los casos de aborto registrados entre 2010 y 2019 se llevaron a cabo en el sistema de salud pública —siendo el lugar de atención del 86,3 % de los abortos—, el 11,4 % se realizó en un hospital privado con fines de lucro y el 2,4 % en hospitales privados sin fines de lucro. El promedio de los días de estadía en todos los abortos es de 1,52. En el 2019, el 65,8 % de los casos tiene un día de estadía, el 19,7% tiene dos, el 7,4 % tiene tres, el 3,5 % se hospitalizó por 4 días, mientras que 591 casos tienen 5 o más días.

La mayoría de los abortos de 2015 a 2018 se da en mujeres que viven en el sector urbano: el 82,6 % de las pacientes. Solo el 17,4 % de las mujeres que se atendieron por un aborto viven en el sector rural. Esto no necesariamente implica que las mujeres en el sector urbano abortan más que las del sector rural, sino que en este contexto juega un rol importante la clara inequidad en el nivel de acceso a salud formal o institucional que tienen las mujeres de ambos sectores. De 2010 a 2019, hubo 77 mujeres fallecidas por un tratamiento de aborto, lo que representa el 0,04 % de todos los abortos, con un promedio de 4 muertes por año.

#### 006 Aborto no especificado

Durante varios años el aborto no especificado fue la principal causa de morbilidad de las mujeres, siendo así que durante 2007 se registraron 23,6 mil egresos por esta causa y fue el factor de mayor incidencia hasta 2011, cuando se verificaron 23 mil casos. A partir de 2012 empieza a descender el número de egresos y durante este año y 2013 fue la segunda causa más importante de morbilidad de las mujeres. La reducción de los egresos por esta causa desciende drásticamente al punto de que, para 2018 y 2019, el aborto no especificado ya no se encuentra dentro de las 10 principales causas de morbilidad: para este último año hubo cerca de 4 mil casos, los cuales representan el 17 % que hubo en 2007. Por consiguiente, la tasa de aborto no especificado por cada mil nacidos vivos en Ecuador pasó de 121,5 a 14,2 en el mismo periodo; esto está relacionado con la reducción de los casos de aborto no especificados, pero también con el incremento de la natalidad, dado que en 2007 hubo alrededor de 200 mil nacimientos y, para 2018, cerca de 300 mil (Ver Gráfico N.º 13).

**Gráfico N° 13 Aborto no especificado: puesto en las 10 principales causas de morbilidad**



Fuente: Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios  
Elaboración propia

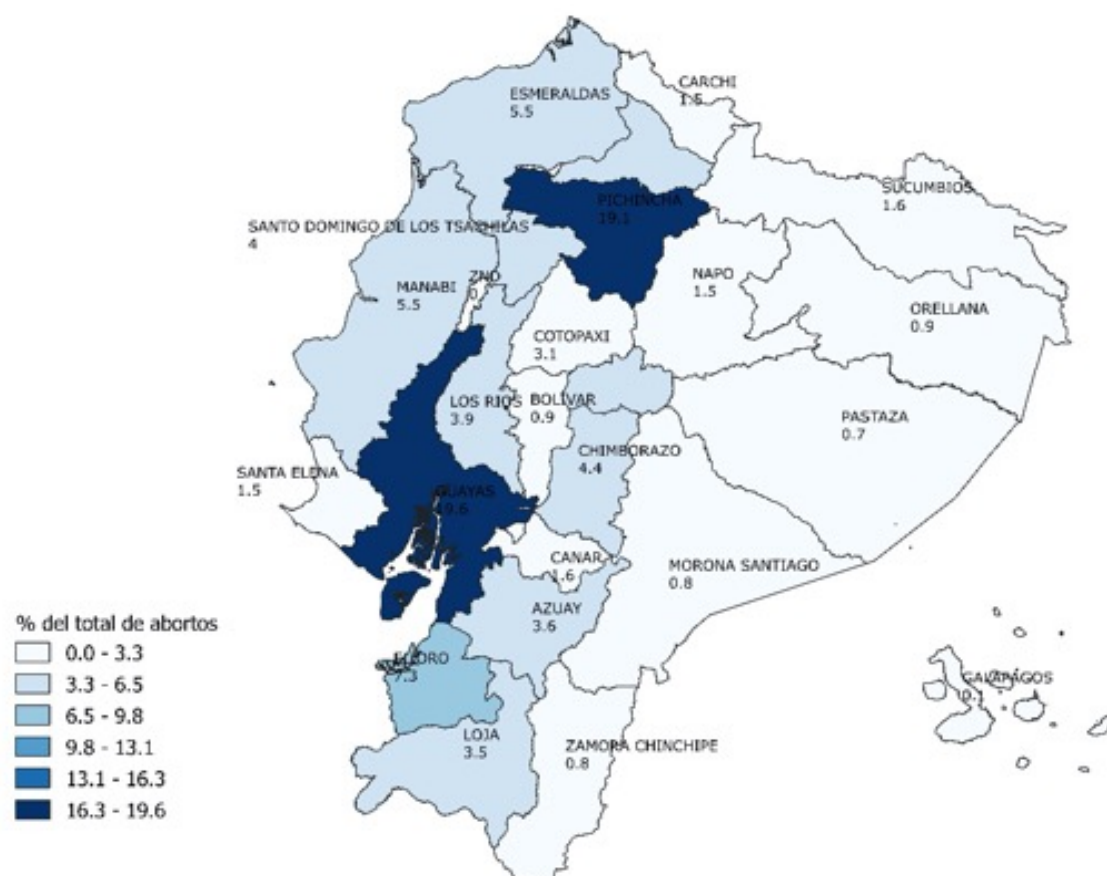
En cuanto a las edades de las mujeres que ingresan a un hospital por un aborto no especificado, el promedio de ingresos en las mujeres menores de 30 años es de más de 2 mil abortos, mientras que para las mujeres mayores de 30 el promedio es, aproximadamente, la mitad. Consecuentemente, la tasa de aborto más alta es de 7,5 por cada mil mujeres en las edades de 20 a 24 años, seguido de las mujeres de 25 a 29 años, cuya tasa es de 7,2. Las mujeres con menor tasa de abortos son las mujeres de 10 a 14 años y mayores 40 años. Lo cual se encuentra en la misma línea antes expuesta con todos los abortos (Ver Anexo Q).

Los abortos no especificados ocurren en el 83,7 % de los casos en mujeres que habitualmente viven en el área urbana y un 16,3 % en la rural. De forma similar que en todos los abortos, el 87 % son atendidos en centros de salud del sector público; el 11,9 %, en el sector privado con fines de lucro; y el resto, en el sector privado sin fines de lucro. El promedio de días de estadía en el centro de salud por la atención de los casos de aborto no especificado es de 1,5 días. Desde 2007 hasta 2019, hubo 23 casos donde el tiempo de estadía en el centro de salud fue de más de un año; en 2009 hubo un caso en el que el tiempo de estadía fue de 733 días. Por aborto no especificado, hubo 67 fallecimientos de mujeres de 2007 a 2019, lo cual representa un 87 % de los fallecimientos de todas las causas de muerte, en todos tipos de aborto. Esto representa una tasa de 3 muertes por cada 10 mil casos de aborto no especificado.

El 83,7 % de los abortos de los que se tiene registro en los centros de salud es de mujeres que habitualmente viven en el sector urbano; solo el 16,3 % de estos abortos son en mujeres que viven en el sector rural. Durante 2012 a 2019, las provincias que más abortos registraron son las de Guayas y Pichincha, con 19,6 % y 19,1 %, respectivamente, de todos los abortos consignados (ver Mapa N.º 2). La siguiente provincia con más abortos es la de El Oro, con 7,3 %. Las provincias donde se atendieron el menor número de abortos son Galápagos (0,1 %) y Pastaza (0,7 %). A nivel general, la región Sierra es donde se llevaron a cabo la mayor cantidad de atenciones por aborto, el 50,3 %, seguida de la Costa, con el 43,4 %, y el Oriente, con el 6,3 %.

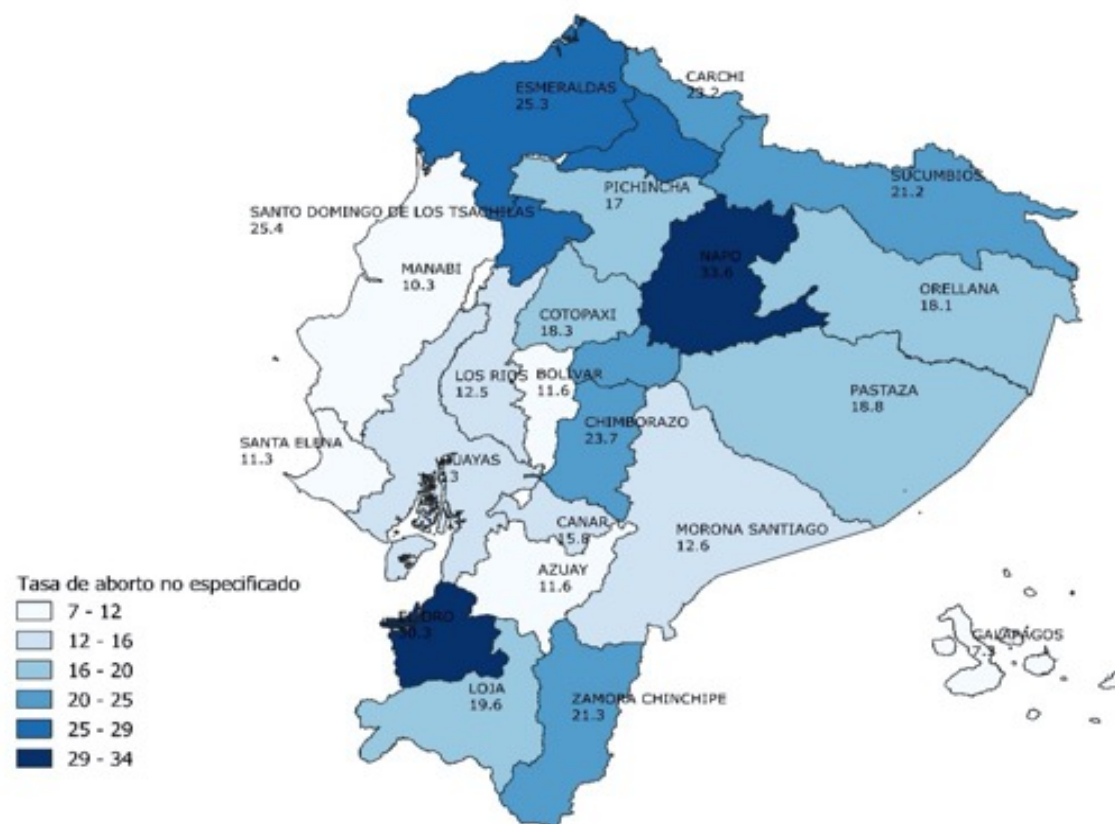
Valga anotar que cuando se analizan las tasas de aborto dentro de cada provincia ya no son Pichincha y Guayas las que tienen mayores niveles (ver Mapa N.º 3). Las provincias con mayor incidencia son Napo y El Oro, con 33,6 y 33,3 abortos por cada mil mujeres, respectivamente. A diferencia de la cantidad de abortos, en las provincias de Pichincha y Guayas, el aborto tiene una menor incidencia como causa de morbilidad; de ahí que sus tasas son de 17 y 13 abortos por cada mil mujeres en cada caso. Las provincias con menores tasas de aborto son Guayas con 7,3 y Manabí con 10,3 abortos por cada mil mujeres. La región con mayor incidencia de aborto no especificado es Oriente, donde ocurrieron 20,9 abortos no especificados promedio por cada mil mujeres; le sigue la Sierra, con 19,3; y la Costa, con 15,7.

### Mapa N.º 2 Aborto total por provincia (2012-2019)



Fuente: Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios  
Elaboración propia

### Mapa N° 3 Tasa de aborto por provincia (2012-2019)



Fuente: Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios  
Elaboración propia

Como se evidenció, la maternidad es el principal motivo para que una mujer busque atención hospitalaria. La dimensión de las complicaciones de los abortos que terminan siendo hospitalizados es tan importante que fue la principal causa de egreso hospitalario en las mujeres durante muchos años. Si bien la incidencia de esta causa de morbilidad ha disminuido significativamente, sigue siendo de las más representativas para las mujeres. Las complicaciones provenientes de un aborto en condiciones inseguras tienen una mayor incidencia en las mujeres más jóvenes. El sector público es la principal fuente de atención; por lo tanto, tiene que ser tratado como un problema institucional, no solo por los costos económicos que esto implica, sino principalmente por la situación de riesgo para la vida de las mujeres que pasan por esa experiencia, independientemente de la consideración de legalidad o ilegalidad del aborto. El riesgo para la vida y la condición de vulnerabilidad de las mujeres está presente y es un asunto de atención estatal.

### Código Orgánico Integral Penal

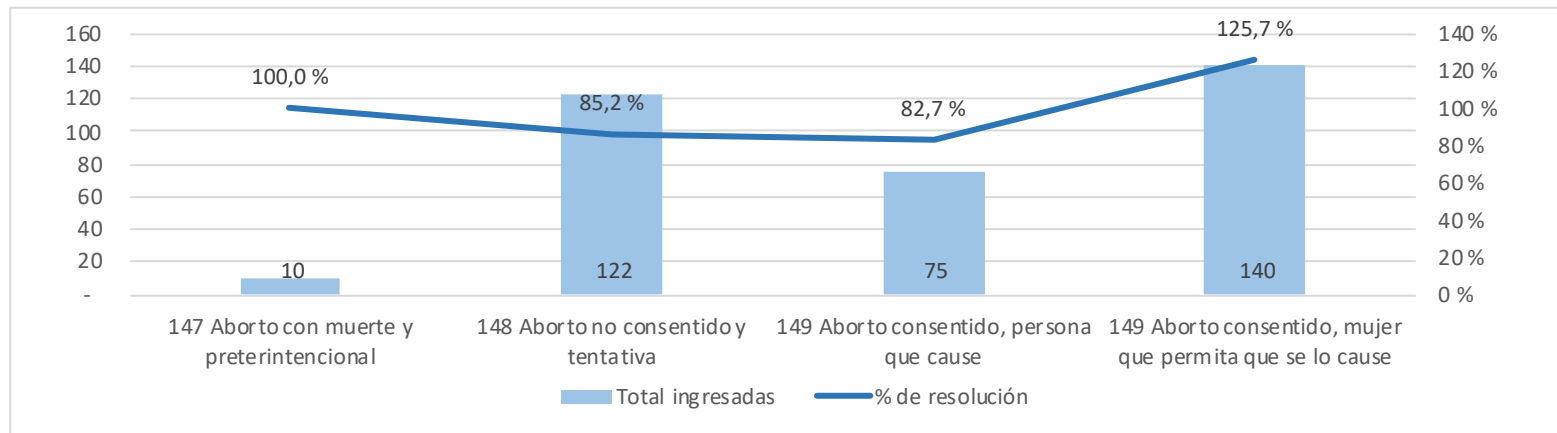
En la sección anterior se evidenciaron las características del aborto en condiciones inseguras a las que se exponen las mujeres debido a la penalización del aborto. Además de ese riesgo real, llevar a cabo un aborto en la ilegalidad expone a mujeres y tratantes a ser judicializados. El Código Orgánico Integral Penal (2014) puntualiza cuatro artículos relacionados con el aborto; con muerte, no consentido, consentido y no punible. El Anexo R indica los casos ingresados en FGE por el artículo 147 sobre el aborto con muerte<sup>12</sup>. De 2014 a 2019, 44 personas han sido judicializadas por esta causa; 22 son mujeres. Una información de particular interés es que de todas las denuncias ingresadas por violación del artículo 147 de 2014 a 2019, dos fueron muertes en las que se denunció que las mujeres no consintieron el aborto. En este sentido, los procesos que llegaron al CJ son trece, de los cuales se ha llegado a una resolución en el 100 % de los casos. El artículo 148 penaliza a la persona que obligue, fuerce o haga abortar a una mujer que no ha dado su consentimiento<sup>13</sup>. Es la causa relacionada al aborto con más procesos desde 2014 hasta 2019, siendo un total de 524 casos, de los cuales el 72 % de los sospechosos son hombres. En estos casos en los que hombres obligan a una mujer a abortar, solo 128 de los 524 han sido procesados por el CJ (24,4 %) y de esos han sido resueltos 108 casos (20,6 %) (ver Anexo R). Por la violación del artículo 149 de aborto consentido<sup>14</sup> se han abierto 296 procesos en la FGE de 2014 a 2019. Cuando se diferencia de acuerdo con los incisos en la información recibida, 140 de los casos por violación son por el segundo inciso; es decir, de las mujeres que se practicaron un aborto consentido y llegaron a procesarse en el CJ. En el mismo periodo, la tasa de resolución de estos casos es de 125 % —su excedente proviene de procesos que ingresaron antes del lapso de análisis, pero se resolvieron dentro de este—. De los 96 casos por violación al primer inciso registrados en FGE, 75 terminaron siendo procesados en el CJ; sin embargo, la tasa de resolución para los tratantes de los abortos fue de 82 % (ver Gráfico N.º 14).

<sup>12</sup> Se penaliza con hasta dieciséis años de cárcel a la persona que haya aplicado medios con el fin de hacer abortar a una mujer y esto le cause la muerte. La pena para la persona tratante se diferencia entre si la mujer que falleció consintió el aborto o no.

<sup>13</sup> La pena para este artículo puede ser de cinco a siete años; asimismo, esta incluye la tentativa en caso de que los medios para hacerlo no hayan tenido efecto.

<sup>14</sup> Dispone de dos incisos, en los cuales se judicializa al tratante, en el primer inciso, por haber llevado a cabo un aborto consentido; y a la mujer, en el segundo, por haberlo permitido o habérselo causado.

**Gráfico N° 14 Casos de aborto judicializados (2014-2019)**

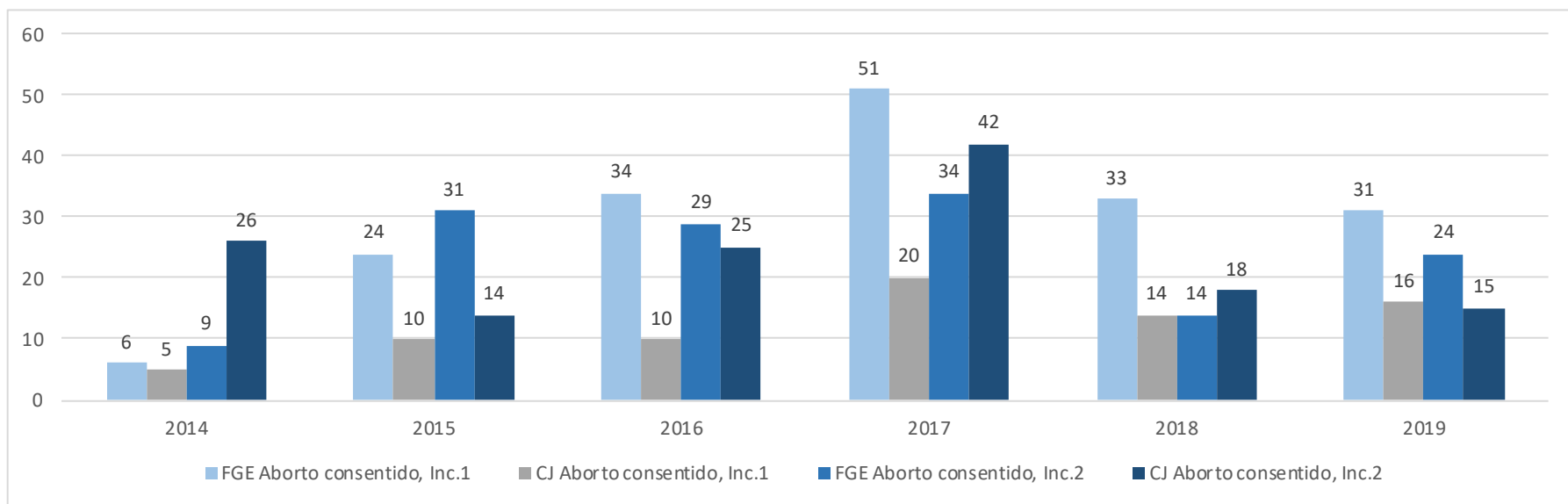


Fuente: Consejo de la Judicatura  
Elaboración propia

**Aborto consentido**

A continuación se describirán las características de los procesos judiciales por aborto consentido. Según el Sistema Integrado de Actuaciones Fiscales (SI AF), en información remitida por la Dirección de Estadística de la FGE el 21 de septiembre de 2020, de 2014 a 2019 hubo 320 actuaciones fiscales por denuncia de aborto consentido. De estos, el 44,1 % están vinculados a la violación del segundo inciso, esto es, a la mujer que se cause un aborto o permite que se lo causen. Durante 2014, año de la aprobación del vigente COIP hubo 9 denuncias a mujeres por un aborto consentido, este valor incrementa hasta 31 casos para 2015. El año con mayor cantidad de procesos por esta causa fue 2017, llegando a 34; las denuncias a tratantes por el mismo artículo llegaron a 51. Durante 2019 se judicializaron a 24 mujeres y 31 tratantes (ver Gráfico N.º 15). Al igual que en los casos de violencia, los casos de aborto consentido que llegan a procesarse en el Consejo de la Judicatura son menores. En promedio, para el primer inciso del artículo 149 que penaliza a los médicos tratantes, el 46,2 % de las denuncias en la FGE fueron judicializadas en el CJ. En contraste, las mujeres que se practicaron o permitieron que se les practique un aborto fueron judicializados en CJ en un promedio del 120,8 % de los casos que ingresaron a FGE (el excedente corresponde a denuncias ocurridas anteriormente, pero que terminan ingresando a CJ durante el periodo de análisis). Previo a 2014, información del CJ indica que no hubo procesos judiciales por violación al primer inciso de aborto consentido; sin embargo, durante 2012 y 2013 hubo 59 causas ingresadas por mujeres que abortaron o permitieron su aborto. El 23,3 % de los casos se trataron como flagrantes y el 76,7 %, como no flagrantes.

**Gráfico N° 15 Número de casos de aborto consentido (2014-2019)**

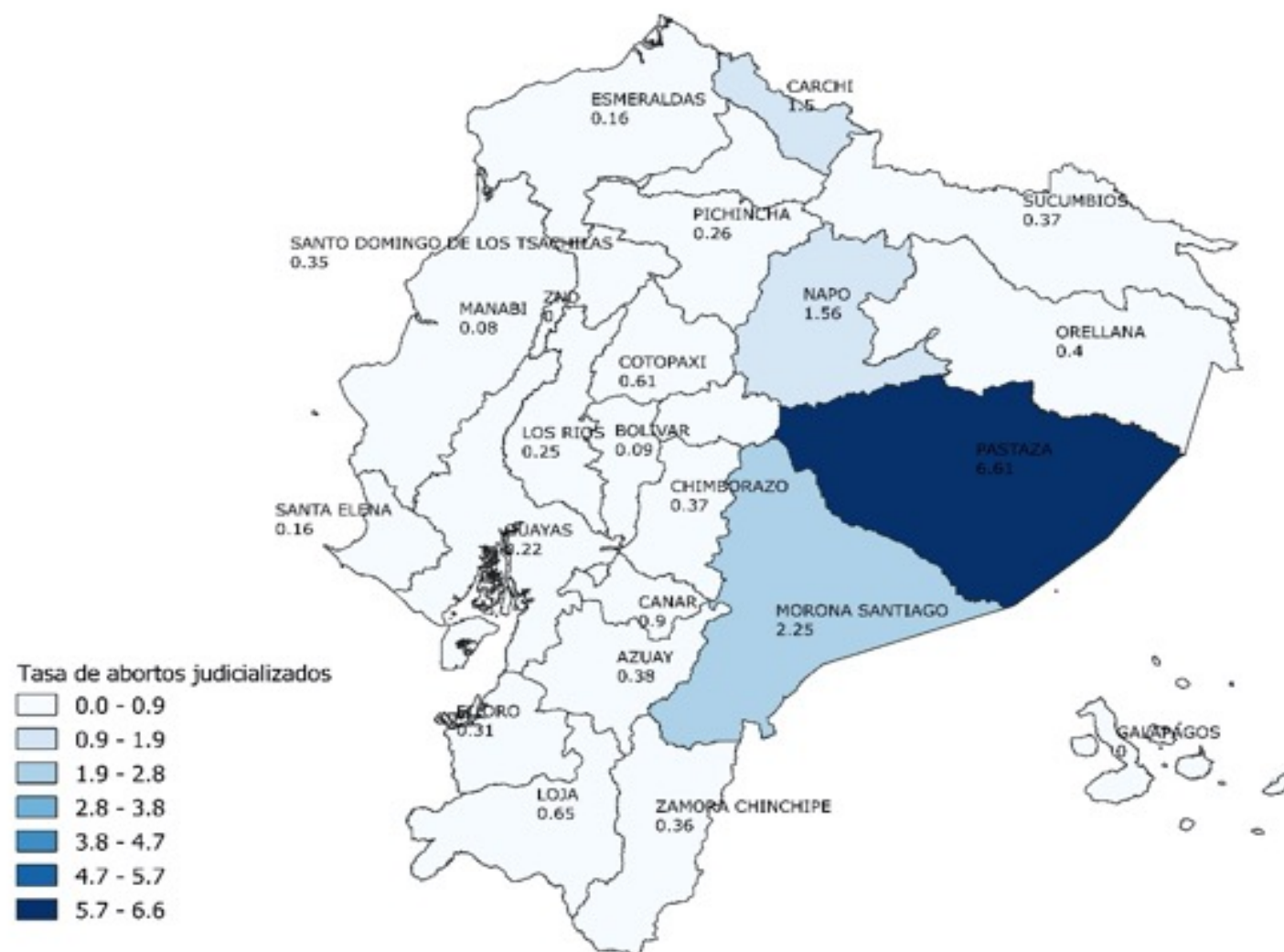


Fuente: Fiscalía General del Estado y Consejo de la Judicatura  
Elaboración propia

En cuanto a la información territorial de los casos de aborto consentido judicializados, las provincias donde hubo más son Guayas, con 48 casos; seguida de Pichincha, 43; Pastaza, 36; y Morona Santiago, 21. Las provincias con menos casos registrados son Bolívar, donde se reportó uno; Zamora Chinchipe, 2; y Santa Elena, con 3 casos. La Sierra es la región con más casos; la mitad de los registrados en FGE (160), seguida de la Costa, con 84, y el Oriente, con 76.

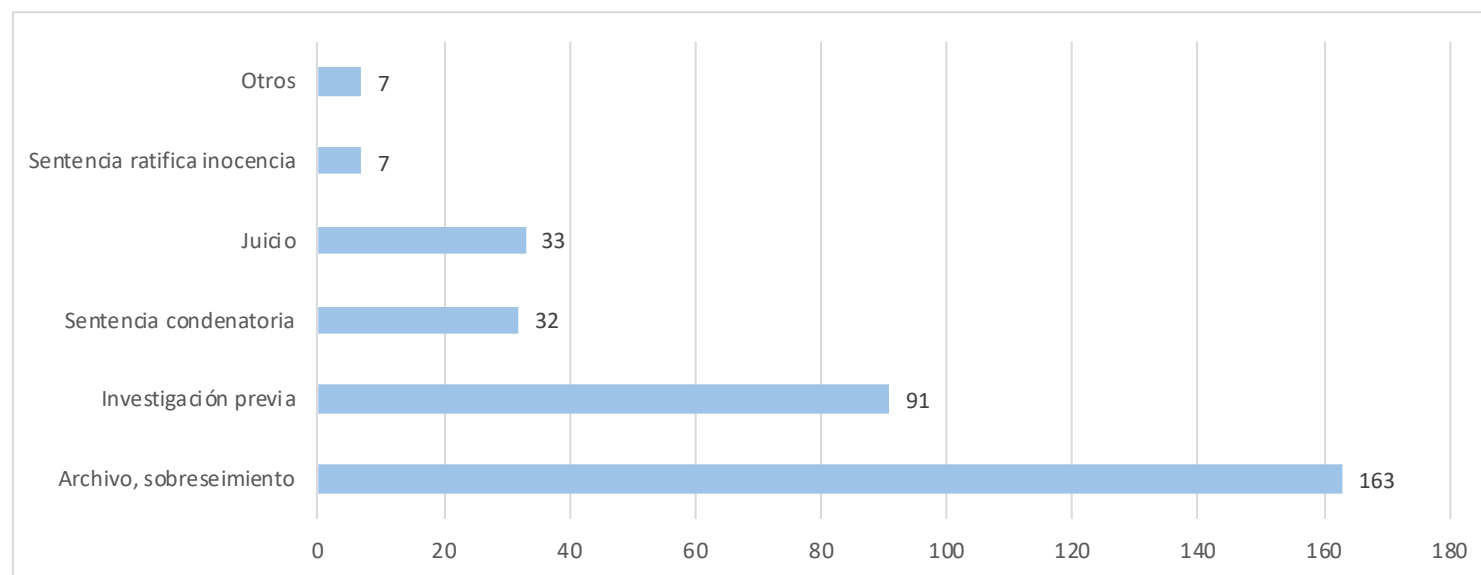
En el Mapa 4 se muestra la distribución de la tasa de casos con procesos judiciales por cada 10 mil mujeres según la población de cada provincia. La provincia con más casos según su población femenina es Pastaza con 6,6, seguida de Morona Santiago con 2,21 y Carchi con 1,56. Las provincias con menos casos, además de Galápagos, que no reporta ninguno, son Manabí, 0,08 y Bolívar con 0,06.

#### Mapa N° 4 Aborto consentido por provincia: tasa de judicialización por cada 10 mil mujeres (2014-2019)



Fuente: Consejo de la Judicatura  
Elaboración propia

De todos los casos que se han judicializado por aborto consentido, la mayoría de los procesos han terminado archivados o sobreseídos, lo cual, de manera general, significa que, después de algunas investigaciones, estos son descartados o suspendidos por carecer de elementos de convicción que demuestren culpa, entre otras causas. El archivo o sobreseimiento puede darse después de una investigación previa o en el periodo de juicio. El tratamiento de esta providencia depende de varios elementos y puede ser dictado por un juez. A diciembre de 2019, 91 de los casos judicializados continúan en etapa de investigación previa, sin perjuicio de que varios de estos son registrados desde 2014. También existen casos en los que los procesos son archivados el mismo día del registro (ver Gráfico N.º 16).

**Gráfico N° 16 Etapa procesal de aborto consentido (2014-2019)**

Fuente: Fiscalía General del Estado  
Elaboración propia

En Ecuador hubo 33 casos que hasta diciembre de 2019 continuaban en la etapa preparatoria de juicio e instrucción fiscal, en la cual el agente fiscal buscó y evidenció los elementos de convicción para demostrar la existencia de culpa. Asimismo, hubo 32 casos de procesos judiciales por aborto consentido que terminaron en una sentencia condenatoria entre 2014 y 2018; siendo el 10 % de los procesos por esta causal. Al contrario, 7 de los procesos terminaron en una sentencia ratificatoria de inocencia (2,1 % de los casos).

### Reflexiones finales

La situación del aborto en Ecuador de acuerdo con información oficial se desenvuelve en cuatro aspectos principales. La primera es la relación del aborto con las desigualdades económicas y el empobrecimiento de las mujeres; estas desventajas toman parte en la decisión de abortar y en la exposición de las mujeres más pobres a ser encarceladas, a problemas de salud y a la muerte.

La segunda son los aspectos de la violencia que atraviesan las mujeres y se vinculan al aborto y la maternidad. Esta violencia, como dispositivo de control y entendida como una violencia sistémica y transversal a todas las instituciones del Estado, el mercado y la familia, afecta a las mujeres sobre el control de sus cuerpos y su sexualidad. Como consecuencia de esta violencia, las mujeres no siempre pueden decidir sobre ámbitos tan elementales como consentir una relación sexual, usar métodos anticonceptivos, la edad a la que desean ser madres, el acceso a educación, las condiciones laborales a las que pueden acceder. Este entorno de violencia psicológica, física y patrimonial es un contexto en el que la penalización del aborto implica la revictimización, maltrato y tortura a las mujeres, además de la exposición más literal a la violencia obstétrica y al encarcelamiento a las mujeres que tomaron una decisión sobre sus cuerpos.

Adicionalmente, es importante considerar que la justicia que persigue esta violencia es en promedio menos perseguida, menos eficaz y eficiente que la que penaliza el aborto. Lo cual evidencia la ausencia de un Estado que, además, arriesga la vida de las mujeres que toman esa decisión.

### Capítulo 3: Los costos del aborto en Ecuador 2014-2019

Como se mencionó en el marco teórico, para la economía, los costos son asignaciones de recursos destinados a la obtención o provisión de bienes y servicios. En la disciplina de la economía de la salud, se refieren a los recursos utilizados para llevar a cabo los procesos de provisión de salud. Los costos comúnmente evaluados pueden asumir dos facetas que implican una naturaleza ontológicamente diferente en la clasificación de costos tangibles y no tangibles. Así, por ejemplo, evaluar el costo de una muerte puede tomar dos enfoques; en lo subjetivo de la pérdida y la persona, así como los costos productivos, en términos monetarios (Velásquez, 2006).

Los costos para la economía de la salud están estrechamente relacionados con los de oportunidad, tanto en la política pública como en las decisiones individuales y familiares, ya que los gastos en salud (inclusive entre salud preventiva y curativa), se realizan con el fin de obtener los mejores beneficios posibles; por esto, la decisión no se debe basar en cómo gastar menos, sino en cómo producir mejores niveles de salud con esos recursos (García et al., 2016). En ese sentido, se entiende que los recursos utilizados en la atención a las mujeres no es un costo perdido, sino que es el gasto en la provisión del derecho a la salud de las mujeres. Sin embargo, podría ser evitable en otras circunstancias; en otras palabras, al ser evitable, el costo de oportunidad es una decisión política.

Así, pues, evaluar los costos no tangibles de la penalización del aborto puede involucrar aspectos tan amplios como subjetivos y estos pueden ser mucho más importantes de acuerdo con las percepciones, estándares éticos y culturales de cada persona. El que no exista una metodología empírica o cualitativa para la valoración de una vida, de los sentimientos o las decisiones no es una razón para no intentar evaluarlos. En su lugar, el motivo para no evaluar los valores subjetivos de esos costos de la penalización del aborto proviene del imperativo categórico sobre la dignidad que Kant (1785) plantea en Fundamentación de la metafísica de las costumbres, y de una contradicción bioética que supondría el someter la vida de una persona a un análisis utilitarista de costo beneficio en los términos de esas pérdidas (Andorno, 2012).

Por lo tanto, en el presente capítulo se busca evaluar los costos que implica la penalización del aborto en términos de salud y los costos que trae la atención hospitalaria de abortos inseguros, los costos judiciales de los procesos jurídicos planteados hacia mujeres que presuntamente abortaron y los costos sociales perdidos debido a los ingresos que dejan de percibir las mujeres que fallecieron por practicarse un aborto en condiciones inseguras. Cabe recalcar que este último costo, en el mismo tenor de ideas antes explicado, no busca ser un inútil y vacío análisis sobre el valor de la vida de las mujeres que fallecieron; la evaluación de este costo no implica, en lo absoluto, el valor incuantificable de la pérdida, pero sí describe un costo material efectivo, consecuencia de la penalización del aborto.

#### Costos sociales

Los costos sociales se pueden entender como pérdidas generalizadas de bienestar y su relación con los costos de oportunidad para generar bienestar. Pueden ser directos e indirectos, de acuerdo con su naturaleza (García et al., 2016). Por lo tanto, los costos de salud son directos, por el gasto que causan en sí los servicios de atención a las mujeres en este ámbito. Los de judicialización también son directos, por cuando son consecuencia directa de las denuncias de aborto. En su lugar, el costo social indirecto es la pérdida de productividad, por causar fallecimientos prematuros y evitables.

**Tabla N.º 2. Variables a utilizar en la estimación de costos**

Objetivo	Dimensiones	Costos	Variables
Estimación de los costos sociales de la penalización del aborto no especificado	Costos directos	Costos de salud	Hotelería
			Laboratorio
			Imagen
			Evaluación y manejo
			Procedimiento
			Anestesia
			Farmacología
	Costos indirectos	Pérdida de productividad	Misoprostol como procedimiento
			Consejo de la Judicatura
			Fiscalía General del Estado
			Costo de años de vida productivos perdidos

Elaboración propia.



## Costos directos

### Costos de salud

Para cuantificar los costos de pérdidas económicas en la atención de salud se utilizó la Metodología Ajustada de Costos de la Atención Postaborto (MCAP), empleada en varias investigaciones (Curioni, 2013; Darroch y Singh, 2011; Johnston, 2009; Juárez y Singh, 2013; Prada et al., 2012, 2014; Sedgh et al., 2012, 2016; Singh, 2010; Singh et al., 2019; Vlassoff et al., 2004, 2016; Vlassoff y Singh, 2016). Esta metodología ha sido validada por la OMS (2012); ajusta los costos para la atención postaborto, incluyendo dos tipos de costos: los directos (honorarios médicos y suministros) y los indirectos (capital y gastos generales) en el uso de los servicios de salud. La estimación de estos costos se basa en una encuesta médica a profesionales y administradores de los centros de salud (Singh et al., 2019).

Para tal análisis, se cuenta con el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud vigente desde 2014. Este es un instrumento técnico que regula y homologa los reconocimientos económicos que se transfieren por la atención brindada a los pacientes de la Red Pública Integral y Complementaria del Sistema Nacional de Salud. Es decir, especifica los montos máximos que un proveedor de salud debe reconocer por la atención de un paciente en el sistema de otro proveedor (MSP, 2014b). Así, por ejemplo, los costos de atención a un paciente militar (perteneciente al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISFFA) que se atiende en un hospital privado y viceversa, con una aseguradora privada.

Adicionalmente, la MCAP requiere de información en cuanto a las atenciones por aborto; esta se obtuvo del Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios de 2014 a 2019, que registra las atenciones de los establecimientos de salud con internación hospitalaria (de los niveles 2 y 3). Inicialmente, la MCAP utilizaba los procedimientos provenientes del Paquete Madre Bebé de la ONU (OMS, 1994, 1999); sin embargo, los procedimientos descontinuados y la aplicación de manuales y protocolos de atención del aborto en diferentes países permitió incluir valoraciones más precisas y adaptadas a cada realidad (Westoff, 2008). Por esta razón, para Ecuador se utilizan los datos proveniente de los manuales y guías de práctica clínica de “Atención del aborto terapéutico” (2015) y de “Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente” (2013) del MSP. Este segundo incluye la atención a los abortos no especificados que se analizan en la presente investigación. También se emplea información del “Manual de práctica clínica para un aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud” (2014) que es una base más detallada utilizada para la construcción de la guía de práctica médica del MSP. Existe información complementaria que no se especifica a detalle en los recursos antes mencionados. Por ejemplo, la frecuencia con la que realiza una ecografía pélvica o transvaginal, un recurso que el manual se plantea en repetidas ocasiones como necesario o innecesario en diferentes casos, por lo que, para calcular la frecuencia con la que se realizan estos procedimientos, se encuestó a 23 ginecólogos/as y médicos/as obstetras, que hayan laborado como tal en cualquier centro de salud con internación hospitalaria en Ecuador en los últimos 5 años (ver Anexo S).

La metodología de costos de atención post aborto incluye en su análisis una estimación adicional sobre el número de abortos, con base en la experiencia de los médicos y la atención de los abortos O03 al O08 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su última versión (CIE-10). Esto es porque se admite que los diagnósticos de aborto médico, espontáneo, no especificado, otro aborto, etc. son confundidos en el inicial y, finalmente, todos contienen casos de otras categorías de diagnóstico. En Ecuador, la información, en cuanto a los casos de aborto que se confunden con el no especificado no es clara y no es determinante; por ello, esta investigación asume que los abortos no especificados son los únicos sobre los que se puede tener certeza de que incluyen los inducidos e inseguros, por no haber sido iniciados en un centro de salud de la red integral. Por lo tanto, los costos de los abortos no identificados (que no son tratados en un establecimiento de salud formal), mal diagnosticados o confundidos con los otros son un subregistro importante que no se puede determinar. Por ese motivo, la investigación utiliza, únicamente, los costos institucionales y oficiales que se pueden observar en el registro de los abortos no especificados (O06 en el CIE 10).

### Atención hospitalaria

El tarifario médico es una herramienta técnica que incluye y diferencia el reconocimiento económico de la atención de salud en términos de los servicios que se ofrecen; están diferenciados en seis. Sin embargo, para el cálculo de los costos se utiliza únicamente cuatro, de los cuales existe información suficiente para analizar; estos son de hotelería<sup>15</sup>, los servicios de diagnóstico, exámenes y procedimientos<sup>16</sup>, evaluación y manejo<sup>17</sup>, y el procedimiento<sup>18</sup>.

La forma en la que se obtiene el valor económico por las atenciones según el tarifario médico es a través de dos de dos sistemas de conversión. Cada procedimiento o componente de las categorías anteriormente mencionado contiene una Unidad de Valor Relativo (UVR). Este valor se encuentra diferenciado entre los niveles de atención; es decir, si se trata de un establecimiento de salud del segundo o tercer nivel; pero toma en cuenta la complejidad del servicio, tiempo, habilidad, severidad de la atención y los riesgos, tanto para el paciente como para el tratante (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2014b). Adicionalmente cada categoría de atención cuenta con un factor de conversión monetaria que representa

<sup>15</sup> Incluye los servicios de habitación, el cuidado y manejo diario, la dieta hospitalaria, los derechos de uso de salas (de cuidados y quirúrgicos).

<sup>16</sup> Incluye exámenes de laboratorio, sangre y servicios de imagenología.

<sup>17</sup> Incluye el ingreso, atención y diagnóstico en emergencias, la atención subsecuente y el alta hospitalaria.

<sup>18</sup> Incluye, en el caso de aborto quirúrgico, el procedimiento y la anestesia; mientras que en los abortos farmacéuticos, la provisión de misoprostol.

unidades de dinero y clasifica los servicios institucionales y profesionales (MSP, 2014a). El valor en dólares del servicio se obtiene multiplicando el factor de conversión monetaria con la unidad de valor relativo, de acuerdo con las particularidades de cada caso.

En ese sentido, se utilizó el programa SPSS para generar la sintaxis que calcule automáticamente los costos para los diferentes años. La Tabla N.º 3 detalla la forma en la que se utilizó la información del Registro de Camas y Egresos Hospitalarios y el Tarifario Médico de Prestación y Servicios, entre otros recursos, para considerar los costos de atención de salud. Cabe recalcar que hay varios que no se incluyeron por falta de información, pues los datos exactos de cada caso, en cuanto a complicaciones, procedimientos especiales y demás, solo podría ser evaluado analizando uno por uno los historiales clínicos, o al menos una muestra de ellos, lo cual es imposible por ser confidenciales.

**Tabla N.º 3. Variables incluidas en los costos de salud**

Código	Servicio	Detalle del servicio	Forma de uso en el cálculo
CHcubur_f	Hotelería	Cubículo de urgencias	Una sola vez, menos de 6 horas según tarifario
CHcuidiario_f		Sala de observación/urgencias	Una vez de las 6 primeras horas de urgencia (a partir del segundo día)
CHhab_f		Habitación	Por día, a partir del tercer día
Chalim_f		Cuidado y manejo diario	Por día, desde el ingreso
CHsob_f		Alimentación	Por día, 5 alimentos solo a partir de las 24 horas
TOThot		Costo total de hotelería	
CLemb_f	Laboratorio	Prueba de embarazo	Una sola vez, incluye si fue externa o no al establecimiento de salud. Estipulada en protocolo.
CLgrh_f		Test de laboratorio para grupo sanguíneo y factor Rhesus.	Una sola vez en el centro de salud, según protocolos.
CLclam_f		Chlamydia trachomatis y anaerobios	Una sola vez en el centro de salud, según protocolos.
Clbioh_		Biometría hemática	Al menos una vez en el centro de salud, según protocolos.
CLcpL_f		Perfil hepático y Química sanguínea	Al menos una vez en el centro de salud, según encuesta.
CLhem_f		HIV	Al menos una vez en el centro de salud, según protocolos.
CLtp_f		TP y TTP	Al menos una vez en el centro de salud, según encuesta.
TOTlab		Costo total de exámenes de laboratorio	
TOTimag	Imagen	Ecografía pélvica o transvaginal	Al menos una vez en el centro de salud, según encuesta.
TOTeme	Evaluación y manejo	Visita en emergencia para evaluación y manejo	Una vez, en el ingreso y diagnóstico de la paciente por emergencia, cuidado subsecuente y el alta hospitalaria
CTins	Procedimiento	Inserción de dilatador cervical (Laminaria o prostaglandinas)	Una vez, de acuerdo con la estimación del MSP
CTqui		Tratamiento quirúrgico de aborto incompleto	Una vez, de acuerdo con la estimación del MSP
CTqui		Tratamiento quirúrgico de aborto séptico	Una vez, de acuerdo con la estimación del MSP en O060 y O065
TOTtrat		Costo total del tratamiento quirúrgico	
TOTane	Anestesia	Anestesia tratamiento + inserción de dilatador	Una vez, según tarifario por procedimiento
TOTts	Sangre	Transfusión de sangre	Una sola vez, en los casos con hemorragia excesiva (valor menor al reportado en la encuesta) por procedimiento y componentes sanguíneos
TOTmiso	Misoprostol	Misoprostol en tratamientos farmacológicos	2 400 gramos en 3 dosis según OMS
TOTibu	Ibuprofeno	Medicamento para el dolor post tratamiento	3 600 gramos en 6 dosis según la encuesta y la OMS
TOT	Costo total de salud		Hotelería + Laboratorio + Imagen + Evaluación y manejo + Procedimiento + Anestesia + Misoprostol

**Fuente:** Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios (2014 - 2019), Manual de práctica clínica para un aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud (2014), Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud (2014), Guías de práctica clínica de atención del aborto terapéutico MSP (2015) y de diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente MSP (2013) y Encuesta realizada a ginecólogos y obstetras ecuatorianos.

### Costo de hotelería

El costo en servicios de hotelería de 2014 a 2019 es de USD 3,38 millones. El año con mayor gasto en este rubro fue 2014, por USD 0,9 millones. El gasto promedio por paciente en este valor es de USD 56,80 debido a que la mayor parte de tratamientos no superan un día de estadía. El valor mínimo que cuesta cada atención por servicios de hotelería es de USD 27,87 por usuaria. En contraste, el valor más alto gastado por paciente por este componente es de USD 19 mil, que corresponde a una mujer cuya estadía fue de, aproximadamente, 2 años según el registro.

**Tabla N.º 4. Costo de hotelería**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Media	57,30	58,46	54,27	55,30	58,73	56,76
Mínimo	27,87	27,87	27,87	27,87	27,87	27,87
Máximo	4 693,73	19 071,08	4 840,68	3 276,90	2 025,88	1 608,87
Suma	904 395,61	736 950,62	571 546,46	550 217,79	383 010,96	230 089,42

Elaboración propia.

### Costos de laboratorio

Este costo es el más importante en la atención de los abortos no especificados. Al ser ingresos por urgencia, el diagnóstico requiere varios exámenes de laboratorio, principalmente de sangre, que incluyen la prueba de embarazo cuantitativo, componentes sanguíneos y dos enfermedades de transmisión sexual, cuya detección es particularmente importante para el tratamiento: HIV y Chlamydia trachomatis. Según las encuestas a profesionales, se realiza un examen de laboratorio de VDRL para la detección de sífilis, procedimiento que el manual del MSP ubica como opcional; sin embargo, no se pudo incluir por su ausencia en el tarifario de prestaciones médicas.

Durante el periodo 2014-2019 se gastó más de USD 9.3 millones por el concepto de exámenes de laboratorio a las mujeres con diagnóstico de aborto no especificado. El costo promedio por los exámenes de laboratorio fue de USD 192,9 por paciente, considerando un mínimo de USD 191,13 y un máximo de USD 199,4. El año con mayor gasto por concepto de exámenes es 2014, con cerca de USD 3 millones, mientras que para 2019, este costo fue de USD 778 mil; aproximadamente una cuarta parte que el gasto incurrido por este rubro 5 años atrás.

**Tabla N.º 5. Costos de laboratorio**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Media	193	192,8	193,2	193,652	192,685	191,8
Suma	3 047 629,9	2 431 356,4	2 035 317,3	1 926 838,5	1 256 691,3	777 946,7

Elaboración propia.

### Costos de imagen

Los costos en imagen incluyen únicamente una ecografía, ya sea pélvica o transvaginal<sup>19</sup>. El dato recogido indica que, en promedio, se utiliza en el 87 % de los casos. Debido a la falta de información en cuanto al número de ecografías realizadas por paciente, se utiliza una como el valor mínimo para el 87 % de los casos. Es así que se determina que de 2014 a 2019 se gastaron USD 1,1 millones por concepto de los exámenes de imagen, a un costo individual de USD 25,15. Este es un valor constante; para ubicar el año de mayor gasto en este rubro, es necesario cruzarlo con la cantidad de pacientes tratados por esta causa; por tanto, siendo que en 2014 se atendió a un mayor número de mujeres, con 15,8 mil pacientes por aborto no especificado, se gastaron USD 292 mil en imagen. Mientras que para 2019, se habrían gastado USD 73 mil por este concepto.

<sup>19</sup> En el manual del MSP se especifica que el ultrasonido es útil para la detección y diagnóstico, en particular, para diferenciar un embarazo ectópico de uno pleno, y particularmente en las mujeres con aborto recurrente, aunque habla de este como un procedimiento no necesario en todos los casos. Es por esto que se incluyó una pregunta en la encuesta a los profesionales de salud, solicitando que especifique la frecuencia con la que aplica este procedimiento.

**Tabla N.º 6. Costos de imagen**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Media	18,5	18,2	18,6	18,9	18,5	18,1
Suma	291 635,1	229 362,5	195 439,5	188 025,1	120 355,2	73 263,4

Elaboración propia.

**Costos de evaluación y manejo**

La evaluación y manejo implica la coordinación y cuidados al paciente en todos los procedimientos. Para este caso se utilizaron los costos mínimos, que incluyeron la visita en emergencia para evaluación y manejo de una paciente, el cuidado subsecuente de la atención y el alta hospitalaria. Estos componentes incluyen, en general, el desarrollo de la historia clínica, la toma de decisiones médicas, consejería y coordinación del cuidado, examen final del estado de salud y la información e indicaciones al paciente o familiares en las distintas etapas. En este caso, los servicios antes mencionados se aplican una vez para cada paciente y la estimación del costo de estos tres componentes implican un valor de USD 54,27.

**Tabla N.º 7. Costos de evaluación y manejo**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Suma	856 543,41	684 127,62	571 571,64	539 986,50	353 948,94	220 010,58

Elaboración propia.

**Costos de tratamiento quirúrgico**

En el costo del tratamiento quirúrgico se toman en cuenta dos componentes, que son la dilatación cervical —ya sea mediante laminaria o prostaglandinas— y el aborto quirúrgico de aborto incompleto, en cualquier trimestre; ya sea mediante legrado uterino instrumental o aspiración manual endouterina, o el aborto séptico, en casos de infección genital y pelviana.

Para estimar los casos en los que se trató mediante un aborto quirúrgico y diferenciarlos de los que se lo hizo mediante un tratamiento farmacológico con misoprostol se utiliza una estimación de las frecuencias de cada procedimiento, realizada por el Ministerio de Salud Pública, Senplades, el Fondo de población de la Naciones Unidas y Sendas (2017). En esta publicación se identifican los casos de acuerdo con la región, siendo así que en la Sierra el 74,18 % de los abortos se realizaron mediante aborto quirúrgico y el resto, mediante tratamiento farmacológico. En la Amazonía, se utilizó en un 81,92 % de los casos de tratamiento quirúrgico y 17,08 % farmacológico. Mientras, en la Costa el 86,55 % de los casos fueron tratados mediante procedimientos quirúrgicos y el 13,44 % con misoprostol. Dado que la norma vigente en cuanto a procedimientos y leyes fueron anteriores a dicha estimación, se asume que la frecuencia relativa de los procedimientos utilizados para los casos de aborto no cambia en años anteriores y posteriores a la estimación. Por ello, los costos de la presente evaluación utilizan las mismas frecuencias.

En este caso, los costos más importantes son los tratamientos de aborto sépticos y, en conjunto, con el tratamiento de dilatación, su costo es de USD 157. El gasto en los tratamientos quirúrgicos desde 2014 hasta 2019 es de más de USD 4 millones. Los costos en los casos en los que se utilizó el tratamiento farmacológico mediante misoprostol se consideran más adelante.

**Tabla N.º 8. Costos de tratamiento quirúrgico**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Media	99,98	100,23	100,51	101	100,07	99,32
Suma	1 580 045,2	1 263 460,3	1 058 421,5	1 003 819,4	653 183,1	401 523,5

Elaboración propia.

### Costos de transfusión sanguínea

Los costos de transfusión sanguínea se utilizan en los casos de hemorragia excesiva o shock hipovolémico. Se toman en cuenta dos valores, que son del costo de la sangre reconstituida, que es de USD 105, y del procedimiento en el hospital, que implica un costo individual de USD 119,6 para las pacientes a quienes se les realizó una transfusión. El gasto por este componente es de USD 108 mil de 2014 a 2019.

**Tabla N.º 9. Costos de transfusión sanguínea**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Suma	3 945,51	44 954,90	32 759,69	10 282,24	10 162,68	5 738,92

Elaboración propia.

### Costos de anestesia

Los costos en anestesia incluyen los insumos del procedimiento y los honorarios médicos por aplicación y control. Estos tienen un costo de USD 160,08 por persona y únicamente se aplica con las pacientes que fueron tratadas mediante un aborto quirúrgico. En este caso, entre 2014 y 2019, los gastos son de más de USD 7 millones.

**Tabla N.º 10. Costos de anestesia**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Suma	1 880 811,8	1 501 596,48	1 258 764,2	1 193 879	775 953,1	476 630,9

Elaboración propia.

### Costo del misoprostol como procedimiento

Los casos en los que no se trató a las pacientes mediante un aborto quirúrgico, se lo hizo mediante aborto terapéutico, lo cual consiste en tres dosis de 800 g de misoprostol por vía vaginal o sublingual. Este tratamiento es válido hasta la semana 24 de embarazo; sin embargo, debería ser administrada siempre bajo receta médica, dado que las cantidades podrían variar de acuerdo con la edad de la paciente y si ha tenido abortos anteriormente (OMS, 2014). Cada dosis de 200 gramos de misoprostol, según los precios techo de medicamentos actualizado trimestralmente por la Secretaría Técnica de Fijación de Precios de Medicamentos, es de USD 0,50 cada una, por lo que el tratamiento completo tiene un costo de USD 6. En este caso, no se aplican costos de procedimiento porque este puede ser realizado por la paciente en el establecimiento de salud o, inclusive, puede enviarse mediante receta para ser utilizado en el hogar de la paciente. Igualmente, en estos casos se cuenta con la atención en urgencias, el diagnóstico, y el alta hospitalaria. En este caso, los costos por este concepto ascienden a USD 70,6 mil, debido a su bajo costo de aplicación (USD 6) en comparación con los USD 157 que cuesta un tratamiento quirúrgico.

**Tabla N.º 11. Costo del misoprostol como procedimiento**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Suma	18 822	14 886	12 516	11 856	7 680	4 812

Elaboración propia.

### Costo de fármaco para el dolor post tratamiento

Todos los procedimientos de aborto, tanto quirúrgicos como farmacológicos, pueden causar dolor y malestar en las mujeres en diferentes niveles, dependiendo de las complicaciones. En estos casos, la OMS recomienda brindar opciones para las pacientes, ya sea utilizando paracetamol o ibuprofeno. El manual del MSP indica que el tratamiento con paracetamol puede ser ineficiente para el tratamiento del dolor y, por lo tanto, se utiliza la receta de ibuprofeno para este cálculo. Adicionalmente, en la encuesta a profesionales de la salud se indicó que la receta promedio es de 6 dosis de 600 gramos cada una. En la lista consolidada de precios techo para los medicamentos, este medicamento tiene un costo de USD 0,54 la unidad, y por lo tanto, la dosis total tiene un costo de USD 3,20. Estas son recetadas para todas las pacientes, independientemente de si son provistas en el establecimiento de salud o de forma particular. En este caso, los costos de este procedimiento ascienden a USD 192 mil.

**Tabla N.º 12. Costo de fármaco para el dolor post tratamiento**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Suma	51 136,92	40 843,44	34 123,68	32 238	21 131,28	13 134,96

Elaboración propia.

### Costo total de salud

Los costos totales de salud incluyen todos los costos antes analizados y ascienden a un total de USD 32 millones y medio del 2014 al 2019, siendo el costo más bajo de este periodo el de 2019, cuando se gastó más de dos millones, mientras que en 2014 se incurrió en más de USD 8 millones por esta atención de salud. El costo de atención mínimo para cada mujer atendida es de USD 246,51. El máximo en los 6 años de análisis es de USD 19 mil en 2015, principalmente por concepto de estadía hospitalaria. En promedio, la atención de cada mujer tiene un costo de USD 548,2.

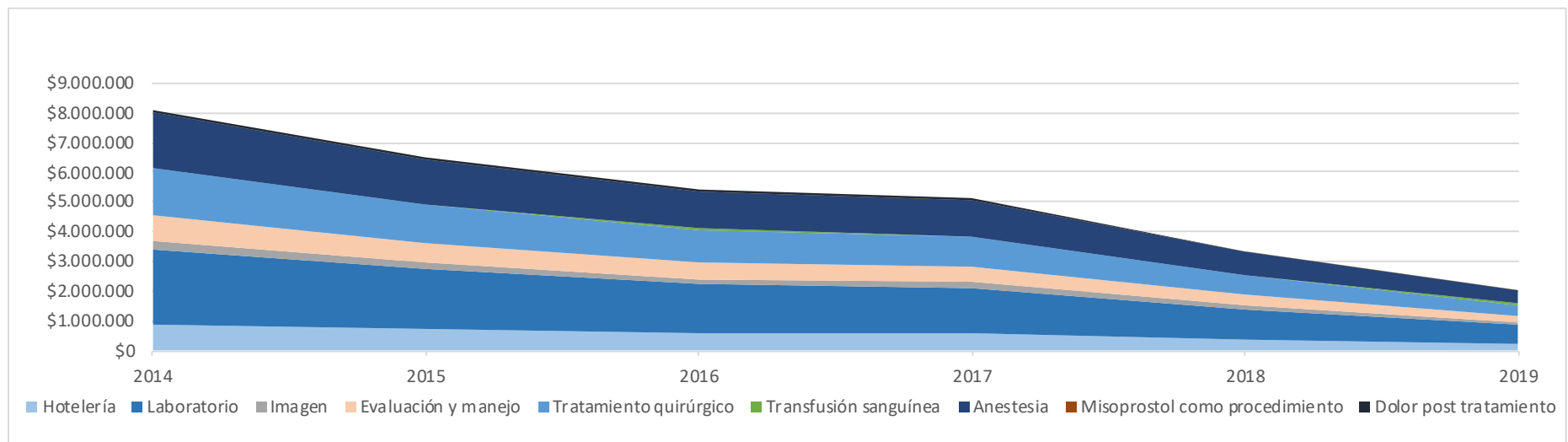
**Tabla N.º 13. Costo total de salud**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Media	510,64	515,12	511,67	512,33	512,66	507,70
Mínimo	246,51	246,51	246,51	246,51	246,51	246,51
Máximo	5 173,64	19 571,11	5 340,71	3 515,66	2 525,90	2 108,90
Suma	8 059 476,66	6 493 598,02	5 388 858,03	5 097 643,37	3 343 551,36	2 058 232,65

Elaboración propia.

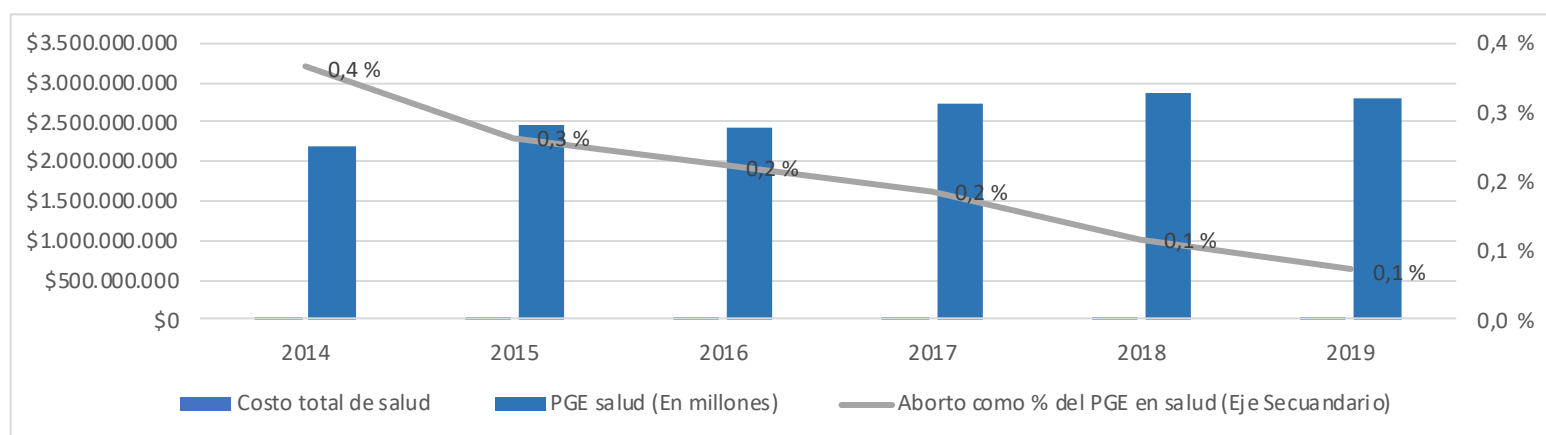
Al considerar la información sobre el número de abortos por año, durante el periodo de análisis hubo más de 59 mil abortos no especificados; esto indica alrededor de 27 abortos cada día. El 85,9 % de estos abortos se realizaron en el sector público, mientras que el 13,2 % en el sector privado con fines de lucro y el restante 1 % en el sector privado sin fines de lucro. En ese sentido, USD 28 millones corresponden a la atención en el sector público (86,3 % de los gastos). La mayor cantidad de atenciones se dio en la región de la Sierra; por lo tanto, el 51,8 % de los costos generados en atención son en esta región, mientras que el 42,4 % de los costos son ejecutados en la región Costa; el restante 5,8 % son de la Amazonía.

Los costos más importantes dentro de los analizados de 2014 a 2019 son los de exámenes de laboratorio, seguidos de tratamiento quirúrgico y anestesia, que representan el 35,2 %, 21,7 % y 18,2 %, respectivamente. El costo de tratamiento mediante misoprostol aplicado al 20 % de los abortos no especificados a nivel nacional fue el menos significativo, solo el 0,2 % del costo total, alrededor de USD 70 mil en todo el periodo (ver Gráfico N.º 17).

**Gráfico N° 17 Costo en atención de salud de aborto no especificado (2014-2019)**

Elaboración propia

El gasto en el tratamiento de las complicaciones del aborto no especificado que se obtuvo es una estimación de los costos mínimos reales; existe una subestimación debido a la falta de información precisa, considerando el subregistro y la confusión con otros diagnósticos, así como la falta de inclusión de otros procedimientos, exámenes, medicinas aplicados en los establecimientos de salud, que solo podrían ser estimados mediante la revisión de las historias clínicas a las que no se tiene acceso. En ese contexto, los USD 32 millones que costó esa atención, si bien no toda es del sector público, representó el 0,4 % del Presupuesto General del Estado (PGE) destinado a salud. El incremento del gasto público en salud, más la importante reducción de las atenciones por aborto no especificado, hacen que en 2019 el gasto sea del 0,1 % del PGE en salud (ver Gráfico N.º 18).

**Gráfico N° 18 Costo de salud del aborto versus gasto público en salud (2014-2019)**

Fuente: Ministerio de Economía y finanzas (2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020)  
Elaboración propia.

### Costos judiciales institucionales

La estimación de los costos institucionales implica, entre otros, los gastos en los sistemas policiales y judiciales, que son los costos de prisión, detención de las personas, costos de los procesos judiciales y otros (Buvinic, 2008; Chacón y Sauma, 2006; PNUD, 2013). En este sentido, para la presente investigación se toman en cuenta únicamente los costos de judicialización, por cuanto no hay acceso a la data en relación con los otros rubros. Para esto, se definen dos costos principales en las instituciones, utilizando la metodología empleada por Bruzzone (2016).

Los costos de judicialización del aborto en el Consejo de la Judicatura se estiman con base en los salarios de los jueces que guían los procesos penales y sus respectivos secretarios de las unidades judiciales. Si bien existen otros costos que pueden ser privados —como el gasto en abogados defensores—, debido a la disponibilidad de información, se analiza el gasto desde un enfoque público y se incluyen únicamente los salarios en estos casos desde los costos de la FGE. Estos se estiman con base en los salarios de agentes fiscales, un secretario de Fiscalía y un asistente de Fiscalía, que es un equipo mínimo de trabajo para cualquier proceso.

### Costos de Consejo de la Judicatura

Los costos del Consejo de la Judicatura se calculan según información remitida por la dirección de estadística del CJ, que la presentó el miércoles 29 de abril de 2020. Muestra los casos de marzo de 2014 hasta abril de 2020, por lo que se excluyen los cinco casos que ingresaron en 2020, asumiendo que por el tiempo fueron tratados únicamente en una unidad judicial. Esta información incluye el número de jueces que atendieron casos de violación al artículo 149 del COIP de acuerdo con el tipo de juez de la Corte Nacional, de la Sala de la Corte Provincial, de un Tribunal penal y de una unidad judicial con sus respectivos salarios. Además de la estimación provista por el CJ, se incluye el costo del secretario o secretaria de los juzgados y unidades judiciales para cada caso, con lo cual el costo de la judicialización de los casos de aborto analizados de 2014 a 2019 es de USD 297,3 mil.

**Tabla N.º 14. Gasto en salarios del Consejo de la Judicatura por casos del artículo 149 del COIP (2014-2020)**

Tipo de juez	Cantidad jueces	Sueldo mensual	Sueldo periodo	Costo total
Juez Corte Nacional	2	USD 5 634	USD 292 968	USD 2 039
Juez Sala de Corte Provincial	21	USD 5 011	USD 260 572	USD 19 046
Juez Tribunal Penal	42	USD 4 406	USD 229 112	USD 33 492
Juez Unidad Judicial	184	USD 4 164	USD 216 528	USD 138 669
Secretario de Juzgado y Unidades Judiciales	249	USD 2 308	USD 120 016	USD 104 012
<b>Costo total</b>				<b>USD 297 258</b>

Fuente: Consejo de la Judicatura (2020)  
Elaboración propia.

### Costos de la Fiscalía General del Estado

Como referencia, se toman en cuenta los procesos de violación al artículo 149, aborto consentido; y 147, aborto con muerte. Se analiza como el tiempo de la acción fiscal, entre el registro del caso y asignación de un fiscal, hasta la fecha del último impulso y acción en los casos resueltos. En los casos no resueltos, se toman en cuenta los salarios generados hasta el 31 de diciembre de 2019. La información para este costo es provista por la FGE, el 21 de septiembre de 2020, donde constan las fechas a tomar en cuenta de acuerdo con la vigencia de los procesos y la tabla de la remuneración mensual por puesto, publicada en la página de transparencia de FGE, según lo indica la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública LOTAIP (2004).

Según esta información, como muestra la Tabla N.º 15, se estima el costo de las remuneraciones de FGE como ente investigador de los procesos judiciales relacionados con el aborto. Dicho valor se obtiene estimando que cada año ingresan, en promedio, 347 819 denuncias para ser tratadas por 840 equipos de Fiscalía, por lo que cada agente fiscal trata, en promedio, 414 casos cada año. Posteriormente, se obtiene el tiempo de duración de los procesos relacionados con el aborto. Es decir, se evalúan los costos de FGE como si un solo equipo fiscal hubiese utilizado todo su tiempo de empleo a tratar todos los casos de aborto en el periodo de consideración. Así, se estima que el costo de la acción fiscal es de USD 170,6 mil de 2014 a 2019.

**Tabla N.º 15. Costos de la acción fiscal (2014-2020)**

Funcionario	Salario anual	Tiempo en años	Total
Agente fiscal	49 968	1,9	USD 95 860,67
Secretario de Fiscalía	24 408	1,9	USD 46 825,31
Asistente de Fiscalía	14 544	1,9	USD 27 901,81
<b>TOTAL</b>			<b>USD 170 587,80</b>

Fuente: Fiscalía General del Estado (2020)  
Elaboración propia.



## Costos indirectos

### Pérdida de la productividad

Los costos en términos de la productividad perdida son montos que dejan de percibir la economía y las familias de las personas afectadas debido a una muerte prematura evitable. El indicador de años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) es utilizado principalmente en el ámbito de la salud para cuantificar las pérdidas de salud que ocasiona un fallecimiento (Romeder y Mcwhinnie, 1977; Velásquez, 2006). Según esta metodología, se emplea la siguiente fórmula, donde L es el límite arbitrario de las edades establecido por la esperanza de vida, x la marca de clase del grupo de edad de fallecimiento y dx es el número de muertes en la edad de cada grupo según su marca de clase:

$$APP = \sum_{X=Q}^L d_x(L-x)$$

Este cálculo de la productividad perdida por muerte prematura implica tres nociones: el incremento anual de los salarios, la tasa de descuento social que muestra la preferencia por el presente y los salarios que una persona recibe a lo largo de su vida en las diferentes edades y el valor presente de pagos futuros obtenidos mediante el VAN (Bruzzone, 2016). La información que requiere este cálculo son los salarios promedio de cada edad, que es obtenido de la encuesta nacional de empleo y desempleo (INEC, 2020a), en donde se obtuvieron los salarios promedio según los rangos de edad ya establecidos por el INEC en las bases de datos; estos son de 0 a 14, de 15 a 24, de 25 a 34, de 35 a 44, de 45 a 64 y mayores de 65.

El número y las edades de las mujeres que fallecieron se obtienen del registro de camas y egresos hospitalarios del INEC (2019a) y de la información de la FGE con respecto a los delitos de aborto con muerte. La expectativa de vida para este cálculo se obtuvo de la estimación de la OMS (2018), que establece la esperanza de vida según grupos de edad y sexo, considerando los rangos de salarios futuros para los diferentes grupos de edad, iniciando con la marca de clase de la edad de su muerte. La evolución de estos indicadores se encuentra en la Tabla N.º 16.

**Tabla N.º 16. Salario, esperanza de vida y fallecimientos por aborto inseguro (2014-2019)**

Rango de edad	Indicador	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mujeres de 0-14 años	Ingreso mensual promedio	101,3	135,6	178,9	94,2	112,8	178,3
	Ingreso anual promedio	1 215,5	1 626,8	2 146,5	1 130,0	1 353,3	2 140
	Esperanza de vida	76	76	76,1	76,1	76,1	76,1
	Número de muertes	1	2	1		1	
Mujeres de 15-24 años	Ingreso mensual promedio	282	276,4	288	304,2	316,4	297,1
	Ingreso anual promedio	3 383,7	3 316,8	3 456	3 650,8	3 796,9	3 565,8
	Esperanza de vida	63,3	63,3	63,3	63,3	63,3	63,3
	Número de muertes	4	2	2	1	2	1
Mujeres de 25-34 años	Ingreso mensual promedio	424,1	438,7	467,2	457	454,1	449,3
	Ingreso anual promedio	5 089,6	5 264,6	5 606,5	5 483,5	5 449	5 391,7
	Esperanza de vida	53,7	53,7	53,7	53,7	53,7	53,7
	Número de muertes	3	5	4	2	3	3
Mujeres de 35-44 años	Ingreso mensual promedio	419,6	458,2	454,3	465,5	450,7	459
	Ingreso anual promedio	5 035,4	5 498,4	5 451,5	5 586	5 409	5 507,5
	Esperanza de vida	44,2	44,2	44,3	44,3	44,3	44,3
	Número de muertes	1	2			2	

**Fuente:** OMS (2018), ENEMDU - INEC (2020), Registro de camas y egresos hospitalarios - INEC (2020) y Fiscalía General del Estado (2020)  
Elaboración propia.

La tasa de descuento social es comúnmente utilizada en el análisis de factibilidad de inversión; es una tasa que representa un costo de oportunidad; para el caso de una inversión, es el valor que al menos se busca recuperar; y para proyectos sociales, esta muestra la preferencia por el tiempo presente. Para este fin, el Banco Interamericano de Desarrollo recomienda utilizar la tasa oficial establecida por cada país (Campos y Serebrisky, 2016). En el caso de Ecuador, la Secretaría Técnica Planifica Ecuador utiliza en sus proyectos una tasa social de descuento del 12 %. Esta será la utilizada en la presente investigación. Adicionalmente, el cálculo de los salarios futuros se obtiene mediante el uso de la inflación anual promedio durante el periodo de análisis, que es de 1,36 % (INEC, 2020b).

Dado que los salarios según el grupo de edad cambian año a año, al igual que el número de muertes por rango de edad, se calculan los costos individualmente por año. Una vez obtenidos los datos, se multiplica el ingreso promedio por los 12 meses, para conocer el ingreso anual promedio para cada grupo de edad. Se calculan los ingresos futuros que las mujeres obtendrían en cada rango de edad futuro tomando en cuenta el crecimiento anual del salario con base en el incremento del índice de precios al consumidor (IPC). Se traen esos ingresos a valor presente utilizando la tasa de descuento y se multiplica por los años en cada rango de edad. Finalmente, se suman los ingresos de cada rango y se multiplica por el número de fallecimientos.

**Tabla N.º 17. Años de vida perdidos 2014-2019**

Año	Rangos de edad	Edad promedio	Años de esperanza de vida	Años perdidos por mujer	Número de muertes	Años de vida perdidos	Valor presente del ingreso perdido por mujer	Valor económico de los años perdidos por muerte prematura
2014	0-14	7	83	76	1	76	228 635,23	228 635,23
	15-24	19,5	82,8	63,3	4	253,2	165 158,36	660 633,44
	25-34	29,5	83,2	53,7	3	161,1	121 277,46	363 832,38
	35-44	39,5	83,7	44,2	1	44,2	77 802,23	77 802,23
	<b>TOTAL</b>				<b>9</b>	<b>534,5</b>		<b>1 330 903,28</b>
2015	0-14	7	83	76	2	152	232 633,37	465 266,74
	15-24	19,5	82,8	63,3	2	126,6	166 655,77	333 311,54
	25-34	29,5	83,2	53,7	5	268,5	122 360,71	611 803,55
	35-44	39,5	83,7	44,2	2	88,4	77 065,71	154 131,42
	<b>TOTAL</b>				<b>11</b>	<b>635,5</b>		<b>1 564 513,25</b>
2016	0-14	7	83,1	76,1	1	76,1	238 052,31	238 052,31
	15-24	19,5	82,8	63,3	2	126,6	169 451,38	338 902,76
	25-34	29,5	83,2	53,7	4	214,8	123 529,56	494 118,24
	<b>TOTAL</b>				<b>7</b>	<b>417,5</b>		<b>1 071 073,31</b>
2017	15-24	19,5	82,8	63,3	1	63,3	175 722,36	175 722,36
	25-34	29,5	83,2	53,7	2	107,4	128 709,52	257 419,04
	<b>TOTAL</b>				<b>3</b>	<b>170,7</b>		<b>433 141,40</b>
2018	0-14	7	83	76	1	76	242 339,37	242 339,37
	15-24	19,5	82,8	63,3	2	126,6	174 219,58	348 439,16
	25-34	29,5	83,2	53,7	3	161,1	127 030,07	381 090,21
	35-44	39,5	83,7	44,2	2	88,4	80 795,81	161 591,62
	<b>TOTAL</b>				<b>8</b>	<b>452,1</b>		<b>1 133 460,36</b>
2019	15-24	19,5	82,8	63,3	1	63,3	173 442,37	173 442,37
	25-34	29,5	83,2	53,7	3	161,1	127 206,67	381 620,01
	<b>TOTAL</b>				<b>4</b>	<b>224,4</b>		<b>555 062,38</b>
<b>Costo total de productividad por muerte prematura</b>					<b>42</b>	<b>2 434,7</b>		<b>6 088 153,98</b>

Elaboración propia

Así, se obtiene que el costo total de las muertes prematuras evitables es de USD 6,9 millones para el periodo 2014-2019. El año con mayor número de muertes es 2015, cuyo costo por pérdida de productividad es USD 1,6 millones, mientras que el año con menor número de muertes, y por tanto con menor costo, es 2017: USD 433 mil. El total de años de vida perdidos en consideración de las mujeres que fallecieron como consecuencia de la penalización del aborto durante este periodo es de 2 434,7 años.

### Costos totales del aborto

Los costos totales identificados de la penalización del aborto incluyen los costos de salud, de judicialización y de la productividad perdida por muerte prematura. Estos, para Ecuador, ascienden a USD 39,15 millones. Los más representativos son los costos de judicialización, seguidos de los gastos en salud.

**Tabla N.º 18. Costos de la penalización del aborto 2014-2019**

Costo	Valor	%
Costos de atención hospitalaria	USD 32 589 063	83,3 %
Costos de Fiscalía General del Estado	USD 170 588	0,4 %
Costos del Consejo de la Judicatura	USD 297 258	0,8 %
Costo de Productividad por muerte prematura	USD 6 088 154	15,6 %
Costo total de la penalización del aborto	USD 39 145 063	100 %

Elaboración propia

### Análisis de los costos

Se siguió el método de estimación mediante el uso del tarifario médico. Si el tratamiento de todos los abortos se hubiera realizado de forma segura, como lo indica la OMS (2014), únicamente mediante una consulta externa de 10 minutos en un centro de salud de primer nivel (incluyendo controles esenciales para la consulta) más la provisión de misoprostol e ibuprofeno en todos los casos, el costo de todos los procedimientos podría haber sido de USD 1 059 000 para todos los abortos no especificados de 2014 a 2019. Representa un 2,7 % de los costos reales efectivos.

**Tabla N.º 19. Costos de la penalización del aborto como parte del Presupuesto General del Estado (PGE)**

Sector	Devengado 2019 (USD millones)	Participación en el PGE	Gasto en penalización del aborto
Tesoro nacional	19 801,5	56,7 %	0,03 %
Educación	4 887,4	14 %	0,13 %
Salud	2 816,6	8,1 %	0,23 %
Asuntos internos	1 717,9	4,9 %	0,38 %
Defensa nacional	1 577,59	4,5 %	0,41 %
Bienestar social	1 121,27	3,2 %	0,58 %
Jurisdiccional	550,92	1,6 %	1,18 %
Comunicaciones	349,73	1 %	1,87 %
Administrativo	321,45	0,9 %	2,03 %
Desarrollo urbano y vivienda	304,9	0,9 %	2,14 %
Otros sectores	1 446	4,1 %	0,45 %
Total PGE	34 895,4	100 %	0,02 %
PIB	107 436		0,01 %

**Fuente:** Ministerio de Economía y Finanzas (2019)  
Elaboración propia.

En promedio, de 2014 a 2019 se gastaron USD 6,5 millones por la penalización del aborto cada año. Si estos recursos se comparan con las asignaciones presupuestarias devengadas del Presupuesto General del Estado (PGE) para 2019, se obtienen las comparaciones de la Tabla N.º 19. Los gastos por la penalización del aborto representan un 0,02 % del PGE; este valor también representa el 2,14 % de lo gastado en desarrollo urbano y vivienda durante el mismo año. En cuanto a los gastos en salud y educación, el monto gastado por la penalización del aborto implica el 0,23 % y 0,13 %, respectivamente. El monto más grande asignado del PGE es el del tesoro nacional con cerca de USD 20 mil millones; la comparación de lo que se gastó en restringir el aborto es de 0,02 %. Los costos de la penalización del aborto son tan importantes que representan 0,01 % del producto interno bruto de 2019.

De todos modos, aunque los costos que implica para el Estado la penalización del aborto fuesen significativamente menos importantes, la discusión debería centrarse en las mujeres y sus derechos y libertades para ser y hacer. Como se analizó en el marco teórico, si bien la problemática alrededor de la penalización del aborto es un debate que se encuentra transversalizado por lo económico, no es únicamente un problema de costos. Y aunque puede ser entendido como una cuestión de costos de oportunidad en términos de recursos, el conflicto principal continúa siendo el uso de los cuerpos y la sexualidad como dispositivos de control político, y la construcción de la maternidad como rol de reproducción social único y necesario para la mujer.

## Conclusiones

En Ecuador el aborto está penalizado, a menos que se encuentre en riesgo la vida de la mujer embarazada o en caso de violación a una mujer que padezca discapacidad mental. Esta restricción no evita de manera definitiva que las mujeres aborten intencionalmente; independientemente de que la prohibición reduzca el aborto o no, las mujeres siguen abortando. Sin embargo, la restricción sí expone a las mujeres a hacerlo en condiciones de riesgo, en términos de su salud física, su condición psicológica y emocional, de fallecimiento, de ser enjuiciadas y encarceladas.

Estos riesgos y condiciones a los que expone a las mujeres la prohibición del aborto se dan en un contexto de desigualdades y de violencia hacia ellas. Las desigualdades son evidentes en el ámbito económico, laboral y el acceso a oportunidades, como la educación; son visibles en la violencia física, psicológica, sexual, patrimonial y obstétrica que sucede y se reproduce en todas las esferas, entornos, edades y territorios. La acción contra esta violencia no solo es responsabilidad del sistema judicial, es también del Estado, el mercado y la familia, que se han visto no solo ineficientes e ineficaces en la reducción y control de este maltrato, sino también indiferentes.

Partiendo de esta premisa, la penalización del aborto genera costos tanto para el Estado como para las mujeres y sus familias. La presente investigación demuestra los costos tangibles que se pudieron estimar; esto es, salud, institucionales de la judicialización y la pérdida de la productividad, entre 2014 y 2019.

Los costos de atención de salud, que incluyen los de hotelería, laboratorio, imagen, evaluación y cuidado, tratamiento quirúrgico o farmacéutico y medicinas post atención, en el periodo de estudio alcanzan USD 32 589 063,2. Este costo, en promedio, de las mujeres que se atendieron en el sistema de salud nacional es de USD 512,06. Los costos institucionales de judicialización se calculan únicamente en relación con la Fiscalía General del Estado y el Consejo de la Judicatura, en términos de salarios por día de los casos vigentes del personal mínimo que requiere cada equipo en cada institución. Este valor llega a USD 467 846 en el lapso de análisis. Finalmente, el costo de la pérdida de productividad como consecuencia de los fallecimientos de las mujeres por un aborto no especificado, incluyendo los casos de delitos de aborto con muerte, se estimó en USD 6 088 154 entre 2014 y 2019. Esta incluye los salarios futuros en los rangos de edad que tendrían las mujeres, los incrementos de los salarios en el tiempo con respecto a la inflación, el valor presente de las remuneraciones futuras y la tasa de descuento social que muestra la preferencia por el presente. Es importante recalcar que estos costos no representan el valor de la vida de las mujeres que fallecieron por haber decidido sobre su cuerpo; sin embargo, son un costo material efectivo como consecuencia de la penalización del aborto. Además, resulta importante recalcar que los años perdidos por las 42 mujeres que fallecieron como consecuencia de la penalización del aborto son 2 435, lo cual en promedio es aproximadamente 58 años por cada mujer fallecida.

En suma, el costo total estimado de mantener la penalización del aborto en Ecuador, de 2014 a 2019, es de USD 39 145 063, lo cual indica un promedio de USD 6 524 177 anuales. Este último valor representó un 0,01 % del producto interno bruto, 0,02 % del Presupuesto General del Estado y un 0,23 % del gasto total en salud del PGE en 2019.

La penalización del aborto genera costos materiales, tanto para las mujeres que toman la decisión de abortar como para el Estado y la sociedad. Estos valores, aun cuando pueden ser subestimados por la limitada información, son significativamente mayores que la provisión legal de abortos seguros y gratuitos (2,7 % de los costos estimados). Estos costos seguirán existiendo mientras la penalización continúe y existirán hasta que las mujeres no sean realmente libres en cuanto a su capacidad de decidir sobre su cuerpo, y mientras se mantengan las condiciones de desigualdad y violencia en la sociedad.

La despenalización del aborto, bajo las estructuras de poder y dominación que se ejercen, se convierte en una contradicción a las estructuras de poder y de mandato social, porque transforma y reta las concepciones ideológicas sobre las que funcionan las sociedades y el Estado sobre el símbolo de la maternidad, el manejo de la sexualidad, la ética y la moral femenina

## Recomendaciones

Los datos reales y la producción estadística sobre información relevante en la toma de decisiones, cuya recopilación es obligación de las instituciones del Estado como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Fiscalía General del Estado y el Consejo de la Judicatura, debería tener mayor accesibilidad en términos de homologación de bases de datos y variables en el tiempo. Se debería reducir la burocracia en la solicitud de información, tiempo de respuesta; generar plataformas digitales accesibles y amigables y tipo de información relevante recopilada. Esto, con el fin de aportar y facilitar la investigación y la construcción del conocimiento, así como la toma de decisiones a quien corresponde.

La evidencia empírica demuestra que el gasto generado por la penalización del aborto en Ecuador representa una pérdida para la sociedad entera en términos económicos, así como en costos sociales, convirtiéndose en una política que reproduce desigualdades e inequidades, así como injusticia. Desde este punto de vista, la sociedad requiere que se reconsidere la penalización del aborto, y que el Estado atienda el aborto para reducir gastos, costos y riesgos.

La penalización del aborto posibilita la limitación de derechos (humanos, sexuales, reproductivos, a la salud, a la autodeterminación, a la vida, a la no discriminación y a la integridad de las mujeres). La posibilidad de que cause un solo fallecimiento, dolor, miedo, riesgo para la vida y salud de la mujer, estigmatización, maltrato, la posible exposición a la perpetuidad de la pobreza y el control y dominación estatal mediante el miedo a la muerte y al encarcelamiento para las mujeres más desfavorecidas, así como la culpa implantada para todas las mujeres, debería ser razón suficiente para evaluar de manera urgente su despenalización, por sobre cualquier costo que esto pueda implicar.

## Referencias

- Acevedo, C. (2008). The economic costs of violence in El Salvador. *América Latina Hoy* 50, 71-88.
- Águila Gutiérrez, Y., Hernández Reyes, V., y Hernández Castro, V. (2016). Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Revista Médica Electrónica*, 38(5), 697-710.
- Amnistía Internacional (2014). *Al borde de la muerte. Violencia contra las mujeres y prohibición del aborto en el Salvador*. 33-35.
- Andorno, R. (2012). Bioética y dignidad de la persona. *In Presses Universitaires de France, París* 2(2). [https://www.m-culture.go.th/mculture\\_th/download/king9/Glossary\\_about\\_HM\\_King\\_Bhumibol\\_Adulyadej's\\_Funeral.pdf](https://www.m-culture.go.th/mculture_th/download/king9/Glossary_about_HM_King_Bhumibol_Adulyadej's_Funeral.pdf)
- Arango, M., Muñoz, D., Rojas, M. L., Rivas, M. J., y Acevedo, N. (2013). Excluidas, perseguidas, encarceladas. El impacto de la criminalización absoluta del aborto en El Salvador. *Centro de Derechos Reproductivos*, 86.
- Asamblea Constituyente del Ecuador (2008). Constitución del Ecuador. *Registro Oficial* 4, 15-217.
- Asamblea general de la Organización de las Naciones Unidas (1993). *Resolución 48/104 de la Asamblea General sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres*. 10.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *Derecho Global. Estudios Sobre Derecho y Justicia*. <https://doi.org/10.32870/dgedj.v0i6.106>
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador (2014). Código Orgánico Integral Penal. *Registro Oficial No.- 180*, 1-144 p.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador (2018). *Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia en contra de las mujeres* (pp. 1-28).
- Batliwala, S. (1997). El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. *Poder y Empoderamiento de Las Mujeres*, 187-211.
- BBC (2020). Aborto en Argentina: el Senado legaliza la interrupción voluntaria del embarazo en las primeras 14 semanas. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55482291>
- Blazquez, G., Flores, F., y Ríos, M. (2010). Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales. *Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México*.
- Brown, W. (1992). Finding the Man in the State. *Feminist Studies*, 18(1), 7-34.
- Bruzzone, D. (2016). Costos económicos de la violencia contra la mujer : una estimación en el Distrito Metropolitano de Quito en el año 2013. *Facultad de Economía Pontificia Universidad Católica Del Ecuador*.
- Burkett, E. (2017). Women's movement: Political and Social Movement. *Encyclopedia Britannica*.
- Buvinic, M. (2008). Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención. *Pensamiento Iberoamericano*, 37-54. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2873313.pdf>
- Camacho, G. (2014). La Violencia de Género contra las Mujeres en el Ecuador. *In Consejo Nacional para la Igualdad de Género*. <https://issuu.com/comisiondetransicionec/docs/loja>

- Campos, J., y Serebrisky, T. (2016). Social discount rate and project evaluation Some practical reflections for Latin America and the Caribbean. *Banco Interamericano de Desarrollo*. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Tasa-de-descuento-social-y-evaluación-de-proyectos-algunas-reflexiones-prácticas-para-América-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Carmenati, M., y Gonzales, A. (2017). Disenchantment and Challenge of Equality Agendas: the Case of Abortion in Ecuador. *Dossiers Feministes*, 22, 139-155. <https://doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.9>
- Casas, L., Vivaldi, L., Silva, M. C., Bravo, M. C., Navarro, C., y Sandoval, F. (2013). La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres. *Universidad Diego Portales*, 69-120.
- Castro, R., y Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 135-146. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000100015>
- Center for Reproductive Rights (2019). The World's Abortion Laws. *Center for Reproductive Rights*. <https://Reproductiverights.Org/Worldabortionlaws>.
- Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos Surkuna (n. d.). *Códigos patriarcales, construyendo desigualdades sobre criminalización y judicialización de mujeres por abortar en Ecuador, Realidades LA*.
- Chacón, I., y Sauma, P. (2006). Aspectos económicos relacionados con la (in)seguridad ciudadana. *San José: Programa de Las Naciones Unidas Para El Desarrollo*.
- Chant, S. H. (2006). Female household headship and the feminization of poverty: facts, fictions and forward strategies. *London School of Economics Research Online*. <http://eprints.lse.ac.uk/archive/00000574>
- Climent, G. (2003). La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social. El interjuego entre la exclusión social, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas. *Revista Argentina de Sociología* 1, pp. 77-93.
- Coalición Nacional De Mujeres Del Ecuador (2019). Informe sombra al comité de la CEDAW Ecuador 2019. *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales CEDAW*. [www.ridh.org](http://www.ridh.org)
- Congreso Nacional del Ecuador (2004). Ley general de transparencia y acceso a la información pública. *Registro Oficial Suplemento* 337.
- Congreso Nacional del Ecuador (2006). Ley orgánica de salud. *Registro Oficial*, 1-47.
- Connell, R. W. (1990). The State, Gender, and Sexual Politics: Theory and Appraisal. *Springer Stable*, 19(5), 507-544. <https://doi.org/http://www.jstor.org/stable/657562>
- Cosgrove, L., y McHugh, M. C. (2002). Deconstructing difference: Conceptualizing feminist research from within the postmodern. *In Charting a new course for feminist psychology* (pp. 20-36). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Creswell, J. W., y Creswell, J. D. (2017). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. *Sage publications*.
- Curioni, M. (2013). El problema del aborto en Santiago del Estero. Su magnitud y costos humanos, sociales y económicos. *Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba*.
- Darroch, J. E., y Singh, S. (2011). Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health: Estimation Methodology. *Guttmacher Institute*. <https://guttmacher.org/pubs/AIU-methodology.pdf>
- de la Garza, J., y Díaz, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Pública de México*, 39(6).



- Donoso, E., y Villarroel, L. (2003). Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Revista Médica de Chile*, 131(1), 55-59. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000100008>
- El Comercio (2019). La Asamblea de Ecuador negó la despenalización del aborto para víctimas de violación en Código Penal. *El Comercio*. <https://www.elcomercio.com/actualidad/asamblea-ecuador-despenalizacion-aborto-violacion.html>
- El País (2007). Ciudad de México despenaliza el aborto. *El País*. [https://elpais.com/internacional/2007/04/25/actualidad/1177452003\\_850215.html](https://elpais.com/internacional/2007/04/25/actualidad/1177452003_850215.html)
- Erviti, J. (2005). El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia. *En Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México*. [http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/%0Ahttp://biblioteca virtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/Abortomujpo bres.pdf](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/%0Ahttp://biblioteca%20virtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/Abortomujpo%20bres.pdf)
- Fernández, A., y Tajer, D. (2006). Los Abortos y sus significaciones imaginarias : dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres. *En Entre El Derecho y La Necesidad : Realidades y Coyunturas Del Aborto*, Checa, S., 1-16.
- Ferrajoli, L. (1999). Igualdad y diferencia: La penalización de la violencia contra las mujeres. *En Derechos y garantías. La ley del más débil* (pp. 77-96).
- Fiscalía General del Estado (2019). Boletín Criminológico de Estadística Delictual Femicidio.
- Fiscalía General del Estado (2020). Remuneración mensual por puesto.
- Flores, C. (2014). El aborto en Ecuador no gira a la izquierda. Trabajo Presentado En El 2do. Congreso Internacional de La Asociación Mexicana de Ciencias Políticas (Amecip). Toluca.
- Fontenla, M. (2008). *¿Qué es el patriarcado?*
- Foucault, M. (1976a). *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. [https://virtual.konradlorenz.edu.co/pluginfile.php/82934/mod\\_resource/content/1/Michel Foucault - Historia de la sexualidad I - La voluntad de saber.pdf](https://virtual.konradlorenz.edu.co/pluginfile.php/82934/mod_resource/content/1/Michel%20Foucault%20-%20Historia%20de%20la%20sexualidad%20I%20-%20La%20voluntad%20de%20saber.pdf)
- Foucault, M. (1976b). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder. Genealogía Del Poder*.
- Frías, L., y Hurtado, V. (2010). Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe. *En Mujer y Desarrollo* (99). [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5826/S0900880\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5826/S0900880_es.pdf?sequence=1)
- Gálvez, T. (2002). Economic aspects of gender equity. *Naciones Unidas, CEPAL. Mujer y Desarrollo*, 35.
- Ganatra, B., Tunçalp, Ö., Johnston, H. B., Johnson, B. R., Gülmezoglu, A. M., y Temmerman, M. (2014). From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(3), 155. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
- García, A., Marrero, M., Jiménez, G., Gálvez, A. M., Hernández, L., y Reyes, A. (2016). Definiciones y clasificaciones básicas para el estudio de los costos en salud. *Infodir (Revista de Información Para La Dirección En Salud)*, 12 (23), 46-54.
- García, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., y Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368(2), 1260-69.
- Goldberg, A., Greenberg, M., y Darney, P. (2001). Misoprostol and Pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 38-47. <https://doi.org/10.1056/nejm200101043440107>
- Gómez de la Torre, V., Castello, P., y Cevallos, M. R. (2015). Vidas robadas. Entre la omisión y la premeditación. Situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador. 1-47. <http://ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/Vidas-Robadas-Ecuador.pdf>

- Gómez de la Torre, V., y López Ángel, M. (2018). *Vidas Robadas II. Una respuesta incompleta del estado*.
- González, A. (1995). Crimen y castigo: El aborto en la argentina. En *Las mujeres y la salud*. Colegio de México. <https://doi.org/https://www.jstor.org/stable/j.ctv512s4d.10>
- González, S. (1994). La maternidad en la construcción de la identidad femenina. En V. Salles y E. Mc Phail (Eds.), *En nuevos textos y renovados pretextos* (pp. 147-174). El Colegio de Mexico. <https://doi.org/10.2307/j.ctv4w3tg7.11>
- Harding, S. (1986). *Science question in feminism*. Cornell University Press.
- Heikinheimo, O., Pohjoranta, E., Toffol, E., Suhonen, S., y Partonen, T. (2017). Induced abortion and mental health: A sistematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96(3), 383. <https://doi.org/10.1111/aogs.13072>
- Heise, L., y Ellsberg, M. (1999). Ending violence against women. *Population Reports. Series L, Issues in World Health*, 11, 1-43. <https://doi.org/10.4324/9780203832721.ch23>
- Hernández Sampieri, R., Fernandez Collado, C., y Baptista Lucio, M. del P. (2010). Metodología de la investigación. En *Metodología de la investigación*. <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>
- Hindin, M. J., Kishor, S., y Ansara, D. L. (2008). Intimate Partner Violence among couples in 10 DHS countries: Predictors and Health outcomes. In *Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc.* (Issue December).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU)*. Base de Datos.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2017). Cuentas Satélite de Trabajo no Remunerado de los Hogares (CSTNRH).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).
- Instituto Nacional de Estadísticas y censos (INEC) (2019). Boletín técnico de la Encuesta nacional de relaciones familiares y violencia de genero contra las mujeres. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Violencia\\_de\\_genero\\_2019/Principales\\_resultados\\_ENVIGMU\\_2019.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales_resultados_ENVIGMU_2019.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2019a). Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios. base de datos. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios/Cam\\_Egre\\_Hos\\_2017/Pre\\_sentacion\\_CEH\\_2017.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2017/Pre_sentacion_CEH_2017.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2019b). Registro estadístico de nacidos vivos. 1-15.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2020a). Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo (ENEMDU). Base de Datos.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2020b). Resultados Índice de Precios al Consumidor (IPC). Diciembre, 4-7.
- Játiva, I. P. (2011). El femicidio en Quito: análisis de casos 2007-2009. *Facultad de Ciencias Humanas Escuela de Sociología Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, January*, 30-33. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/3345%09>
- Johnston, W. R. (2009). *Abortion Worldwide Report a decade of uneven progress*. Guttmacher Institute.
- Juárez, F., y Singh, S. (2013). Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: Nuevas estimaciones usando una metodología modificada. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, SPEC. ISSUE*, 25-35. <https://doi.org/10.1363/SP02513>

- Kant, I. (1785). *Metafísica de las costumbres*. <https://doi.org/10.1400/195196>
- Kishor, S. y K. Johnson (2004). *Profiling domestic violence: A multi-country study*. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Lamas, M. (2008). El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 31, 65-93.
- Lerner, S., y Guillaume, A. (2008). Las adversas consecuencias de la legislación restrictiva sobre el aborto: argumentos y evidencias empíricas en la literatura latinoamericana. *III Congreso de La Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba, Argentina*, 1-18.
- Londoño, J. L., y Guerrero, R. (2000). Violencia en América Latina: epidemiología y costos. *Asalto al Desarrollo. Violencia En América Latina*, 11-57.
- López, S. (2018). Acoso sexual en las sociedades contemporáneas. Continuando con los debates feministas. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, 72.
- Lugones, M. (2011). Hacia un feminismo descolonial. *La Manzana de La Discordia*, 6(2), 105-117. <http://www.bdigital.unal.edu.co/48447/>
- MacKinnon, C. (1982). Feminism, marxism, method, and the State: An agenda for theory. *Feminist Social Thought: A Reader*, 7(3), 515-544. <https://doi.org/10.4324/9780203705841-12>
- Mackinnon, C. A. (1995). Hacia una teoría feminista del Estado. *Universitat de València*, 447.
- McHugh, M. C., y Cosgrove, L. (2004). Feminist Research Methods: Studying Women and Gender. En *Praeger guide to the psychology of gender*. (pp. 155-181). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Medeiros, M., y Costa, J. (2008). Is There a Feminization of Poverty in Latin America? *World Development*, 36(1), 115-127. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2007.02.011>
- Ministerio de Economía y Finanzas (2015). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2014.
- Ministerio de Economía y Finanzas (2016). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2015. <https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/04/Informe-Ejecución-Ejercicio-Fiscal-2015.pdf>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2017). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2016.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2018). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2017.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2019). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2018.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2020). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2019.
- Ministerio de Salud Pública (2015). Reglamento de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. *Acuerdo Ministerial 5216*, 1-8.
- Ministerio de Salud Pública (2013). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. *En Guía de Práctica Clínica*.
- Ministerio de Salud Pública (2014a). *Acuerdo Ministerial 00005187*. Factores de conversión monetaria del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Salud Pública (2014b). Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Salud Pública (2015). Atención del Aborto Terapéutico Guía de Práctica Clínica. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Aborto-terapéutico.pdf>

- Ministerio de Salud Pública (2018). Producción Hospitalaria 2006-2017. <https://public.tableau.com/profile/tatya#!/vizhome/ProduccionHospitalaria2006-2017/Historia1> Recuperado el 27 de Mayo de 2019
- Moghadam, V. M. (2005). The Feminization of Poverty and Women's Human Rights. *Social and Human Sciences*, 2, 1-39.
- MSP, Senplades, UNFPA Ecuador y Sendas (2017). Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador.00pk- <http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>
- Munson, Z. (2010). The Making of Pro-Life Activists: How Social Movement Mobilization Works. Bibliovault OAI Repository, the University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226551210.001.0001>
- Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2014). Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos aborto. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_Abortion\\_WEB\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB_SP.pdf)
- O'Connor, J. (1996). Women in the Welfare State to Gendering Welfare State Regimes. *Current Sociology*, 44(2), 1-130.
- Organización de los Estados Americanos (1995). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem Do Para). *Hilos Tensados*, 1, 1-476. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Unsafe abortion Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6. [https://doi.org/978\\_92\\_4\\_150111\\_8](https://doi.org/978_92_4_150111_8)
- Organización Mundial de la Salud (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. *Manual Para Un Aborto Seguro*, 4(5). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2017). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Life tables by country Ecuador*. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.60490?lang=en>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_FHE\\_MSM\\_94.11\\_Rev.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_FHE_MSM_94.11_Rev.1.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). Mother-Baby Package Costing Spreadsheet, 17.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para para sistemas de salud. Segunda edición. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10(554).
- Ortiz-Prado, E., Simbaña, K., Gómez, L., Stewart-Ibarra, A., Scott, L., y Cevallos S, G. (2017). Abortion, an increasing public health concern in Ecuador, a 10-year population-based analysis. *Pragmatic and Observational Research, Volume 8*(July), 129-135. <https://doi.org/10.2147/por.s129464>
- Prada, E., Maddow-Zimet, I., y Juárez, F. (2014). El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2-12. <https://doi.org/10.1363/SP00214>
- Prada, E., Singh, S., y Villarreal, C. (2012). Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989-2008. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118(SUPPL. 2), S92-S98. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60006-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60006-X)

- Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2013). Informe Regional de Desarrollo Humano 2013. Seguridad ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para América Latina. En *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
- Rivera, J. (2013). Teoría y práctica de la discriminación en el mercado laboral ecuatoriano (2007-2012). *Analítika : Revista de Análisis Estadístico INEC*, 5(1), 3-18.
- Rivera, J., y Araque, W. (2019). La discriminación de género en el mercado laboral ecuatoriano: oportunidades y desafíos. *Cuestiones Económicas Banco Central Del Ecuador*. <https://doi.org/10.47550/rce/29.1.5>
- Rodríguez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad N.º 256*.
- Romeder, J. M., y Mcwhinnie, J. R. (1977). Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *International Journal of Epidemiology*, 6(2), 143-151. <https://doi.org/10.1093/ije/6.2.143>
- Rowlands, J. (1997). Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras: Un modelo para el desarrollo. En *Poder y empoderamiento de las mujeres en León, M.*
- Ruiz, I., Blanco, P., y Vives, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 4-12. <https://doi.org/10.1157/13061990>
- Sanahuja, M. E. (1997). Marxismo y feminismo. *Boletín de Antropología Americana*, 31, 7-13.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) (2007). Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género hacia la niñez, adolescencia y mujeres.
- Sedgh, G., Bearak, J., y Singh, S. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, 388(10041), 258-267. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4)
- Sedgh, G., Singh, S., y Shah, I. H. (2012). Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379(9816), 625-632. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8)
- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de sueños.
- Singh, S. (2010). Global consequences of unsafe abortion. *Women's Health*, 6(6), 849-860. <https://doi.org/10.2217/whe.10.70>
- Singh, S., Juarez, F., Prada, E., y Bankole, A. (2019). Estimating abortion incidence: assessment of a widely used indirect method. *Population Research and Policy Review* (38) 3. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/s11113-019-09517-2>
- Smith, D. (1974). Women's Perspective as a Radical Critique of Sociology. *Sociological Inquiry*, 44(1), 7-13. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1974.tb00718.x>
- Velásquez, A. (2006). Guía metodológica para las estimaciones epidemiológicas del estudio de carga de enfermedad. 1-72.
- Vlassoff, M., y Singh, S. (2016). El costo de la atención postaborto en los países en desarrollo: un análisis comparativo de cuatro estudios. *Oxford Política y Planificación Sanitaria*, 1020-1030. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw032>
- Vlassoff, M., Singh, S., Darroch, J. E., Carbone, E., y Bernstein, S. (2004). *Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions*. 11. <http://www.agi-usa.org>
- Vlassoff, M., Singh, S., y Onda, T. (2016). The cost of post-abortion care in developing countries: A comparative analysis of four studies. *Health Policy and Planning*, 31(8), 1020-1030. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw032>

Westoff, C. F. (2008). A new approach to estimating abortion rates. *DHS Analytical Studies No. 13*. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS13/AS13.pdf>

Williamson, N. (1986). Pregnancy After 40 Years of Age. *Obstetrics y Gynecology*1, 68(4), 452-454.

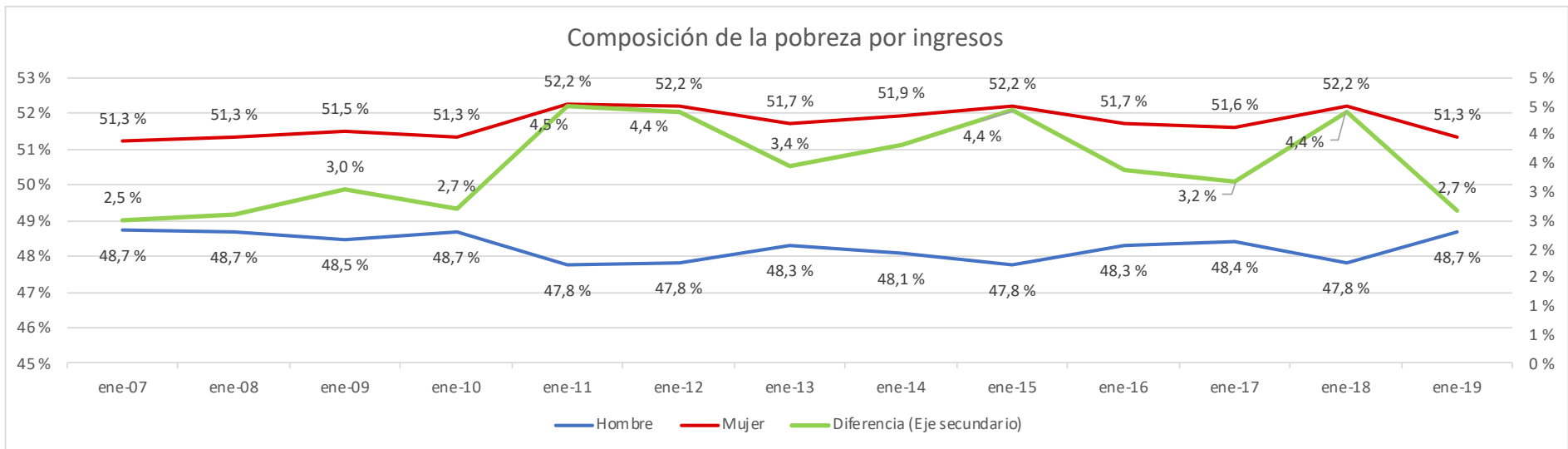
Williamson, N. (2013). Maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Fondo de Población de Las Naciones Unidas (UNFPA). El Estado de La Población Mundial 2013. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

Zaragocin, M., Cevallos, G., Iñigo, G., y Yopez, A. (2018). Dossier sobre el aborto en Latinoamérica: mapeando la criminalización del aborto en el Ecuador. *Revista de Bioética y Derecho*, 43, 197-234.

**ANEXOS** ○

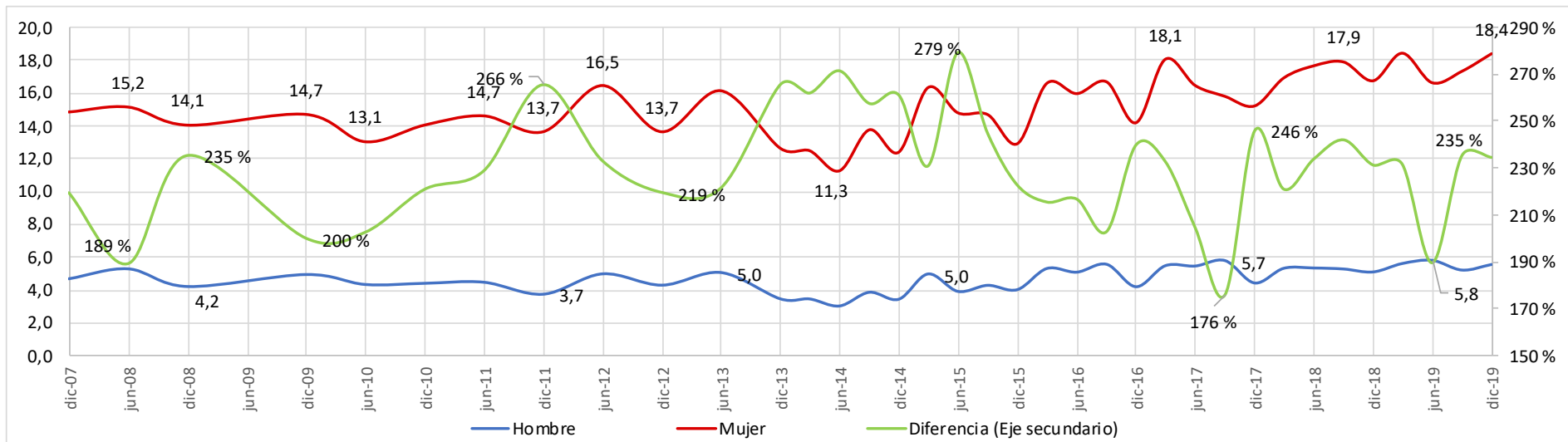


**Anexo A. Gráfico 19, composición de la pobreza por ingresos**



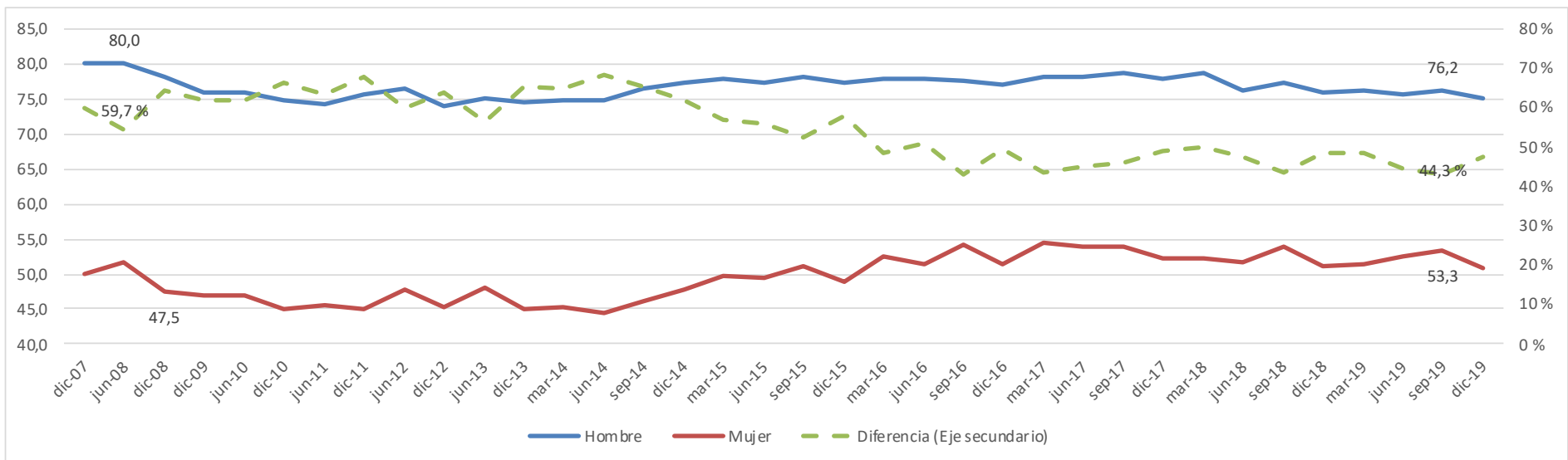
Fuente: ENEMDU (2019)  
Elaborado propia.

**Anexo B. Gráfico 20, tasa de empleo no remunerado**



Fuente: ENEMDU (2019)  
Elaborado propia.

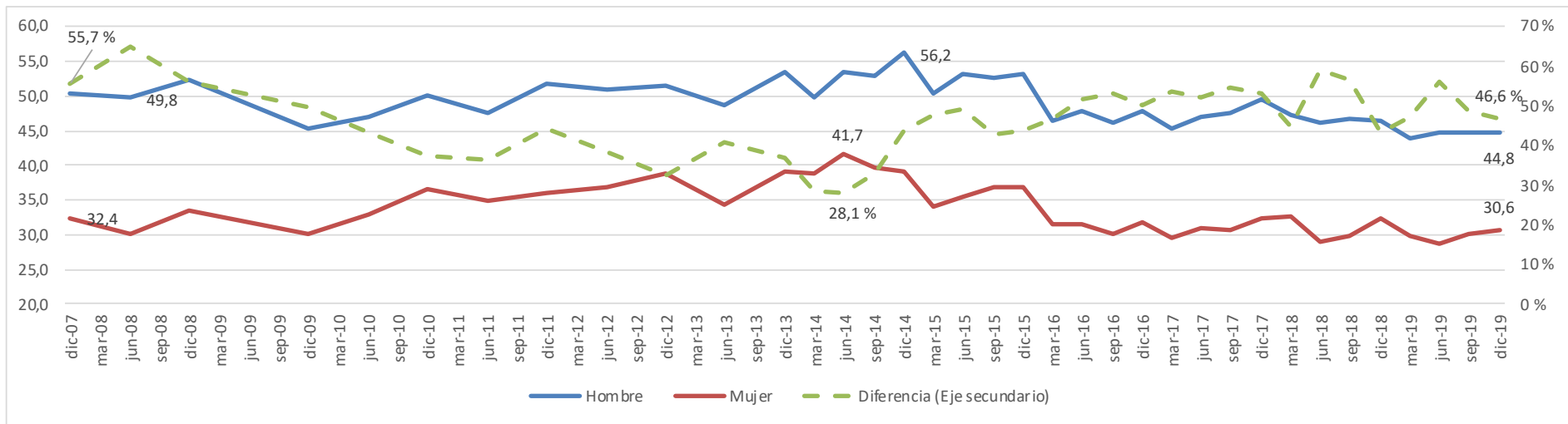
**Anexo C. Gráfico 21, empleo bruto por sexo**



Fuente: ENEMDU (2019)  
Elaborado propia.

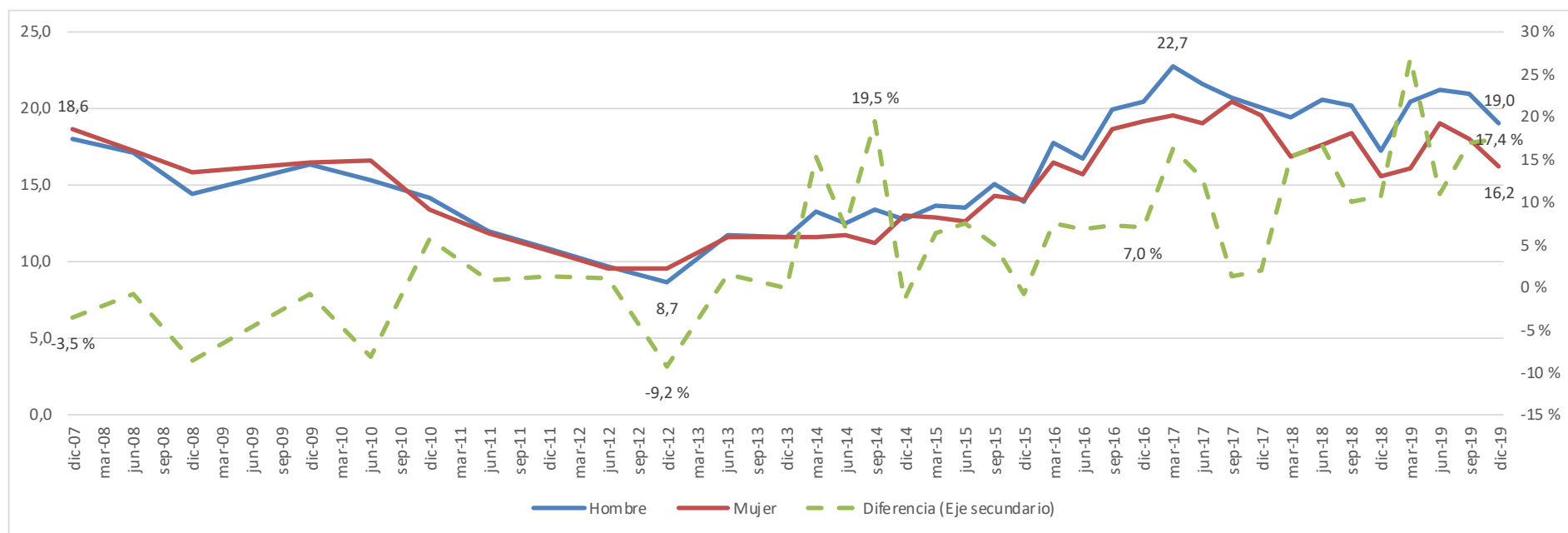


**Anexo D. Gráfico 22, empleo adecuado/pleno por sexo**



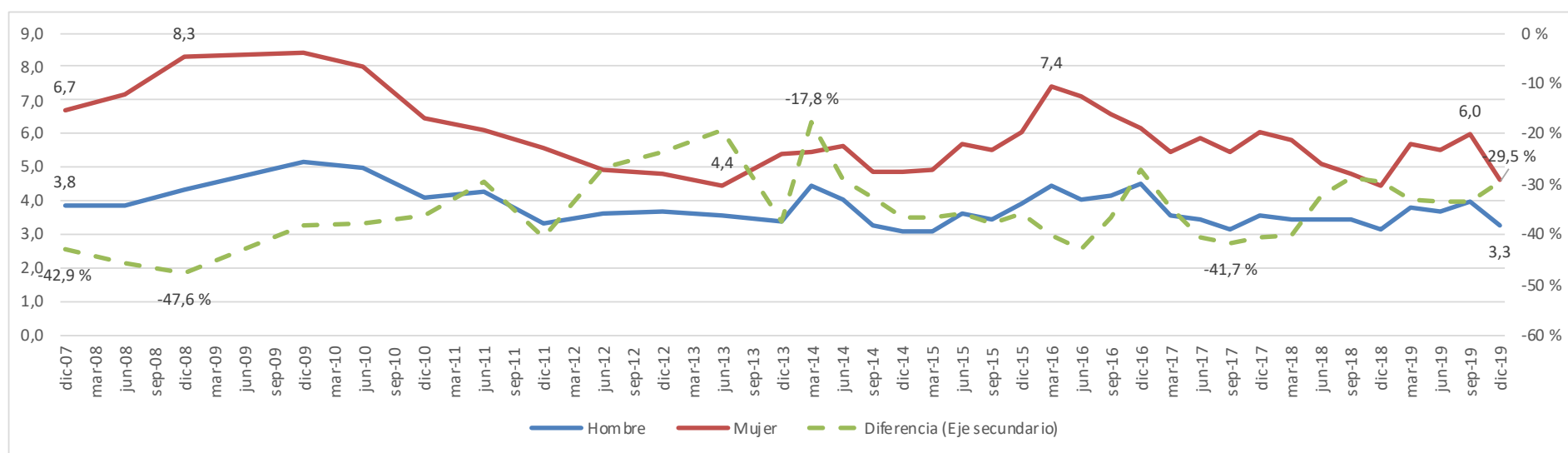
Fuente: ENEMDU (2019)  
Elaborado propia.

**Anexo E. Gráfico 23, tasa de subempleo por sexo**



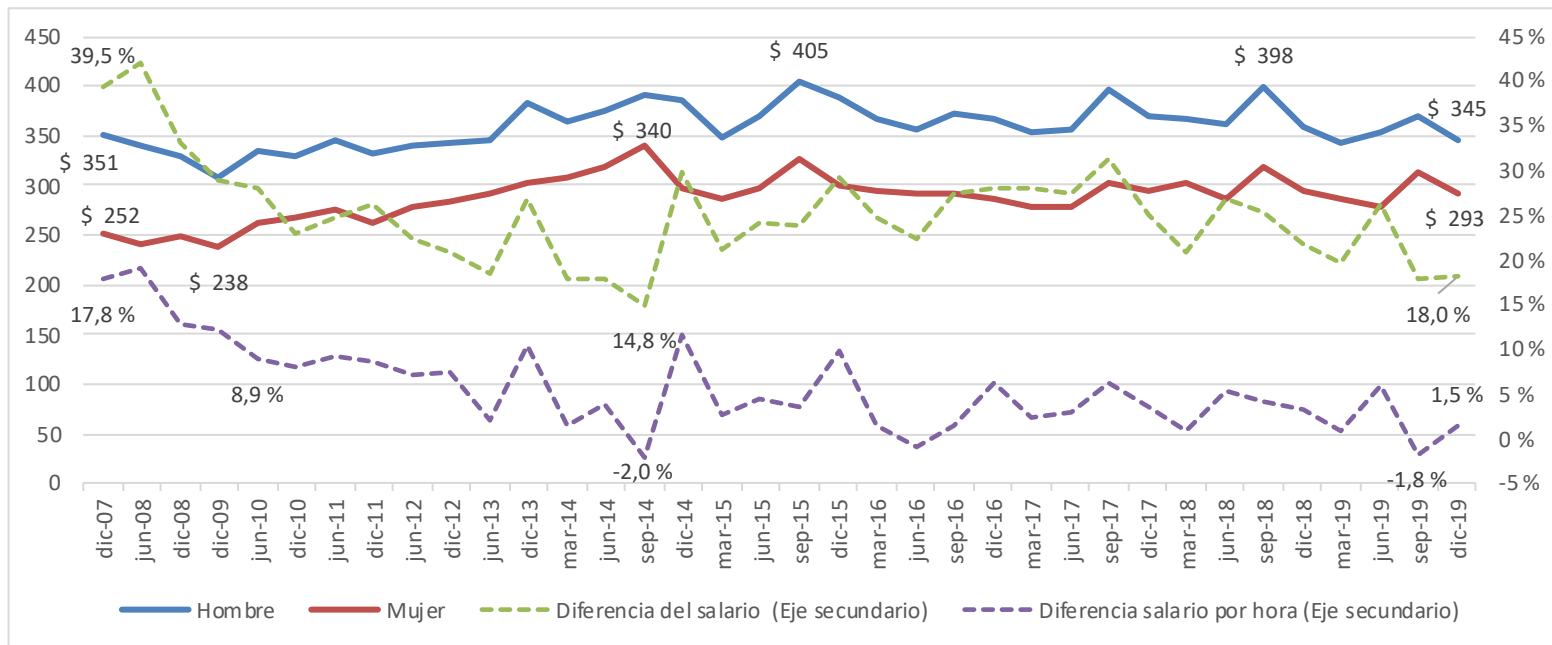
Fuente: ENEMDU (2019)  
Elaborado propia.

**Anexo F. Gráfico 24, tasa de desempleo por sexo**



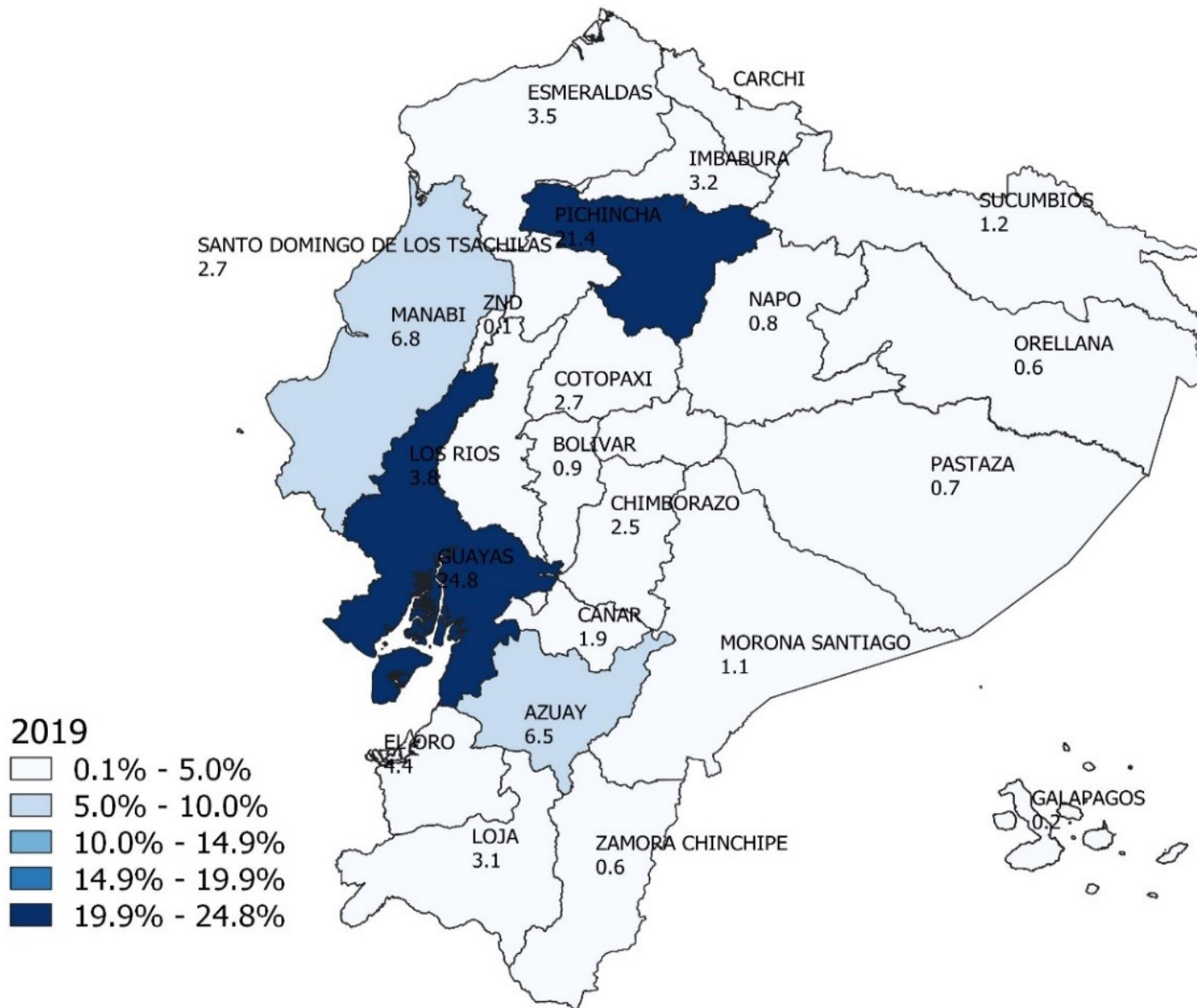
Fuente: ENEMDU (2019)  
Elaborado propia.

**Anexo G. Gráfico 25, diferencias en los ingresos laborales**



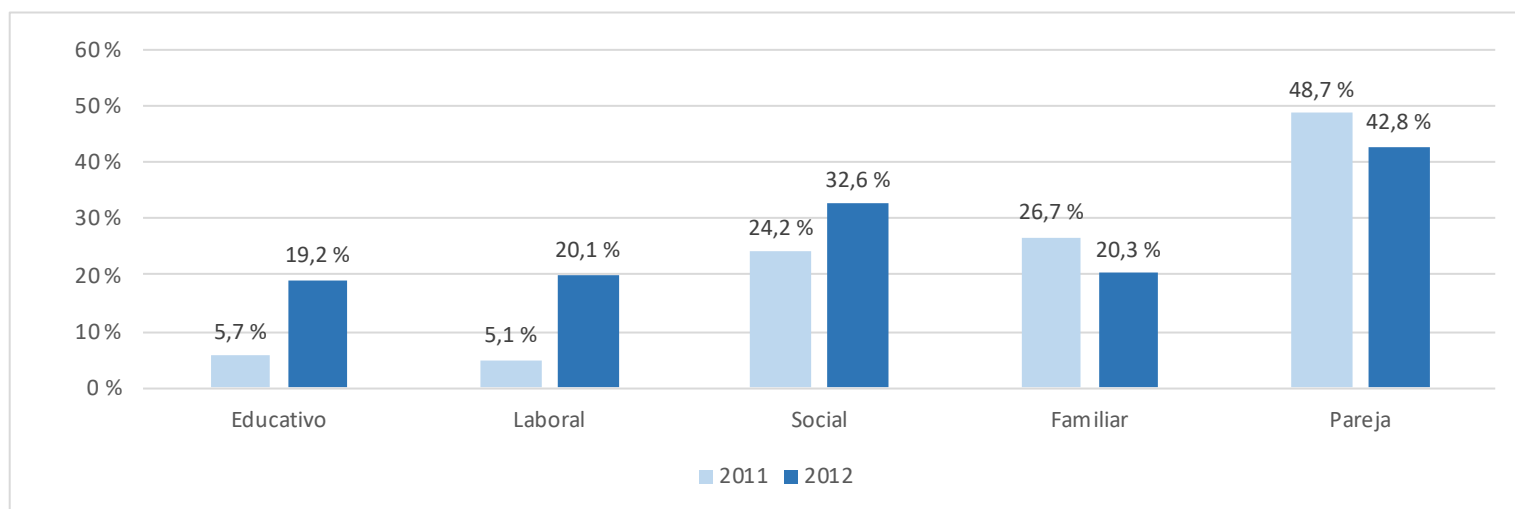
Fuente: ENEMDU (2019)  
Elaborado propia.

**Anexo H. Mapa 5, distribución de la violencia en Ecuador**



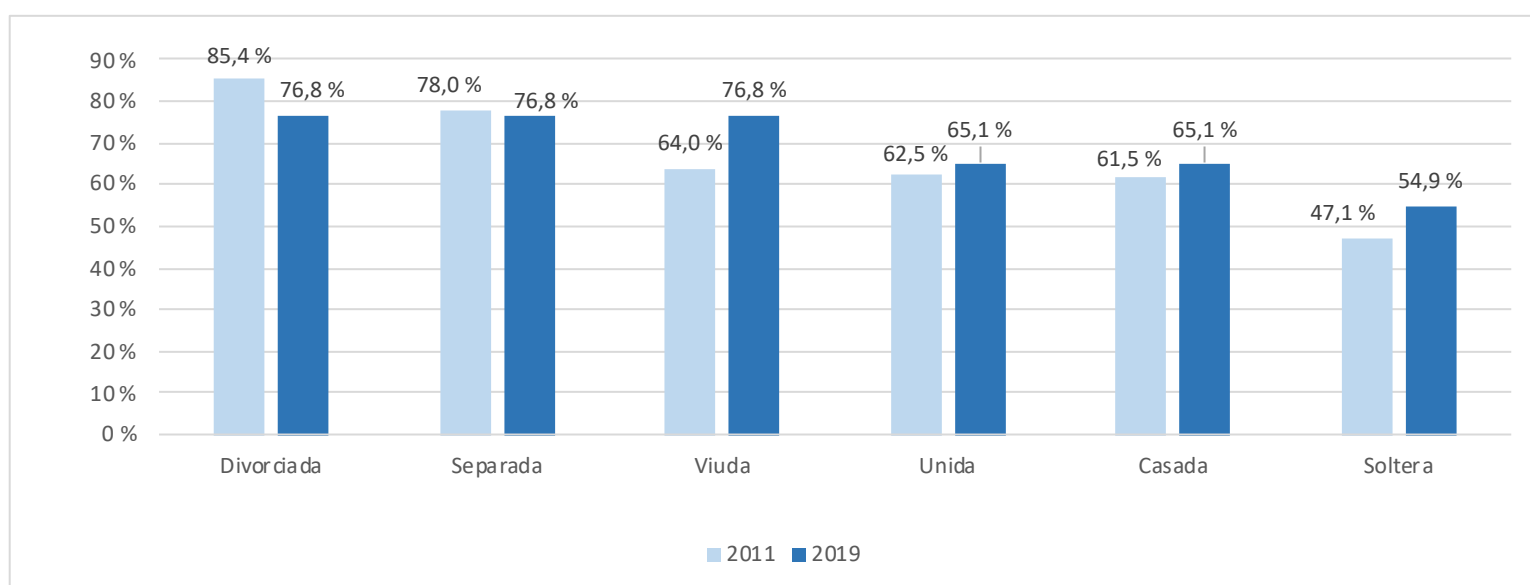
Fuente: ENVIGMU (2019)  
Elaborado propia.

**Anexo I. Gráfico 26, violencia por ámbito**



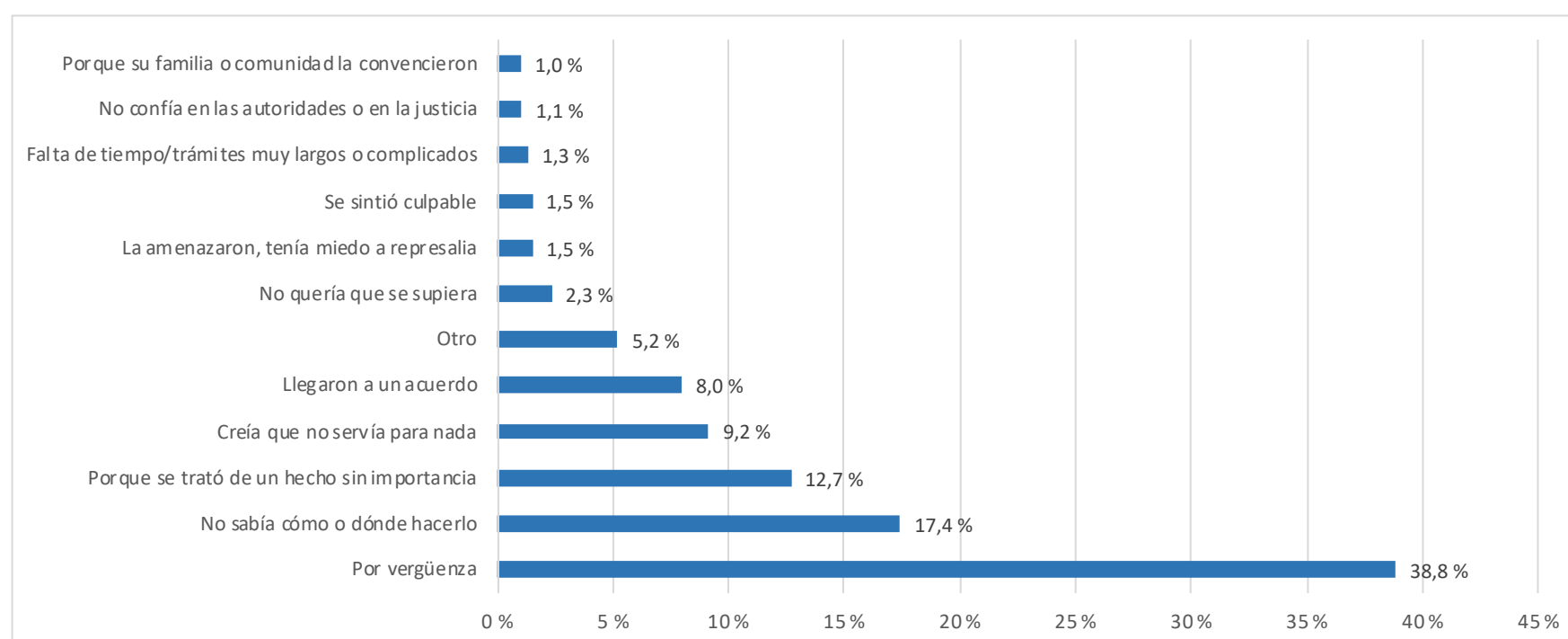
Fuente: ENVIGMU (2011-2019)  
Elaborado propia.

**Anexo J. Gráfico 27, violencia según estado civil**



Fuente: ENVIGMU (2011-2019)  
Elaborado propia.

**Anexo K. Gráfico 28, principal razón por la que no denunció un caso de violencia en 2019**



Fuente: ENVIGMU (2019)  
Elaborado propia.

## Anexo L. Entrevista aplicada a médicos y médicas obstetras y ginecológicos

### Entrevista a médico/a obstetra o ginecológico

(Preguntas con sangría son auxiliares)

#### Diagnósticos

Según el Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el aborto no especificado estuvo entre las primeras causas de morbilidad femenina durante muchos años, pero a partir de 2012 se observa una caída drástica de este indicador. Asimismo, se observa el incremento de los diagnósticos de aborto espontáneo desde 2013. Según su criterio, ¿a qué atribuye estos cambios en el comportamiento de este fenómeno?

¿Podría atribuírselo a un problema de diagnóstico?

¿Hubo alguna circunstancia que pudo haber provocado este cambio a partir de 2012? (¿protocolos?)

¿Se puede determinar con certeza cuándo es un aborto inducido?

#### Procedimiento de aborto

Existe un protocolo de atención tanto para abortos médicos, como para abortos espontáneos y no especificados. Estos tratan los procedimientos desde la llegada de la paciente hasta el egreso y las consideraciones recomendadas de buena práctica médica o basadas en evidencia de cada proceso. A nivel general, ¿se aplican estos protocolos a cabalidad? ¿Qué ocurre en el centro de salud cuando una mujer llega y se sospecha de aborto inducido?

¿Se busca indagar en la causa del aborto?

¿Se busca siempre evitar el aborto cuando una mujer llega por esta causa?

Tiempo – Tratamiento para el dolor – interrogar, culpar o amenazar – aislar o ubicar con mujeres y sus bebés para hacer sentir mal – negar información – denunciar

¿Se les brinda apoyo psicológico en la atención, como establece el protocolo?

¿Existen prácticas o formas de violencia ginecológica y obstétrica en la atención de abortos en los hospitales?

¿Existen casos en los que los doctores o enfermeros se niegan a tratar a las mujeres que se acercan con un aborto en proceso?

¿Los casos en los que los tratantes sospechan de un aborto inducido son denunciados?

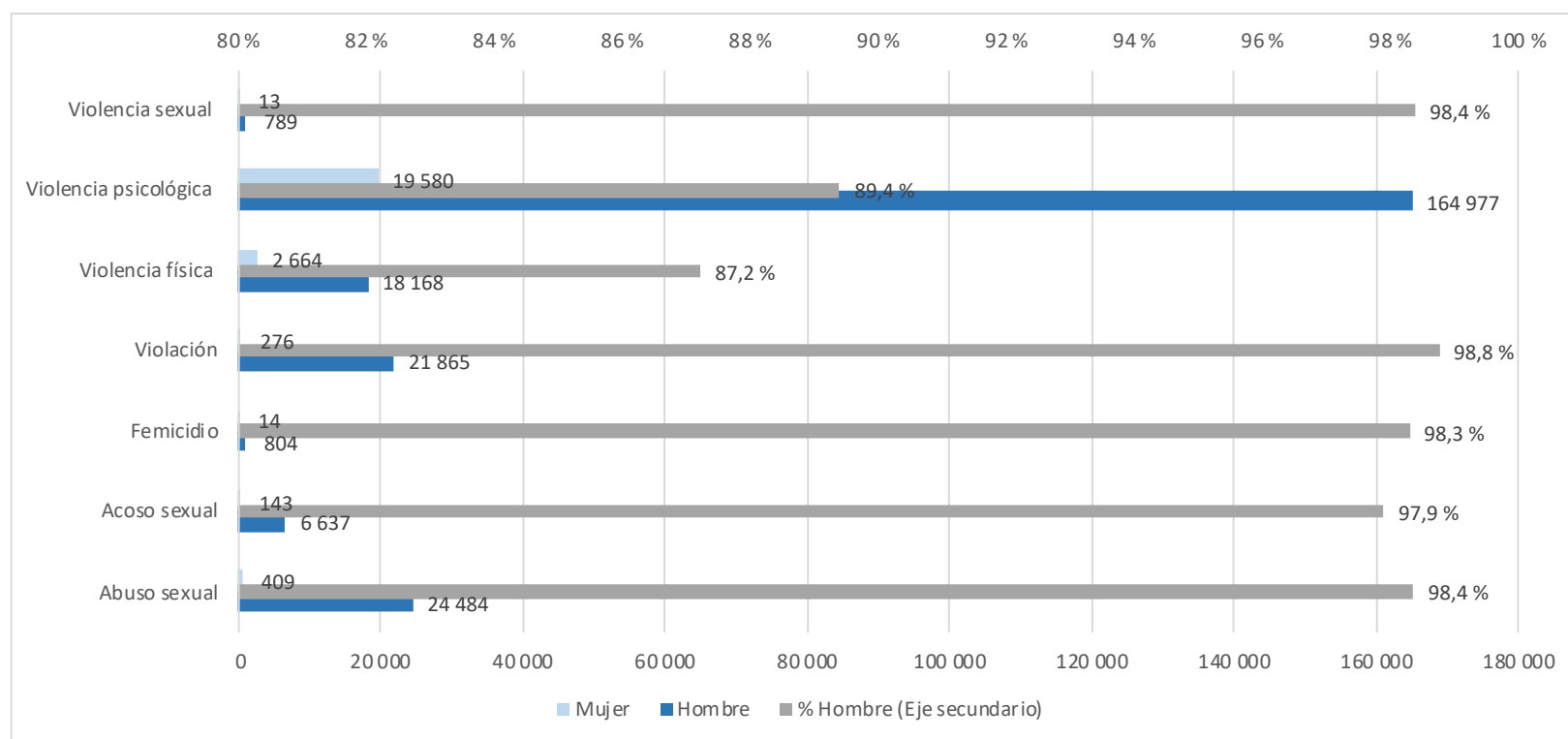
#### Post aborto

¿Qué daños o secuelas puede dejar un aborto inseguro?

(tratante calificado e instalaciones con condiciones mínimas de seguridad)

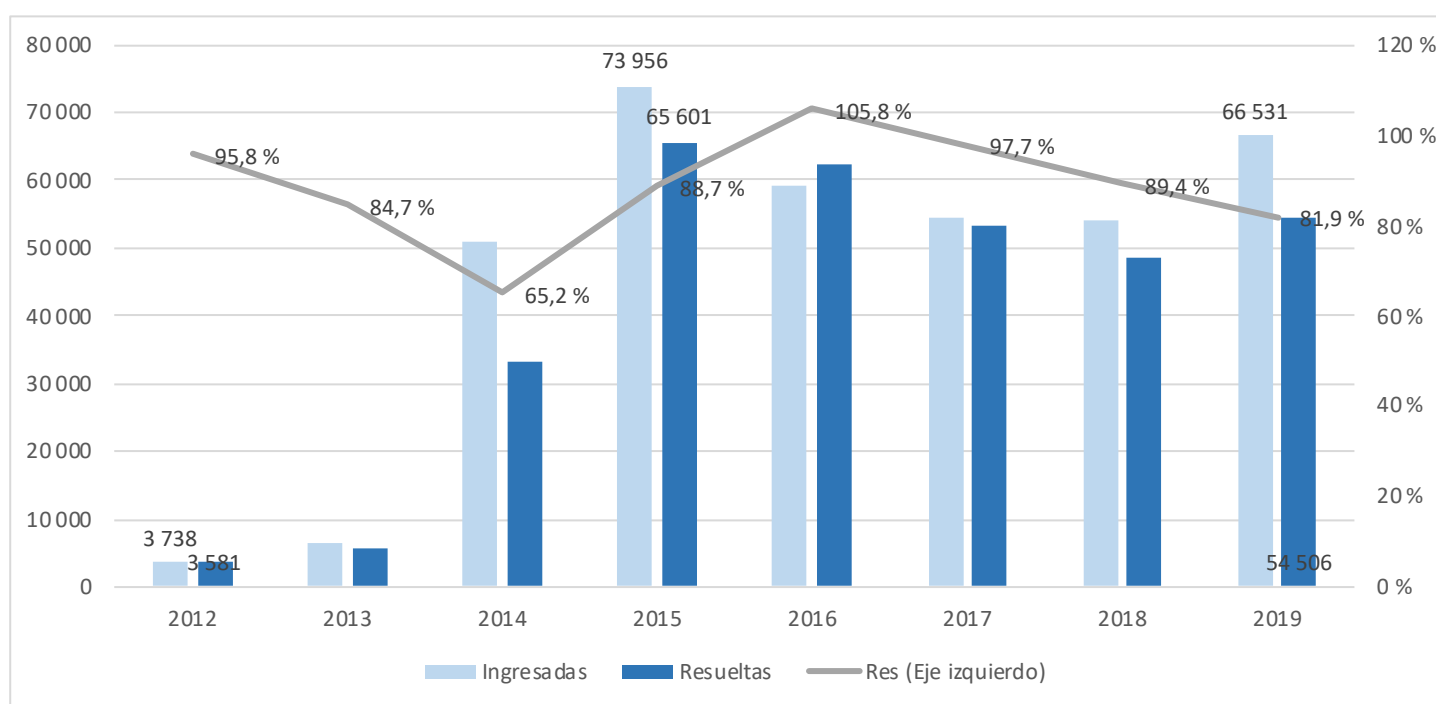
¿Qué tan frecuentes son estos daños o secuelas en los casos de abortos inseguros?

**Anexo M. Gráfico 29, denuncias de violencia de género en FGE por sexo de sospechoso (2014-2019)**



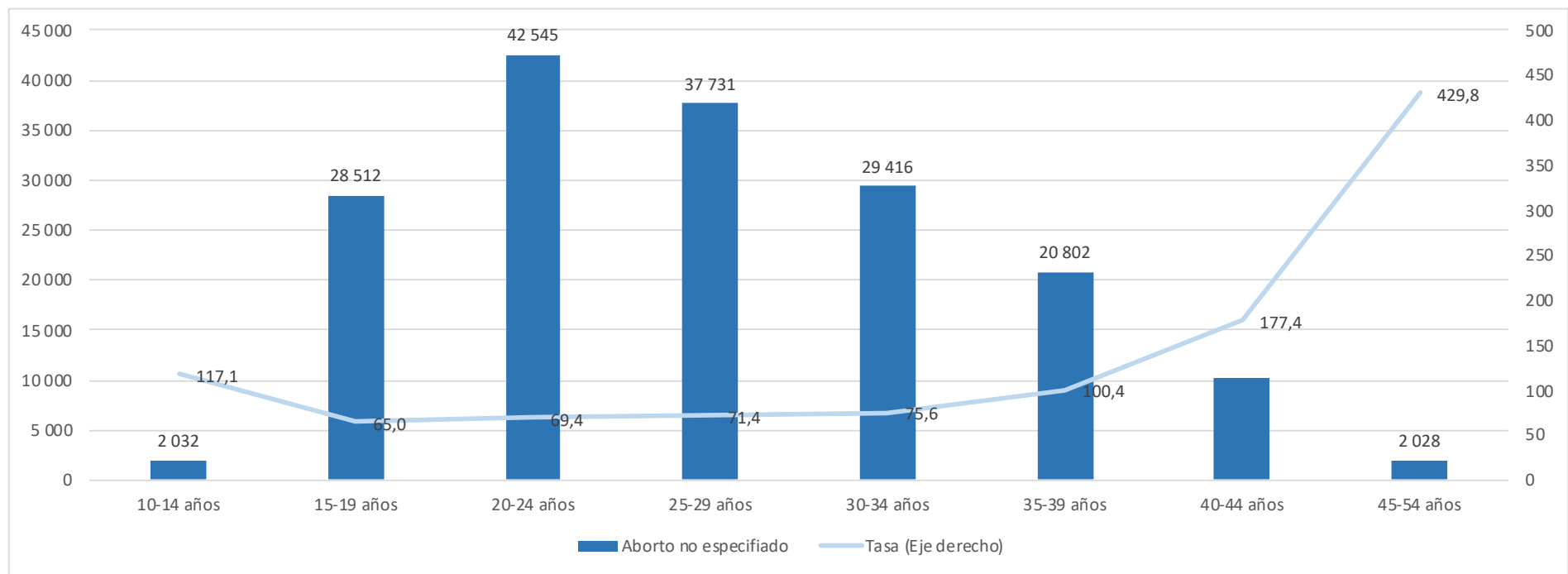
Fuente: Fiscalía General del Estado  
Elaboración propia.

**Anexo N. Gráfico 30 Causas relacionadas con violencia de género ingresadas Vs. Resueltas**



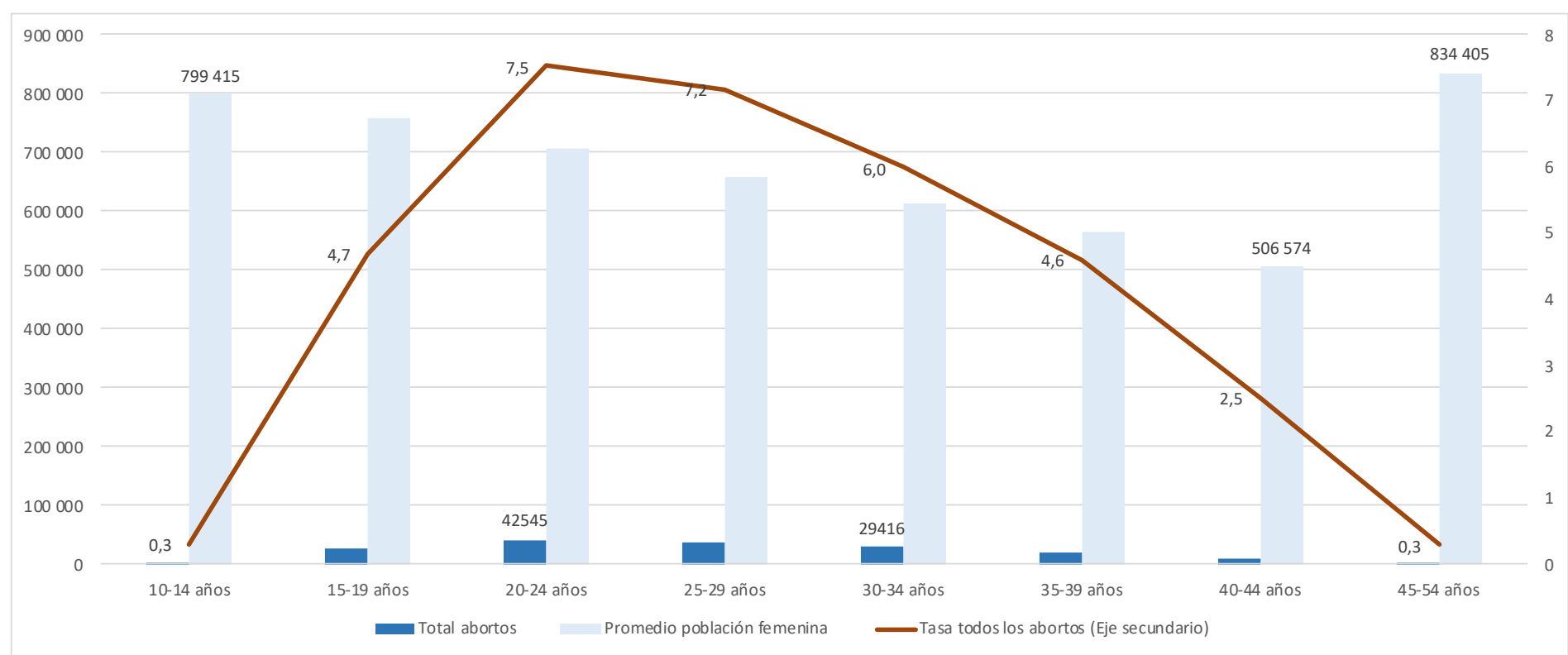
Fuente: Consejo de la Judicatura  
Elaboración propia.

**Anexo O. Gráfico 31, abortos según edad, tasa de aborto por cada 1 000 nacidos vivos (2012-2019)**



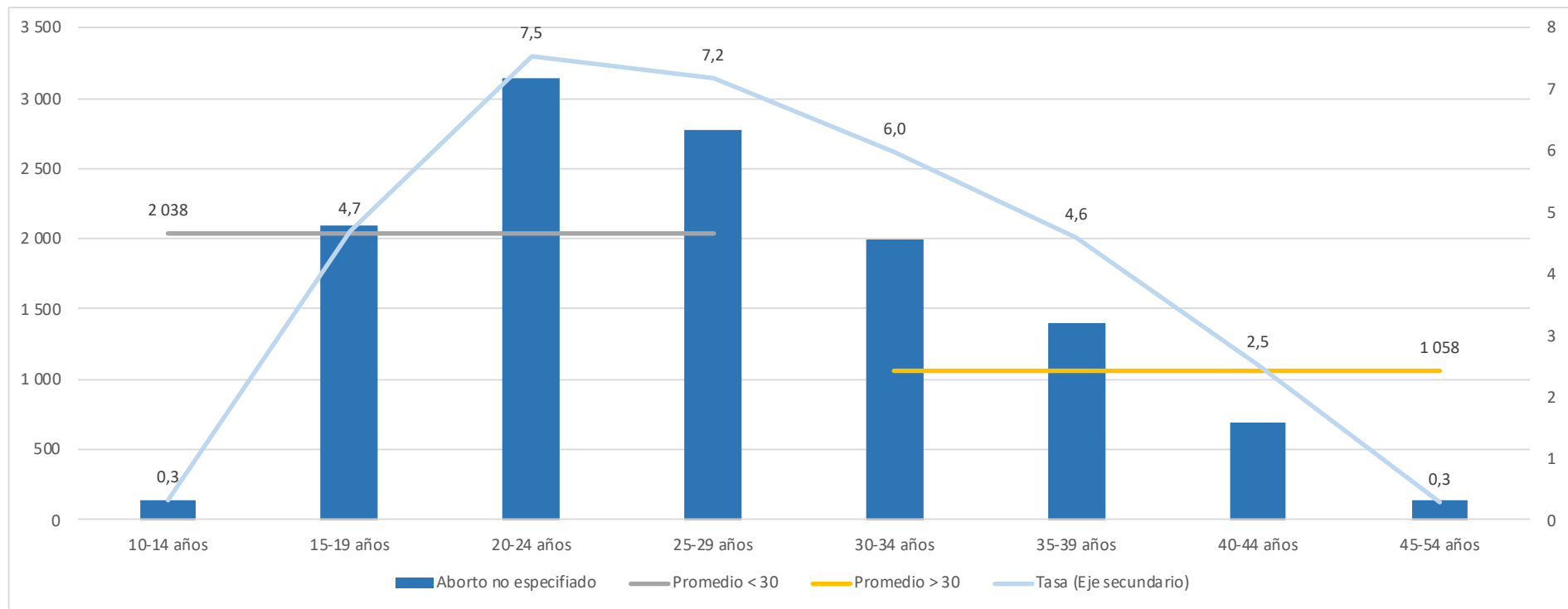
Fuente: Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios  
Elaboración propia.

**Anexo P. Gráfico 32, abortos según edad, población femenina y tasa por 1 000 mujeres (2012-2019)**



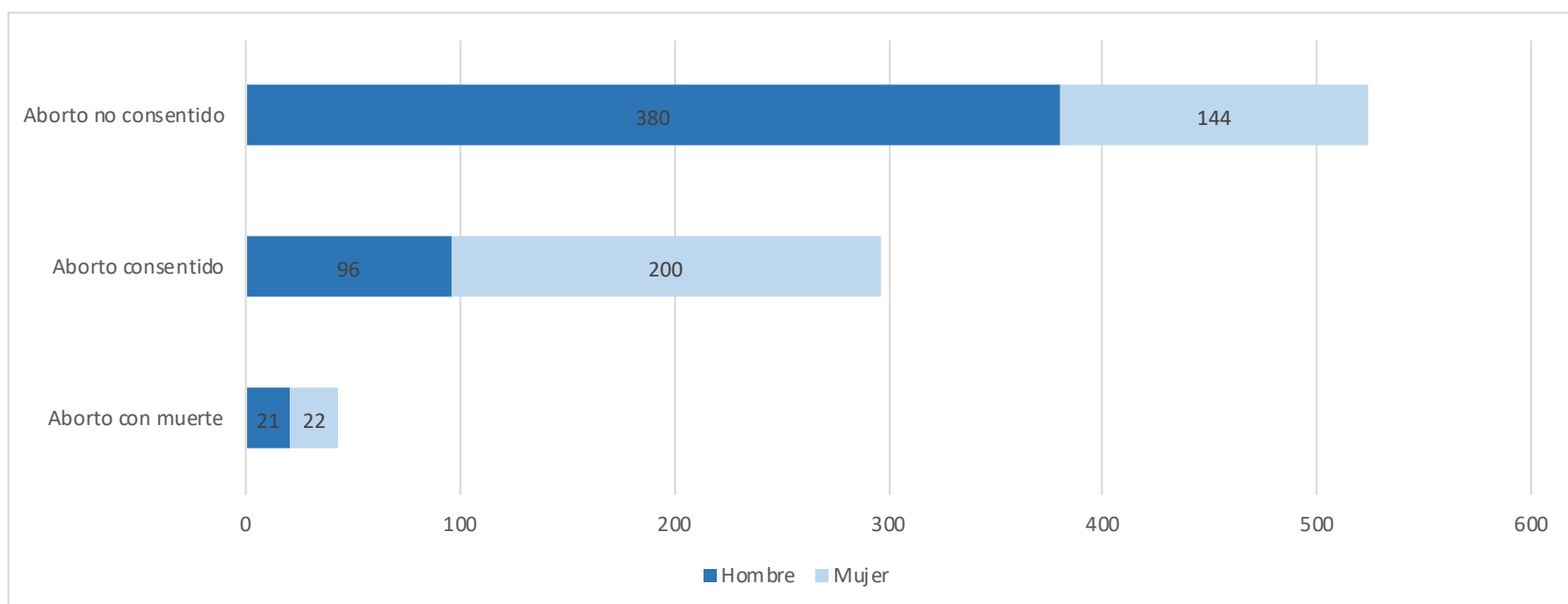
Fuente: Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios  
Elaboración propia.

**Anexo Q. Gráfico 33, aborto no especificado por grupos de edad (2012-2019)**



Fuente: Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios  
Elaboración propia.

**Anexo R. Gráfico 34, abortos con procesos en FGE por sexo de sospechoso (2014-2019)**



Fuente: Fiscalía General del Estado  
Elaboración propia.

## Anexo S. Encuesta a profesionales ginecólogos y obstetras

7/10/2020 Información de la encuesta

### Información de la encuesta

El presente formulario está destinado únicamente a ginecólogos/as y médicos/as obstetras y que hayan laborado como tal en cualquier centro de salud con internación hospitalaria en el Ecuador.

El objetivo es evaluar los costos de salud en la atención de abortos no especificados en el Ecuador. La información recopilada será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación.

Las respuestas son anónimas.  
\*Obligatorio

#### EL ABORTO NO ESPECIFICADO

Las siguientes preguntas buscan obtener información, que no se encuentra en manuales y protocolos, con respecto a la atención a mujeres con diagnóstico de aborto no especificado O06 (hasta la semana 22) que llegan a un centro de salud con internación hospitalaria.

Cuando una mujer llega al centro de salud con un aborto no especificado...

1. En promedio. ¿Cuánto tiempo pasa en un cubículo de emergencia? (Minutos) \*  
\_\_\_\_\_
2. En promedio. ¿Cuánto tiempo pasa en la sala de observación? (Horas) \*  
\_\_\_\_\_
3. En promedio. ¿Cuánto tiempo pasa en una habitación? (Horas)  
\_\_\_\_\_

#### Exámenes de Laboratorio

Cuando una mujer con un aborto no especificado llega al establecimiento de salud, ¿Qué exámenes de laboratorio se requieren?

<https://docs.google.com/forms/d/1qZcCzQnVveB2tqBHW3oRME2erU3WWS7qXt5BdIholU/edit> 1/8



7/10/2020 Información de la encuesta

**4. Test de embarazo cuantitativo \***

*Marca solo un óvalo.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

**5. grupo sanguineo rh \***

*Marca solo un óvalo.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

**6. Chlamydia trachomatis y anaerobios \***

*Marca solo un óvalo.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

**7. Biometria hemática \***

*Marca solo un óvalo.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

<https://docs.google.com/forms/d/1qZaCrOnve92WgHW3oWE3cr08WMS7qSBDIh0UJ/edit> 28

2/13/2020 Información de la encuesta

**8. Cálculo de plaquetas \***

*Marca solo un óvalo.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

**9. Hemoglobina \***

*Marca solo un óvalo.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

**10. Tiempo de coagulación \***

*Marca solo un óvalo.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

**11. Incompatibilidad en liquido amniótico \***

*Marca solo un óvalo.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

<https://docs.google.com/forms/d/1qZaCoQrve928/gbHW0eWE3d03WWS7cX56dThefUwEjil> 3/8

11/10/2020 Información de la encuesta

**12. Biopsia \***

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

**13. Otro... (Frecuencia %)**

\_\_\_\_\_

**14. Otro... (Frecuencia %)**

\_\_\_\_\_

**Imagenología**

Cuándo una mujer con un aborto no especificado llega al establecimiento de salud, ¿Qué exámenes de imagen de requieren?

**15. Ecografía pélvica \***

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

**16. RX \***

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

<https://docs.google.com/forms/d/1qZzCuQmww6216gblfM3d6WC3u03WWS7g45BdTh0lIAdt>
4/8

7/13/2023

Información de la encuesta

## 17. Otro (Frecuencia %)

---

## Procedimientos durante el tratamiento

## Frecuencia y tiempo promedio por procedimiento

En las siguientes preguntas se busca establecer el tiempo promedio de un procedimiento para tratar un aborto no especificado de forma farmacológica o quirúrgica. Entre los 3 procedimientos considerados debería sumar aproximadamente el 100%

## 18. En promedio, ¿Con qué frecuencia se trata un aborto no especificado mediante Aspiración Manual Endouterina (AMEU)? \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

## 19. En promedio, ¿Cuánto tiempo toma un procedimiento de aborto mediante Aspiración Manual Endouterina (AMEU)? (Minutos) \*

---

## 20. En promedio, ¿Con qué frecuencia se trata un aborto no especificado mediante Legrado Uterino instrumental (LUI)? \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

7/10/2020

Información de la encuesta

21. En promedio, ¿Cuánto tiempo toma un procedimiento de aborto mediante Legrado Uterino instrumental (LUI)? (Minutos) \*

---

22. En promedio, ¿Con qué frecuencia se trata un aborto no especificado mediante tratamiento farmacológico? \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

23. En promedio, ¿Cuánto tiempo toma un procedimiento de aborto mediante tratamiento farmacológico? (Solo el procedimiento, no el tiempo de control y expulsión) (minutos) \*

---

Varios

24. Para tratar un aborto no especificado, ¿Se realiza transfusión de sangre siempre que existe un shock hipovolémico? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

<https://docs.google.com/forms/d/1qZaCzQrwwa92i1gblFV3d1WE3d03WWS7qX5BzT1e0Uxdt>

6/8

1/10/2020

Información de la encuesta

25. ¿Con qué frecuencia se realiza una transfusión de sangre para tratar un aborto no especificado? \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

### Medicamentos

¿Qué medicamentos se utilizan para el dolor post tratamiento?

26. Ibuprofeno \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

27. Ibuprofeno, número de dosis totales \*

\_\_\_\_\_

28. Ibuprofeno (mg por dosis) \*

\_\_\_\_\_

29. Paracetamol \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

<https://docs.google.com/forms/d/1qZaCzQnWw5ZlIgpI4M3dWfE3dr03WWS7qXSd1holUodf>

7/8

11/10/2020 Información de la encuesta

30. Paracetamol, número de dosis totales \*

\_\_\_\_\_

31. Paracetamol (mg por dosis) \*

\_\_\_\_\_

32. Otro (Frecuencia % - cantidad mg)

\_\_\_\_\_

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Si deseas recibir los resultados de la investigación puedes dejar tu correo electrónico y te los haremos llegar.

33. Correo electrónico

\_\_\_\_\_

---

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

<https://docs.google.com/forms/d/1eZaCzQnvc52I8gHfW3dW3d3d03WVNS7qX5Bd1h0UjzdH> 8/8



**Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador**



**Hanns  
Seidel  
Stiftung**