

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador**

**Facultad de Economía**

**Disertación previa a la obtención del título de Economista**

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

Pablo Martín Gómez Jaramillo  
pablogomez31@hotmail.com

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

15 de enero de 2020

## *Resumen*

La presente investigación 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 también datos de relevancia sobre el aborto en el Ecuador en términos de las atenciones hospitalarias por aborto y los casos judicializados. Para esta parte se utiliza estadística descriptiva. Adicionalmente, se analiza mediante entrevistas cualitativas a profesionales ginecólogas/os 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 calcula 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 lograr una evaluación de 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 el 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. Finalmente, el costo de mantener penalizado el aborto durante el periodo 2014-2019 es de 39.15 millones de dólares (en promedio 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 2435 años.

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

A las mujeres

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

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

Resumen.....	2
Introducción .....	7
Justificación.....	8
Preguntas de investigación: .....	9
Pregunta general: .....	9
Preguntas específicas: .....	9
Objetivos de investigación: .....	9
Objetivo general: .....	9
Objetivos específicos: .....	9
Metodología: .....	10
Estrategia de investigación: .....	10
Procedimiento metodológico: .....	10
Capítulo 1: Fundamentación teórica .....	12
El poder.....	12
Estado y género: .....	13
Teoría feminista.....	14
Economía feminista: Las desigualdades .....	14
El patriarcado y su reproducción .....	15
Penalización del aborto en el contexto latinoamericano y ecuatoriano .....	16
Conclusiones del análisis teórico .....	19
Capítulo 2: El contexto del aborto en el Ecuador .....	20
Desigualdades socio económicas .....	20
Violencia .....	23
Estadística institucional sobre violencia .....	24
Fiscalía General del Estado .....	35
Consejo de la Judicatura.....	36
Aborto.....	38
Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios .....	38
Código Orgánico Integral Penal .....	45
Reflexiones finales.....	48
Capítulo 3: Los costos del aborto en el Ecuador 2014-2019.....	49
Costos Sociales .....	49
Costos directos .....	50
Costos Indirectos.....	59
Costos totales del aborto .....	61
Análisis de los costos.....	61
Conclusiones .....	63
Recomendaciones.....	64
Referencias:.....	65
Anexos: .....	76

## Índice de tablas

Tabla 1 Nivel de instrucción diciembre 2019 población mayor de 15 años .....	23
Tabla 2 Variables a utilizar en la estimación de costos.....	50
Tabla 3 Variables incluidas en los costos de salud. ....	52
Tabla 4 Costo de Hotelería .....	53
Tabla 5 Costos de laboratorio.....	53
Tabla 6 Costos de imagen.....	54
Tabla 7 Costos de evaluación y manejo.....	54
Tabla 8 Costos de tratamiento quirúrgico .....	54
Tabla 9 Costos de transfusión sanguínea .....	55
Tabla 10 Costos de anestesia .....	55
Tabla 11 Costo del Misoprostol como procedimiento .....	55
Tabla 12 Costo de fármaco para el dolor post tratamiento.....	56
Tabla 13 Costo total de salud .....	56
Tabla 14 Gasto en salarios del Consejo de la Judicatura por casos del artículo 149 del COIP (2014-2020).....	58
Tabla 15 Costos de la acción fiscal (2014-2020).....	59
Tabla 16 Salario, esperanza de vida y fallecimientos por aborto inseguro (2014 - 2019).....	59
Tabla 17 Años de vida perdidos 2014 - 2019 .....	60
Tabla 18 Costos de la penalización del aborto 2014-2019.....	61
Tabla 19 Costos de la penalización del aborto como parte del Presupuesto General del Estado (PGE).....	61

## Índice de gráficos

Gráfico 1 Tipos de violencia .....	25
Gráfico 2 Tipos de violencia por parte de la pareja o ex pareja .....	27
Gráfico 3 Víctimas de violencia sexual antes de los 18 años (%) 2011 .....	28
Gráfico 4 Violación (%) .....	28
Gráfico 5 Quién decide utilizar o no métodos anticonceptivos 2019 .....	29
Gráfico 6 Discriminación laboral por maternidad 2011 .....	31
Gráfico 7 Violencia obstétrica en mujeres que tuvieron un aborto (%) 2019 .....	32
Gráfico 8 Delitos relacionados con violencia de género por sexo de la víctima .....	35
Gráfico 9 Denuncias o impulsos en Fiscalía General del Estado (FGE) Vs. Procesos judiciales en el Consejo de la Judicatura (CJ) 2014-2019.....	36
Gráfico 10 Promedio anual de causas ingresadas en el Consejo de la Judicatura (2012-2019).....	37
Gráfico 11 Tasa todos los abortos (2007-2019).....	39
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).....	46
Gráfico 16 Etapa procesal de aborto consentido (2014-2019) .....	47
Gráfico 17 Costo en atención de salud de aborto no especificado (2014-2019).....	57
Gráfico 18 Costo de salud del aborto Vs. gasto público en salud (2014 - 2019).....	57
Anexo A: Gráfico 19 Composición de la pobreza por ingresos .....	76
Anexo B: Gráfico 20 Tasa de empleo no remunerado .....	76
Anexo C: Gráfico 21 Empleo Bruto por sexo.....	76
Anexo D: Gráfico 22 Empleo Adecuado/Pleno por sexo.....	77
Anexo E: Gráfico 23 Tasa de subempleo por sexo .....	77
Anexo F: Gráfico 24 Tasa de desempleo por sexo.....	77
Anexo G: Gráfico 25 Diferencias en los ingresos laborales.....	78
Anexo I: Gráfico 26 Violencia por ámbito .....	79
Anexo J: Gráfico 27 Violencia según estado civil .....	79
Anexo K: Gráfico 28 Principal razón por la que no denunció una caso de violencia 2019.....	79
Anexo M: Gráfico 29 Denuncias de violencia de género en FGE por sexo de sospechoso (2014-2019).....	81
Anexo N: Gráfico 30 Causas relacionadas con violencia de género ingresadas Vs. Resueltas .....	81
Anexo O: Gráfico 31 Abortos según edad, tasa de aborto por cada 1000 nacidos vivos (2012-2019).....	81
Anexo P: Gráfico 32 Abortos según edad, población femenina y tasa por 1000 mujeres (2012-2019) .....	82
Anexo Q: Gráfico 33 Aborto no especificado por grupos de edad (2012-2019).....	82
Anexo R: Gráfico 34 Abortos con procesos en FGE por sexo <i>de sospechoso</i> (2014-2019).....	82

## *Introducción*

Los fundamentos que generalmente son utilizados por personas y organizaciones que apoyan la despenalización del aborto son de diversa índole. Algunos de ellos están relacionados con elementos teóricos legales, de defensa de los derechos humanos y los derechos 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 (Erviti, 2005; Lerner & Guillaume, 2008).

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) (2018) durante el periodo 2008 al 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 2000 niñas menores de 14 años embarazadas producto de una violación (Gómez de la Torre & 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. Aun así, 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 condición socioeconómica. Entender la realidad socioeconómica de las mujeres que pasaron por un aborto inseguro es determinante para la definición de una política que busque hacer frente a este problema de salud pública, en el que 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, en base a un análisis cualitativo y cuantitativo de cifras oficiales; y, por otro lado, medir también 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 a esta lista 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. Y estos últimos, en un 85% 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. Así mismo, 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, con los que le representaría al Estado proveer legalmente abortos seguros y gratuitos por parte del servicio público.

En el 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 ha sentenciado a 192 mujeres por aborto autoinducido (Zaragocin et al., 2018). El 17 de septiembre del 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 al 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 del 2014 al 2019?

### **Preguntas específicas:**

- ¿Cómo se caracteriza la situación del aborto en el Ecuador, según información oficial del 2014 al 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 a los casos de aborto inseguros identificados del 2014 al 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 del 2014 al 2019.

### **Objetivos específicos:**

- Especificar cuáles han sido las características de la situación del aborto en el Ecuador, según información oficial del 2014 al 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 a los casos de aborto inseguros identificados del 2014 al 2019

## *Metodología:*

### **Estrategia de investigación:**

Esta investigación tiene un alcance descriptivo, y se desarrolla bajo un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo). Este 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 el 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, en la segunda pregunta se realiza la valoración de los costos directos que trae para el Estado proveer salud a las mujeres que se practicaron un aborto inseguro, incluyendo 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 & Marín, 2008).

### **Procedimiento metodológico:**

En la primera pregunta, se realiza un análisis estadístico para caracterizar la realidad del aborto en el 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 CUAN(Cual), por lo que se utiliza principalmente el método cuantitativo y a su vez entradas cualitativas para describir información relevante específica obtenida de entrevistas (Hernández Sampieri et al., 2010). Se utiliza estadística descriptiva que caracterice el contexto social y económico de las mujeres del 2014 al 2019, en donde se visibilice de manera objetiva las inequidades entre hombres y mujeres y los contextos de violencia machista de acuerdo con cifras oficiales en el Ecuador, que pueden estar vinculados a una decisión sobre el aborto.

Es así como 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 diferentes tipos de abortos. Es decir, indagar 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 & 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 lleva a cabo 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 utiliza la metodología utilizada por varios autores (Darroch & Singh, 2011; Juárez & Singh, 2013; Singh et al., 2019; Vlassoff et al., 2004, 2016; Vlassoff & Singh, 2016), donde se evaluará 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 utilizada por 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 calcula los años potenciales de vida perdidos (Romeder & McWhinnie, 1977), se establecen los casos de fallecimientos de mujeres en circunstancias específicas y se calcula el monto económico perdido, utilizando 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 - INEC, Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud y acuerdo ministerial 00005187 (Factores de conversión monetaria)
		Costos de judicialización	Consejo de la Judicatura, Fiscalía General del Estado y tabla de la remuneración mensual por puesto (FGE y CJ)
	Costos indirectos	Pérdida de productividad	Organización Mundial de la Salud (esperanza de vida), encuesta nacional de empleo y desempleo - INEC, registro estadístico de camas y egresos hospitalarios - INEC, índice de precios al consumidor - INEC, Fiscalía General del Estado y Banco Interamericano de Desarrollo (tasa social de descuento)

## ***Capítulo 1: Fundamentación teórica***

En el Ecuador se evidencia 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 evidencia 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 es un hecho que 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 mujeres 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 forma 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 es necesario que alguien vigile para que se ejecute el poder, la sociedad es controlada a través de formas de auto vigilancia 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, Brown 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 (Brown, 1992).

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 forma 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. Así, la penalización del aborto no reduce su práctica, solo presiona a las mujeres a tener como única alternativa su práctica 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 en base al 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 de la jurisprudencia, el Estado impone un trato de poder masculino en la relación entre las leyes y la sociedad. La constitución gana legitimidad a partir de una aparente objetividad con la que se afirma que hay igualdad entre los sexos. Esta objetividad parece abstenerse cuando existe la falta de otros derechos, por ejemplo, cuando alguien no tiene realmente igualdad, justicia, libertad intimidad entre otros, no necesariamente puede ejercer su derecho a la libertad de pensamiento. Si con estas igualdades planteadas en la ley para hombres y mujeres no siempre se pueden ejercer, en el campo de la sexualidad es donde menos aún lo ha hecho y esto se evidencia en la prostitución, violaciones, el uso de pornografía y el aborto (Mackinnon, 1995).

Las representaciones del poder que buscaban históricamente liberarse de esa dominación no buscaban desafiar el derecho que lo sostenía, sino que en el mismo sistema de lo jurídico y discursivo se lo reconfigura para contrastar las fuerzas del poder hacia un lado o al otro, lo que define al derecho como una forma de ejercer la violencia y reproducir sutilmente la desigualdad (Foucault, 1976a). Si bien las políticas de Estado en relación con el género han avanzado y han tenido enfoques diferentes en respuesta a luchas concretas que van evolucionando en el tiempo, el Estado es un instrumento que mantiene las condiciones de opresión; por tanto, el poder de protección del Estado implica también establecer una dependencia y acatar las reglas del protector. El dispositivo de protección son clave en la dominación, las mujeres son susceptibles de violación, y por eso requieren ser protegidas; es decir, están protegidas por el mismo poder que temen, esto perpetua la histórica dependencia e impotencia, en diferentes culturas y épocas (Brown, 1992).

El Estado, como institución, es parte de una estructura social más amplia de relaciones de género; es la institucionalización de las relaciones de poder, es el principal organizador de las estructuras alrededor del género que encarna el poder y la violencia (Connell, 1990). El género construye el Estado, sus estructuras y política; por tanto, se constituye, como mínimo, en un vehículo importante de opresión y regulación sexual y de género. La tendencia de ver al Estado como el ente que promueve los intereses patriarcales y capitalistas limita la estrategia para un posible cambio y progreso en la política sexual Connell (1990).

Para O'Connor (1996) por su lado, el género se refiere a las diferencias relacionales, estructurales y simbólicas entre hombre y mujer, construidas socialmente. Si partimos del análisis del Estado de bienestar con enfoque de género, el reconocimiento de la interacción de género y clase está unido a una crítica más general de la concepción dominante de ciudadanía que respalda la búsqueda del estado de bienestar. En este análisis, el enfoque en género es inadecuado; los temas tienen que estar enmarcados en término de la interacción de género, clase e inclusive raza, en algunos casos, como las dimensiones que estructuran la inequidad en la sociedad. El cuidado y la dependencia son dos lados de la misma moneda: el cuidado involucra a los cuidadores y a los dependientes, incluyendo la consecuencia de la dependencia económica. El concepto de cuidado provee una visión hacia las relaciones estado-mercado-familia (O'Connor, 1996).

La participación en el mercado laboral es la clave para la independencia en la mayoría de Estados de bienestar, estos patrones han cambiado dramáticamente desde 1960 y el fenómeno del proveedor masculino y la familia nuclear no reflejan el patrón dominante en la mayoría de los países, a pesar de que puede ser todavía el modelo de política social, o por lo menos la influencia ideológica dominante en política social en varios países (O'Connor, 1996).

### **Teoría feminista**

Para el abordaje del aborto desde el feminismo, es necesario reconocer que el feminismo no tiene un método científico propio, como lo tiene el marxismo, explica que las líneas base sobre las que se sienta la mayoría de la teoría feminista son el conjunto de factores sobre las violencias y desigualdades, quejas y problemas que conlleva las diferencias en el sexo y el género. Por otro lado, la aparente ausencia de un método para el feminismo solo permite entender la existencia de problemas que se tratan como aislados, pero que son sistémicos, por lo que inclusive pueden pasar a ser aceptados. Por ejemplo, la forma en la que muchas veces se describe una violación, asumida como una situación negativa, pero que finalmente culpabiliza a la mujer, en lugar de al violador y al sistema, que es la raíz del problema; de ahí la importancia de la sexualidad como categoría para el feminismo, entendida como el entorno social donde se asienta el poder del masculino, donde la sexualidad es una forma de poder que generalmente es utilizada por el hombre no solo en términos de sexo, sino como la construcción social que el género encarna. Por esto, el feminismo busca construir una teoría política feminista sobre la sexualidad, como la base de la desigualdad de género. Aun así, la libre aceptación de las mujeres de asumir un rol de madre bajo todas las estructuras antes mencionadas, no por su decisión, sino por la falta de oportunidades y alternativas reales, limita, pero no imposibilita, la demostración empírica de la teoría (MacKinnon, 1982).

La epistemología empirista feminista busca plantear nuevas interrogantes sobre la objetividad en la que es construida (Blazquez et al., 2010). Mckinnon (1982), explica que el feminismo efectivamente posee un método científico, aunque no necesariamente una metodología científica. Este método, característico de la segunda ola del feminismo, en donde se comienzan a tratar con mayor relevancia las discusiones con respecto 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 & Cosgrove, 2004); la segunda, revalora las perspectivas, aceptando que hay una realidad, pero que la comprensión de esa realidad se ve afectada por la posición que alguien toma en una estructura social (Smith, 1974); el último es la construcción social o posmodernista (Cosgrove & McHugh, 2002).

Es de interés buscar un quiebre entre las razones epistemológicas antes construidas bajo estas perspectivas y utilizar características de la perspectiva epistemológica del empirismo para complementar la postura posmoderna, para ubicar espacios donde se cuestione las formas en las que se debate el fenómeno del aborto desde un sesgo machista, para construir una nueva realidad en base a los significados de las mujeres desde sus perspectivas diversas. Lo cual 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, a la par de exponer 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 a 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, que además de ser explotada por los propietarios de los medios de producción, también es explotada, y no solo 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 diferentes 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, en el cual se naturaliza 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 intragénero 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 que poseer 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 políticos que existen sobre los cuerpos y la sexualidad, y la construcción de la maternidad como condición necesaria para la feminidad para cumplir su rol de reproducción social (Carmenati & 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 puede distinguir diferentes 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 permiten diferenciar el aborto legal del aborto 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, como 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 sólo 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, donde 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 expone a las mujeres 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 exponen 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 ONU y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Casas, L., Vivaldi, L., Silva, M. C., Bravo, M. C., Navarro, C., & Sandoval, 2013).

La despenalización del aborto en el 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, porque es la figura utilizada para permitir el aborto en los casos del aborto terapéutico y de violación a una mujer con discapacidad mental, además de la existencia de al menos 5 organismos internacionales que han solicitado al Ecuador la despenalización del aborto incluida la ONU y la CIDH (Carmenati & Gonzales, 2017) .

La despenalización del aborto bajo estas estructuras de poder y dominación 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 (A. 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 los noventa, los movimientos feministas que se definen como pro-elección o pro-derechos empezaron 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 resultados como los siguientes: de las mujeres procesadas por aborto ilegal, el 6.98% eran analfabetas, el 40.31% tenían educación primaria, el 11.63% tenían bachillerato, y únicamente el 4.65% de las mujeres tenían educación superior (Arango et al., 2013). Las mujeres que fueron criminalizadas por abortar presentan bajos niveles de educación, lo cual está íntimamente relacionado a su situación socio económica. 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 y/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 recibían remuneración económica por su trabajo y solamente el 31.78% contaban 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 afrontan un embarazo no deseado 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, y 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 con 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 penados 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, lo cual 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).

Las prácticas de aborto en entornos de penalización, donde deben realizarse en circunstancias de peligro y en lugares clandestinos las mujeres tienen efectos psicológicos que no son necesariamente producto de la decisión, sino el rol que cumplen la política pública, organizaciones y las instituciones del Estado (Fernández & 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 continuar con un embarazo y alterar los planes personales de vida, las sociedades y las familias también reciben a las mujeres a un ambiente de hostilidad, discriminación y exclusiones de toda naturaleza (Fernández & Tajer, 2006). El tratamiento psicológico (o su ausencia) implican 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; y un sistema de salud pública es la suma de todos los recursos, instituciones y organizaciones que tienen como fin llevar a cabo procesos que busque 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 ausencia de políticas que garanticen acceso a servicios de salud pública que evite 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 trae consigo costos que en caso de su despenalización no tendría que asumir el Estado o las mujeres y sus familias, sin perjuicio de que la realización de abortos en la legalidad igualmente implique otros costos, 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 de 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 sí 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 (A. 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 costos 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 que implican los gastos en efectivo de los pacientes o sus familiares. Así mismo, 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, miedo entre otros, y los directos que pueden ser el grado de satisfacción con los servicios prestado por el sistema de salud (A. 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 genera esta problemática, que son los costos institucionales que incluyen los costos que generan las instrucciones legales en los casos que llegan a procesos judiciales, estos incluyen los costos de todas las instituciones como la Fiscalía, Consejo de la Judicatura, policía, etc. Igualmente se generan costos en los casos cuando tras un proceso judicial se sentencia a una mujer, tratante o causante, en función del costo 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, y aunque puede ser una reducción a todos los ámbitos y aristas que se pueden, y deberían ser abordados en la academia para 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, la forma de quiebre de estas relaciones es el empoderamiento, entendiéndolo desde la misma perspectiva que se analizó previamente con Foucault. No quebrando las estructuras de poder, sino reconfigurándolas. Entendiendo 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 un proceso de emancipación que se logra con un desafío de las relaciones de poder (Batliwala, 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), es necesaria 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 romper las estructuras de poder y dominación, lo que 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 como 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 un análisis de estas 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, en el presente capítulo busca responder a la pregunta: ¿Cómo se caracteriza la situación del aborto en el Ecuador, según información oficial del 2014 al 2019? En la cual 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 el Ecuador al respecto en distintos ámbitos y de forma histórica y geográfica. Y finalmente se caracteriza 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 como son: 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 INEC, así como también información remitida por el Consejo de la Judicatura y la Fiscalía General del Estado recopilada de acuerdo a la información disponible en cada caso durante el periodo 2014 al 2018 (Se presenta información de años adicionales en caso de estar disponible).

### **Desigualdades socio económicas**

Uno de los ejes centrales de la economía feminista es el estudio 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 la feminización de la pobreza es un concepto relativamente difuso porque depende de varios factores y puntos de vista sobre cómo entender la feminización y de cómo entender la pobreza, y 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 justamente 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 toma 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 son 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 analiza la pobreza no solo como una falta de ingresos, sino como una negación de derechos en diversos contextos culturales. En ese contexto explica tres factores fundamentales que llevan a un proceso de feminización de la pobreza. El primero es que las tendencias demográficas están llevando a un incremento de las jefaturas femeninas en los

hogares, lo cual, con una deficiente política social y regímenes políticos restrictivos para las mujeres, profundizan 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 en base a 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 del 2017, en años anteriores eran similares. En segundo lugar, relacionado a los patrones culturales está la falta de derechos en términos de propiedad y tierra, comportamientos sociales está la falta de empoderamiento de las mujeres, que dificultan 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 afectar particularmente la vida de las mujeres, 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.

Siendo que aunque no hay una importante 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 de género entre hombres y mujeres. Aunque la pobreza ha disminuido en ambos casos, 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, la reducción es menor en las mujeres. Posteriormente, en el último periodo, la brecha tuvo una histórica reducción hasta el 1.1% y es el único periodo en el cual la diferencia no es estadísticamente significativa. Según la ENEMDU 2019 el nivel de pobreza por ingresos a diciembre del 2019 fue de 25.09%, establecida la línea de 84.82 dólares 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 1).

### **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 actividades del cuidado (trabajo no remunerado), de la cual un 70% son realizadas por mujeres. La proporción de la población que entra dentro de la categoría de trabajo no remunerado se ha incrementado en el tiempo, por lo cual 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 2). 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 como en el 2017 el aporte de estas actividades al valor agregado bruto nacional (VAB) es del 19.1%, cerca de 20 mil millones de dólares 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 dedican 11.3 horas. Este trabajo implica también 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 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2017).

El anexo 3 explica la diferencia entre las tasas de empleo bruto para hombres y para mujeres que en diciembre del 2019 se ubicaron en 75.1% y 51.0% 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 el 2007 al 2019 las tasas de empleo bruto se han mantenido relativamente iguales para ambos sexos, desde diciembre del 2017 hasta diciembre del 2014 hubo una diferencia promedio de 63% de ocupación de hombres sobre mujeres, este promedio desde marzo del 2015 hasta diciembre del 2019 disminuyó a 49%. Lo cual indica que 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 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2020a). Cabe recalcar que el desarrollo de estas actividades 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 un 32.9% mujeres, para 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 4). 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 del 2017 que era de 15% hasta 0 en diciembre del 2019. Siendo la mayor parte de este periodo cercana a 0 a partir de diciembre del 2012. Esto, si bien indica que no hay grandes diferencias en términos de salario, sí existe una importante brecha en términos del acceso a un empleo adecuado entre hombres y mujeres.

En su lugar, sobre el sub empleo, entonces sí hay una relativa igualdad entre hombres y mujeres, la tasa de subempleo promedio entre las mujeres desde diciembre del 2007 a diciembre del 2019 es de 15.3%, mientras que entre los hombres es del 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 5. Es importante mencionar que 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 del 2009 cuando llegaba al 8%, en el mismo periodo el desempleo para los hombres fue de 5.2%. El periodo en el que la diferencia entre las tasas de desempleo para hombre y mujeres fue menor, fue 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. Y para diciembre de 2019 esta diferencia se mantiene en 30% (Ver anexo 6).

## **Ingresos**

En términos nominales los hombres han ganado en promedio 69.40 dólares más que las mujeres, lo cual representa un 25.1% más de diferencia durante el periodo 2007 a diciembre del 2019. La brecha se ha reducido en los últimos años como muestra el Anexo 7, aunque no deja de ser una brecha significativa e importante en términos de las oportunidades que un mayor ingreso implica. Para diciembre de 2019 los hombres ganan en promedio 18% más que las mujeres. Sin embargo, hay varios factores que pueden explicar estas brechas. Entre ellos puede ser la cualificación, las horas de trabajo, y varios otros factores 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 como 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. Sin embargo, existen varios análisis sobre la brechas de género en el 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, donde la cuestión es la voluntariedad en esta diferencia. Una de las investigaciones al respecto de mayor actualidad es la de Rivera y Araque (2019), en ella se sintetiza varias investigaciones pasadas 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 el año 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 y todas estas están generalmente relacionadas a la maternidad (Gálvez, 2002).

## Educación

Si bien es cierto, cuando se habla del nivel de instrucción las mujeres tienen una pequeña ventaja sobre los hombres en ciertos niveles de instrucción como la educación básica y superior (ver tabla 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 la razón de por qué las personas ya no asisten a clases o dejaron de asistir, 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. Así mismo, 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 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/bachi	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

**Elaborado por:** Pablo Gómez

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 a acceso a derechos, estas desventajas, y en particular la pobreza, pueden ser una parte de la decisión de abortar de una mujer, pues en estos casos la maternidad no deseada significaría la exclusión y la ampliación de los círculos de pobreza. Por otro lado, existe una diferencia entre una mujer con más acceso a recursos, que aunque en la ilegalidad, pueden acceder a formas de aborto más seguras, mientras que para una mujer empobrecida, la penalización del aborto significaría no solo el riesgo de ser encarceladas, 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) y establece la importancia de reconocerla tanto en el ámbito público como en el privado y además incluyendo los actos directos del Estado y sus omisiones como parte de esta. En este sentido, Heise (1999) realiza una transcendental explicación de las causas de la violencia de género, y las explica 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 también 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 (Fríes & Hurtado, 2010).

En este punto cabe mencionar la crítica de Castro & 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 toma en cuenta 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>. En este mismo sentido 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 vividos por las mujeres sigue siendo alto.

### **Estadística institucional sobre violencia**

Para analizar la violencia desde los elementos más visibles y cuantificables en base a la información disponible proveniente de instituciones oficiales, se considera información relevante 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 lo cual se utiliza las definiciones establecidas en el 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, pues en el 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.

### **Tipos de violencia**

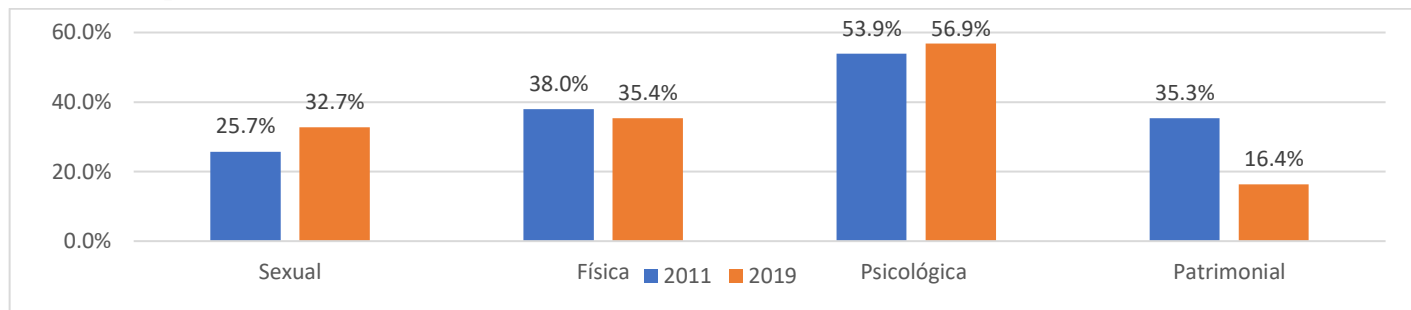
Para el 2019 el principal tipo de violencia experimentada por las mujeres es la psicológica, el 56.9%. La segunda más importante es la violencia física con 35.4%, seguido de la violencia sexual un 32.7% y la patrimonial un 16.4%. El tipo de violencia que más incrementó en ambos periodos de la encuesta fue la sexual, que en el 2011 fue de 25.7%; mientras que la patrimonial se redujo desde el 35.3% en 2011, al 16.4% antes mencionado (Ver gráfico 1).

---

<sup>2</sup> Entre las más importantes, que ha firmado y ratificado el 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 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), 2007)

**Gráfico 1 Tipos de violencia**



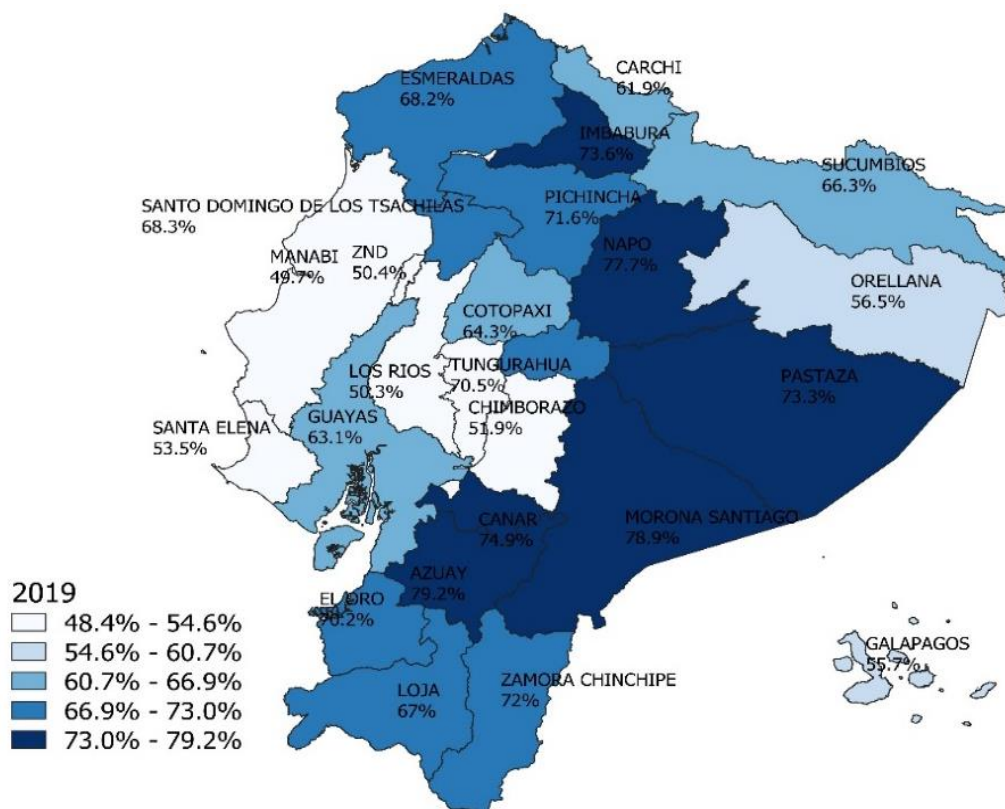
**Fuente:** ENVIGMU 2011-2019

**Elaborado por:** Pablo Gómez

### Territorial

En cuanto a la distribución territorial, en el 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 el 2011 la diferencia de la violencia es del 2.7, siendo que en lo urbano el 61.4% de las mujeres ha víctima de ella, mientras que en lo rural esta cifra es de 62.8%. En cuanto a la distribución geográfica de la violencia, en el mapa 1 se muestra el porcentaje de mujeres que la han sufrido, siendo el total la población femenina de 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 el 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 han vivido algún tipo violencia muestra una realidad distinta (Ver anexo 8). 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 del Ecuador. Estas 3 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 los años 2011 y 2019.

**Mapa 1 Violencia en el Ecuador relativa por provincia**



**Fuente:** ENVIGMU 2019

**Elaborado por:** Pablo Gómez

## Ámbito

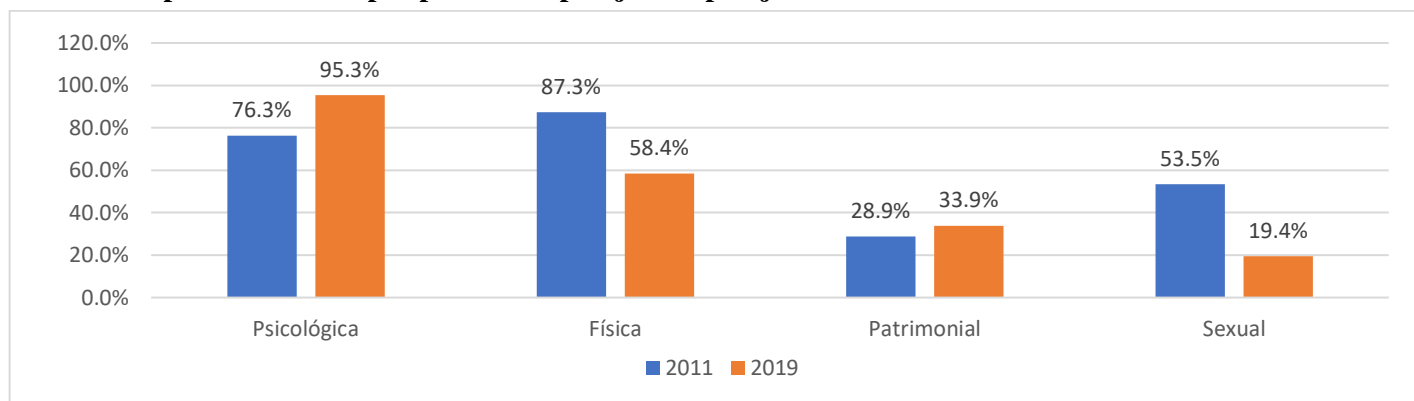
Según la ENVIGMU, la violencia contra las mujeres se da en todos los ámbitos de la vida pública (laboral, educativo y social) y privada (el entorno familiar, de hogar y de pareja). La principal fuente de violencia hacia las mujeres es en las relaciones de pareja, donde un 42.8% de las mujeres ha experimentado cualquier tipo de violencia de su pareja o ex pareja. Sin embargo todos los ámbitos de violencia son relevantes y para el 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 9).

La violencia contra la mujer puede ser ocasionada por varios factores, como se revisó anteriormente; pero también pueden existir 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 abuso físico frecuente y aún más psicológico. Es decir, las distintas 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 (C. García et al., 2006; Hindin et al., 2008; Kishor, 2004).

Es así como para el Ecuador se corroboran algunos de los postulados anteriores. Para el 2011, el 76% de las mujeres que han sufrido violencia, la han recibido por parte de sus parejas o ex parejas. Esta cifra, para el 2019, es del 65.9%, y aunque no sea la única fuente de violencia que han experimentado, es la principal. Para el 2011, en las relaciones de pareja, la principal forma fue la física, dónde el 87.3% de las mujeres fueron víctimas. Esta es seguida por la psicológica, que la sufrieron 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, seguido de la física (58.4%), patrimonial (33.9%) y sexual (19.4%) (ver gráfico 2). Un análisis sobre el estado conyugal de las mujeres evidencia otra idea importante: 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 mujeres solteras, el porcentaje es del 54.9%. Esto indica que es menos probable ser víctima de violencia sin ninguna sociedad conyugal. Aun así hay más de un 50% de probabilidad de ser una víctima, solo por el hecho de ser mujer (Ver anexo 10).

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 pueden 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 an las ideas anteriores. Siendo así como para el 2011, el 6.2% de las mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas o ex parejas 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 ex parejas, 2 de cada 100 mujeres, más 126 mil mujeres. En su lugar, para el 2019, 3.9% de las mujeres mayores de 15 años ha tenido un aborto como resultado de violencia por parte de su pareja o ex pareja. Y 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 2 Tipos de violencia por parte de la pareja o ex pareja**



**Fuente:** ENVIGMU 2011-2019

**Elaborado por:** Pablo Gómez

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 la han denunciado están relacionadas con elementos personales, sociales, culturales y también 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%), 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 al expresar que: 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 11). Esto evidencia 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, 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 un problema social y político generalizado del sistema (Camacho, 2014).

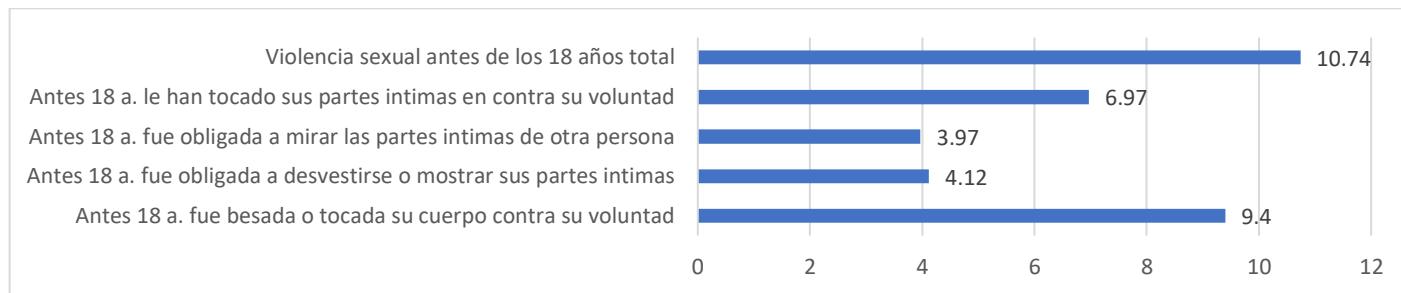
La violencia sexual contra la mujer en el Ecuador, según la ENVIGMU (2019) alcanza el 32.7%; es decir, la tercera parte de las mujeres mayores de 15 años han sufrido alguna forma de violencia sexual. Adicionalmente, esta forma tiene la segunda prevalencia más importante; una de cada 10 mujeres (12.0%) la sufrió en el último 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 víctimas 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 7.0%, 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>.

<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 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 diferentes preguntas 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 en las preguntas de identificación de

El gráfico 3 nos permite visibilizar información relevante que se especifica en la ENVIGMU 2011 (pregunta que no se realizó en 2019). Cuando se pregunta si ha sido víctima de violencia sexual antes de los 18 años, resulta que una de cada 10 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 3 Víctimas de violencia sexual antes de los 18 años (%) 2011**



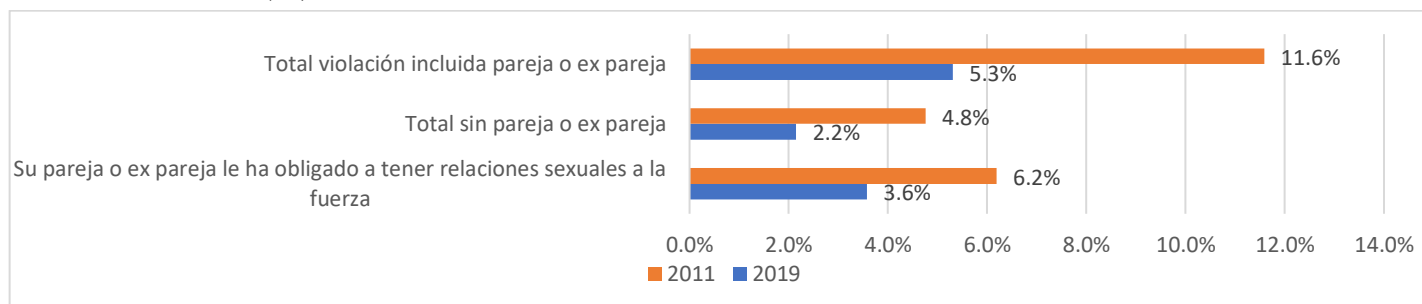
**Fuente:** ENVIGMU 2011

**Elaborado por:** Pablo Gómez

### Violación

El gráfico 4 muestra las violaciones declaradas en la ENVIGMU 2011 y 2019, y evidencian que una de cada 10 mujeres fue violada por cualquier persona, incluida su pareja o ex pareja (11.6%) y una de cada 20 mujeres fue violada por alguna persona que no fue su pareja o ex pareja (4.8%). Esta información indica que es mayor la magnitud de violación por parte de la pareja o ex pareja 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 ex pareja, 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).

**Gráfico 4 Violación (%)**



**Fuente:** ENVIGMU 2011-2019

**Elaborado por:** Pablo Gómez

Según la información de 2011, solamente el 10.78% de las mujeres que fue víctima de una violación lo denunciaron. De estos casos, solamente el 25% llega a una resolución, de los cuales solo la mitad tiene una sanción para el o los responsables. Es decir que solo en 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, aún en los casos donde el crimen de violación sería una de las formas de violencia más reprochadas por la sociedad en general.

---

violencia sexual en pareja solo se utilizan preguntas que indican directamente una violación y no otras formas menos directas de su práctica. Es así como sus preguntas 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.

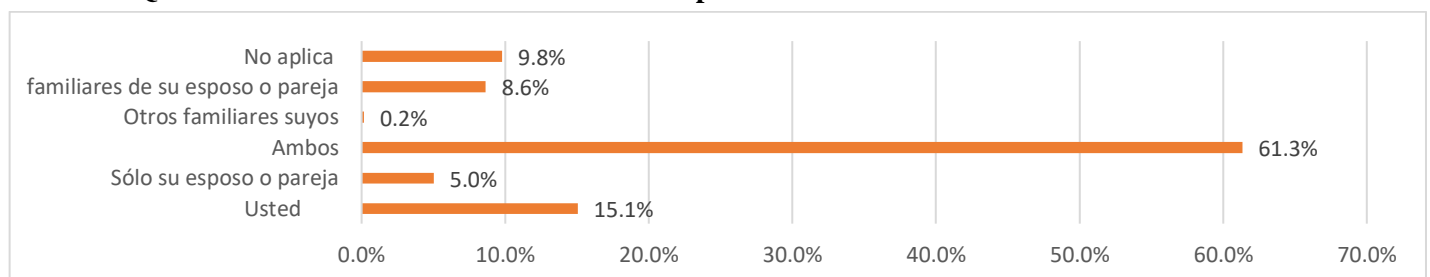
Existen aspectos, creencias erróneas y puntualizaciones importantes a considerar con respecto a las violaciones: Las violaciones nunca son en función de algún impulso físico ni instinto natural. Los comportamientos de las víctimas, como las formas de vestir, entre otros, no son incitaciones. Los violadores 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 sub estimados 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 & 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 el 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 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 utilizar o no métodos anticonceptivos, estos son los casos en los que decide solo el hombre (5.0%), 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. Lo cual implica directamente que si estas mujeres quedasen embarazadas y se trata de un embarazo no deseado, en ningún momento la mujer tuvo la capacidad de decidir sobre la maternidad ni sobre su sexualidad.

**Gráfico 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 dan 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

<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.

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 el 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). Lo cual representan un promedio de 6 nacimientos diarios, de niñas menores de 14 años. De modo que según la interpretación legal del COIP hubo, 23.7 mil violaciones a niñas violadas 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 el Ecuador.

Por otro lado, los nacimientos provenientes del embarazo adolescente en mujeres menores de 20 años representan un promedio de 25.2% de los nacimientos desde el 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, y 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 más importantes 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 convirtiéndose en un factor que influye en la prolongación de la pobreza y sus entornos de dominación machista, porque la limitación educativa, entre otras razones, conllevan 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) “Abandonar los estudios significa (...) la exclusión y el peligro de la marginalidad” (p.88). En este contexto, el tener hijos durante las edades en las que en promedio son edades 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 670 mil abortos en adolescentes de entre 15 a 19 (Williamson, 2013).

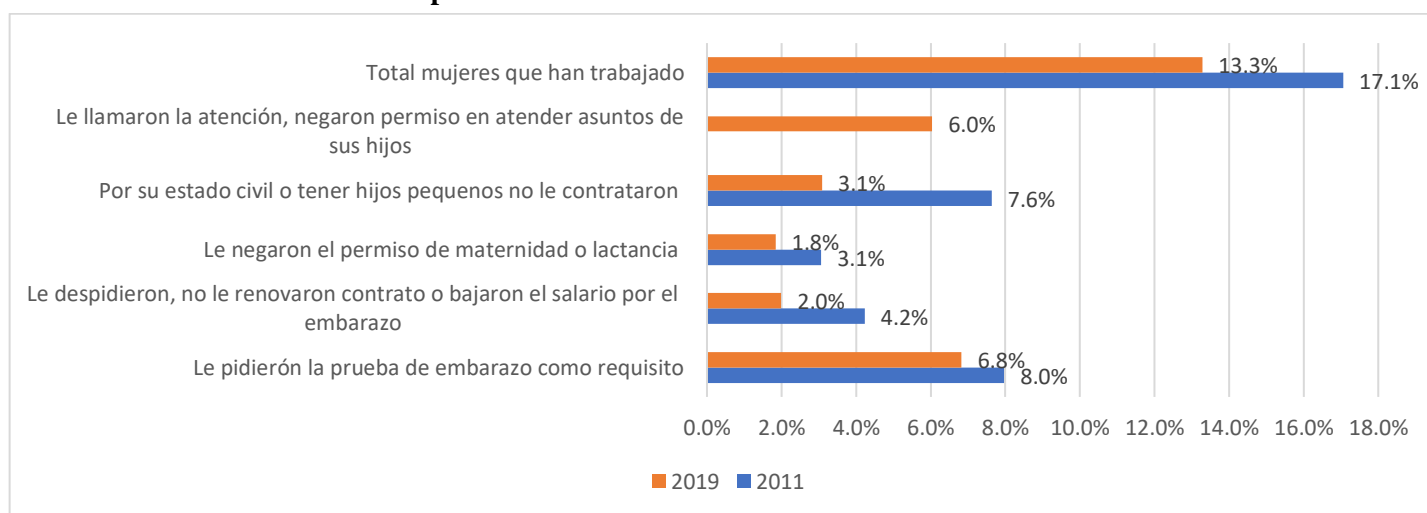
En el 2019, 70% de las mujeres tuvo su primer hijo antes de los 30 años y para el 2011 fueron el 74.1%. Un dato importante que cabe mencionar es que más de la mitad de las mujeres que tuvieron un hijo, lo tuvieron antes de los 20 años, y el 33% antes de los 18 años para el 2019. Para el 2019, el segundo 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 promedios 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 & 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 6, para el 2011, el 17,1% de todas las mujeres mayores de 15 años en el 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 el 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. Siendo así que para el 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, como 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 6 Discriminación laboral por maternidad 2011**



**Fuente:** ENVIGMU 2011

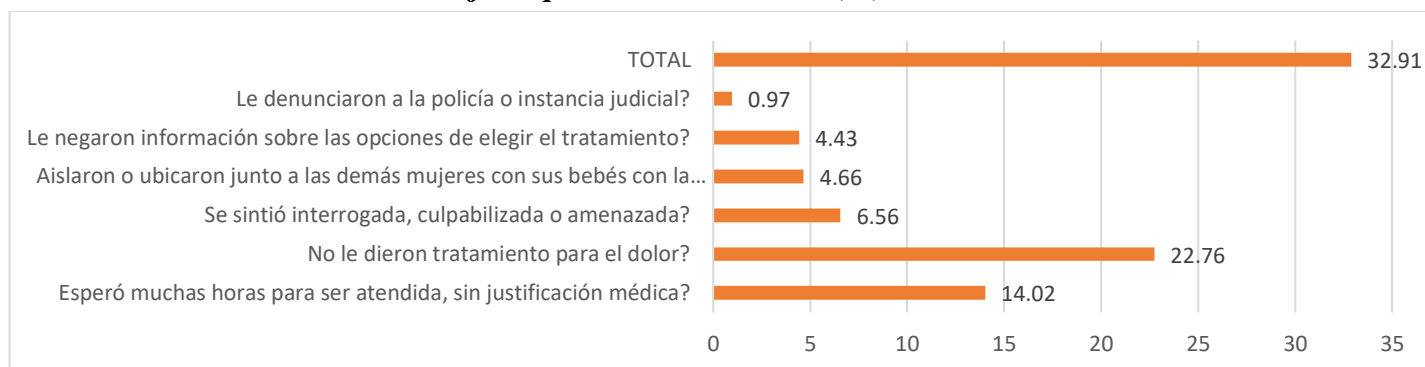
**Elaborado por:** Pablo Gómez

### Violencia ginecológica y obstétrica

Dentro de la ENVIGMU 2019, en las preguntas para identificar 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 5 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 por tener un aborto, sin importar si este es deseado o no (2019). En el Ecuador, las mujeres que han sufrido alguna forma de violencia obstétrica como consecuencia de atención prejuiciosa en una institución de salud son el 32.9% de las mujeres que han tenido un aborto, sin importar si el aborto fue auto provocado o no. Entre estas se incluyen no darles a las mujeres tratamiento para el dolor (22.8%), hacerles esperar muchas horas sin ninguna justificación (14.0%), 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 (1.0%) (Ver gráfico 7).

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



**Fuente:** ENVIGMU 2019

**Elaborado por:** Pablo Gómez

### 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 5 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 12). Como parte del contexto, existen dos manuales de práctica media del MSP vigentes en el Ecuador<sup>7</sup>.

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,

<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, se encuentra 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 del 2013 sobre los varios 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, 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 si no que se manejan, entre otras, como completo, incompleto, amenaza, diferido, séptico, recurrente, inseguro, inevitable, etc.

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 ser utilizada 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 están especificados 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. Así, 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, por lo que 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 abortos 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, y 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, en base a las condiciones anteriormente analizadas en la ENVIGMU 2019. Al respecto de estas formas de violencia, la mayoría de las personas entrevistadas explicaban 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, en base a la experiencia, la atención en un establecimiento de la sierra es muy diferente

---

<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. El misoprostol es utilizado como método eficaz y eficiente en el tratamiento de abortos, partos y complicaciones obstétricas y postaborto (Goldberg et al., 2001).

a la atención en la costa, asumiéndose como consecuencia de las diferencias en el comportamiento de los habitantes de la costa, “la gente 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”, encontrando explicación en 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 la existencia de 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 qué 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 este tiempo de 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 sí ya perdió su embarazo ya no es un urgencia.”

Así mismo, ubicar a mujeres en proceso de aborto o que tuvieron un aborto, en el mismo espacio de mujeres 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, por cuanto 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 si 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 tanto 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: “O sea, 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.

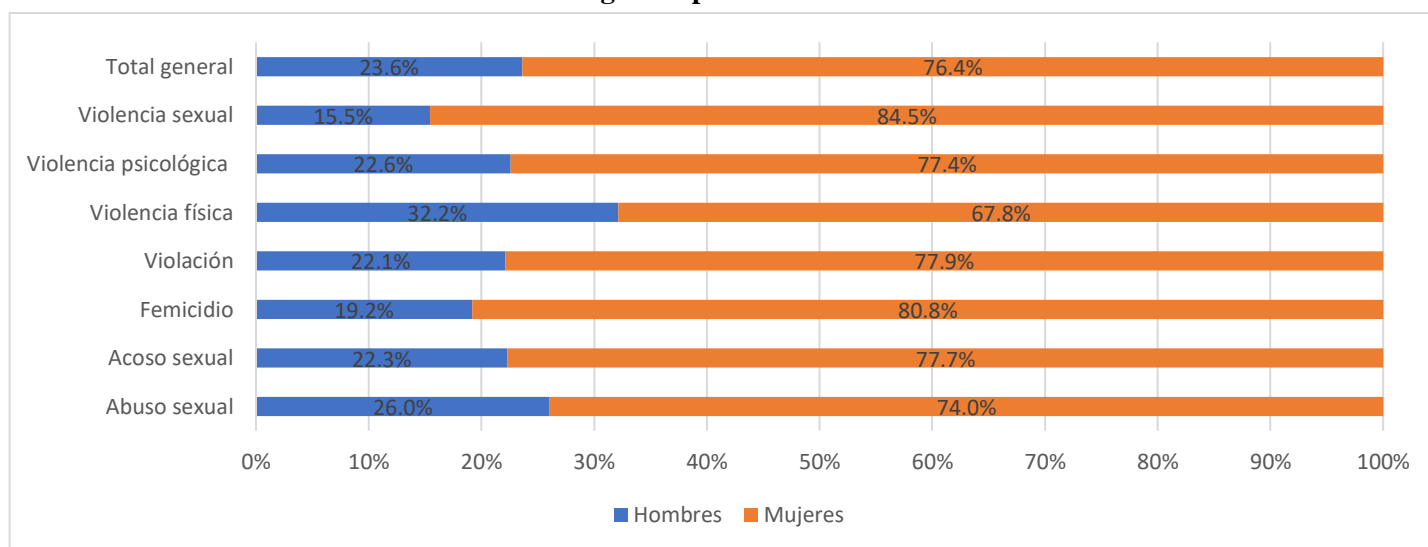
## Fiscalía General del Estado

En este apartado se describe información institucional remitida por la Fiscalía General del Estado el 20 de mayo de 2020. Esta información 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.

Durante el periodo 2014-2019, hubo un total de 338 mil procesos iniciados en FGE de denuncias o impulsos relacionados con violencia de género como son: 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. Del 2014 al 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 13), 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% son 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 8 Delitos relacionados con violencia de género por sexo de la víctima**



**Fuente:** Fiscalía General del Estado

**Elaborado por:** Pablo Gómez

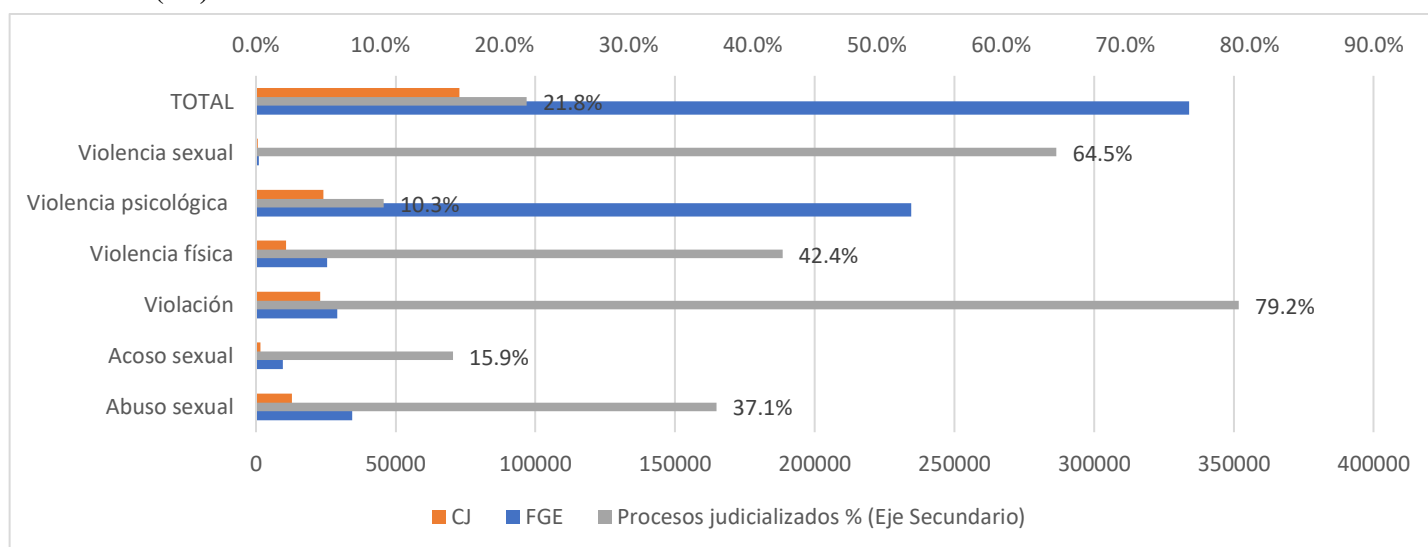
Así como no todos los sospechosos de los procesos ingresados son hombres, aun siendo casi la totalidad en los delitos de naturaleza sexual, no todas las víctimas de estos son mujeres. Una evidente mayoría de víctimas son mujeres como muestra el gráfico 8, con un promedio de 76.4% de todos los delitos. 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, se puede evidenciar que 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

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 FGE con los procesos ingresados en el Consejo de la Judicatura, esta diferencia corresponde a que los procesos iniciados en FGE son denuncias y hechos de los que se llega a tener conocimiento institucionalmente, y no todos estos procesos 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, se encuentran en instrucción fiscal, entre otras razones.

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, en base a 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 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 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 las denuncias por este delito se concretan en un proceso judicial.

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



**Fuente:** Fiscalía General del Estado & Consejo de la Judicatura

**Elaborado por:** Pablo Gómez

<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.

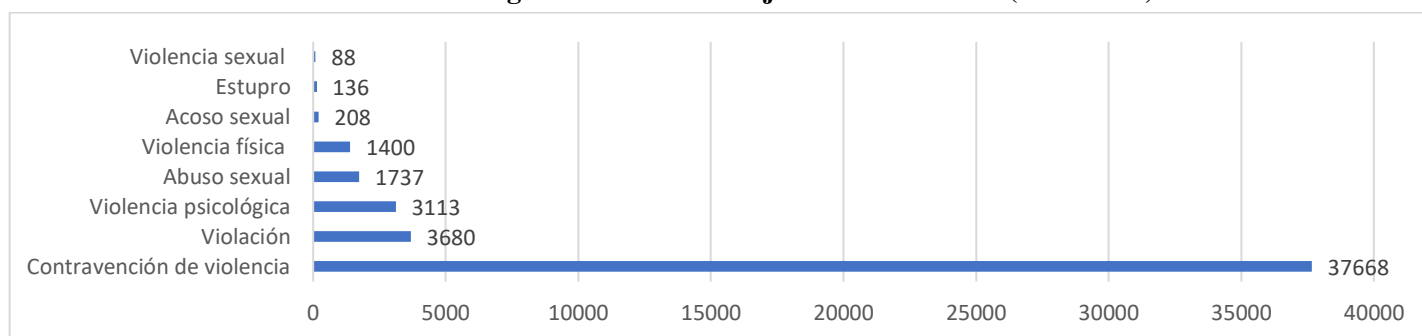
<sup>10</sup> Es decir, que entre algunas de sus funciones, lleva la administración de las Cortes o unidades de justicia, califica a los jueces y organiza los procesos judiciales y sistemas de justicia.

En la mayoría de los delitos, el 2015 es el año donde más causas se ingresaron al CJ, lo cual puede ser consecuencia de los cambios aprobados en el 2014, alcanzando un total de 73.956 casos. Desde el 2014 hasta el 2019, la mayoría de las causas ingresadas no ha disminuido, sino que al contrario se ha mantenido constante o, incluso, han aumentado, siendo así que para el 2019 se ha ingresado más de 66 mil procesos, dejándolo como el año con mayores delitos relacionados con violencia de género después del 2015. Los delitos de naturaleza sexual más recurrentes son la violación y el abuso sexual, que han aumentado significativamente en el tiempo, siendo el 2019 el año con mayores procesos judiciales al respecto. Este incremento de las causas de violencia de género contra la mujer son claras evidencias 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

Del 2012 al 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 1645 delitos de abuso sexual y 3540 violaciones anuales del 2012 al 2019 (Ver gráfico 10).

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



**Fuente: Consejo de la Judicatura**

**Elaborado por: Pablo Gómez**

Otra noción de eficacia sobre la justicia sería la evaluación de cuántos de los procesos del CJ terminan en una resolución (ver anexo 14), 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 el 2014, donde solo se resolvieron el 65.2%; y el 2016, con 105.8% de los casos. Estos adicionales corresponden a la resolución de casos ingresados en años anteriores. Para el 2019, se resolvieron 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 casos que ingresan al CJ son resueltos, pero aún más, de los que sí terminan con una resolución solamente en 14.1% terminan con una sentencia condenatoria contra los perpetradores. En los casos de violencia psicológica solo el 5.7% de los casos resueltos terminan con esta 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, corrupción, entre otras. Sería de interés el desarrollo de investigaciones que apunten en la puntualización de las causas con el fin de corregirlas. Esta indagación no es motivo de la presente investigación. Sin embargo, se evidencia la ausencia de políticas que apunten a esta democratización de la justicia para las mujeres.

### 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 COIP (2014) define al delito de femicidio como el hecho de que una persona asesine 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 el 2014 hasta enero del 2020 hubo 375 femicidios, calificados como tal interinstitucionalmente. El año con mayor número de femicidios es el 2017, llegando a 103. Este delito se da en un 62.1% en el área urbana, el 48.8% de los casos fueron en Guayas, Pichincha y Manabí, las provincias con mayor población. El 65.6% de los casos se produce en el ámbito privado y el mismo 65.6% de los casos se dan 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% de las víctimas fueron estudiantes y el 33% eran trabajadoras no remuneradas del hogar. El 66% de las víctimas eran solteras, el 25%, casadas, y el 69% de las víctimas tenían, al menos, un hijo. El 74% de los victimarios no tenían ningún tipo de antecedente penal y en el 93% de los casos 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% terminaron 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 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. Así mismo, 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 abortos inducidos que no entran en la categoría de aborto médico y no son espontáneos, son los que presumiblemente podrían ser los abortos 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 determinar las características de 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 con 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 del Ecuador, los abortos no especificados, que son inducidos, pueden ser clasificados

---

<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.

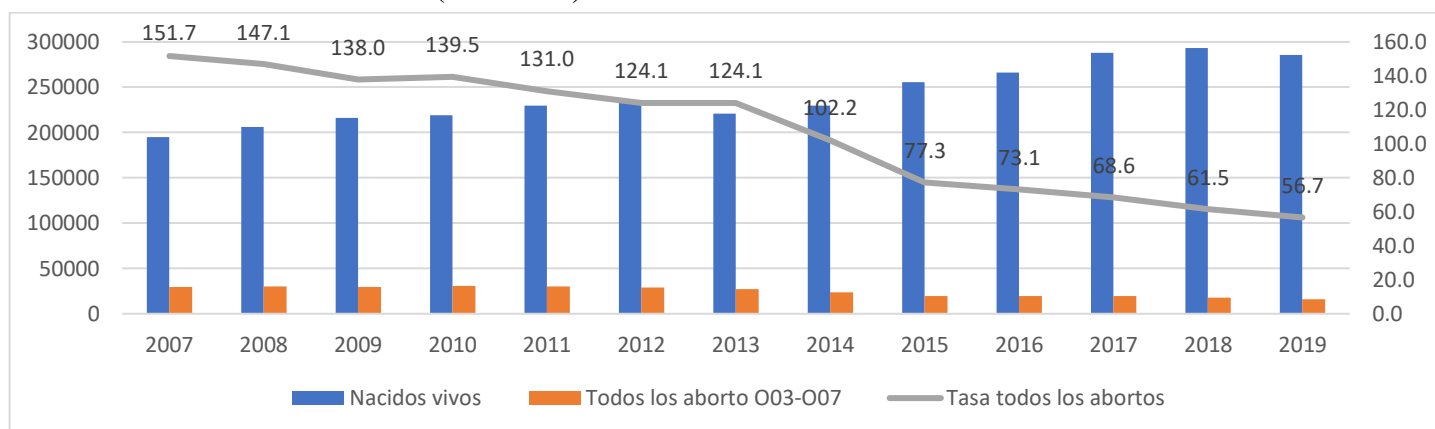
como abortos inseguros porque no inician en un hospital y no son realizados o guiados por un profesional del Sistema Nacional de Salud y por lo tanto no cumplen las condiciones mínimas de seguridad.

En el 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%), para las mujeres estas causas son 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 esta fue la principal causa de morbilidad de las mujeres durante varios años. Se profundiza más adelante en esta idea.

### Todos los abortos

El número de nacimientos durante el periodo 2007-2019 es de más de 3.1 millones de niños. Durante dicho periodo, el número de nacimientos ha tenido un crecimiento constante, salvo en los años 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 del 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 11).

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



**Fuente:** Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios

**Elaborado por:** Pablo Gómez

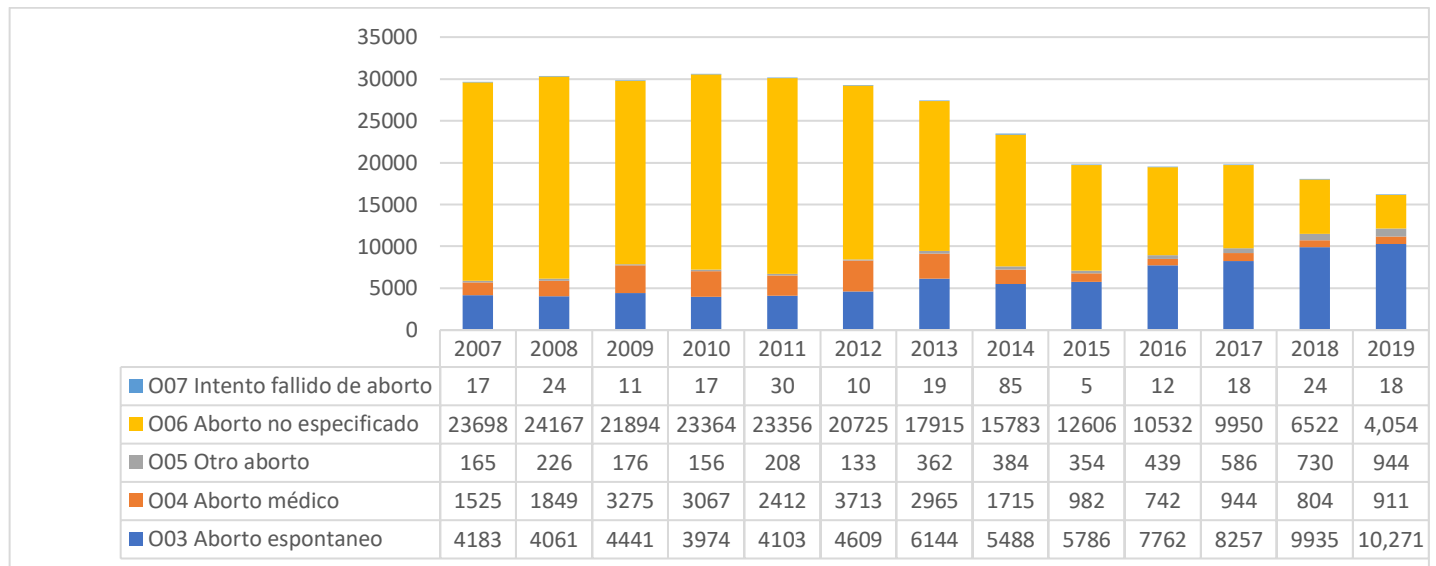
Aun con un considerable subregistro, los casos de aborto de los que existe información oficial, por haber sido atendidos en un centro del sistema nacional de salud, han sido de las principales causas de morbilidad femenina durante varios años. El asunto es de tal magnitud, que en el 2007 hubo más de 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 el 2019. El año con mayor reducción en el número de abortos fue el 2014. Durante el 2007 hasta el 2013, hubo en promedio 29.6 mil abortos cada año y del 2014 al 2019, el promedio de abortos anuales fue de 19.4 mil. Solo del 2013 al 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 aborto no especificado, que en el 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 el 2012, hasta 911 en el 2019. Pero los egresos por abortos espontáneos, en cambio, incrementaron significativamente de 4.6 mil casos hasta más de 10 mil en el 2019, siendo 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 evalúa las causas de morbilidad han sido las mismas desde dicho año (Ver gráfico 12).

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



**Fuente:** Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios

**Elaborado por:** Pablo Gómez

En este sentido, se indagó sobre las causas de este cambio en las mismas entrevistas a profesionales de la salud en ginecología y obstetricia, según la entrevista del anexo 12. Entre los motivos de la caída en la cantidad de abortos no especificados e incremento en los abortos 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.”. Sin embargo, existen 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”.

Es por esto por lo que 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 del 2010 y también 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 pudieron haber cambiado 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 evidenciaba 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 las cifras de estos, 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 mencionó también el uso de 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 a arriesgarse a ser culpabilizados por llevar a cabo un aborto, recordando que el cambio en este fenómeno es principalmente a partir del 2014, año en el que se detalló con mayor rigurosidad la penalización del aborto en el COIP. Es así como se habló de 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”. Contexto en el cual el miedo a ser penalizados, como médico, 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 y podría haber, además de 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 los 40 años (Donoso & Villarroel, 2003; Williamson, 1986). Anexo 15 muestra que las edades de las mujeres con más incidencia del aborto son de 20 a 24 años, y que del 2012 al 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 comparar 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 edades más 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 es en las mujeres de 45 a 54 años que tienen 429 abortos por cada mil nacidos vivos, seguidas de las mujeres de 40 a 44 años, y 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 los 35 años. Sin embargo, 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 16 muestra 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 a 14 años (0.32), y mayores de 45 (0.3). En ese sentido, en el Ecuador, las mujeres que tienen más riesgo de aborto espontáneo en el embarazo son las mujeres menores de 15 y mayores de 35. Pero las que más abortan se encuentran entre los 15 y 35 años.

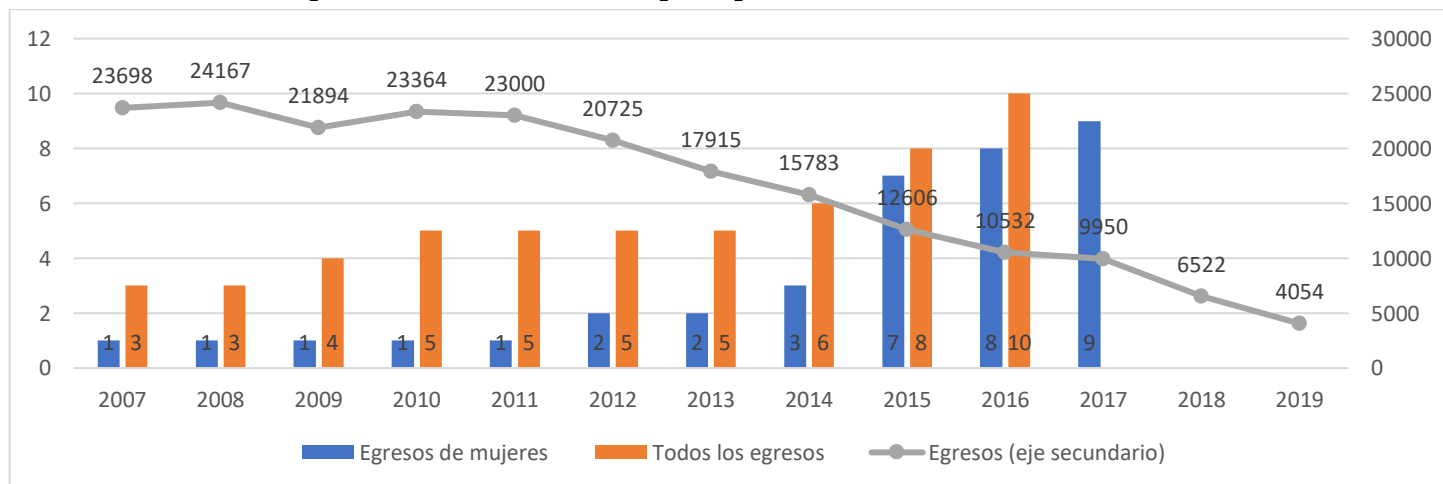
La gran mayoría de los casos de aborto registrados entre el 2010 y el 2019 se llevaron a cabo en el sistema de salud pública, siendo el lugar de atención del 86.3% de los abortos, mientras que el 11.4% de estos se realizó en un hospital privado con fines de lucro y el 2.4% en hospitales privados sin 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 tienen un día de estadía, el 19.7% tienen dos, el 7.4% tiene tres, el 3.5% de los casos se hospitalizaron por 4 días, mientras que 591 casos tienen 5 o más días de estadía.

La mayoría de los abortos de 2015 a 2018 se dan en mujeres que viven en el sector urbano, siendo 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 mujeres del sector rural, 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. Del 2010 al 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.

### O06 Aborto no especificado

Durante varios años el aborto no especificado fue la principal causa de morbilidad de las mujeres, siendo así que durante el 2007 se registraron 23.6 mil egresos por esta causa y fue el factor de mayor incidencia hasta el 2011, donde verificaron 23 mil casos. A partir del 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 en que, para 2018 y 2019, el aborto no especificado ya no se encuentra dentro de las 10 principales causas de morbilidad y para este último año hubo cerca de 4 mil casos, los cuales representan el 17% de los casos que hubo en 2007. Por consiguiente, la tasa de aborto no especificado por cada mil nacidos vivos en el Ecuador pasó de 121.5 a 14.2 en el mismo periodo, esto relacionado a la reducción de los casos de aborto no especificados, pero también al incremento de la natalidad, dado que en el 2007 hubo alrededor de 200 mil nacimientos y para 2018 cerca de 300 mil (Ver gráfico 13).

**Gráfico 13 Aborto no especificado: Puesto en las 10 principales causas de morbilidad**



**Fuente:** Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios

**Elaborado por:** Pablo Gómez

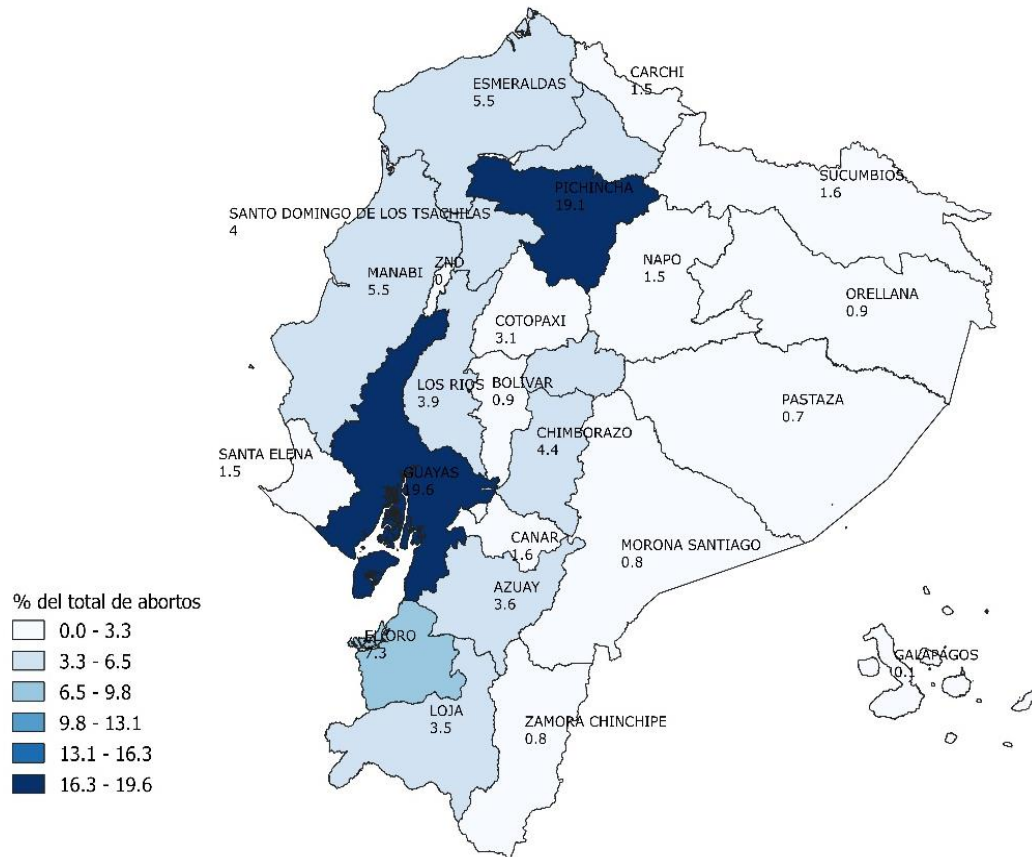
En cuanto a las edades de las mujeres que ingresan a un hospital por un aborto no especificado, el promedio de ingresos en las mujeres menores de 30 años es de más de 2 mil abortos, mientras que para las mujeres mayores de 30 el promedio es, aproximadamente, la mitad. Consecuentemente, la tasa de aborto 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 17).

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 87.0% son atendidos en centros de salud del Sector Público, el 11.9% de los casos en el sector privado con fines de lucro y el resto son atendidos 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. Durante el 2007 hasta el 2019, hubo 23 casos donde el tiempo de estadía en el centro de salud es de más de un año, en el 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 al 2019, lo cual representa un 87% de los fallecimientos de todas las causas de muerte, en todos tipos de aborto. Así mismo, 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 son de mujeres que habitualmente viven en el sector urbano, solo el 16.3% de estos abortos son en mujeres que habitan el sector rural. Durante el 2012 al 2019, las provincias que más abortos registran son las de Guayas y Pichincha con 19.6% y 19.1% de todos los abortos consignados (Ver mapa 2). La siguiente provincia con más abortos es la de El Oro, con 7.3% de los abortos en el Ecuador. 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%.

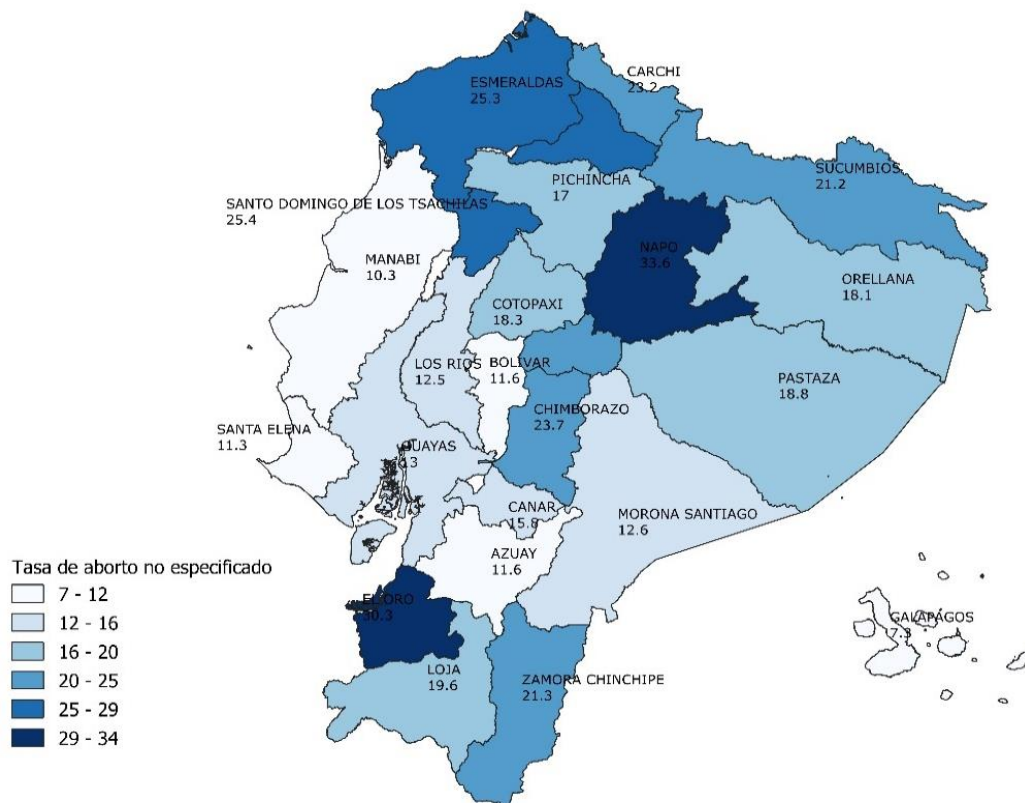
Valga anotar que cuando se analiza las tasas de aborto en cada provincia, ya no son Pichincha y Guayas las que tienen mayores niveles de aborto relativas a la población femenina (Ver Mapa 3). Las provincias con mayor incidencia son la provincia del Napo y el Oro con 33.6 y 33.3 abortos por cada mil mujeres, 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 de aborto 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. En este caso la región con mayor incidencia de aborto no especificado es la región del 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 2 Aborto total por provincia (2012-2019)**



**Fuente:** Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios  
**Elaborado por:** Pablo Gómez

**Mapa 3 Tasa de aborto por provincia (2012-2019)**



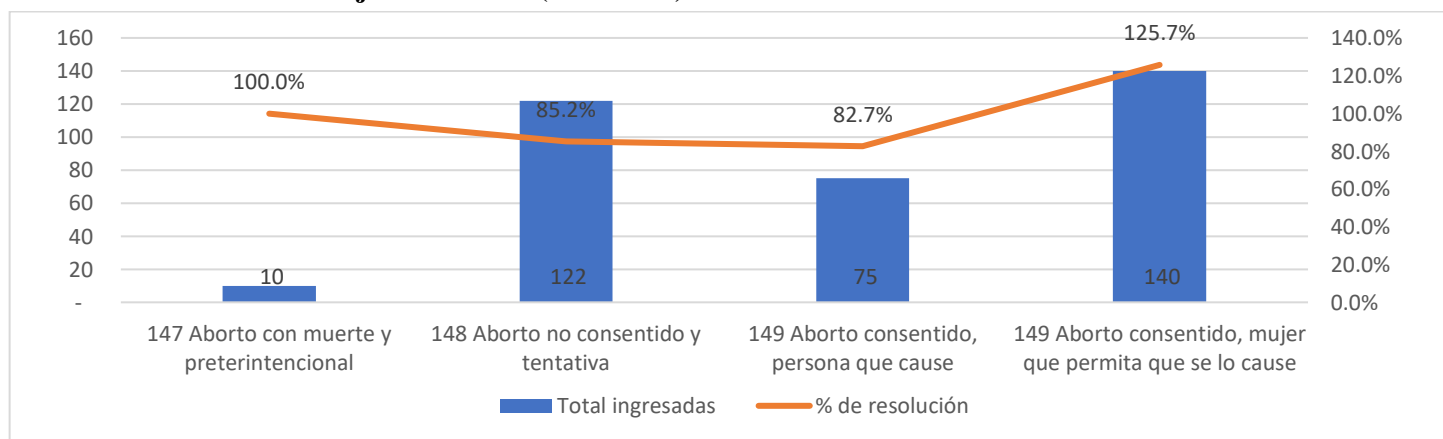
**Fuente:** Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios - INEC  
**Elaborado por:** Pablo Gómez

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. Donde también es el sector público 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 condición de vulnerabilidad de las mujeres está presente y es un asunto de atención estatal.

### Código Orgánico Integral Penal

En la sección anterior se evidenció 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, el llevar a cabo un aborto en la ilegalidad también expone a mujeres y tratantes a ser judicializados por ello. El Código Orgánico Integral Penal (2014) puntualiza 4 artículos relacionados con el aborto; con muerte, no consentido, consentido y no punible. El Anexo 18 indica los casos ingresados en FGE por artículo 147 sobre el aborto con muerte<sup>12</sup>. Del 2014 al 2019, 44 personas han sido judicializadas por esta causa, de las cuales 22 son mujeres. Una información de particular interés es que de todas las denuncias ingresadas por violación del artículo 147 del 2014 al 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 13, 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 el 2014 al 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 18). Por la violación del artículo 149 aborto consentido<sup>14</sup> se han abierto 296 procesos en FGE del 2014 al 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%, cuyo excedente proviene de procesos que ingresaron antes del periodo 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 es de 82% (Ver gráfico 14).

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



**Fuente:** Consejo de la Judicatura

<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; así mismo, esta incluye la tentativa en caso de que los medios para hacerlo no hayan tenido efecto.

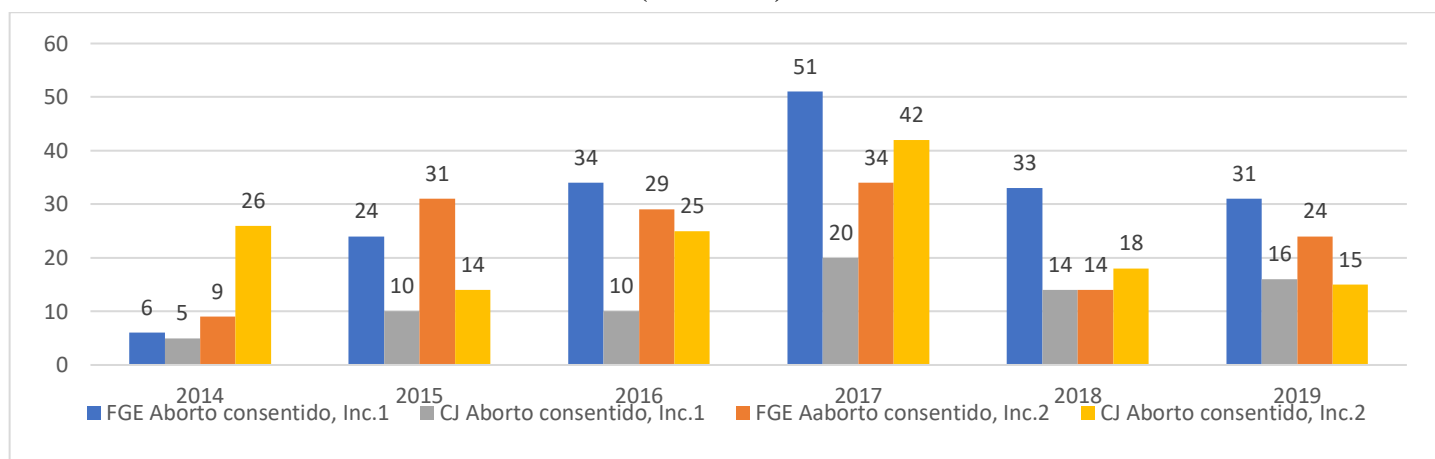
<sup>14</sup> Dispone de dos incisos, en los cuales se judicializa al tratante en el primer inciso, por haber llevado a cabo un aborto consentido; y a la mujer en el segundo, por haberlo permitido o habérselo causado

**Elaborado por:** Pablo Gómez

### Aborto consentido

A continuación se describirá las características de los procesos judiciales por aborto consentido. Según el Sistema Integrado de Actuaciones Fiscales (SIAF), en información remitida por la Dirección de Estadística de FGE, el 21 de septiembre del 2020, del 2014 a 2019 hubo un total de 320 actuaciones fiscales por denuncia de aborto consentido. De estos el 44.1% son procesos relacionados a la violación del segundo inciso, esto es, a la mujer que se cause un aborto o permite que se lo causen. Durante el 2014, año de la aprobación del vigente COIP hubo 9 denuncias a mujeres por un aborto consentido, este valor para 2015 incrementa hasta 31 casos. El 2017 fue el año con mayor cantidad de procesos por esta causa, llegando a 34. Sin embargo, las denuncias a tratantes por el mismo artículo llegaron a 51. Durante el 2019 se judicializó a 24 mujeres y 31 tratantes (Ver gráfico 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 FGE fueron judicializadas en el CJ. Mientras que para 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. Este excedente corresponde a denuncias ocurridas en periodos anteriores, pero que terminan ingresando a CJ durante el periodo de análisis. Previo al 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 15 Número de casos de aborto consentido (2014-2019)**



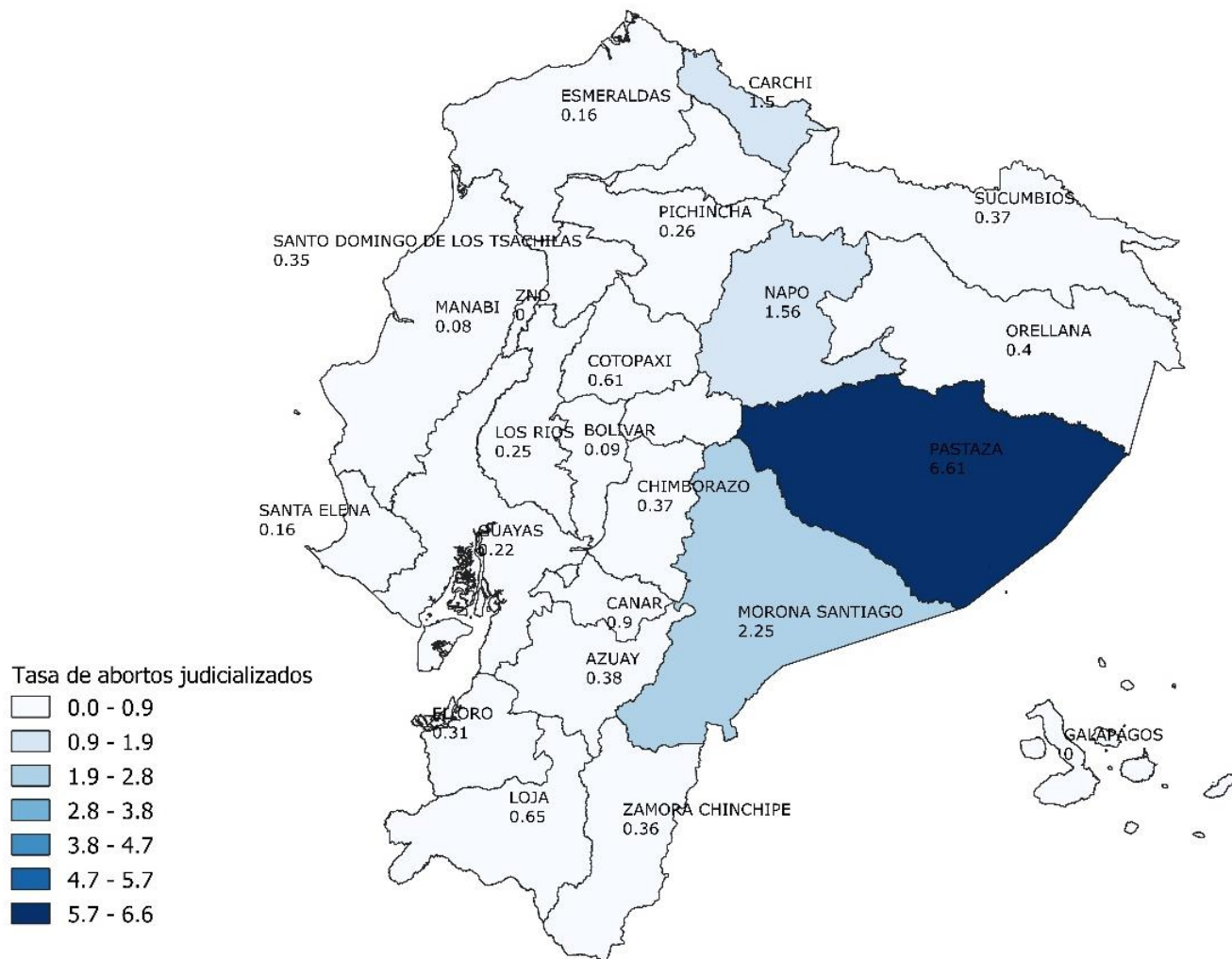
**Fuente:** Fiscalía General del Estado & Consejo de la Judicatura

**Elaborado por:** Pablo Gómez

En cuanto a la información territorial de los casos de aborto consentido judicializados, las provincias donde hubo más procesos 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 un caso; 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), seguido 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 ningún caso judicializado, son Manabí, 0.08 y Bolívar con 0.06.

#### Mapa 4 Aborto consentido por provincia Tasa de judicialización por cada 10 mil mujeres (2014-2019)

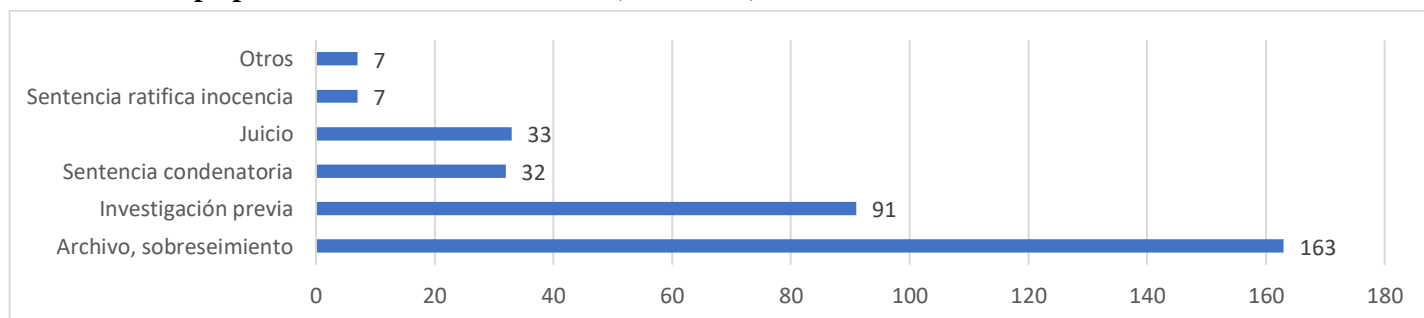


**Fuente:** Consejo de la Judicatura

**Elaborado por:** Pablo Gómez

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 pueden ser dictadas 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 el 2014. Así mismo existen casos en los que los procesos son archivados el mismo día del registro (Ver gráfico 16).

#### Gráfico 16 Etapa procesal de aborto consentido (2014-2019)



**Fuente:** Fiscalía General del Estado

**Elaborado por:** Pablo Gómez

En el Ecuador hubo 33 casos que hasta diciembre del 2019 continuaban en la etapa preparatoria de juicio e instrucción fiscal, en la cual el agente fiscal busca encontrar y evidenciar los elementos de convicción para demostrar la existencia de culpa. Así mismo, existieron 32 casos de procesos judiciales por aborto consentido que terminaron en una sentencia condenatoria durante el 2014 al 2018; siendo el 10% de los procesos por esta causal. Al contrario, 7 de los procesos terminaron en una sentencia ratificatoria de inocencia, esto es el 2.1% de los casos.

## **Reflexiones finales**

La situación del aborto en el Ecuador de acuerdo con información oficial se desenvuelve en 4 aspectos principales. La primera es la relación del aborto con las desigualdades económicas y el empobrecimiento de las mujeres, donde 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 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 las mujeres sobre el control de sus cuerpos y su sexualidad. Siendo así como las mujeres, como consecuencia de esa violencia, 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 justicia 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 el 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, que 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, el 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 costos 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; es por esto por lo que la decisión no se debe basar en cómo gastar menos, sino cómo producir mejores niveles de salud con esos recursos (A. 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 es el gasto en la provisión del derecho a la salud de las mujeres. Sin embargo, es un costo que podría ser evitable en otras circunstancias, es decir, al poder 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 intentar evaluar los valores subjetivos de esos costos de la penalización del aborto, provienen del imperativo categórico sobre la dignidad que Kant (1785) plantea en “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 en términos de los procesos jurídicos planteados hacia mujeres que presuntamente abortaron y los costos sociales perdidos en términos de 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. Estos pueden ser costos directos e indirectos, de acuerdo con su naturaleza (A. García et al., 2016). Por lo tanto, los costos de salud son costos directos, por el gasto que causa en sí los servicios de atención a las mujeres, en este ámbito. Los costos de judicialización también son costos directos, por cuando son consecuencia directa de las denuncias de aborto. En su lugar, el costo social indirecto es la pérdida de productividad como consecuencia de fallecimientos prematuros y evitables.

**Tabla 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
			Misoprostol como procedimiento
	Costos de judicialización	Consejo de la Judicatura	
		Fiscalía General del Estado	
	Costos indirectos	Pérdida de productividad	Costo de años de vida productivos perdidos

**Elaboración:** Pablo Gómez

### 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 & Singh, 2011; Johnston, 2009; Juárez & Singh, 2013; Prada et al., 2012, 2014; Sedgh et al., 2012, 2016; Singh, 2010; Singh et al., 2019; Vlassoff et al., 2004, 2016; Vlassoff & Singh, 2016). Esta metodología ha sido validada por la OMS (2012). Esta metodología 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 el año 2014. Este es un instrumento técnico que regula y homologa los reconocimientos económicos que se transfiere 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 (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2014b). Así por ejemplo, los costos de atención a un paciente militar (perteneciente al 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 información se obtuvo del Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios del 2014 al 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 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1994, 1999); sin embargo, los procedimientos discontinuados 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 el Ecuador se utiliza la información 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 es el que incluye específicamente la atención a los abortos no especificados que se analizan en la presente investigación. También se utiliza 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 realizó una encuesta a 23 ginecólogos/as y médicos/as obstetras, que hayan laborado como tales en cualquier centro de salud con internación hospitalaria en el Ecuador en los últimos 5 años (Ver anexo 19).

La metodología de costos de atención post aborto incluye en su análisis una estimación adicional sobre el número de abortos, en base a 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 diagnóstico inicial, y finalmente, todos contienen casos de otras categorías de diagnóstico. En el Ecuador, la información, en cuanto a los casos de aborto que se confunden con el aborto 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 abortos, 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; estos están diferenciados en 6. Sin embargo, para el cálculo de los costos se utiliza únicamente 4, 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 mencionadas 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 unidades de dinero y clasifica los servicios institucionales y servicios profesionales (Ministerio de Salud Pública (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 (Ver anexo 20). La tabla 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 considera los costos de atención de salud. Cabe recalcar que hay varios costos que no son incluidos por falta de información, pues los datos exactos de cada caso, en cuanto a complicaciones, procedimientos especiales y demás, solo podría ser evaluados analizando uno por uno los historiales clínicos, o al menos una muestra de ellos, lo cual es imposible por ser confidenciales.

---

<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 los abortos quirúrgicos, el procedimiento y la anestesia; mientras que en los abortos farmacéuticos, la provisión de Misoprostol

**Tabla 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 externo 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_f		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 de acuerdo con la frecuencia de la encuesta
TOTeme	Evaluación y manejo	Visita en emergencia para evaluación y manejo	Una vez, del 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	2400 gramos en 3 dosis según OMS
TOTibu	Ibuprofeno	Medicamento para el dolor post tratamiento	3600 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.

**Elaboración:** Pablo Gómez

### Costo de Hotelería

El costo en servicios de hotelería del 2014 al 2019 es de 3.38 millones de dólares. Siendo el 2014 el año con mayor gasto en este rubro, por 0.9 millones. El gasto promedio por paciente en este valor es de 56.80 dólares 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 27.87 dólares por usuaria. Adicionalmente el valor más alto gastado por paciente por este componente es de 19 mil dólares, que corresponde a una mujer cuya estadía fue de, aproximadamente, 2 años según el registro.

**Tabla 4 Costo de Hotelería**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Media</b>	57.30	58.46	54.27	55.30	58.73	56.76
<b>Mínimo</b>	27.87	27.87	27.87	27.87	27.87	27.87
<b>Máximo</b>	4,693.73	19,071.08	4,840.68	3,276.90	2,025.88	1,608.87
<b>Suma</b>	904,395.61	736,950.62	571,546.46	550,217.79	383,010.96	230,089.42

**Elaboración:** Pablo Gómez

### 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 2 enfermedades de transmisión sexual, cuya detección es particularmente importante para el tratamiento, estos son HIV y Chlamydia trachomatis. Según las encuestas a profesionales, en estos procedimientos es importante realizar un examen de laboratorio de VDRL para la detección de sífilis, procedimiento que el manual del MSP lo 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 9.3 millones de dólares por el concepto de los exámenes de laboratorio a las mujeres con diagnóstico de aborto no especificado. El costo promedio por los exámenes de laboratorio fue de 192.9 dólares por paciente, considerando un mínimo de 191.13 y un máximo 199.4 dólares. El año con mayor gasto por concepto de exámenes es el 2014, con cerca de tres millones de dólares, mientras que para el año 2019, este costo fue de 778 mil dólares; aproximadamente una cuarta parte que el gasto incurrido por este rubro 5 años atrás.

**Tabla 5 Costos de laboratorio**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Media</b>	193.0	192.8	193.2	193.652	192.685	191.8
<b>Suma</b>	3,047,629.9	2,431,356.4	2,035,317.3	1,926,838.5	1,256,691.3	777,946.7

**Elaboración:** Pablo Gómez

### 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 como se determina que del 2014 al 2019 se gastó 1.1 millones por concepto de los exámenes de imagen, a un costo individual de 25.15 dólares. Siendo un valor constante, para ubicar el año de mayor gasto en este rubro, es necesario cruzarlo con la cantidad de pacientes tratados por

<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 un embarazo 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 en la que aplica este procedimiento.

esta causa; por tanto, siendo que el 2014 se atendió a un mayor número de mujeres, con 15.8 mil pacientes por aborto no especificado, se gastó 292 mil dólares en imagen. Mientras que para el 2019, se habría gastado 73 mil por este concepto.

**Tabla 6 Costos de imagen**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Media</b>	18.5	18.2	18.6	18.9	18.5	18.1
<b>Suma</b>	291,635.1	229,362.5	195,439.5	188,025.1	120,355.2	73,263.4

**Elaboración:** Pablo Gómez

### Costos de evaluación y manejo

La evaluación y manejo implica la coordinación y cuidados al paciente en todos los procedimientos, para este caso se utilizó los costos mínimos, que incluye 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 54.27 dólares.

**Tabla 7 Costos de evaluación y manejo**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Suma</b>	856,543.41	684,127.62	571,571.64	539,986.50	353,948.94	220,010.58

**Elaboración:** Pablo Gómez

### Costos de tratamiento quirúrgico

En el costo del tratamiento quirúrgico se toma 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 trató 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 en la que se realiza, 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 tratamiento quirúrgico y 17.08% farmacológico. Mientras que en la costa el 86.55% de los casos fueron tratados mediante procedimientos quirúrgicos y el 13.44% de los casos 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 los años anteriores y posteriores a la estimación. Por lo que 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, el costo es de 157 dólares. El gasto en los tratamientos quirúrgicos durante el 2014 hasta el 2019 es de más de 4 millones de dólares. los costos en los casos en los que se utilizó el tratamiento farmacológico mediante misoprostol se consideran más adelante.

**Tabla 8 Costos de tratamiento quirúrgico**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Media</b>	99.98	100.23	100.51	101.00	100.07	99.32

<b>Suma</b>	1,580,045.2	1,263,460.3	1,058,421.5	1,003,819.4	653,183.1	401,523.5
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-----------	-----------

**Elaboración:** Pablo Gómez

### 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 105 dólares y del procedimiento en el hospital, que implica un costo individual de 119.6 para las pacientes a quienes se les realizó una transfusión. El gasto por este componente es de 108 mil dólares, del 2014 al 2019.

**Tabla 9 Costos de transfusión sanguínea**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Suma</b>	3,945.51	44,954.90	32,759.69	10,282.24	10,162.68	5,738.92

**Elaboración:** Pablo Gómez

### 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 160.08 dólares por persona y únicamente se aplica con las pacientes que fueron tratadas mediante un aborto quirúrgico. En este caso, durante el 2014 al 2019 los gastos en este valor son de más de 7 millones de dólares.

**Tabla 10 Costos de anestesia**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Suma</b>	1,880,811.8	1,501,596.48	1,258,764.2	1,193,879.0	775,953.1	476,630.9

**Elaboración:** Pablo Gómez

### Costo del misoprostol como procedimiento

Los casos en los que no se trató a las pacientes mediante un aborto quirúrgico, se trató mediante aborto terapéutico, lo cual consiste en 3 dosis de 800g 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 50 centavos cada una, por lo que el tratamiento completo tiene un costo de 6 dólares. 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 se cuentan en estos casos la atención en urgencias, el diagnóstico, y el alta hospitalaria. En este caso, los costos por este concepto ascienden a 70.6 mil dólares, debido a su bajo costo de aplicación (6 dólares) en comparación con los 157 dólares que cuesta un tratamiento quirúrgico.

**Tabla 11 Costo del Misoprostol como procedimiento**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Suma</b>	18,822.0	14,886.0	12,516.0	11,856.0	7,680.0	4,812.0

**Elaboración:** Pablo Gómez

### 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. En 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 se indicó en la encuesta profesionales de la salud que la receta promedio de las respuestas es de 6 dosis de 600 gramos cada una. En la lista consolidada de precios techo para los medicamentos, se indica que este medicamento tiene un costo de 54 centavos la unidad, y por lo tanto, la dosis total tiene un costo de 3 dólares con 20 centavos. Estas son recetadas para todas las pacientes, independientemente si son provistas en el establecimiento de salud o de forma particular. En este caso, los costos de este procedimiento ascienden 192 mil dólares

**Tabla 12 Costo de fármaco para el dolor post tratamiento**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Suma</b>	51,136.92	40,843.44	34,123.68	32,238.00	21,131.28	13,134.96

**Elaboración:** Pablo Gómez

### Costo total de salud

Los costos totales de salud incluyen todos los costos antes analizados y ascienden a un total de 32 millones y medio del 2014 al 2019, siendo el costo más bajo de este periodo el de 2019 donde se gastó más de dos millones, mientras que en el 2014 se incurrió en más de 8 millones de dólares por esta atención de salud. El costo de atención mínimo para cada mujer atendida es de 246.51 dólares, el máximo en los 6 años de análisis es de 19 mil dólares en 2015, principalmente por concepto de estadía hospitalaria. En promedio, la atención a cada mujer tiene un costo de 548.2 dólares.

**Tabla 13 Costo total de salud**

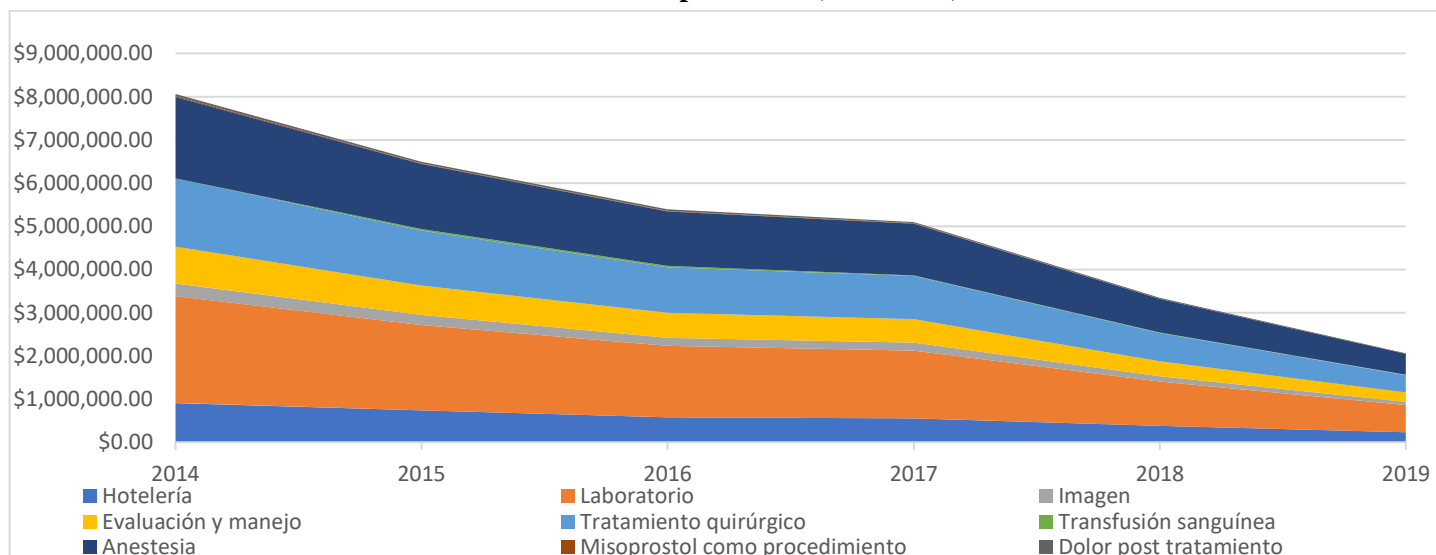
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Media</b>	510.64	515.12	511.67	512.33	512.66	507.70
<b>Mínimo</b>	246.51	246.51	246.51	246.51	246.51	246.51
<b>Máximo</b>	5,173.64	19,571.11	5,340.71	3,515.66	2,525.90	2,108.90
<b>Suma</b>	8,059,476.66	6,493,598.02	5,388,858.03	5,097,643.37	3,343,551.36	2,058,232.65

**Elaboración:** Pablo Gómez

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, el restante 1% en el sector privado sin fines de lucro. En ese sentido 28 millones de dólares 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 y 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 del 2014 al 2019 son los de exámenes de laboratorio, seguidos de el tratamiento quirúrgico y la anestesia correspondiente, 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 70 mil dólares en todo el periodo (ver gráfico 17).

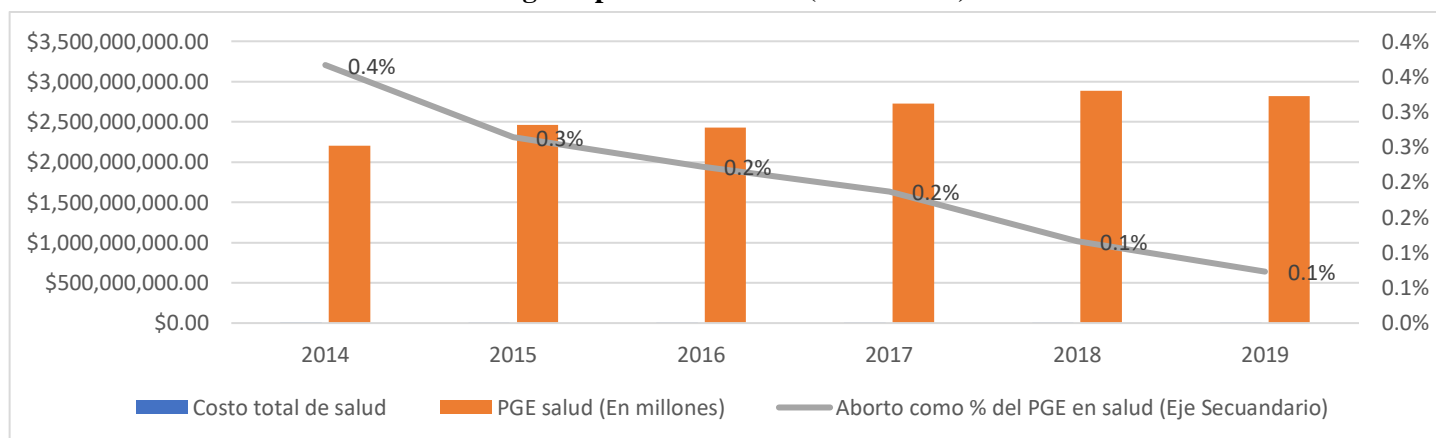
**Gráfico 17 Costo en atención de salud de aborto no especificado (2014-2019)**



**Elaboración:** Pablo Gómez

El gasto en el tratamiento de las complicaciones del aborto no especificado que se obtuvo, es una estimación de los costos mínimos reales, existiendo una sub estimación 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 32 millones de dólares que costó esa atención, si bien no toda es del sector público, represento 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 18).

**Gráfico 18 Costo de salud del aborto Vs. gasto público en salud (2014 - 2019)**



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

**Elaboración:** Pablo Gómez

### 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 costos (Buvinic, 2008; Chacón & Sauma, 2006; Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2013). En este sentido, para la presente investigación se toma 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 en base a 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 únicamente se incluyen los salarios en estos casos desde el Costos de FGE. Los costos de la Fiscalía General del Estado se estiman en base a 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 realizan en base a información remitida por la dirección de estadística del CJ, esta institución informó el miércoles 29 de abril del 2020. La información contiene los casos de marzo de 2014 hasta abril del 2020, por lo que se excluye los 5 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 del 2014 al 2019 es de 297.3 mil dólares.

**Tabla 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	\$ 5,634	\$292,968	\$ 2,039
Juez sala de corte provincial	21	\$ 5,011	\$260,572	\$ 19,046
Juez tribunal penal	42	\$ 4,406	\$229,112	\$ 33,492
Juez unidad judicial	184	\$ 4,164	\$216,528	\$ 138,669
Secretario de juzgado y unidades judiciales	249	\$ 2,308	\$120,016	\$ 104,012
<b>Costo total</b>				<b>\$ 297,258</b>

**Fuente:** Consejo de la Judicatura (2020)

**Elaborado por:** Pablo Gómez

### Costos de la Fiscalía General del Estado

Como referencia se toma 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, el tiempo 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 toma en cuenta los salarios generados hasta el 31 de diciembre de 2019. La información para este costo es información provista por FGE, el 21 de septiembre del 2020, en la que 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).

En base a esta información, como muestra la tabla 15, se estima que el costo de las remuneraciones de FGE como ente investigador de los procesos judiciales relacionados con el aborto. Este 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. Siendo así como se estima que el costo de la acción fiscal es de 170.6 mil dólares del 2014 al 2019.

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

FUNCIONARIO	SALARIO ANUAL	TIEMPO EN AÑOS	TOTAL
Agente Fiscal	49,968	1.9	\$ 95,860.67
Secretario de Fiscalía	24,408	1.9	\$ 46,825.31
Asistente de Fiscalía	14,544	1.9	\$ 27,901.81
<b>TOTAL</b>			\$ 170,587.80

**Fuente:** Fiscalía General del Estado (2020)

**Elaboración:** Pablo Gómez

## 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 & Mcwhinnie, 1977; Velásquez, 2006). Se utiliza, conforme a esta metodología, 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 el número de muertes en la edad de cada grupo según su marca de clase:

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

Este cálculo de la productividad perdida por muerte prematura implica 3 nociones importantes que son: el incremento anual de los salarios, la tasa de descuento social que muestra la preferencia por el presente y los distintos 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 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2020a), en donde se obtuvo los salarios promedio según los rangos de edad ya establecidos por el INEC en las bases de dato; 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 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 16.

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

Rango de edad	Indicador	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Mujeres de 0-14 años</b>	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	2,140.0
	Esperanza de vida	76.0	76.0	76.1	76.1	76.1	76.1
	Número de muertes	1	2	1		1	
<b>Mujeres de 15-24 años</b>	Ingreso mensual promedio	282.0	276.4	288.0	304.2	316.4	297.1
	Ingreso anual promedio	3,383.7	3,316.8	3,456.0	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
<b>Mujeres de 25-34 años</b>	Ingreso mensual promedio	424.1	438.7	467.2	457.0	454.1	449.3
	Ingreso anual promedio	5,089.6	5,264.6	5,606.5	5,483.5	5,449.0	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
<b>Mujeres de 35-44 años</b>	Ingreso mensual promedio	419.6	458.2	454.3	465.5	450.7	459.0
	Ingreso anual promedio	5,035.4	5,498.4	5,451.5	5,586.0	5,409.0	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:** Pablo Gómez

La tasa de descuento social es comúnmente utilizada en 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 & Serebrisky, 2016). En el caso del 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% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (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 obtener el ingreso anual promedio para cada grupo de edad. Se calcula los ingresos futuros que las mujeres obtendrían en cada rango de edad futuro tomando en cuenta el crecimiento anual del salario en base al incremento del IPC. Se trae 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 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
	TOTAL				9	534.5		1,330,903.28
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
	TOTAL				11	635.5		1,564,513.25
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
	TOTAL				7	417.5		1,071,073.31
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
	TOTAL				3	170.7		433,141.40
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
	TOTAL				8	452.1		1,133,460.36
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
	TOTAL				4	224.4		555,062.38
Costo total de productividad por muerte prematura					42	2,434.7		6,088,153.98

**Elaboración:** Pablo Gómez

Así, se obtiene que el costo total de las muertes prematuras evitables es de 6.9 millones de dólares para el periodo 2014 – 2019. El año con mayor número de muertes es el 2015 cuyo costo por pérdida de productividad es 1.6 millones de dólares, mientras que el año con menor número de muertes y por tanto con menor costo es el 2017 donde este valor es de 433 mil dólares. 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 2434.7 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 costos para el Ecuador ascienden a 39.15 millones de dólares. Siendo los más representativos, los costos de judicialización, seguidos de los gastos en salud.

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

Costo	Valor	%
Costos de atención hospitalaria	\$ 32,589,063	83.3%
Costos de Fiscalía General del Estado	\$ 170,588	0.4%
Costos del Consejo de la Judicatura	\$ 297,258	0.8%
Costo de Productividad por muerte prematura	\$ 6,088,154	15.6%
<b>Costo total de la penalización del aborto</b>	<b>\$ 39,145,063</b>	<b>100.0%</b>

Elaboración: Pablo Gómez

### Análisis de los costos

Siguiendo el método de estimación antes usado 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 \$1,059,000 para todos los abortos no especificados del 2014 al 2019, lo cual es un 2.7% de los costos reales efectivos.

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

Sector	Devengado 2019 (Millones de dólares)	Participación en el PGE	Gasto en penalización del aborto
Tesoro nacional	19,801.5	56.7%	0.03%
Educación	4,887.4	14.0%	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	1.0%	1.87%
Administrativo	321.45	0.9%	2.03%
Desarrollo urbano y vivienda	304.9	0.9%	2.14%
Otros sectores	1,446.0	4.1%	0.45%
<b>Total PGE</b>	<b>34,895.4</b>	<b>100.0%</b>	<b>0.02%</b>
<b>PIB</b>	<b>107,436</b>		<b>0.01%</b>

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (2019)

Elaboración: Pablo Gómez

En promedio, del 2014 al 2019 se gastó 6.5 millones de dólares por la penalización del aborto cada año, si se compara estos recursos con las asignaciones presupuestarias devengadas del Presupuesto General del Estado (PGE) para el año 2019, se

obtienen las comparaciones de la tabla 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 realizados 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 de Tesoro nacional con cerca de 20 mil millones de dólares, en este rubro, la comparación de lo que se gastó en la 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 del año 2019.

Sin embargo, 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 el Ecuador se encuentra penalizado el aborto, 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.

Adicionalmente, estos riesgos y condiciones a las 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 evidentes en la violencia física, psicológica, sexual, patrimonial y obstétrica que sucede y se reproduce en todas las esferas, entornos, edades y territorios. Si bien 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, en el periodo comprendido entre el 2014 al 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 en mención alcanza USD 32,589,063.2 dólares. Este costo en promedio de las mujeres que se atendieron en el sistema de salud nacional es de \$512.06 dólares. 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 dólares, en el periodo 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 dólares de las muertes que ocurrieron entre el 2014 y 2019. Esta estimación incluye los salarios futuros en los diferentes 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. Esto sin que los fallecimientos sigan siendo responsabilidad del Estado. Además, resulta importante recalcar que los años perdidos por las 42 mujeres que fallecieron como consecuencia de la penalización del aborto son 2435, 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 el Ecuador, del 2014 al 2019, es de USD 39,145,063 dólares, lo cual indica un promedio de USD 6,524,177 dólares anuales. Este último valor representó un 0.01% del producto interno bruto, 0.02% del presupuesto general del estado, 0.23% del gasto total en salud del PGE en 2019.

La penalización del aborto genera costos materiales, tanto a 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 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, burocracia en la solicitud de información, tiempo de respuesta, 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 el 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 posibilidad de que la penalización del aborto limite 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, que cause 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. *America Latina Hoy*, 50, 71–88.
- Águila Gutiérrez, Y., Hernández Reyes, V., & 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* (Vol. 2, Issue 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., & 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., & Ríos, M. (2010). Investigación feminista : epistemología, metodología y representaciones sociales. *Centro de Investigaciones Interdisciplinarias En Ciencias y Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México*, 407 p.

- 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* (p. 56). <https://issuu.com/comisiondetransicionec/docs/loja>
- Campos, J., & 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., & 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., & Sandoval, F. (2013). La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres. *Universidad Diego Portales.*, 69–120.
- Castillo-Vargas, R., & González-Cárdenas, L. (2004). El aborto: problema fundamental de la bioética. *Archivos de Medicina Familiar*, 6(2), 34–35.
- Castro, R., & 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. <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., & 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 feminisation 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 ISSN: 1667-9261, 1, nú.*, 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., & 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., & 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., & 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., & Díaz, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Pública de México, 39(6)*.
- Donoso, E., & 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 (pp. 1–5). <https://www.elcomercio.com/actualidad/asamblea-ecuador-despenalizacion-aborto-violacion.html>
- El País. (2007). *Ciudad de México despenaliza el aborto*. [https://elpais.com/internacional/2007/04/25/actualidad/1177452003\\_850215.html](https://elpais.com/internacional/2007/04/25/actualidad/1177452003_850215.html) Recuperado el 15 de diciembre de 2019

- Erviti, J. (2005). El aborto entre mujeres pobres: Sociología de la experiencia. In *Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México* (p. 412). [http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/%0Ahttp://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/Abortomujpo\\_bres.pdf](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/%0Ahttp://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/Abortomujpo_bres.pdf)
- Fernández, A., & 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. 2006*, 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 (p. 28).
- 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, México.*
- Fontenla, M. (2008). ¿Qué es el patriarcado?
- Foucault, M. (1976a). *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber* (p. 196). [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_Foucault_-_Historia_de_la_sexualidad_I_-_La_voluntad_de_saber.pdf)
- Foucault, M. (1976b). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (p. 314).
- Foucault, M. (1979). Microfísica del poder. *Genealogía Del Poder*, 94.
- Frías, L., & Hurtado, V. (2010). Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe. In *Mujer y Desarrollo* (Issue 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, 72.
- Ganatra, B., Tunçalp, Ö., Johnston, H. B., Johnson, B. R., Gülmezoglu, A. M., & 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., & 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., & 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*, Vol 368(2), 1260–69.
- Goldberg, A., Greenberg, M., & 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., & 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., & 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. In V. Salles & E. Mc Phail (Eds.), *En Nuevos textos y renovados pretextos* (1st ed., 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., & Partonen, T. (2017). Induced abortion and mental health: A systematic 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., & 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., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). Metodología de la investigación. In *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., & 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 género contra las mujeres. 2–77. [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/Presentacion\\_CEH\\_2017.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2017/Presentacion_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., & 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. and 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., & 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, Del 24 al 26 de Septiembre de 2008.*, 1–18.

- Londoño, J. L., & 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., & Cosgrove, L. (2004). Feminist Research Methods: Studying Women and Gender. In *Praeger guide to the psychology of gender*. (pp. 155–181). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Medeiros, M., & 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. 5932.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2016). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2015. 386. <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. 1–3.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2018). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2017. 1–63.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2019). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2018. 1–63.
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2020). Informe de Ejecución Presupuestaria Ejercicio Fiscal 2019. 1–63.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Reglamento de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. *Acuerdo Ministerial 5216*, 1–8.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2013). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. In *Guía de Práctica Clínica*.

- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2014a). *Acuerdo Ministerial 00005187*. Factores de conversión onetaria del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (p. 363).
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2014b). Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2015). Atención del Aborto Terapéutico Guía de Práctica Clínica. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Aborto-terapeutico.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2018). Producción Hospitalaria 2006 - 2017. <https://public.tableau.com/profile/tatya#!/vizhome/ProduccionHospitalaria2006-2017/Historial> 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, & SENDAS. (2017). Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador (p. 417). <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.
- Organizacion 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), 72. [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. <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

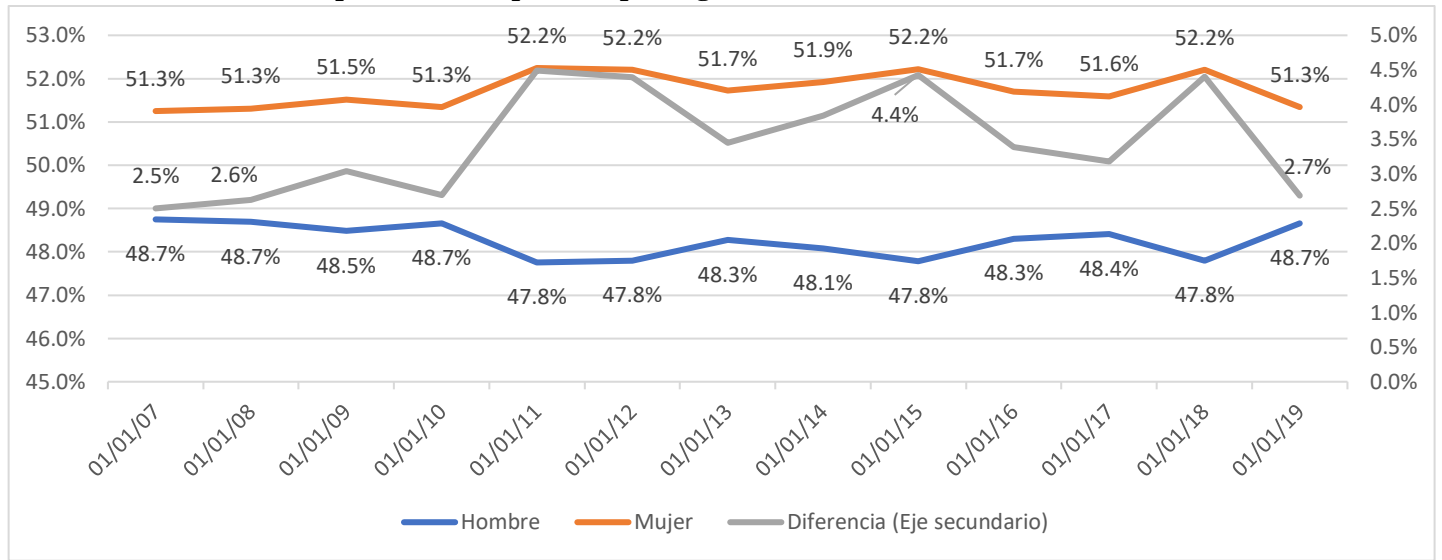
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Life tables by country Ecuador*. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.60490?lang=en>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries (p. 114). [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_FHE\\_MSM\\_94.11\\_Rev.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_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, 134. [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), Clasificación estadística internacional de enferme.
- Ortiz-Prado, E., Simbaña, K., Gómez, L., Stewart-Ibarra, A., Scott, L., & 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., & 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., & 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 2013-104. Seguridad ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para América Latina. In *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., & 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° 256.
- Romeder, J. M., & 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 (1997). In *Género, mujer y desarrollo* (Issue 36).
- Ruiz, I., Blanco, P., & Vives, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 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., & 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., & 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. In *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., & Bankole, A. (2019). Estimating abortion incidence: assessment of a widely used indirect method. In *Population Research and Policy Review* (Vol. 38, Issue 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. *May*, 1–72.
- Vlassoff, M., & Singh, S. (2016). El costo de la atención postaborto en los países en desarrollo : un análisis comparativo de cuatro estudios. *Oxfprd Política y Planificación Sanitaria*, 1020–1030. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw032> Fecha
- Vlassoff, M., Singh, S., Darroch, J. E., Carbone, E., & Bernstein, S. (2004). *Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions*. 11, 115 p. <http://www.agi-usa.org>
- Vlassoff, M., Singh, S., & 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, September*.  
<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS13/AS13.pdf>
- Williamson, N. (1986). Pregnancy After 40 Years of Age. *Obstetrics & 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., & 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:

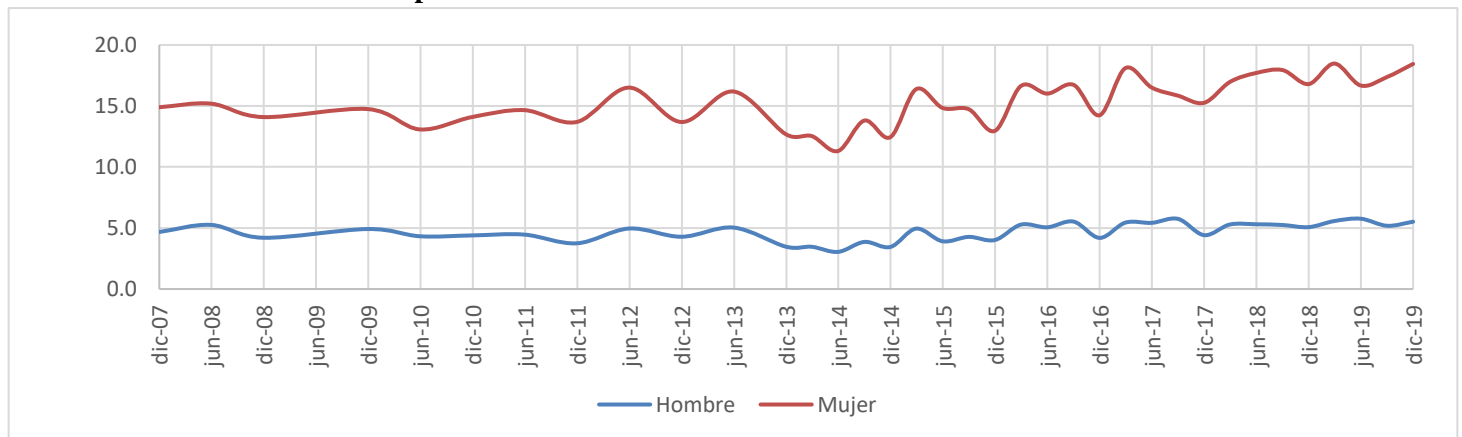
**Anexo A: Gráfico 19 Composición de la pobreza por ingresos**



Fuente: ENEMDU 2019

Elaborado por: Pablo Gómez

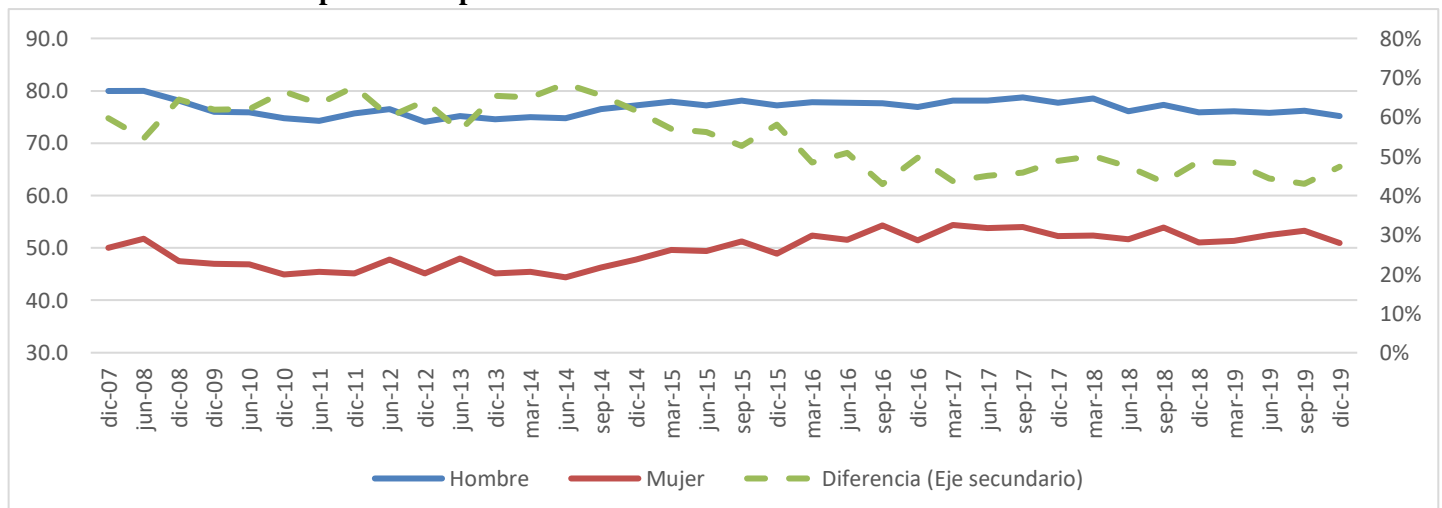
**Anexo B: Gráfico 20 Tasa de empleo no remunerado**



Fuente: ENEMDU 2019

Elaborado por: Pablo Gómez

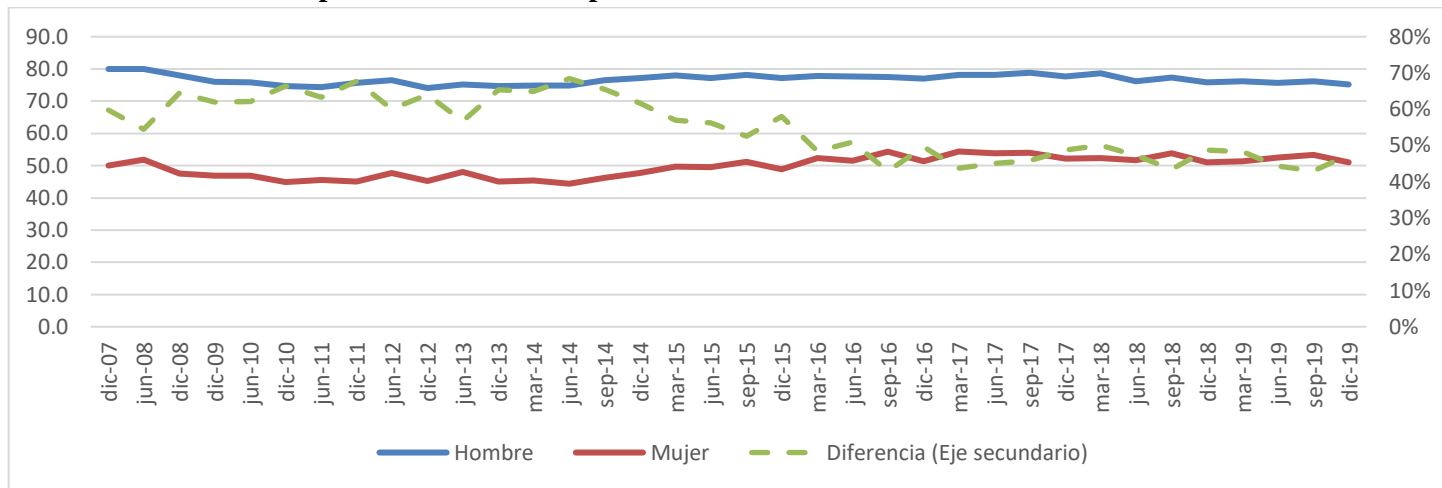
**Anexo C: Gráfico 21 Empleo Bruto por sexo**



Fuente: ENEMDU 2019

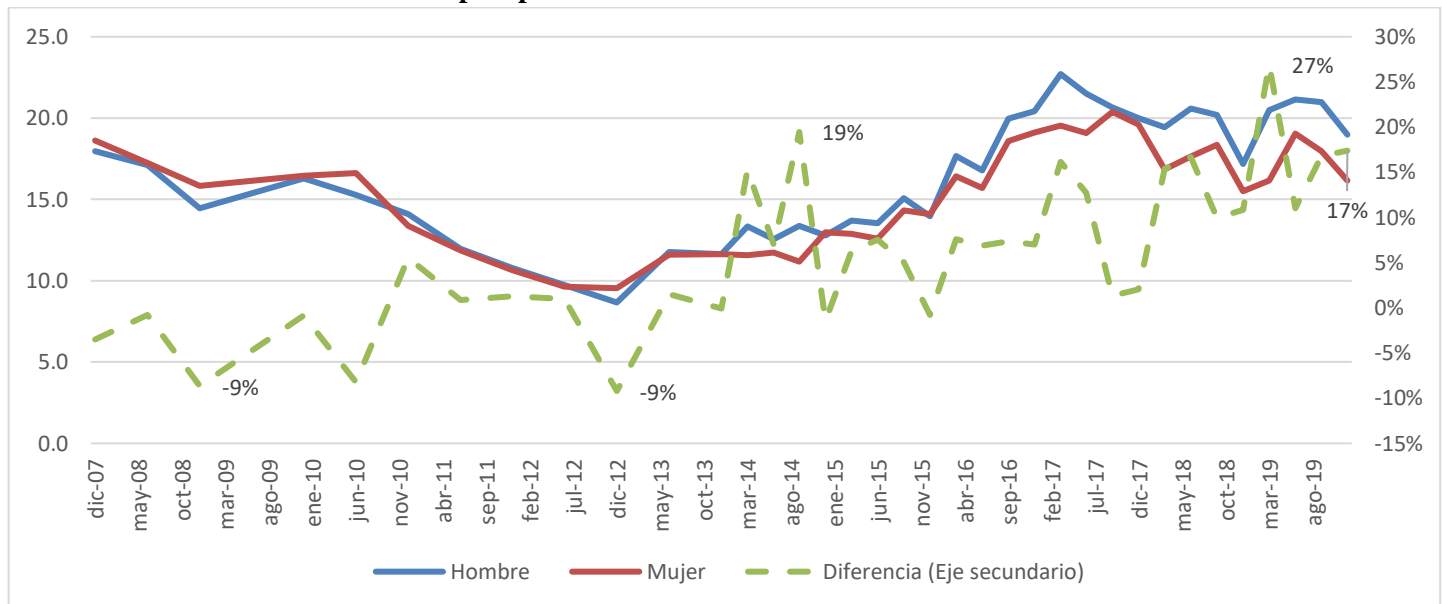
Elaborado por: Pablo Gómez

**Anexo D: Gráfico 22 Empleo Adecuado/Pleno por sexo**



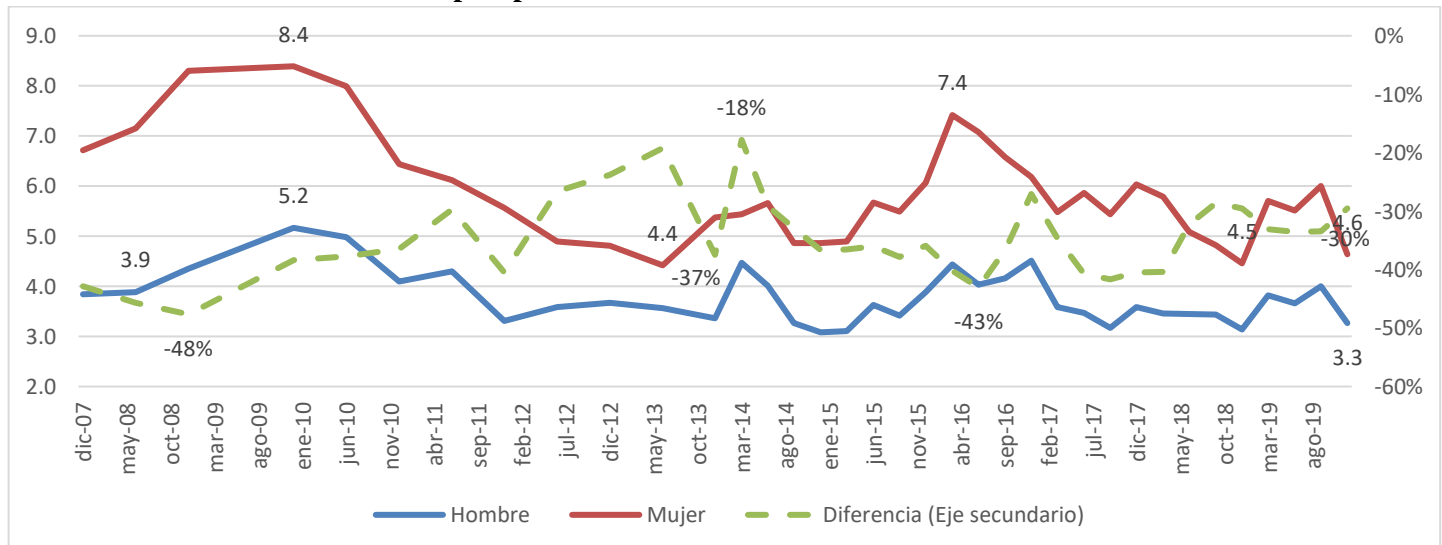
Fuente: ENEMDU 2019  
Elaborado por: Pablo Gómez

**Anexo E: Gráfico 23 Tasa de subempleo por sexo**



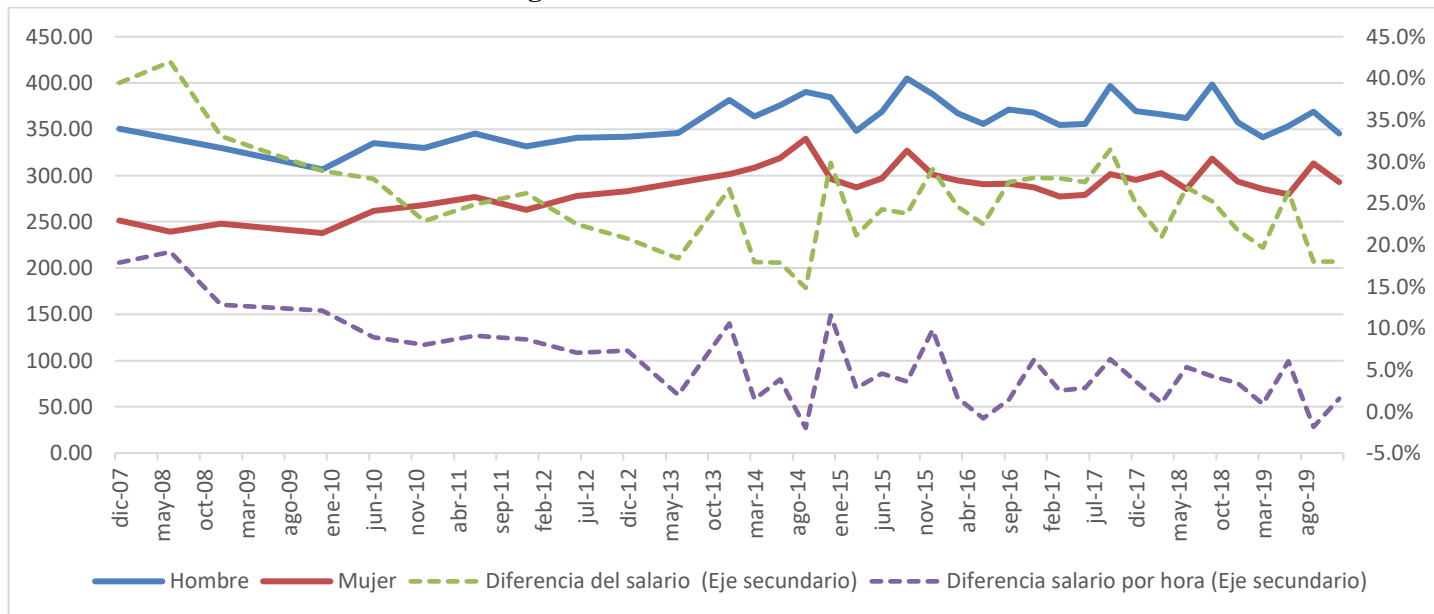
Fuente: ENEMDU 2019  
Elaborado por: Pablo Gómez

**Anexo F: Gráfico 24 Tasa de desempleo por sexo**



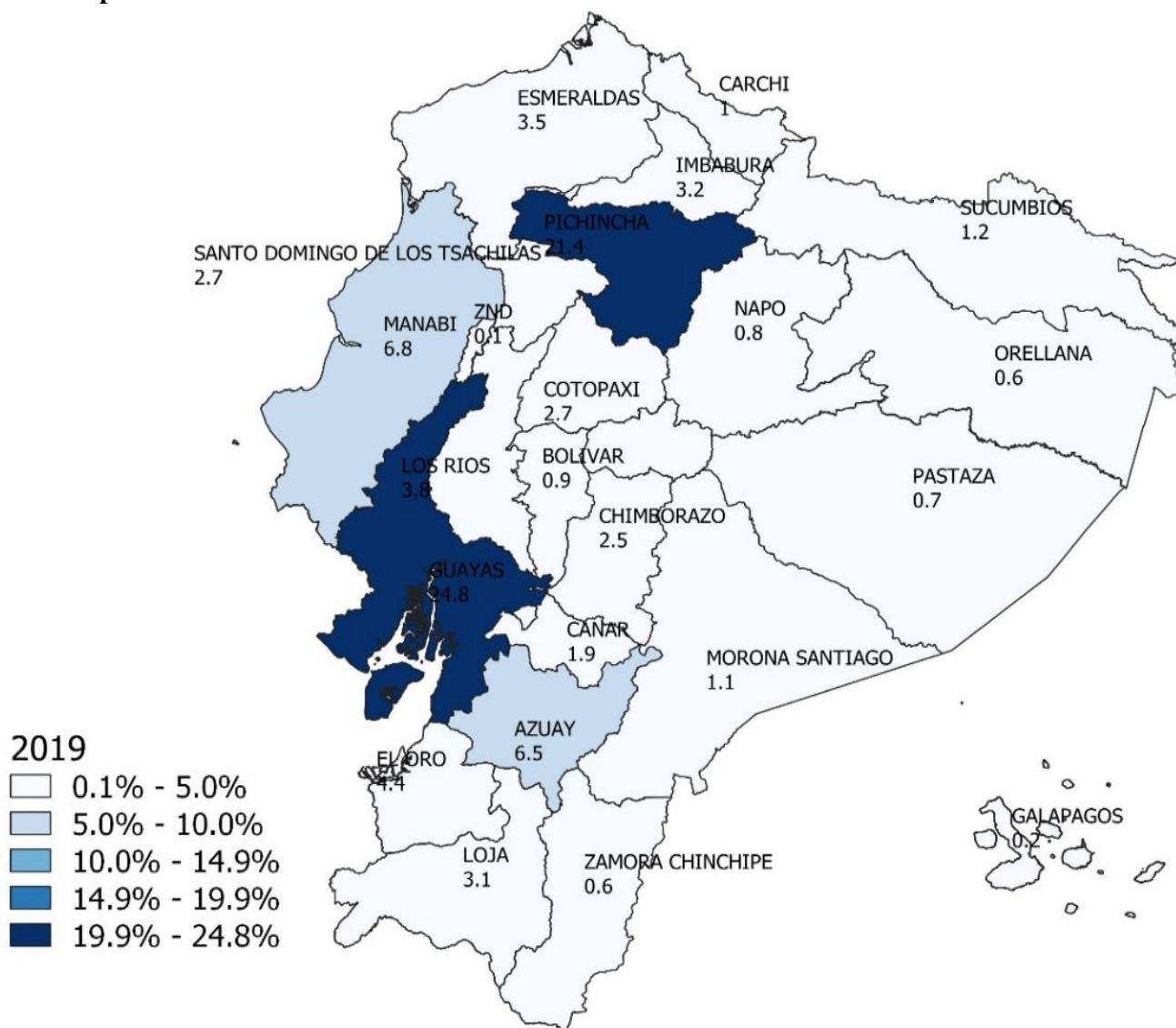
Fuente: ENEMDU 2019  
Elaborado por: Pablo Gómez

### Anexo G: Gráfico 25 Diferencias en los ingresos laborales



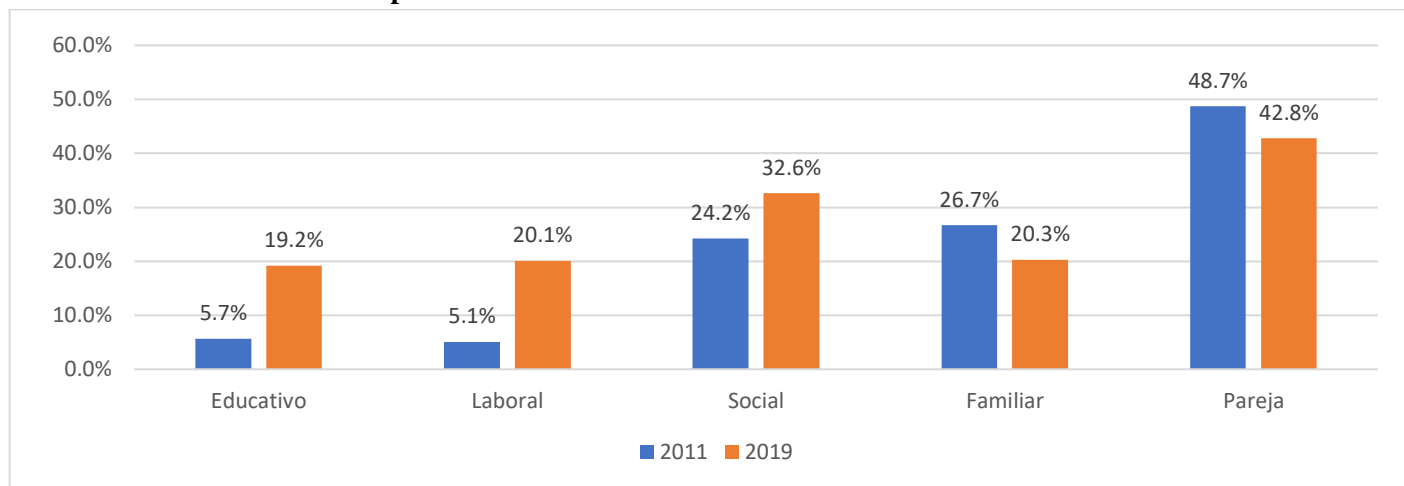
Fuente: ENEMDU 2019  
Elaborado por: Pablo Gómez

### Anexo H: Mapa 5 Distribución de la violencia en el Ecuador



Fuente: ENVIGMU 2019  
Elaborado por: Pablo Gómez

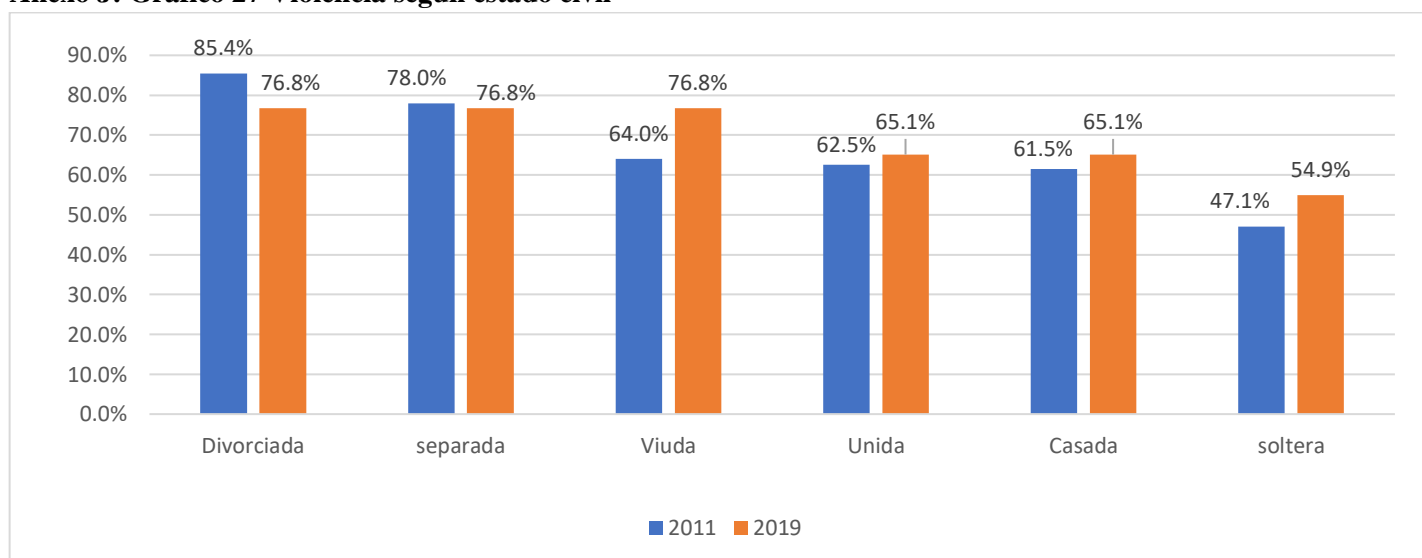
### Anexo I: Gráfico 26 Violencia por ámbito



Fuente: ENVIGMU 2011-2019

Elaborado por: Pablo Gómez

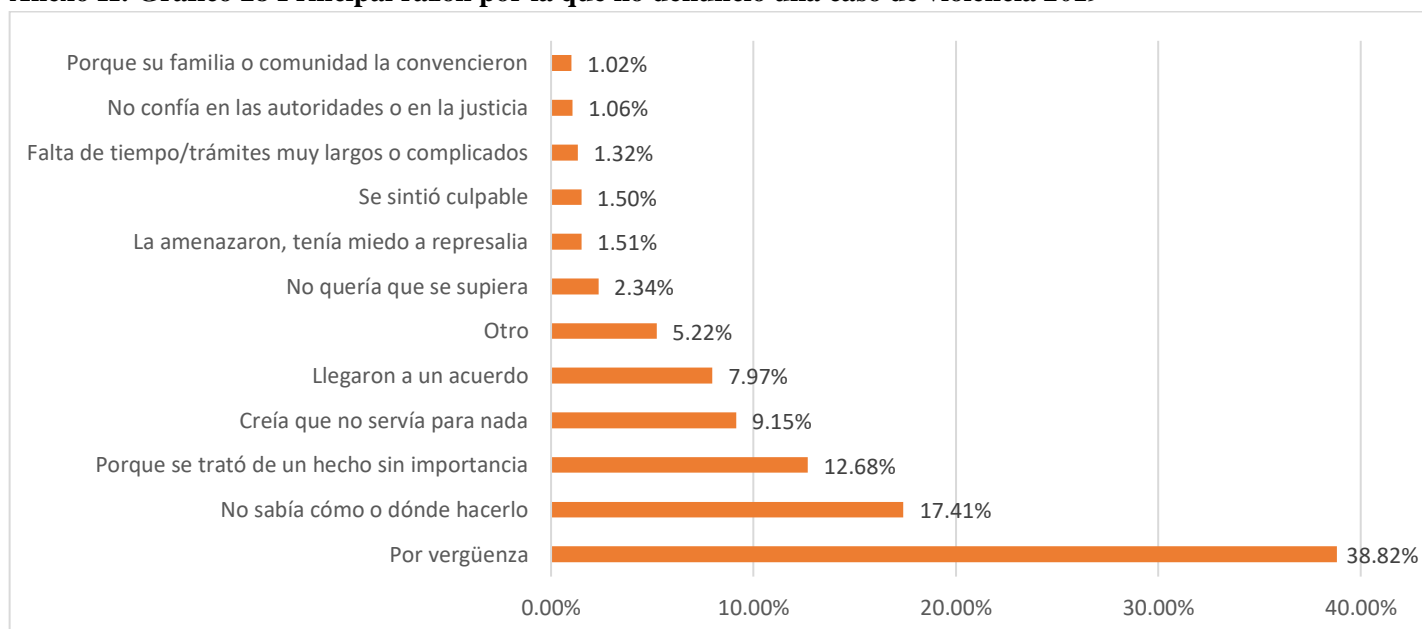
### Anexo J: Gráfico 27 Violencia según estado civil



Fuente: ENVIGMU 2011-2019

Elaborado por: Pablo Gómez

### Anexo K: Gráfico 28 Principal razón por la que no denunció una caso de violencia 2019



Fuente: ENVIGMU 2019

Elaborado por: Pablo Gómez

## **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 INEC, el aborto no especificado estuvo entre las primeras causas de morbilidad femenina durante muchos años, pero a partir del 2012 se observa una caída drástica de este indicador. Así mismo, se observa el incremento de los diagnósticos de aborto espontáneo desde el año 2013. Según su criterio, ¿A qué atribuye estos cambios en el comportamiento de este fenómeno?

¿Podría atribuirse a un problema de diagnóstico?

¿Hubo alguna circunstancia que pudo haber provocado este cambio a partir del 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?

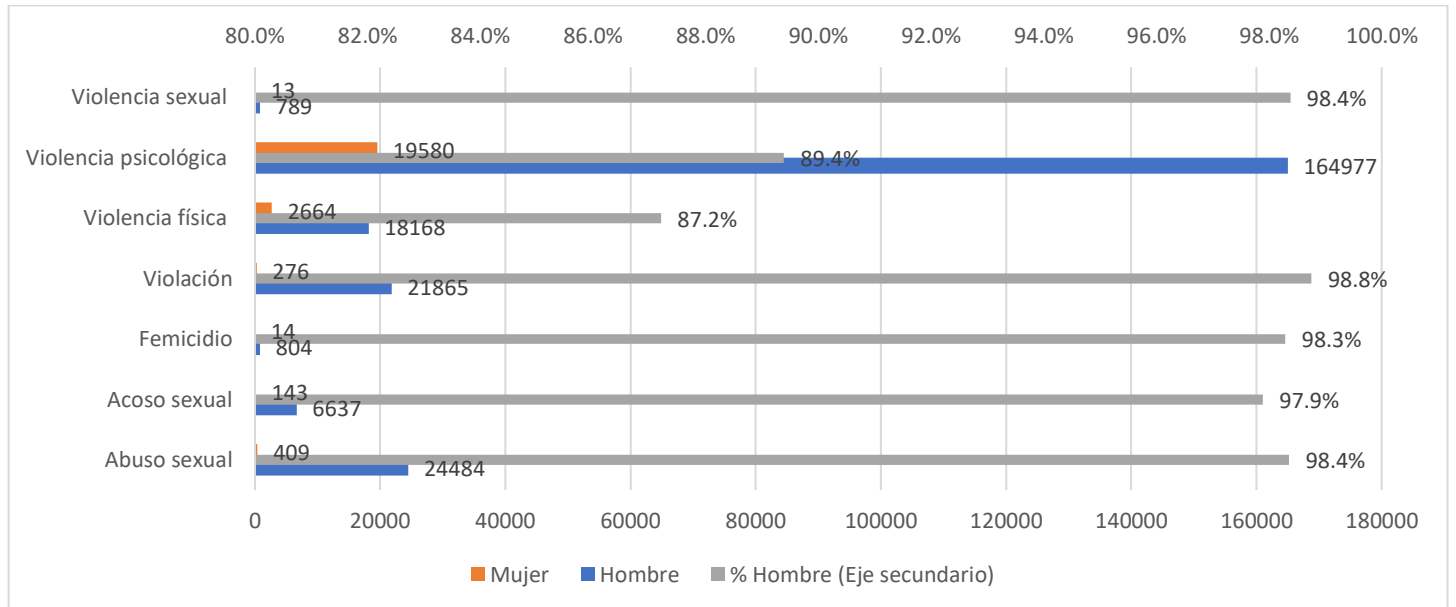
#### **Post aborto**

¿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?

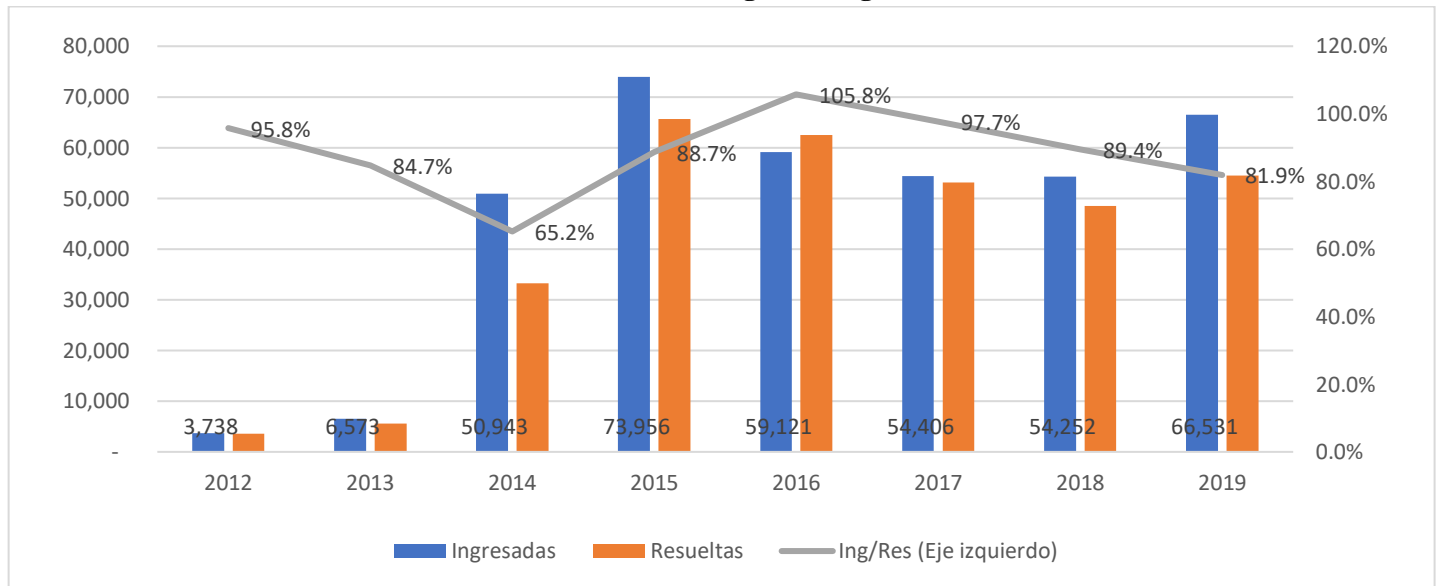
**Anexo M: Gráfico 29 Denuncias de violencia de género en FGE por sexo de sospechoso (2014-2019)**



**Fuente:** Fiscalía General del Estado

**Elaborado por:** Pablo Gómez

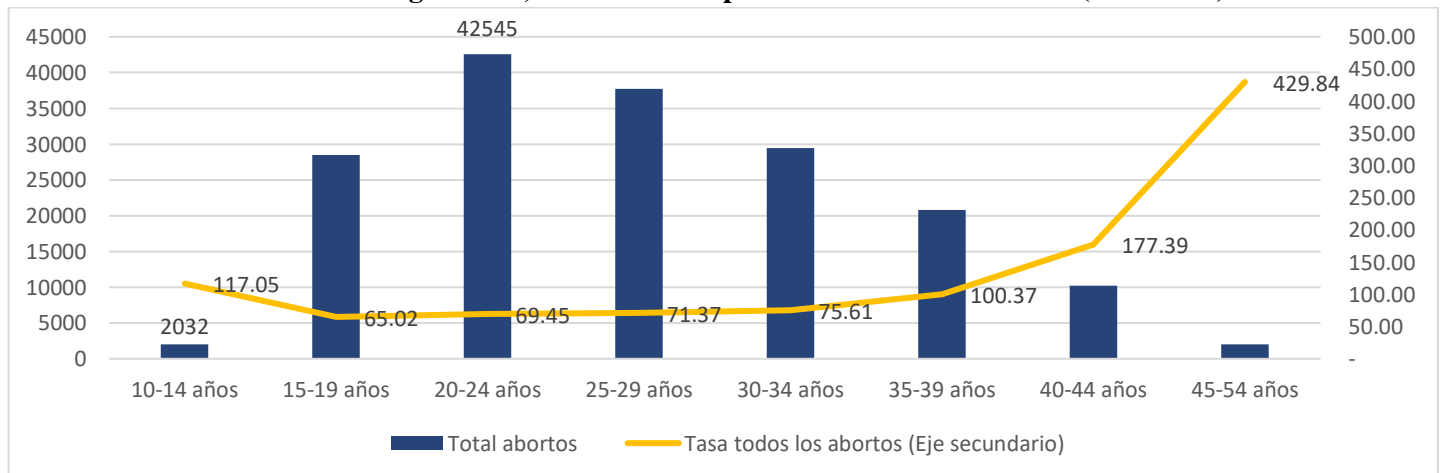
**Anexo N: Gráfico 30 Causas relacionadas con violencia de género ingresadas Vs. Resueltas**



**Fuente:** Consejo de la Judicatura

**Elaborado por:** Pablo Gómez

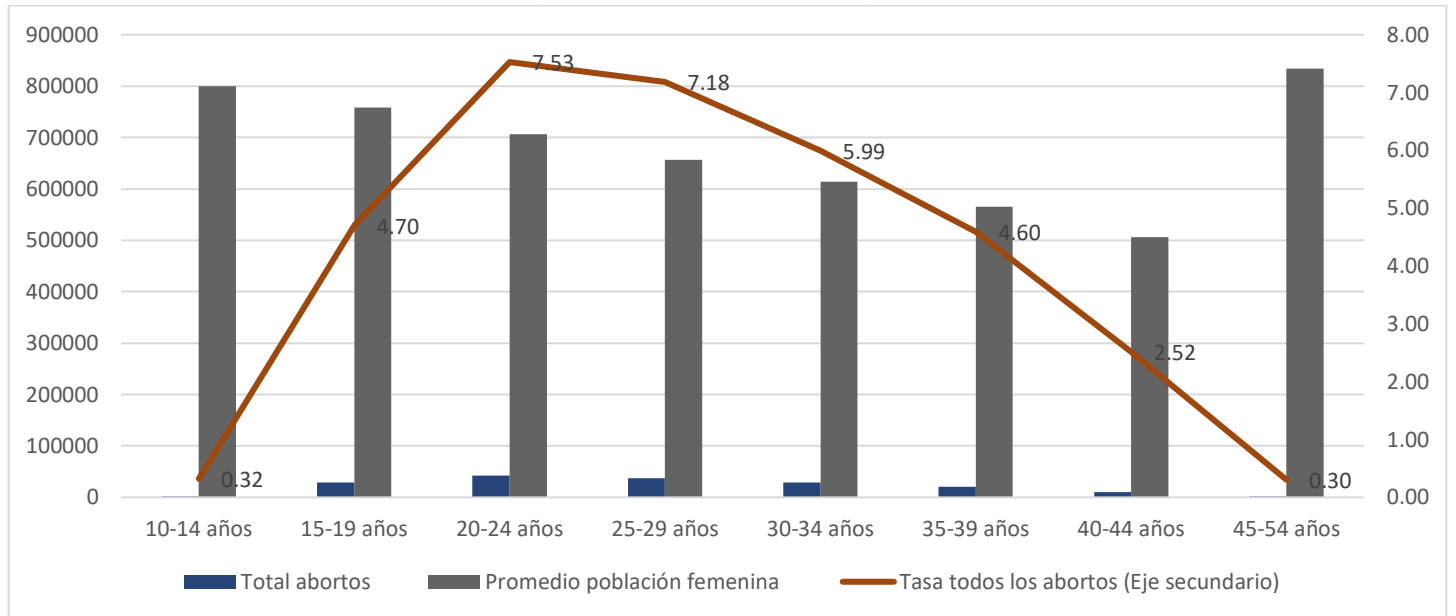
**Anexo O: Gráfico 31 Abortos según edad, tasa de aborto por cada 1000 nacidos vivos (2012-2019)**



**Fuente:** Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios

**Elaborado por:** Pablo Gómez

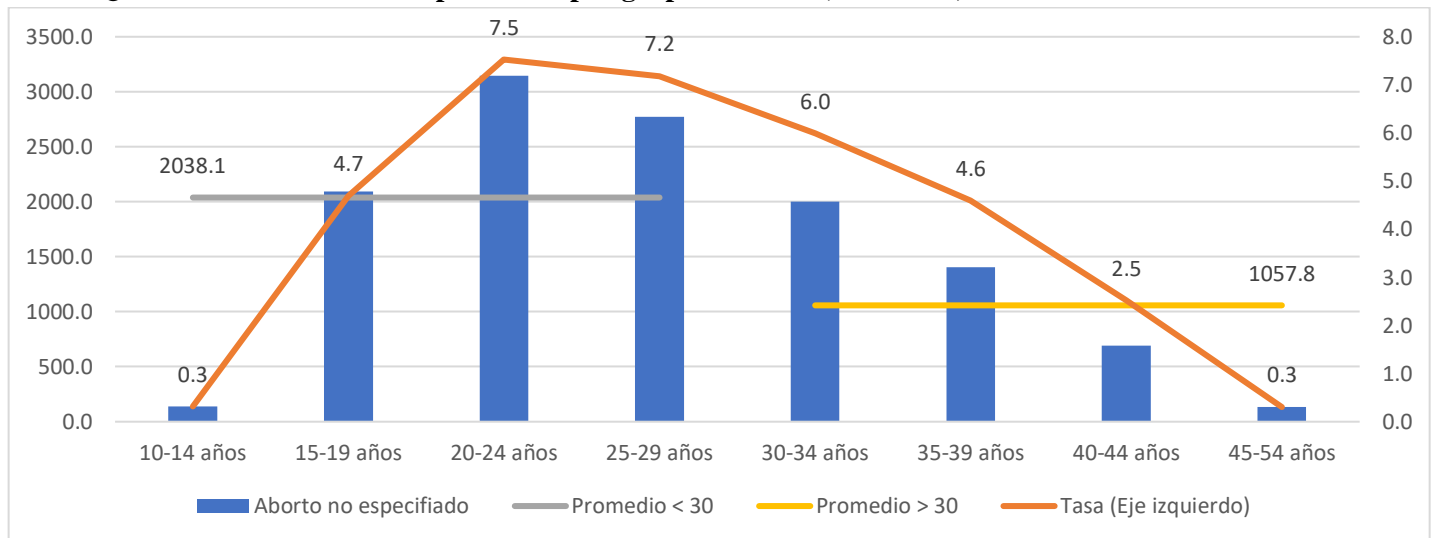
**Anexo P: Gráfico 32 Abortos según edad, población femenina y tasa por 1000 mujeres (2012-2019)**



**Fuente:** Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios

**Elaborado por:** Pablo Gómez

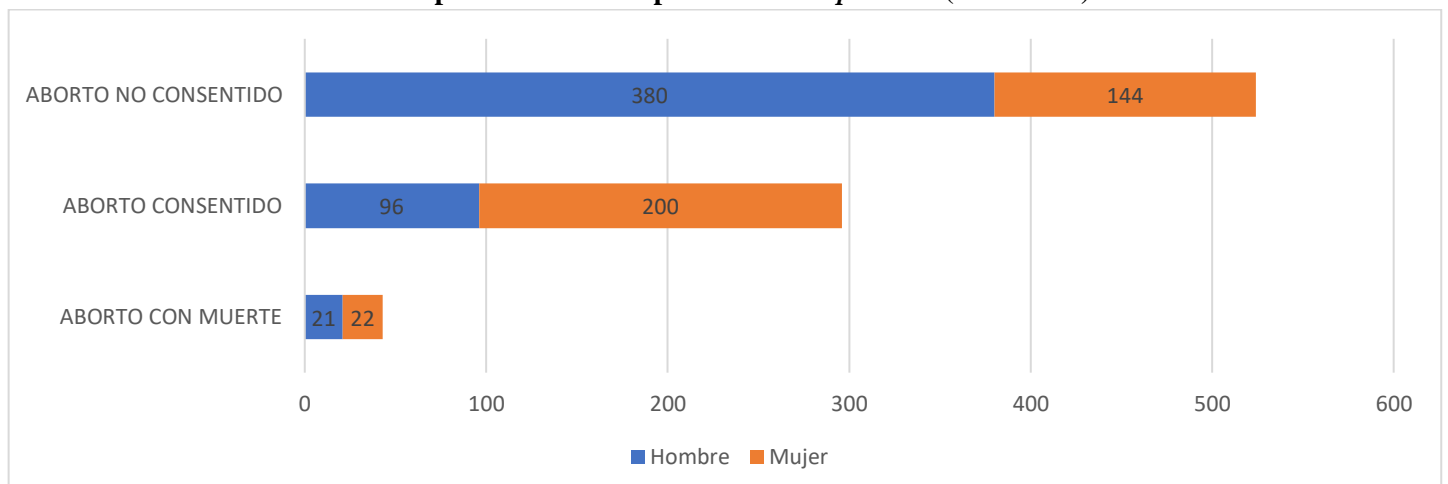
**Anexo Q: Gráfico 33 Aborto no especificado por grupos de edad (2012-2019)**



**Fuente:** Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios

**Elaborado por:** Pablo Gómez

**Anexo R: Gráfico 34 Abortos con procesos en FGE por sexo de sospechoso (2014-2019)**



**Fuente:** Fiscalía General del Estado

**Elaborado por:** Pablo Gómez

## 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?

## 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

**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 líquido 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

## 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"/>	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"/>	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"/>	Siempre

## 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"/>	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"/>	Siempre

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

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

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

## Anexo T Sintaxis SPSS para el cálculo de los costos de salud.

```
* Encoding: UTF-8.
*Filtro para no especificado.
FILTER OFF.
USE ALL.
SELECT IF (causa3="O06").
EXECUTE.
```

```
**recodificar la variable variable por sector**.
RECODE clase (1=2) (2=2) (12=2) (32=2) (3 thru 11=3) (13 thru 17=3) INTO nivel.
VARIABLE LABELS nivel 'Nivel de atención'.
VALUE LABELS nivel
2 "Segundo nivel de atención"
3 "Tercer nivel de atención".
FORMATS nivel (f1.0).
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=nivel
/STATISTICS=RANGE MINIMUM MAXIMUM MODE
/ORDER=ANALYSIS.
```

\* Definir propiedades de variables para determinar región.

```
*prov_ubi.
ALTER TYPE prov_ubi(F2.0).
*prov_ubi.
FORMATS prov_ubi(F2.0).
EXECUTE.
RECODE prov_ubi (01 =3) (02 =3) (03 =3) (04 =3) (05 =3) (06 =3) (07 =1) (08 =1) (09 =1) (10 =3) (11 =3) (12 =1) (13
=1) (14 =2) (15 =2) (16 =2) (17 =3) (18 =3) (19 =2) (20 =1) (21 =2) (22 =2) (23 =3)
(24 =1) INTO region.
VARIABLE LABELS region 'Región del hospital'.
VALUE LABELS region
1 "Costa"
2 "Oriente"
3 "Sierra".
FORMATS region (f2.0).
FREQUENCIES VARIABLES=region
/STATISTICS=RANGE MINIMUM MAXIMUM MODE
/ORDER=ANALYSIS.
```

\*Recodificar la variable condición de egreso para eliminar el tiempo de fallecimiento.

```
EXECUTE.
RECODE con_egrpa (1=1) (2=2) (3=2).
value labels con_egrpa 1 "Vivo" 2 "Fallecido".
FORMATS con_egrpa (f2.0).
EXECUTE.
```

\*Recodificar la edad para agrupar.

```
RECODE edad (0 thru 14=1) (15 thru 24=2) (25 thru 34=3) (35 thru 44=4) (45 thru 64=5) (65 thru
Highest=6) INTO gedad.
VARIABLE LABELS gedad 'Grupo de edad'.
VALUE LABELS gedad
1 "Mujeres de 0 a 14 años"
2 "Mujeres de 15 a 24 años"
3 "Mujeres de 25 a 34 años"
4 "Mujeres de 35 a 44 años"
5 "Mujeres de 45 a 64 años"
6 "Mujeres de 65 años o más".
FORMATS gedad (f1.0).
EXECUTE.
CROSSTABS
```

```
/TABLES=gedad BY con_egrpa
/FORMAT=AVALUE TABLES
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

\*\*\*\*\*Costos de hotelería.

\*para los costos de hotelería de cubículo de emergencias.

```
IF (nivel = 2) CHcubur_f=2.83.
```

```
IF (nivel = 3) CHcubur_f=3.60.
```

```
VARIABLE LABELS CHcubur_f 'Costo su total hotelería: cubículo de urgencias '.
```

```
FORMATS CHcubur_f(F8.2).
```

```
EXECUTE.
```

\* para los costos de hotelería de cuidado y manejo diario.

```
IF (nivel=2) CHcuidiario=1.33.
```

```
IF (nivel=3) CHcuidiario=1.85.
```

```
VARIABLE LABELS CHcuidiario 'Costo hotelería: cuidado y manejo diario'.
```

```
FORMATS CHcuidiario(F8.2).
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE CHcuidiario_f=CHcuidiario * dia_estad.
```

```
VARIABLE LABELS CHcuidiario_f 'Costo sub total hotelería: cuidado y manejo diario'.
```

```
FORMATS CHcuidiario_f(F8.2).
```

```
EXECUTE.
```

\* para los costos de hotelería de habitación.

```
compute CHhab=0.
```

```
IF (dia_estad>2 & nivel=2) CHhab=5.28.
```

```
IF (dia_estad>2 & nivel=3) CHhab=7.85.
```

```
VARIABLE LABELS CHhab 'Costo hotelería: habitación '.
```

```
FORMATS CHhab(F8.2).
```

```
COMPUTE CHhab2=CHhab.
```

```
IF (region = 1 | region= 2) CHhab2=CHhab*1.02.
```

```
VARIABLE LABELS CHhab2 'Costo hotelería: habitación más el 2% para costa y sierra'.
```

```
FORMATS CHhab2(F8.2).
```

```
EXECUTE.
```

```
compute CHhab_f=0.
```

```
IF (dia_estad>2) CHhab_f=CHhab2*(dia_estad-2).
```

```
VARIABLE LABELS CHhab_f 'Costo sub total hotelería: habitación '.
```

```
FORMATS CHhab_f(F8.2).
```

```
EXECUTE.
```

\* para los costos de hotelería de alimentación.

```
compute CHalim=0.
```

```
IF (dia_estad>2 & nivel=2) CHalim=1.17.
```

```
IF (dia_estad>2 & nivel=3) CHalim=2.28.
```

```
VARIABLE LABELS CHalim 'Costo hotelería: alimentación'.
```

```
FORMATS CHalim(F8.2).
```

```
EXECUTE.
```

```
compute CHalim_f=0.
```

```
IF (dia_estad>2) CHalim_f=CHalim*(dia_estad-2).
```

```
VARIABLE LABELS CHalim_f 'Costo sub total hotelería: alimentación '.
```

```
FORMATS CHalim_f(F8.2).
```

```
EXECUTE.
```

\*Para los costos de sala de observación.

```
compute CHsob=0.
```

```
IF (dia_estad>1 & nivel=2) CHsob=4.51.
```

```
IF (dia_estad>1 & nivel=3) CHsob=5.41.
```

```
VARIABLE LABELS CHsob 'Costo hotelería: Sala de observación'.
```

```
FORMATS CHsob(F8.2).
```

```
EXECUTE.
```

```

compute CHsob_f=0.
IF (dia_estad>1) CHsob_f=CHsob*1.
IF (dia_estad>2) CHsob_f=CHsob*2.
VARIABLE LABELS CHsob_f 'Costo sub total hotelería: Sala de observación '.
FORMATS CHsob_f(F8.2).
EXECUTE.

```

```

*total UVRCH.
COMPUTE UVRCH=CHcubur_f+CHcuidiario_f+CHhab_f+CHalim_f+CHsob_f.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS UVRCH 'Total Unidades de Valor Referencial hotelería '.
EXECUTE.

```

```

*Para los costos totalesde hospitalización.
COMPUTE FCMCH = 6.70.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS FCMCH 'Factor de conversión monetaria hotelería '.
COMPUTE TOThot= UVRCH*FCMCH.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS TOThot 'Costo total de hotelería '.
FREQUENCIES VARIABLES=TOThot
/FORMAT=NOTABLE
/STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN MODE SUM
/ORDER=ANALYSIS.

```

\*\*\*\*\*para exámenes de laboratorio.

```

*para pruebas de embarazo.
COMPUTE CLemb_f=0.
IF (nivel=2) CLemb_f=1.22.
IF (nivel=3) CLemb_f=1.28.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS CLemb_f 'Costo laboratorio: Prueba de embarazo'.
FORMATS CLemb_f(F3.2).

```

```

*para pruebas de grupo sanguineo y RH.
COMPUTE CLgrh_f=0.
IF (nivel=2) CLgrh_f=0.55.
IF (nivel=3) CLgrh_f=0.55.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS CLgrh_f 'Costo laboratorio: Prueba de grupo sanguineo RH'.
FORMATS CLgrh_f(F3.2).

```

```

*para pruebas de chlamidia.
COMPUTE CLclam_f=0.
IF (nivel=2) CLclam_f=19.30.
IF (nivel=3) CLclam_f=20.31.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS CLclam_f 'Costo laboratorio: Prueba de Detección de Chlamydia Trachomatis '.
FORMATS CLclam_f(F3.2).

```

```

*Para pruebas de HIV.
COMPUTE CLhem_f=0.
IF (nivel=2) CLhem_f=1.35.
IF (nivel=3) CLhem_f=1.35.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS CLhem_f 'Costo laboratorio: HIV '.
FORMATS CLhem_f(F3.2).

```

```

*Para pruebas de VDRL.
COMPUTE CLvdrl_f=0.
IF (nivel=2) CLvdrl_f=1.35.

```

```
IF (nivel=3) CLvdrl_f=1.35.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS CLvdrl_f 'Costo laboratorio: VDRL '.
FORMATS CLvdrl_f(F3.2).
```

\*Para pruebas de biometría hemática.

```
COMPUTE CLbioh_f=0.
IF (nivel=2) CLbioh_f=0.44.
IF (nivel=3) CLbioh_f=0.46.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS CLbioh_f 'Costo laboratorio: Biometría hemática '.
FORMATS CLbioh_f(F3.2).
```

\*Para pruebas de Perfil hepático y Química sanguínea.

```
COMPUTE CLcpl_f=0.
IF (nivel=2) CLcpl_f=5.53.
IF (nivel=3) CLcpl_f=5.65.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS CLcpl_f 'Costo laboratorio: '.
FORMATS CLcpl_f(F3.2).
```

\*Para pruebas de TP y TTP.

```
COMPUTE CLtp_f=0.
IF (nivel=2) CLtp_f=1.06 .
IF (nivel=3) CLtp_f=1.16.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS CLtp_f 'Costo laboratorio: TP y TTP '.
FORMATS CLtp_f(F3.2).
```

\*\*\*Para el costo total de laboratorio.

```
COMPUTE UVRCL=CLEmb_f+CLgrh_f+CLclam_f+CLbioh_f+CLcpl_f+CLhem_f+CLtp_f+CLvdrl_f.
VARIABLE LABELS UVRCL 'Unidad de Valor Relativo Costos del Laboratorio '.
EXECUTE.
COMPUTE FCMCL=6.21.
VARIABLE LABELS FCMCL 'Factor de Conversión Monetaria Costos del Laboratorio '.
EXECUTE.
COMPUTE TOTlab =UVRCL*FCMCL.
VARIABLE LABELS TOTlab 'Costo total de análisis de laboratorio'.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=TOTlab
  /FORMAT=NOTABLE
  /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

\*\*\*\*\*Para el costo de imagen.

\*crear variable para asignar el tipo de procedimiento aleatoriamente.ojo con el %.

\*para el costo de ecografía pélvica o transvaginal.

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(uniform(1)<=.87).
VARIABLE LABELS filter_$ 'Aproximadamente 87% de los casos (SAMPLE)'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
compute CIeco=0.
IF (filter_$=1 & nivel=2) CIeco=3.24.
IF (filter_$=1 & nivel=3) CIeco=4.05.
EXECUTE.
VARIABLE LABELS CIeco 'Costo de imagen de ecografía pélvica o transvaginal'.
use all.
Compute FCMCI=6.21.
VARIABLE LABELS FCMCI 'Factor de Conversión Monetaria Costo de Imagen'.
```

```
EXECUTE.
COMPUTE TOTimag=CIeco*FCMCI.
VARIABLE LABELS TOTimag 'Costo total de imagen'.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=TOTimag
  /FORMAT=NOTABLE
  /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

\*\*\*\*\*Costo de evaluación y manejo.

```
compute CCeym1=16.5.
VARIABLE LABELS CCeym1 'Unidad de valor referencial de la evaluación y manejo en emergencias'.
Execute.
compute CCeym2=6.
VARIABLE LABELS CCeym2 'Unidad de valor referencial de la evaluación y manejo del cuidado subsecuente'.
Execute.
compute CCeym3=18.
VARIABLE LABELS CCeym3 'Unidad de valor referencial de la evaluación y manejo del alta hospitalaria'.
Execute.
Compute FCMeme=1.34.
VARIABLE LABELS FCMeme 'Factor de conversión monetaria de la evaluación y manejo en emergencias'.
compute TOTeme=(CCeym1+CCeym2+CCeym3)*FCMeme.
Execute.
VARIABLE LABELS TOTeme 'Costo total de la evaluación y manejo en emergencias'.
Execute.
FREQUENCIES VARIABLES=TOTeme
  /FORMAT=NOTABLE
  /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

\*\*\*\*\*Costo de tratamiento.

\*\*\*para el costo del tratamiento quirúrgico.

```
CSSELECT
  /PLAN FILE='C:\Users\dianacamila\OneDrive\Documentos\INVESTIGACIÓN\Aborto\costos\muestreo región
procedimiento.csplan'
  /CRITERIA STAGES=1 SEED=RANDOM
  /CLASSMISSING EXCLUDE
  /PRINT SELECTION.
```

```
DELETE VARIABLES
SampleWeightCumulative_1_
SampleWeight_Final_.
VARIABLE LABELS InclusionProbability_1_ 'Uso de Tratamiento quirúrgico de aborto incompleto'.
RENAME VARIABLES InclusionProbability_1_=CTqui.
FORMATS CTqui(F8.2).
if (cau_cie10 = 'O060') CTqui =6.50.
if (cau_cie10 = 'O065') CTqui =6.50.
RECODE CTqui (0.01 thru 2=5.20).
Compute CTqui2=0.
if (CTqui>0) CTqui2=CTqui.
EXECUTE.
Compute CTins =0.
if (CTqui>0) CTins=2.4.
variable labels CTins 'Costo inserción de dilatador cervical'.
EXECUTE.
compute FCMC=0.
if (nivel=2) FCMC=16.03.
if (nivel=3) FCMC=17.64.
VARIABLE LABELS FCMC 'Factor de Conversión Monetaria Cirujía'.
EXECUTE.
COMPUTE TOTtrat=(CTqui2+CTins)* FCMC.
```

```
VARIABLE LABELS TOTtrat 'Costo total de tratamiento Quirurjico'.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=TOTtrat
  /FORMAT=NOTABLE
  /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

\*costo de transfusión de sangre.

```
compute CTSp=0.
if (cau_cie10="O061" | cau_cie10="O066" ) CTSp=2.29.
execute.
variable labels CTSp 'Costo transfución sanguinea'.
compute Vsan=0.
if (cau_cie10="O061" | cau_cie10="O066" ) Vsan=105.34.
Execute.
variable labels Vsan 'Valor Sangre'.
Compute FCMts=6.21.
variable labels FCMts 'Factor de Conversión Monetaria de la transfusión de sangre'.
execute.
Compute TOTts=(CTSp*FCMts) + Vsan.
variable labels TOTts 'Costo total de la transfusión de sangre'.
Execute.
FREQUENCIES VARIABLES=TOTts
  /FORMAT=NOTABLE
  /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

\*costo de de anestesia en los procedimientos.

```
Compute CTane =0.
if (CTqui>0) CTane=12.
variable labels CTane 'Costo honorarios e insumos anestesia'.
EXECUTE.
compute FCMA=0.
if (nivel=2) FCMA=12.12.
if (nivel=3) FCMA=13.34.
variable labels FCMA 'Factor de Conversion Monetaria Anestesia'.
Execute.
compute TOTane = FCMA*CTane.
VARIABLE LABELS TOTane 'Costo total de anestesia en los tratamientos'.
Execute.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=TOTane
  /FORMAT=NOTABLE
  /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

\*para los costos de abortos farmacológicos solo con misoprostol.

```
*$ 0.50 c/u (200g) * 3 dosis de 800 g c/u.
compute TOTmiso=0.
if (TOTane=0) TOTmiso=6.
VARIABLE LABELS TOTmiso 'Costo total tratamiento farmaceutico'.
execute.
FREQUENCIES VARIABLES=TOTmiso
  /FORMAT=NOTABLE
  /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

\*Costo de receta médica para el tratamiento del dolor.

\*Se toma en cuenta 6 dosis de 600g cada una. El precio individual es de 0.54ctvs.

```
compute TOTibu=3.24.
VARIABLE LABELS TOTibu 'Costo total en ibuprofeno'.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=TOTibu
/FORMAT=NOTABLE
/STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
/ORDER=ANALYSIS
```

```
*****COSTO TOTAL EN SALUD*****
```

```
compute TOT = TOThot+TOTlab+TOTimag+TOTtrat+TOTane+TOTmiso+TOTeme+TOTts+TOTibu.
VARIABLE LABELS TOT 'Costo total en salud'.
```

```
execute.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=TOT
/FORMAT=NOTABLE
/STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=TOThot TOTlab TOTimag TOTeme TOTtrat TOTts TOTane TOTmiso TOTibu TOT
/FORMAT=NOTABLE
/STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM MEAN SUM
/ORDER=ANALYSIS.
```