



## **Facultad de Ciencias Jurídicas**

### **Carrera de Estudios Internacionales**

**Penalización del Aborto Inducido en el Ecuador:  
Análisis desde el Marco Internacional de los Derechos  
Humanos en su Impacto en la Sociedad**

**Trabajo de Titulación previo a la obtención del  
Grado de Licenciado en Estudios Internacionales**

**Autor:**

Luis Alejandro Santos Pizarro

**Directora:**

Ana Isabel Malo Martínez

**Cuenca – Ecuador**

**2026**

## Índice de Contenidos

Índice de Contenidos.....	i
Índice de Figuras, Tablas y Anexos .....	iii
Índice de Figuras .....	iii
Índice de Tablas .....	iii
Índice de Anexos.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE .....	1
1. Introducción .....	1
1.1 Marco Teórico.....	1
1.1.1 Conceptualización del Embarazo y del Aborto .....	1
1.1.2 Tipologías del Aborto.....	3
1.1.3 Tratamiento Normativo del Aborto Inducido en la República del Ecuador.....	6
1.1.4 Naturaleza Jurídica de las Recomendaciones y Decisiones Internacionales.....	14
1.2 Estado del Arte.....	16
1.2.1 Estudios Internacionales en Derechos Humanos sobre la Penalización del Aborto.....	16
1.2.2 Impactos Socioeconómicos de la Penalización del Aborto.....	19
1.2.3 Estudios y Experiencias Regionales sobre Despenalización del Aborto.....	22
1.2.4 Análisis Académico sobre Aborto Inducido en el Contexto Ecuatoriano.....	24
CAPÍTULO 2 METODOLOGÍA.....	26
2.1 Enfoque y Alcance del Estudio .....	26
2.2 Unidad de Análisis y Corpus Documental .....	26
2.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	27
2.3 Instrumentos y Técnicas de Análisis .....	28
2.3.1 Análisis de Recomendaciones Internacionales en Temas de Aborto .....	28
2.3.2 Procedimiento de Análisis Epidemiológico y Diferenciación de Causas.....	28
2.3.3 Codificación y Gestión Bibliográfica.....	29
2.4 Procedimiento .....	29

2.4.1 Sistematización Normativa y de Estándares Internacionales .....	29
2.4.2 Identificación de Consecuencias Socioeconómicas y Afectación diferenciada .....	30
2.4.3 Comparación Regional y Construcción de Escenarios Analíticos para Ecuador .....	30
<b>CAPÍTULO 3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>31</b>
3.1 Algunas Consecuencias Socioeconómicas de la Penalización del Aborto .....	31
3.1.1 La Maternidad Adolescente en Ecuador como Indicador Demográfico .....	31
3.1.2 Deserción Escolar y el Costo Económico para el Estado.....	33
3.1.3 Características y Efectos Socioeconómicos en la Judicialización.....	35
3.1.4 Subregistro y Riesgos Clínicos en la Clandestinidad .....	37
3.1.5 Impacto Financiero Directo en el Sistema de Salud Pública.....	37
3.2 Alineamiento del Ecuador frente a recomendaciones internacionales .....	41
3.2.1 Recomendaciones y Observaciones Generales Aplicables al Ecuador .....	42
3.2.2 Observaciones Finales dirigidas a Ecuador .....	44
3.2.3 Evolución Normativa y el Régimen de Causales Penalizadas .....	45
3.3 Proyecciones de la Despenalización en el Contexto Regional .....	47
3.3.1 El Modelo de Interrupción por Plazos y su Impacto en la Salud Pública .....	47
3.3.2 El Modelo de Causales y la Protección frente a la Inviabilidad Fetal .....	56
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>

# Índice de Figuras, Tablas y Anexos

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Etapas del Proceso desde la Última Menstruación (Semana 0, día 1) hasta la Consolidación del Embarazo (semana 4) .....	2
<b>Figura 2</b> Distribución Mundial y Regional de las Categorías del Aborto Seguro.....	18
<b>Figura 3</b> <i>Comparación de los Costos de Abortos Inseguros y Abortos Seguros. Escenarios de Abortos Totales 457.553 y Costos de Servicios Médicos en Promedio. Argentina, Millones de Pesos Corrientes, julio 2018.</i> .....	40
<b>Figura 4</b> Tasa de Mortalidad Materna por Razón de Aborto en Argentina, (2024-2014)..	49
<b>Figura 5</b> Estado Civil de las Mujeres Receptoras de ILE en Ciudad de México .....	53

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b> Tabla de Nacidos Vivos en Ecuador por Madres Adolescentes (2013-2023).....	31
<b>Tabla 2</b> Adolescentes que Abandonan los Estudios, Años de Escolaridad e Ingresos Potenciales Perdidos según Nivel de Escolaridad al Abandonar. ....	33
<b>Tabla 3</b> Recomendaciones Generales de Organismos Internacionales en Temas de Aborto. ....	43
<b>Tabla 4</b> Observaciones Finales Emitidas a Ecuador en Temas de Aborto por Comités de la Organización de las Naciones Unidas .....	45
<b>Tabla 5</b> Defunciones por aborto y nacidos vivos en Argentina, 2024-2014 .....	48
<b>Tabla 6</b> Usuarías Atendidas en Servicios de ILE en Ciudad de México por Grupo de Edad .....	51
<b>Tabla 7</b> Distribución de IVE Ratificado por Edad de las Usuarías en Uruguay hasta el 2024 .....	55

## Índice de Anexos

<b>Anexo A</b> Tabla de Referencias Documentales.....	68
---	----

# **Penalización del Aborto Inducido en el Ecuador: Análisis desde el Marco Internacional de los Derechos Humanos en su Impacto en la Sociedad**

## **RESUMEN**

La presente investigación examina las dimensiones socioeconómicas y jurídicas de la penalización del aborto inducido en el Ecuador. Mediante una metodología híbrida de alcance descriptivo y análisis comparado, el estudio evalúa la alineación del marco normativo nacional frente a los estándares internacionales de derechos humanos, contrastando la realidad local de consecuencias socioeconómicas ligadas al aborto con evidencia epidemiológica de Argentina, Uruguay, Chile y la Ciudad de México. Los resultados observados en la región sugieren que la transición hacia modelos legales menos restrictivos podría optimizar la salud pública, al propiciar una reducción en la mortalidad materna como en los costos estatales derivados de la clandestinidad, al mismo tiempo tendría el potencial de proteger el capital humano mediante la mitigación del embarazo adolescente y la deserción escolar. A su vez se concluye que, aunque el Estado ecuatoriano ha materializado ya modificaciones como la despenalización de la causal de violación mediante control de constitucionalidad, persiste una desalineación técnica frente a las directrices internacionales debido al mantenimiento de sanciones penales para causales como la inviabilidad fetal y el incesto.

**Palabras clave:** Aborto inducido, derechos sexuales y reproductivos, derechos humanos, Ecuador, educación sexual integral, penalización, salud pública

## **State Punishment of Induced Abortion in Ecuador: An Analysis from the International Human Rights Framework and Its Impact on Society**

### **ABSTRACT**

This research examines the socioeconomic and legal dimensions of the criminalization of induced abortion in Ecuador. Through a hybrid methodology with a descriptive scope and comparative analysis, the study evaluates the alignment of the national normative framework against international human rights standards, contrasting the local reality of socioeconomic consequences linked to abortion with epidemiological evidence from Argentina, Uruguay, Chile, and Mexico City. The results observed in the region suggest that the transition towards less restrictive legal models could optimize public health by fostering a reduction in maternal mortality as well as in state costs derived from clandestine practices; simultaneously, it would have the potential to protect human capital by mitigating adolescent pregnancy and school dropout. Finally, it is concluded that, although the Ecuadorian State has already materialized modifications such as the decriminalization of abortion on the ground of rape through constitutional review, a technical misalignment with international guidelines persists due to the maintenance of criminal sanctions for grounds such as fetal inviability and incest.

**Keywords:** Induced abortion, sexual and reproductive rights, human rights, Ecuador, comprehensive sexuality education, criminalization, public health

# **CAPÍTULO 1**

## **MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE**

### **1. Introducción**

El aborto ha sido objeto de debate en diversos ámbitos y disciplinas, es un tema importante dentro de la discusión legal de cada Estado y en el reflejo de la opinión internacional; ya que pone de manifiesto las tensiones y conflictos entre diferentes valores, creencias y grupos dentro de nuestra sociedad. Sin embargo, además de perspectivas que se centran en la moral social o en la idiosincrasia de cada pueblo, se debe considerar otros tópicos, como relativo a la salud, que dentro del mismo puede generar profundas implicaciones para la salud, el bienestar y los derechos tanto de las mujeres como de las comunidades en general. Así, Ramos (2016) expresa que, por su naturaleza e implicaciones en temas políticos, sociales y de salud de la mujer, el aborto requiere un enfoque completo para comprender plenamente sus efectos y el papel que desempeña en las sociedades contemporáneas.

#### **1.1 Marco Teórico**

##### **1.1.1 Conceptualización del Embarazo y del Aborto**

###### **1.1.1.1 Definición Médica del Embarazo**

La mayoría de personas consideran comprender qué es un embarazo; sin embargo, la evidencia demuestra que en el contexto ecuatoriano persiste una notable falta de educación sexual integral (ESI) (Goicolea et al., 2009; Haus et al., 2023; Hernandez et al., 2019) que pueda llegar a malentender términos asociados. Esto puede generar confusiones respecto a conceptos básicos como concepción, fecundación y gestación, lo que puede llevar a interpretar erróneamente, por ejemplo, que el embarazo establecido (entendiéndose como la presencia de un embrión listo para desarrollarse) inicia desde el momento del acto sexual. En consecuencia, algunas personas podrían considerar como aborto cualquier procedimiento o método que impida la posibilidad de un embarazo, sin distinguir, por ejemplo, entre anticonceptivos de emergencia y la interrupción de una gestación ya establecida. Por tal motivo, resulta pertinente (antes de abordar el análisis de la percepción internacional del aborto) establecer una delimitación médica de qué se entiende por embarazo, y en qué momento puede hablarse propiamente de una interrupción del mismo.

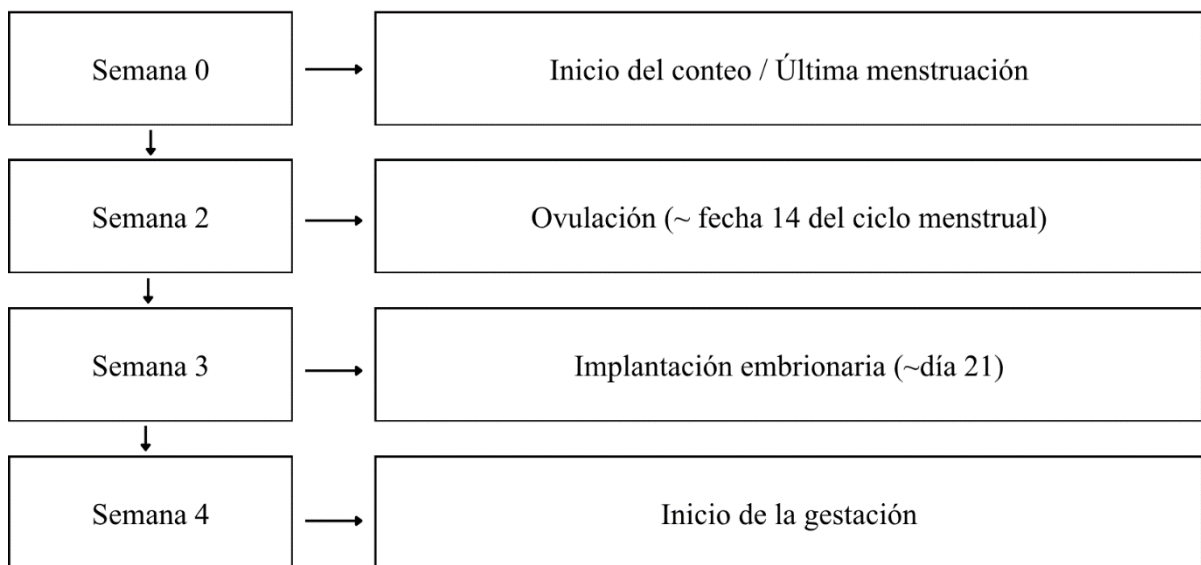
La práctica médica establece como referencia el primer día de la última menstruación para el cálculo de la edad gestacional. En este marco, la ovulación —momento del ciclo

menstrual en el que puede producirse la fecundación— suele ocurrir hacia el final de la segunda semana o inicios de la tercera semana de embarazo. Una vez que el espermatozoide fecunda al óvulo, este proceso se desarrolla en un intervalo aproximado de 24 horas, dependiendo de condiciones fisiológicas específicas (Sadler, 2019).

Se debe producir la implantación embrionaria, aproximadamente siete días después de que exista una fecundación, momento en el cual el óvulo fecundado se desplaza hacia el útero y, si no es rechazado, establece la conexión necesaria para iniciar el desarrollo embrionario. En consecuencia, puede afirmarse que es recién alrededor de la cuarta semana de la etapa gestacional (ver Figura 1) cuando comienza a consolidarse un embrión dentro de la madre, momento en que la implantación suele haberse completado y el desarrollo embrionario se encuentra en curso.

**Figura 1**

*Etapas del Proceso desde la Última Menstruación (semana 0, día 1) hasta la Consolidación del Embarazo (Semana 4)*



*Nota.* Basada en Sadler (2019)

La concepción se percibe como el instante donde se consta que existe un ser que se está gestando dentro del útero de la madre. Desde la teología hasta la medicina indican este punto como el inicio del periodo de desarrollo de una vida, por ende, es el momento donde puede recaer un debate abortivo de que pueda existir. La doctrina conservadora considera que después de la fecundación se puede definir ya como un embarazo (Sedicias, 2025). En cambio, la doctrina médica más frecuente indica que la concepción sería la fecha de implantación embrionaria concordando con los distintos procesos que pueden ser llevados tanto voluntaria como naturalmente que impidan una implantación correcta, así como la

fecundación in vitro donde, a breves rasgos, se implanta un óvulo fecundado dentro de un laboratorio médico.

Esto último concuerda con lo establecido bajo la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en lo que respecta al Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica de 2012, en el mismo se analizó el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH): “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. (...)” y determinó que el sentido que se da a la concepción dentro del artículo tiene lugar desde el momento en que el embrión se implanta en el útero (punto 189) y que, aunque se busque proteger desde esta concepción, el artículo hace énfasis en la protección en contra de bajas arbitrarias, no bajo procesos legítimos: “(...) Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”. La Corte Interamericana de Derechos Humanos establece que esta protección que se busca dar a todas las personas no puede ser considerada absoluta ni aplicarse a los embriones sin tener en cuenta los derechos de las mujeres. Determinó, a su vez, que los Estados deben equilibrar la protección prenatal con los derechos intrínsecos de las personas gestantes, apoyando a su autonomía y una correcta planificación familiar.

Por consecuencia directa, bajo una aclaración conceptual necesaria, se entiende que los métodos anticonceptivos no responden a una categoría abortiva, pues funcionan antes del proceso de implantación embrionaria. Esta explicación coincide con lo señalado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2012), citada por el Ministerio de Salud Pública (2014) en su Reglamento para Regular el Acceso de Métodos Anticonceptivos, donde se indica que numerosos estudios demuestran que las pastillas anticonceptivas de emergencia de *levonorgestrel* actúan previniendo o retrasando la ovulación sin inhibir la implantación, motivo por el cual, por la parte ministerial, no se consideran abortivas.

## **1.1.2 Tipologías del Aborto**

### **1.1.2.1 Definición del Aborto**

Se debe llegar a comprender que el aborto es un proceso de terminación del proceso gestacional antes de la viabilidad fetal (Asociación Americana de Médicos, 2025; Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 2025; Colgrove, 2025). La viabilidad fetal, por su parte, se va a comprender como el punto en el que el feto puede sobrevivir fuera del útero, ya sea sin intervención médica o mediante un entorno artificial altamente asistido.

La literatura especializada está de acuerdo en que el aborto puede dividirse, en términos generales, en dos categorías principales, el aborto espontáneo y el inducido. Esta clasificación se basa en el criterio de la influencia que concluye el proceso gestacional, lo que posibilita distinguir entre las interrupciones que suceden por motivos naturales, biológicos o patológicos y aquellas que tienen lugar debido a una decisión humana consciente de terminar el embarazo. Esta diferencia tiene importancia en el análisis de derechos humanos y jurídico, ya que las respuestas penales de los Estados se desarrollan principalmente alrededor del aborto inducido. En cambio, el aborto espontáneo queda fuera del campo de la sanción penal.

### **1.1.2.2 Aborto Espontáneo**

Se entiende por aborto espontáneo a la interrupción de forma involuntaria del embarazo que sucede sin que la persona gestante o terceros actúen intencionalmente. Según la literatura médica, algunos de los motivos más comunes son las infecciones, las anomalías en el útero, los trastornos hormonales, las alteraciones cromosómicas del feto o embrión y las enfermedades crónicas que no se encuentran controladas. El aborto espontáneo no es objeto de penalización porque no supone una conducta voluntaria que pueda ser reprobada legalmente.

### **1.1.2.3 Aborto Inducido**

El aborto inducido es el que ocurre a través de una intervención humana, ya sea por decisión de la mujer o bajo indicación médica, antes de que el feto sea viable. Dentro del aborto inducido suele normalmente definirse diferentes tipologías del aborto inducido basado en la intención del mismo, así, se distingue de otros tipos la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que se entiende como la decisión propia y consciente de la mujer de finalizar la gestación, dentro de un proceso voluntario y legal (Camelo Sierra et al., 2022); los abortos terapéuticos que según CEPAM Guayaquil (2024) son aquellos que un médico realiza para preservar la salud<sup>1</sup> o vida de la mujer (p. 3), y el cual no tiene punibilidad en Ecuador<sup>2</sup>; el aborto eugenésico, aquel que busca evitar el nacimiento de personas con

---

<sup>1</sup> Según CEPAM Guayaquil (2024), los abortos terapéuticos son aquellos que se realizan para preservar la salud o vida de la mujer (p. 3).

<sup>2</sup> Según los datos de la misma organización, 98% de los países en el mundo permiten el aborto terapéutico, 63% para preservar su salud física y 62% para preservar su salud (p. 2).

discapacidades<sup>3</sup>; el aborto por violación; y aquellos abortos inducidos que se realizan fuera del marco normativo.

Esta distinción resulta pertinente para entender las sanciones penales que ocurren para determinadas categorizaciones del aborto dentro del marco normativo de cada Estado. Así, usualmente el aborto inducido tiene distintas restricciones según causales del mismo. El aborto terapéutico corresponde a la primera causal y la menos penalizada alrededor del mundo. Sigue las causales de violación y de incesto, malformaciones fetales, de situación socioeconómica, entre otras.

Según la Organización Mundial de la Salud (2025) existen alrededor de 73 millones de abortos inducidos alrededor del mundo (párr. 1), donde, estimaciones del 2010 al 2014 demuestran que el 45% de los mismos son abortos inseguros, realizados por personas no capacitadas por el mismo o utilizando procedimientos invasivos. En América Latina y África aproximadamente tres de cada cuatro de los abortos inducidos ocurrieron en estas situaciones peligrosas (párr. 7). En este contexto, la OMS señala que no proveer acceso a las mujeres de abortos seguros puede incidir directamente con algunos de los derechos humanos fundamentales como la salud, la integridad personal y la autonomía reproductiva de las mujeres.

#### **1.1.2.4 Aborto Clandestino**

Se comprende por aborto clandestino a la interrupción del embarazo que se lleva a cabo fuera de un sistema de salud formal, por la persona gestante o por terceros, y sin seguir las regulaciones estatales vigentes en el país donde tiene lugar; normalmente, sin atención médica o seguridad de calidad. El miedo ciudadano a las penas establecidas en marcos restrictivos del aborto puede ser de los elementos más significativos que favorecen la persistencia de abortos clandestinos. No obstante, este fenómeno está influenciado por otros elementos estructurales, como la lejanía de los servicios sanitarios en las zonas rurales, los elevados costos financieros, las tardanzas administrativas o la falta de información y respaldo médico. Siguiendo este razonamiento, la clandestinidad no constituye una categoría

---

<sup>3</sup> Según Soria (2009) la eugenesia se define como la puesta en práctica de una búsqueda del perfeccionamiento de la especie humana (p. 4). Existe un debate amplio sobre llamar como prácticas eugenésicas a la no punibilidad de aborto cuando es por violación, pero solo a una “persona con discapacidad”, como estaba tipificado el caso de Ecuador, o una “mujer idiota”, como se tipificaba en Argentina. Esto se tratará, a su vez, cuando analicemos el artículo 150 del Código Integral Penal Ecuatoriano.

médica por sí sola; es, en realidad, el producto de obstáculos normativos, sociales e institucionales que limitan el acceso real a los servicios de salud sexual y reproductiva.

De acuerdo con Amnistía Internacional (s.f.), cuando el aborto es legal y accesible, las personas tienen la oportunidad de acceder a estos servicios de forma segura y con menor peligro para su salud. En cambio, si se niega el acceso al aborto porque está penalizado, esto repercute negativamente en la autonomía reproductiva y tiende a aumentar las desigualdades ya existentes. Estas limitaciones tienen un impacto desmedido en individuos y comunidades que han estado marginadas a lo largo de la historia, cuyas condiciones socioeconómicas restringen el acceso a un aborto seguro. Por otro lado, grupos con más recursos pueden recurrir a servicios informales más seguros o incluso trasladarse a otros Estados donde el aborto no es penalizado.

El trabajo de J. Bearak et al. (2020), utilizado como referencia incluso por la Organización Mundial de la Salud, indica lo siguiente: “In countries where abortion was restricted, the proportion of unintended pregnancies ending in abortion had increased compared with the proportion for 1990–94, and the unintended pregnancy rates were higher than in countries where abortion was broadly legal” [Traducción propia: “En los países donde el aborto estaba restringido, la proporción de embarazos no deseados que terminaron en aborto aumentó en comparación con el período 1990–1994; asimismo, las tasas de embarazos no deseados fueron más altas que en los países donde el aborto era ampliamente legal”]. En este sentido, la evidencia sugiere que la ilegalidad del aborto no reduce su práctica, sino que incide en la forma en que sus efectos penales y sociales se distribuyen de manera desigual entre la población.

### **1.1.3 Tratamiento Normativo del Aborto Inducido en la República del Ecuador**

#### **1.1.3.1 Fundamentos constitucionales y concepción jurídica de la salud y autonomía**

La Constitución de la República del Ecuador (2008) es, por definición, la norma suprema del ordenamiento jurídico interno. Reconoce dentro de ella un conjunto de derechos fundamentales vinculados fuertemente a la autonomía personal, la salud y la vida reproductiva, los cuales son centrales para el análisis del aborto inducido y su penalización. En particular, el artículo 66, dentro del capítulo sexto, es relativo a los derechos de libertad que tiene cada individuo bajo su jurisdicción. Dentro del mismo se consagra la concepción del individuo como sujeto moral y jurídico capaz de tomar decisiones fundamentales sobre su propio cuerpo y su proyecto de vida.

Se establece en su numeral 9:

El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

Al reconocer “el derecho a tomar decisiones informadas” y establecer que “el Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras” este numeral muestra que existe una relación directa entre la autonomía individual y el deber del Estado de crear las condiciones para su ejercicio efectivo. En este contexto, la garantía constitucional no solo se encarga de reconocer el derecho, sino que exige que el Estado intervenga activamente para proporcionar políticas públicas, instrumentos y datos con el objetivo de alcanzar una educación sexual integral. Así, esta obligación se vuelve especialmente relevante en un contexto donde, como se ha dicho anteriormente, la educación sexual integral está muy restringida en Ecuador.

Desde este punto de vista, la salud reproductiva y la sexualidad se presentan como áreas de responsabilidad pública que van a estar estrechamente ligadas a las políticas de salud que se deban realizar, así como a la protección de derechos. La oferta de servicios e insumos destinados a prevenir los embarazos no planificados está directamente vinculada con la disminución del aborto inducido en situaciones clandestinas. Igualmente, el reconocimiento constitucional se basa en una noción de los seres humanos como sujetos que pueden tomar decisiones sobre su cuerpo de manera independiente, entendiendo esta autonomía no simplemente como la falta de coerción, sino como un derecho que necesita condiciones institucionales para ser ejercido de forma efectiva.

El mismo artículo en su numeral 10 indica:

El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.

Es de suma importancia recalcar el derecho constitucional a tomar decisiones libres sobre la vida reproductiva, en la medida en que este reconocimiento sitúa a la autonomía reproductiva como una dimensión esencial de la libertad personal. Las personas gestantes pueden ser entendidas como agentes morales capaces de decidir sobre procesos que inciden directamente en su cuerpo y su salud. Así, la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo en el Ecuador puede analizarse como un factor que restringe el ejercicio efectivo de este derecho, ya que se entiende al embarazo adolescente y el aborto inducido en

condiciones de riesgo como una problemática de salud pública<sup>4</sup>, y se mantiene prohibido de forma general, bajo ciertas excepciones, en lugar de ser objeto de una regulación integral orientada a garantizar condiciones seguras.

Por su parte, la facultad constitucional de decidir cuándo y cuántos hijos e hijas tener refuerza la idea de la libertad decisoria de la madre de planificar su maternidad, presupone la existencia de alternativas reales dentro del Estado que permitan evitar la gestación cuando esta no es deseada. Sin embargo, en ausencia de alternativas efectivas garantizadas por el Estado, este derecho corre el riesgo de no presentar una estructura institucional y normativa suficiente, transformándose en una garantía meramente formal. En este sentido, la continuación forzada de embarazos no planificados plantea interrogantes sobre la materialización concreta de la autonomía reproductiva reconocida constitucionalmente.

La relevancia de estos numerales para las problemáticas sociales con respecto a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad se refleja en instrumentos normativos posteriores, como el Reglamento para Regular el Acceso de Métodos Anticonceptivos del Ministerio de Salud Pública (2014) que retoma expresamente estos numerales constitucionales. No obstante, su alcance se puede extender más allá de la regulación de métodos anticonceptivos, pues plantea un cuadro de interpretación desde el cual se puede analizar la interrupción del embarazo como una decisión que afecta directamente en la vida sexual y reproductiva de las mujeres, así como la posición del estado ecuatoriano sobre cuando se considera el inicio de una posible protección legal al embrión.

La decisión de continuar o no un embarazo no constituye únicamente un hecho biológico, sino una elección profundamente vinculada al proyecto de vida, a la salud física y mental, y a la autonomía personal (Amnistía Internacional, n.d.). Negar toda posibilidad de decisión en este ámbito podría implicar restringir de manera sustancial el ejercicio efectivo de los derechos reconocidos en el artículo 66 de la Constitución, en la medida en que se limita a las mujeres el poder decidir cuándo desean ejercer la maternidad y bajo qué condiciones.

### **1.1.3.2 El aborto inducido como problema deontológico en el derecho a la salud**

La Ley Orgánica de Salud (2006) establece que:

---

<sup>4</sup> Artículo 21 de la Ley Orgánica de Salud

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Este artículo define un derecho a la salud integral, que no se limita únicamente a la ausencia de algún tipo de enfermedad, sino que incluye aspectos físicos, mentales y sociales que afectan directamente la calidad de vida de los individuos. La norma, de esta forma, establece que la salud es un derecho humano y que protegerla es una responsabilidad esencial del Estado. Este deber, tanto ético como legal, va más allá de brindar atención médica inmediata; también implica crear condiciones estructurales para garantizar el desarrollo integral de los individuos.

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

El aborto en condiciones de riesgo es reconocido de forma explícita como un problema de salud pública, situándolo al mismo nivel que el embarazo adolescente y la mortalidad materna. Este reconocimiento implica asumir que los abortos inseguros no son hechos aislados o excepcionales, sino la consecuencia de condiciones estructurales que requieren una respuesta estatal orientada a la prevención, la atención y la reducción de daños.

Sin embargo, esta disposición abre una posible tensión entre la ética y la normativa vigente. Aunque el aborto en condiciones de riesgo es identificado como un problema que debe ser abordado desde el sistema de salud, su penalización general puede empujar muchos casos hacia la clandestinidad. Esto, a su vez, dificulta el acceso oportuno a información, acompañamiento y atención adecuada. En este contexto, surge la interrogante de si, tras haber reconocido formalmente estos problemas en la normativa ecuatoriana, el enfoque actual es realmente el más adecuado para reducir las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan las mujeres y sus familias.

Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello.

Cuando las opciones reales para prevenir o interrumpir un embarazo no deseado se ven fuertemente restringidas, la libertad de decisión podría volverse un derecho difícil de

ejercer. Así, la planificación familiar y el aborto inducido son fenómenos muy relacionados entre sí, ya que ambos afectan la capacidad real de decidir sobre la reproducción y el proyecto vital. En este caso, se refuerza la centralidad de la libertad decisoria en términos reproductivos, al admitir explícitamente que las personas tienen el derecho a decidir cuántos hijos quieren tener y bajo qué circunstancias ejercerán la maternidad o paternidad. Para que esta libertad no se quede solo en el papel, es fundamental asegurar que las personas tengan acceso real a información y puedan tomar decisiones sin presiones ni coerción.

Si entendemos la salud como un bienestar integral, y además reconocemos que el aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud pública, surge una pregunta inevitable: ¿es coherente que el Estado mantenga una penalización general del aborto mientras, al mismo tiempo, tiene la obligación de proteger la vida digna y la salud de las personas gestantes?

### **1.1.3.3 Regulación penal del aborto inducido y sus excepciones**

El Código Orgánico Integral Penal (COIP) del 2014, donde se tipifica todos los crímenes punibles del Ecuador, establece también las consecuencias penales de un aborto inducido:

Art. 149.- Aborto consentido.- La persona que haga abortar a una mujer que ha consentido en ello, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. La mujer que cause su aborto o permita que otro se lo cause, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a dos años.

Con ello se configura un marco de penalización general del aborto inducido, en el cual la consecuencia jurídica recae tanto sobre la persona que realiza el procedimiento como sobre la persona gestante que participa de manera activa en la decisión de interrumpir el embarazo. La redacción de la norma no establece distinciones relacionadas con el método utilizado ni con el tiempo de gestación, por lo que cualquier forma de terminación del embarazo puede quedar comprendida dentro de este marco penal, incluyendo aquellas realizadas en etapas tempranas mediante el uso de medicamentos.

El mismo cuerpo normativo, sin embargo, expone causales que no generen consecuencias penales para el aborto inducido, estas son expresadas en el siguiente artículo:

Art. 150.- Aborto no punible.- El aborto practicado por un profesional de la salud capacitado que cuente con consentimiento de la parte que pueda darlo, no será punible solo en los siguientes casos:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2. Si el embarazo es consecuencia de una violación "en una mujer que padezca de discapacidad mental"

La incorporación de estas causales establece excepciones al régimen general de penalización del aborto, al aceptar que la continuidad del embarazo puede entrar en conflicto con derechos humanos esenciales de la persona gestante como su salud integral y su vida, derechos reconocidos mundialmente. En este sentido, el artículo 150 señala que la interrupción del embarazo no será penalizada cuando el riesgo para la vida o la salud no pueda evitarse por otros medios. En la práctica, esto implica que la aplicación de esta causal depende en gran medida del criterio de los profesionales de la salud, quienes deben evaluar si el riesgo existe y qué tan grave es. Esto deja a la norma con un margen importante de interpretación médica sobre cuándo procede o no la interrupción del embarazo.

Por otro lado, la causal relacionada con la violación, la cual se limitaba únicamente a mujeres con discapacidad mental evidencia cómo esta problemática ha sido abordada desde una lógica de excepción, restringida y, en muchos casos, ambigua. El artículo no realizaba una definición legal sobre a lo que se refería discapacidad mental, tampoco refería a ninguna norma en este tema. Desde el punto de vista ontológico, se puede entender que, de una forma implícita, la norma intentaba que las mujeres consideradas no plenamente autónomas puedan ser eximidas de la penalización del aborto, mientras que las mujeres en estado de lucidez seguían siendo penalmente responsables de abortar, por lo tanto, la autonomía no se reconocía de manera universal, en cambio, de una forma condicionada. También podría entenderse en el sentido eugenésico, donde el Estado podría buscar la reducción de población nacida con discapacidades mentales hereditarias, aquí se antepone una cuestión ética, moral —e incluso legal— al implicar o no una discriminación a las vidas de estas personas como lo indica Sancinetti (2018) al hablar sobre los diagnósticos de pre-implantaciones médicas donde se revisa embriones que pudieran tener malformaciones genéticas constatadas en personas ya nacidas para así descartarlos (p. 4). En todos los casos, el Estado debe ser quien propicie la seguridad, salud, el respeto y la vida digna a las personas bajo su protección legal.

#### **1.1.3.4 Jurisprudencia constitucional y desarrollo normativo reciente**

Mediante la sentencia de la Corte Constitucional del Caso No. 34-19-IN y Acumulados, del 28 de abril de 2021, se declara la inconstitucionalidad de la frase "en una mujer que padezca de discapacidad mental", contenida en el numeral 2 del artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), por lo que actualmente un aborto no punible en

Ecuador es considerado bajo dos nuevas causales<sup>5</sup>: si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer embarazada y no puede ser evitado por otros medios, y si el embarazo es consecuencia de una violación.

Por este motivo se dispone la posterior creación de la Ley Orgánica Que Regula La Interrupción Voluntaria Del Embarazo Para Niñas, Adolescentes y Mujeres En Casos de Violación (2022) también llamada LORIVE, donde se establece que, salvo las personas con discapacidad mental que hayan sufrido una violación (tendrán un mayor tiempo a consideración del personal médico), las personas que hayan sido víctimas de una violación y que fruto de este delito presente un embarazo tendrá la posibilidad de abortar hasta 12 semanas después de la gestación. Dado que la Corte Constitucional explícitamente indicó que no puede darse este aborto después de un proceso judicial, ya que este puede tardar mayor tiempo del que dure el proceso viable para la terminación del embarazo se indica a su vez, dentro de la LORIVE en el artículo 19, que se podrá efectuar el mismo después de la presentación de la denuncia de violación, de una declaración juramentada, o de un examen médico “en el cual, bajo juramento, se certifique que la solicitante presenta serios indicios de haber sido víctima de violación”.

Las accionantes en esta misma petición hacia la corte del Caso No. 34-19-IN y Acumulados, del 28 de abril de 2021 presentan dos objetos igual de importantes: un requisito para nombrar inconstitucional el no permitir aborto en casos de incesto, inseminación forzada y graves malformaciones del feto, y la incompatibilidad con normativa internacional, tratados que se han adoptado por Ecuador y recomendaciones de organismos internacionales en materia de aborto.

De este primero, la Corte Constitucional indica que, en el caso del incesto, está tipificado el delito de “violación incestuosa” que se adhiere a la causal de no punibilidad del aborto por violación, mas no el de “incesto”; lo mismo ocurre con la inseminación forzada la cual puede incluirse dentro del delito de violación, empero queda a libre configuración legislativa. Por su parte, en el tema de graves malformaciones del feto (y en general, de otras causales y escenarios donde se pueda pedir una legalización más profunda de aborto

---

<sup>5</sup> En la literatura comparada se puede comprender que la causal no punible de aborto para evitar el peligro para la vida de la mujer embarazada y la causal para evitar el peligro para la salud de la mujer embarazada son dos diferentes, sin embargo, por cómo se dispone cada numeral del artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal se puede entender que estas dos causales convergen en una sola.

inducido), la Corte Constitucional indica que no es posible efectuar un cambio de este tipo por medio de una sentencia que analice la constitucionalidad de un artículo específico, empero, reconoce la necesidad del cuerpo legislativo de tomar responsabilidad en no omitir estos temas relevantes.

De la segunda parte, las accionantes sostuvieron que existe una incompatibilidad normativa con tratados, observaciones y recomendaciones de diversos organismos internacionales en materia de derechos humanos que “forman parte del bloque de constitucionalidad”. Concretamente señalaron:

- I. La interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“CADH”) en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en los casos *Artavia Murillo vs. Costa Rica* y *Rosendo Cantú y otra vs. México*, especialmente del artículo 4 numeral 1 de la Convención.
- II. La recomendación general No. 35 sobre violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general No. 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de 26 de julio de 2017, especialmente el párr. 29.
- III. La última observación de las observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el tercer informe periódico de Ecuador aprobada en su 58 sesión, celebrada el 30 de noviembre de 2012.
- IV. La última observación contenida en las observaciones finales del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, sobre el sexto informe periódico del Ecuador, en su sesión 3294 celebrada el 11 de julio de 2016.
- V. La última observación contenida en las observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Ecuador, aprobado en su 2251 sesión que tuvo lugar el 29 de septiembre de 2017.
- VI. La última observación de las observaciones finales del Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas sobre el séptimo informe periódico del Ecuador en la sesión 1490 celebrada el 28 de noviembre de 2016.

Estos también fueron incluidos por los accionantes de la Sentencia 38-19-AN/23 (2023) de la Corte Constitucional, caso donde se indica que el Estado no seguía lo indicado por las comisiones de las Naciones Unidas a las cuales Ecuador estaba adscrito en temas de aborto legal, sobre esto, la corte desestimó la acción por incumplimiento debido a falta de requisitos,

sin embargo, nos compete analizar estas recomendaciones y normativa internacional. Estas interpretaciones judiciales, recomendaciones y observaciones aplicables a Ecuador son algunas de las más importantes, no solo por su naturaleza sino por su participación dentro de estos casos, de las cuales es pertinente entender aquello que definen.

#### **1.1.4 Naturaleza Jurídica de las Recomendaciones y Decisiones Internacionales**

Las recomendaciones internacionales son, en esencia, una guía que los Estados reciben desde distintos espacios de cooperación y vigilancia internacional<sup>6</sup>. En este marco, es importante distinguir entre las recomendaciones que provienen de organismos técnicos o especializados, como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que basa su trabajo en evidencia científica y tienen un carácter consultivo, con aquellas que surgen de comités o instancias creadas por tratados internacionales o regionales, como el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación a la Mujer (CEDAW), el Comité de Derechos Humanos (CCPR) o la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

Estas últimas tienen un peso distinto, pues nacen de aquellos tratados que los Estados han decidido ratificar libremente y de los cuales derivan compromisos concretos. En otras palabras, no son simples sugerencias, sino interpretaciones del alcance de las obligaciones internacionales que cada Estado ha aceptado cumplir. En ese sentido, las observaciones generales sirven para explicar o precisar el significado de los derechos contenidos en los tratados, mientras que las observaciones finales expresan las recomendaciones que los comités formulan después de revisar los informes periódicos que los países presentan sobre sus avances, si es que el tratado así lo precisa. En conjunto, ambos tipos de instrumentos reflejan la interacción constante entre los Estados y el sistema internacional de derechos humanos, un diálogo que buscaría no solo corregir, sino también orientar políticas públicas más justas y humanas.

Y con un compromiso aún mayor se encuentran las sentencias dictadas por las cortes internacionales o regionales de derechos humanos, las cuales poseen carácter vinculante para los Estados que han reconocido su jurisdicción o ratificado los tratados que las establecen.

---

<sup>6</sup> Las recomendaciones internacionales son no exigibles de forma vinculante hacia los Estados, pero mantienen un gran peso interpretativo y de seguimiento, al fin que podrían ser utilizadas para evaluar cumplimientos de estándares internacionales.

En otras palabras, cuando un Estado decide formar parte de un tratado que contempla una corte, acepta también que sus decisiones serán obligatorias en los casos en los que sea parte. Así, por ejemplo, las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son de cumplimiento obligatorio para los Estados miembros de la Convención Americana sobre Derechos Humanos que han aceptado su competencia contenciosa, como es el caso de Ecuador.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso Rosendo Cantú y otra contra México (2010), destacó el deber que tienen los Estados de garantizar que las víctimas puedan acceder a la justicia de manera efectiva y ser indemnizadas en su totalidad. La Corte además extendió la comprensión de la violencia de género como una violación directa a los derechos humanos. El fallo subraya que los Estados tienen el deber de evitar y sancionar toda forma de violencia sexual, asegurando que las víctimas tengan acceso a servicios adecuados de salud reproductiva. En este contexto, esta decisión es sumamente importante para el debate acerca del aborto, pues podría inferir una obligación del Estado de asegurar que las víctimas de violación tengan acceso a un aborto seguro, como una manera de respetar su dignidad, autonomía y derechos reproductivos.

El Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2017) en su Recomendación General N.º 35 (2017), actualizó la Recomendación N.º 19 al reconocer que la negación del acceso al aborto seguro puede constituir una forma de violencia de género y un trato cruel, inhumano o degradante. En su párrafo 29, el Comité exhorta a los Estados a revisar los marcos legales restrictivos y a garantizar una atención médica integral en materia de salud sexual y reproductiva. Lo cual, aunque no de forma vinculante, se relaciona fuertemente a la situación normativa del Ecuador en temas abortivos.

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas dentro del año 2012, al hacer observaciones y sugerencias para Ecuador, expresó una gran inquietud por la continua criminalización del aborto en el Estado y propuso que se revisara la legislación penal para garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva sin discriminación, poniendo un foco especial en las mujeres rurales y de escasos recursos, además de los resultados judiciales limitados en situaciones de violencia sexual contra adolescentes y niñas. Ecuador todavía no ha implementado todas las reformas normativas que este Comité había propuesto, por ejemplo, la interrupción del embarazo debido a malformaciones congénitas.

El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en sus observaciones de 2016, expresó preocupación por las altas tasas de aborto inseguro en el país, señalando que las leyes excesivamente restrictivas en materia de interrupción del embarazo resultan incompatibles con las obligaciones establecidas en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, particularmente en relación con los derechos a la vida, a la salud y a la no discriminación.

El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2017) recomendó al Estado ecuatoriano garantizar que niñas y adolescentes tengan acceso efectivo a servicios de aborto seguro en casos de violación, incesto o riesgo para su salud, destacando que la negación de estos servicios vulnera los derechos del menor a la salud, a la vida digna y al desarrollo integral. Esto puede ser parte de otra discusión (que no analizaremos) puesto que, como se indicó anteriormente, la Corte Constitucional no dictamina como causal permitida de aborto en Ecuador el embarazo producto de incesto, sin embargo, si ocurre por medio de una violación sí.

Adicionalmente, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2022), a modo de recomendación, sostiene que las mujeres deben tener acceso a anticoncepción moderna, aborto seguro y asistencia de fertilidad, garantizando así su derecho a decidir sobre la reproducción y cumplir su potencial a lo largo de la vida.

## **1.2 Estado del Arte**

### **1.2.1 Estudios Internacionales en Derechos Humanos sobre la Penalización del Aborto**

#### **1.2.1.1 Literatura doctrinaria**

Los derechos humanos, reconocidos internacionalmente, tienen los principios para establecer una reforma legal clara para la implementación de abortos médicos autogestionados<sup>7</sup>, que incluye remover todas las barreras legales del aborto, acceso a medicinas esenciales para el mismo y accesos a información transparente; según afirman Berro Pizzarossa & Skuster (2021). Los autores destacan que las observaciones generales de los órganos de tratados de las Naciones Unidas han reconocido los servicios de aborto como

---

<sup>7</sup> Aquellos abortos realizados con medicinas (usualmente pastillas) obtenidas en farmacias, consultorios o centros de salud sin necesidad de prescripción médica, que pueden ser suministradas en las primeras semanas de gestación. Categorizados según la Organización Mundial de la Salud (2024) como una forma efectiva y segura de realizar un aborto, incluso dentro del propio hogar de la persona gestante sin necesidad de un acompañante médico.

parte íntegra del derecho a la salud, al tiempo que han señalado la obligación de los Estados de revisar o eliminar marcos normativos que criminalicen u obstaculicen el acceso efectivo a dichos servicios. Estas interpretaciones han contribuido a consolidar al aborto como un asunto relevante para la protección y garantía de los derechos humanos en el ámbito internacional.

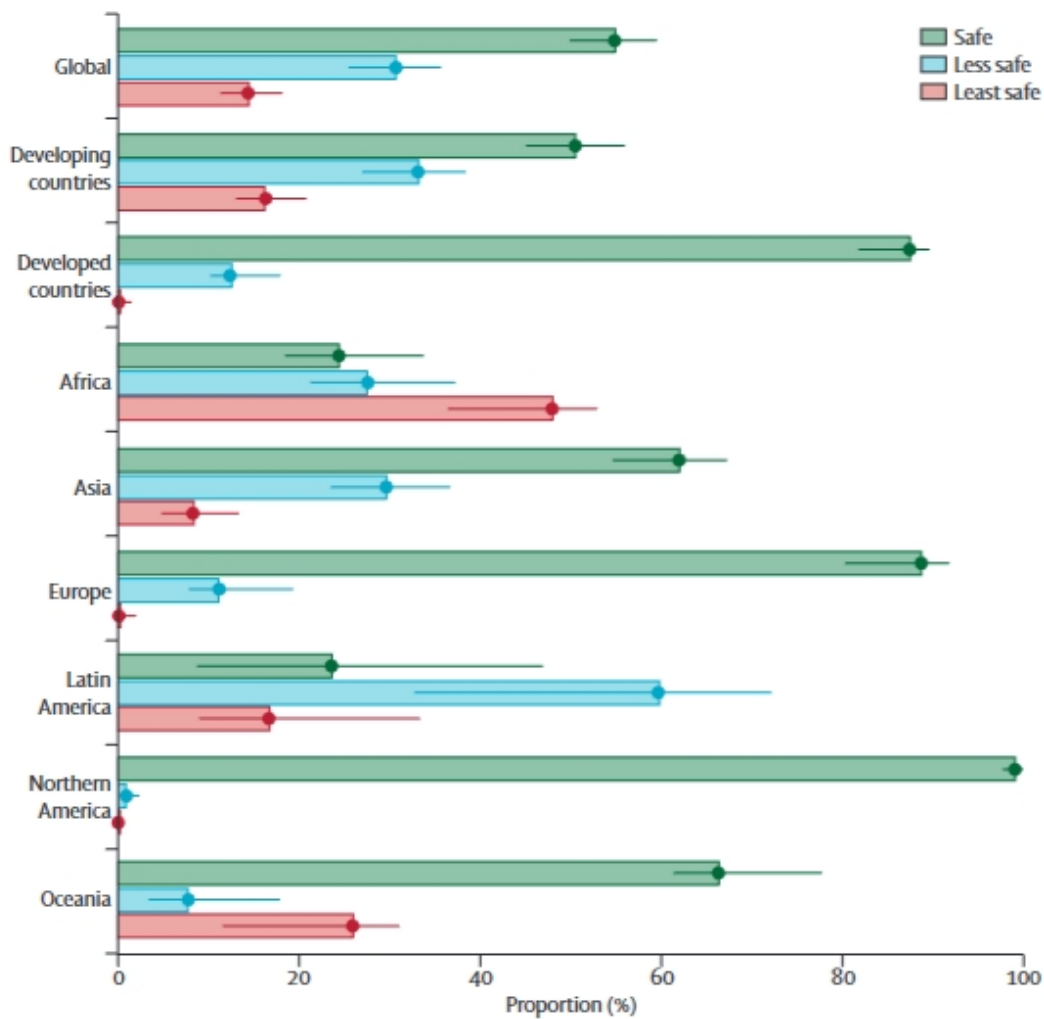
No obstante, Yamin & Bergallo (2017) en su artículo el cual investiga los desafíos y posibilidades de usar a los derechos humanos como promotores del acceso a abortos seguros afirma que, tanto a nivel internacional como nacional, cada vez existe menos espacio de diálogo para discutir temas referentes a salud reproductiva y sexual como lo es el aborto en ámbitos legislativos y judiciales (p. 1).

### **1.2.1.2 Estudios sobre Estándares Internacionales**

Ganatra et al. (2017) genera un nuevo modelo de trabajo para la investigación y clasificación de abortos a nivel internacional utilizando un modelo Bayesiano, intentando renovar así el modelo de tres niveles que se usaba desde 1990 recomendado por la OMS (p. 2373), desde esta introducción de modelo bayesiano se han generado varios artículos de investigación cuantitativa con una metodología similar. Dentro de la misma metodología se contrasta la información emitida de cada Estado, de estudios anteriores y los reportes de organizaciones no gubernamentales para concretar la información de 182 países. El estudio clasifica los abortos según los términos: “safe [seguro]”, “less safe [menos seguro]”, “least safe [los más inseguros]”. Se concluye que la region africana presenta el mayor número de abortos “least safe [los más inseguros]” y la región latinoamericana presenta el mayor número de abortos inseguros bajo la categoría “less safe [menos seguro]” (véase figura 2); siendo estas mismas, conjunto con Oceanía, las regiones que deben atender de mayor manera la problemática de abortos en situaciones de riesgo.

**Figura 2**

*Distribución Mundial y Regional de las Categorías del Aborto Seguro*



*Nota.* Las barras y los puntos muestran las estimaciones puntuales de la proporción de abortos en cada categoría y las líneas horizontales representan los intervalos de incertidumbre del 90%. Basado en Ganatra et al. (2017).

Sancinetti (2018) dentro de su texto *¿Aniquilamiento de la vida humana del no-nacido por parte del Estado? Reflexiones sobre el derecho a la vida humana intrauterina y al nacimiento* realiza un análisis a las decisiones tomadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos del caso *Artavia Murillo y Otros (“Fecundación in Vitro”) vs Costa Rica* acerca de considerar la concepción desde la implantación del embrión, el autor expresa que reconoce que la Convención reconoce el derecho de vida “para toda persona” y que este, por lo tanto, a partir de la implantación es persona (p. 5).

J. M. Bearak et al. (2022) realizan una estimación de incidencia del aborto y de embarazo no deseado en 150 países en una comparativa desde el año 2015 a 2019 utilizando un modelo Bayesiano. El artículo indica la importancia de contextualizar los estimados de embarazo no deseado dentro de cualquier investigación internacional relacionada a la

incidencia del aborto (p. 2). Por esto mismo cada Estado debe proveer estadísticas confiables acerca de nacimientos y embarazos no deseados dentro de su territorio. El artículo concluye que las tasas de incidencia de aborto varían enormemente entre países y que puede existir una desigualdad entre Estados para combatir individualmente el problema de la incidencia de abortos frente a casos altos de embarazos no deseados.

## **1.2.2 Impactos Socioeconómicos de la Penalización del Aborto**

### **1.2.2.1 Impacto Socioeconómico de la Penalización para las Familias**

Diversos estudios muestran en la región los altos costos sociales y humanos derivados de la falta de acceso a servicios de aborto seguro. Cordero Oropeza et al. (2022) en su análisis sobre la mortalidad materna por aborto en México, muestra que las restricciones legales y la ausencia de atención médica oportuna incrementan de manera significativa la mortalidad y morbilidad materna, afectando principalmente a mujeres jóvenes y de bajos recursos. En este sentido, el estudio de Cordero coincide con investigaciones que asocian la penalización del aborto con mayores índices de mortalidad materna como el artículo de Say et al. (2014) donde se realiza una revisión sistemática de mortalidad materna alrededor del mundo para la Organización Mundial de la Salud, donde se concluye que 4.7 % a 13% de las muertes maternas son por causa de aborto y que las regiones con mayor tasa de abortos inseguros, como la región latinoamericana (incluso mayor si la juntamos con el Caribe) presentan esta tasa en su rango más elevado.

González Quitián et al. (2021) indica que en países que presentan un aborto totalmente despenalizado existen cifras más bajas de embarazo no intencionado, mientras que, en países de pequeños y medianos recursos, donde por lo general, hay restricción parcial o total del aborto, la proporción de embarazo no deseado y finalización de este por medio de aborto clandestino es mayor. Esto se debe porque los Estados que tienen una legislación con el aborto como derecho fundamental<sup>8</sup> lo involucran como complemento a una educación sexual

---

<sup>8</sup> El aborto como un derecho no es lo mismo a que no exista penalización del aborto, ya que al definirlo como derecho este debe ser garantizado y protegido por el Estado, esto incluso se puede observar en el oficio No. T. 180-SGJ-22-0050 enviado por el expresidente de la República del Ecuador, Guillermo Lasso, en 2022 a la, en ese entonces, presidenta de la Asamblea General Guadalupe Llori Abarca en la objeción parcial hecha a la LORIVE, sobre la sentencia de la Corte Constitucional que extendió la impunidad de la causal de aborto consensuado por violación para todas las mujeres, indicando que la Corte Constitucional infiere en que no se reconoce un nuevo derecho fundamental dentro de la normativa ecuatoriana sobre la interrupción del embarazo, sino que extendió la excepción eximente de responsabilidad penal, por lo tanto, no se reconoce como derecho.

integral (ESI) de calidad que brinde autonomía y conocimientos a los jóvenes sobre sus cuerpos, reduciendo el número de embarazos no deseados y utilizando la IVE como última instancia. Esto demuestra la necesidad de ver a los inconvenientes sociales y económicos como parte de un problema estructural de falta de educación sexual integral, falta de medicamentos y métodos anticonceptivos otorgados por el Estado en zonas precarizadas.

Un problema latente dentro de los Estados que presentan una penalización del derecho es la objeción de conciencia por parte del personal médico debido al miedo de enfrentar cargos legales al proveer un aborto, incluso cuando este puede ser legal dentro de ese contexto. Küng et al. (2021) revisa casos de objeción de conciencia en México y Bolivia y encuentra el problema del desconocimiento normativo dentro del personal médico, tanto por la falta de capacitación sobre cuándo y cómo se deben realizar estos procesos, así como por normas o políticas públicas no muy claras en temas procedurales para una terminación de una gestación. Ahora bien, esta población puede no comprender claramente las causales no punibles del Estado donde ejerce su profesión —los Estados Unidos Mexicanos presentan una diferente normativa sobre el aborto según cada Estado federal— pero eso no exime a la responsabilidad de remitir hacia otro personal autorizado.

Si bien la objeción de conciencia es un derecho dentro de la mayoría de los Estados —la República del Ecuador acepta como un derecho la objeción de conciencia de los trabajadores en el área de la salud, sin embargo, ellos tendrán la responsabilidad de delegar o enviar a otra persona capacitada en el proceso médico respectivo<sup>9</sup>—, el proceso puede demorar la obtención de un aborto seguro y legal, incluidos los casos donde no se remiten hacia otro personal. Dentro del artículo de Küng et al. (2021) se examinan a su vez las experiencias y perspectivas de las mujeres que intentan acceder a servicios de aborto legal y se enfrentan a la negación basada en la objeción de conciencia. Este problema, que ocasiona miedo de enfrentar cargos al personal médico y que demora un aborto seguro para las mujeres puede verse considerablemente reducido al presentar una normativa estatal que legalice las intervenciones voluntarias del embarazo (IVE) en todas sus causales, al ya no existir un gran margen de casos de aborto punible —dentro de cada Estado se encuentra siempre una fecha máxima de edad gestacional para efectuar un embarazo, exceptuando en

---

<sup>9</sup> Cabe mencionar que puede existir un proceso en el que un personal médico objete, y que la persona a la que delegue también se niegue.

la mayoría de casos al aborto por riesgo hacia la madre—. Sin embargo, la mejor forma de combatir esto es complementando con una ESI enfocada exclusivamente a la capacitación de estos trabajadores y de proveerles de los recursos necesarios para proporcionar un aborto legal y seguro.

El artículo de Coast et al. (2021) sostiene que las limitaciones económicas en las familias en búsqueda de una interrupción del aborto, bajo causales legales o no, pueden retrasar la búsqueda de atención y afectar la calidad del servicio al que se accede, influyendo incluso en la edad gestacional en la que se logra realizar un aborto. Además, los autores advierten que buena parte de las investigaciones se enfoca en calcular cuánto pueden desembolsar las personas que piden un aborto, pero no tienen tanta atención los costos indirectos significativos, como el gasto en transporte, la pérdida de ingresos debida a ausencias laborales, el cuidado de otras personas o los pagos no oficiales. En resumen, estos componentes demuestran que el aborto no es únicamente una cuestión de salud o jurídica, sino que también abarca obstáculos materiales y costos económicos que pueden afectar la posibilidad de acceder a servicios de salud en forma efectiva y a tiempo. Esto ayuda a entender por qué este asunto generalmente se trata como un tema de salud pública.

#### **1.2.2.2 Impacto Económico para el Estado**

Rodgers et al. (2021) investiga cómo el costo de atención postaborto es elevado —el cual es encarecido, usualmente, por complicaciones fruto de abortos clandestinos riesgosos— y puede extraer gran parte del presupuesto en salud pública de un Estado. Aún con eso, la cobertura por aborto por parte del Estado suele ser escasa, donde la mujer tiene que pagar en gran medida el tratamiento por aborto. Al embarazo ser un proceso que no puede ser pausado, los costos suben a medida que aumentan las semanas de gestación, por lo tanto, las regulaciones restrictivas del aborto y los retrasos procedurales en atención son el mayor multiplicador de costos al Estado —cuando este debe cubrir los gastos por complicaciones de abortos mal realizados clandestinamente— y al individuo —al realizar un proceso más complejo para la eliminación del embarazo—.

Se puede observar, como dentro de artículos como el de Vlassoff et al. (2009), se entiende que, en la región latinoamericana, tiene un costo promedio de \$96 USD para la salud pública de todos los cuidados posaborto clandestinos. Lo mismo se observa en el estudio de Monteverde & Tarragona (2019) llamado *Abortos seguros e inseguros: Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018* donde se

identifica que existía un mayor nivel de costos públicos en salud al remediar daños por abortos clandestinos al que se da por proveer abortos legales en su primer trimestre. Esto puede demostrar que no solamente existen costos socioeconómicos para los ciudadanos, sino que también los costos económicos estatales serían mayores bajo una penalización del aborto.

### **1.2.3 Estudios y Experiencias Regionales sobre Despenalización del Aborto**

#### **1.2.3.1 Argentina**

En Argentina, la literatura señala que hubo una reforma normativa gradual que terminó con la implementación de la Ley 27.610, que permitió a la denominada persona gestante a interrumpir el embarazo hasta la semana 14 bajo su solicitud y mantener un régimen de causales después de ese periodo en 2021 (Berro Pizzarossa & Skuster, 2021). Una cuestión importante subrayada por estos autores es que la reforma no solo amplió las condiciones de acceso, en cambio, también modificó el marco penal estableciendo explícitamente la no punibilidad durante el período determinado, a su vez, implementando vías alternativas de acceso a estos procesos frente a entidades médicas que, aunque ahora legal, seguían no permitiendo realizar abortos. Por otro lado, se puede notar que la puesta en marcha efectiva de reformas de este tipo no solo depende del contenido legal, sino también de elementos institucionales como protocolos claros, formación del personal sanitario y acceso real a servicios públicos. Esto se debe a que las barreras administrativas o la falta de conocimiento normativo pueden generar inequidades territoriales y socioeconómicas al momento de acceder, sobre todo para individuos que viven en contextos con mayor vulnerabilidad.

Dentro del último reporte anual de 2024 sobre los datos del aborto en Argentina de los autores Ramón Michel et al. (2025) se destaca la postura del presidente Javier Milei en contra de la interrupción voluntaria del aborto indicando la fragilidad con la que se mantiene la legislación del aborto inducido en este país actualmente mientras que indica como se ha visto afligida la misma mediante la suspensión de compra de medicamentos para el aborto por parte del Ministerio de Salud de Argentina (p. 5). Incluido recortes presupuestarios y cierres de programas enfocados (p. 6). El reporte indica que, a pesar de la suspensión por parte del gobierno de la compra de medicamentos para el aborto, casi todos los gobiernos provinciales informan la compra de estos mismos medicamentos para continuar con los servicios entregados acordes a los protocolos y guías médicos de este Estado (p. 9). Esto demuestra una clara disonancia entre los esfuerzos del gobierno Estatal de frenar la promoción de

abortos inducidos y la de los gobiernos provinciales para continuar con los marcos de salud establecidos.

### **1.2.3.2 Uruguay**

En la literatura regional, Uruguay suele aparecer como uno de los casos más citados por haber establecido un marco relativamente amplio para la interrupción voluntaria del embarazo. En términos generales, la Ley 18.987 elimina la sanción penal del aborto cuando se realiza dentro de las primeras 12 semanas de gestación y amplía el plazo a 14 semanas en casos de violación permitiendo la terminación en cualquier momento si existe riesgo para la salud de la persona gestante (Berro Pizarossa & Skuster, 2021; Ituarte & López-Gómez, 2021) Sin embargo, varios estudios destacan que el acceso en Uruguay no se define únicamente por los plazos legales, sino también por el procedimiento exigido en la normativa que establece una ruta obligatoria de consultas médicas, intervención de un equipo interdisciplinario y un período de espera antes de la realización del procedimiento abortivo, manteniéndose el Código Penal como marco aplicable para los casos que no cumplen con estos requisitos (Pizarossa & Skuster, 2021). En conjunto, la experiencia uruguaya permite observar cómo una despenalización acompañada de protocolos sanitarios puede reducir riesgos, pero también como los requisitos procedimentales y las reglas de acceso a insumos médicos influyen en la efectividad real del marco legal.

### **1.2.3.3 Colombia**

En Colombia, la Corte Constitucional, mediante la sentencia C-055/22, estableció que la interrupción voluntaria del embarazo no debe ser sancionada penalmente hasta la semana vigésimo cuarta (24) de gestación, como resultado de una acción impulsada por el movimiento Causa Justa. Con anterioridad a esta decisión, la práctica del aborto fuera de las causales admitidas se encontraba tipificada penalmente y podía dar lugar a sanciones privativas de libertad, conforme al régimen penal vigente en ese momento.

De acuerdo con Niño et al. (2022), la sentencia C-055/22, en un informe creado por la organización Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Fundación Oriéntame, se determinó que el aborto criminalizado funcionaba como un obstáculo para acceder a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y que su repercusión afectaba desmedidamente a mujeres en situaciones vulnerables, aunque esto no significara necesariamente una disminución de su práctica. El informe, además, registra la implementación temprana. Esto se debe a que en los primeros 100 días después de la decisión se constató que 76 mujeres

contaron con asistencia legal para acceder a una IVE y se observó un aumento en el requerimiento de asesoramiento y la persistencia de barreras institucionales, tales como desconocimiento del marco jurídico por parte del personal médico, exigencias no previstas, demoras en la atención y situaciones de discriminación. Estos resultados posibilitan reconocer que, además de las modificaciones normativas, la bibliografía subraya la importancia de protocolos institucionales, información apropiada y la capacidad de reacción del sistema sanitario para concretar el acceso real a servicios de IVE.

#### **1.2.4 Análisis Académico sobre Aborto Inducido en el Contexto Ecuatoriano**

Aún con la escasa literatura que revise datos cualitativos y cuantitativos sobre el aborto en Ecuador, se puede resaltar, como se indica a continuación, que las poblaciones más afectadas por un aborto penalizado son las niñas y adolescentes, las mujeres indígenas o con una identidad de una cultura ecuatoriana originaria y las mujeres de escasos recursos económicos; aun cuando se sabe que estos tres pueden converger en la interseccionalidad que presentan varias niñas y adolescentes en el Ecuador. Por lo tanto, se debe plantear la cuestión si la prevalencia del derecho del embrión desde su concepción se encuentra en una línea que se equilibre y no perjudique los derechos fundamentales de estas mujeres, adolescentes y niñas (como indica la Corte Interamericana de Derechos Humanos que debe realizarse).

Human Rights Watch (2021) en su reporte "*¿Por qué me quieren volver hacer sufrir?*" *El Impacto de la Criminalización del Aborto en Ecuador* nos entrega un panorama completo de datos cuantitativos, casos y experiencias sobre el aborto en el Ecuador. Donde llega a la conclusión de que el impacto más fuerte de la criminalización del aborto fruto del miedo de una persecución penal la enfrenta en mayor magnitud las mujeres y niñas que viven en situación de pobreza dentro del Ecuador (p. 44). Estas mujeres son el sector que usualmente acaban con cargos penales por aborto debido a muchos factores, entre ellos uno de los principales es por la falta de recursos económicos para sobrellevar un juicio fruto de la denuncia que usualmente surgen por denuncias del propio personal médico que pueda atender estos abortos aun cuando esta conducta no respete el secreto profesional ni la privacidad en la atención médica.

Basándonos en el estudio que desarrolla García et al. (2022) entre 2013 y 2016, en Ecuador, cerca de 256,561 nacimientos fueron de madres adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años. Esto representa una tasa de 43.4 nacimientos por cada mil adolescentes. Si se excluye a las más jóvenes, la tasa es de 86.6 nacimientos por

cada mil adolescentes de entre 15 y 19 años. Por su parte, datos más recientes reportados por la Organización Panamericana de la Salud (2025) sugieren una disminución de este indicador hacia 2023; sin embargo, atribuir dicha variación a un único factor —como cambios normativos— requiere cautela, dado que la tendencia puede estar influida por múltiples variables como políticas de educación sexual, acceso a anticoncepción, condiciones socioeconómicas, entre otras. Aun considerando esta posible reducción, el Ecuador continuaría presentando niveles de embarazo adolescente superiores a los promedios reportados para el continente americano y para la región latinoamericana, lo que permite situar el fenómeno como un desafío persistente de salud pública y de derechos sexuales y reproductivos en el país, especialmente al comparar su magnitud con la de otros Estados de la región.

Aunque en Ecuador solo el 7% de la población se identifica como indígena o de una cultura originaria el 21.6% de estos embarazos adolescentes pertenecieron a este sector (García et al., 2022). Esto puede indicar que el foco de atención, tanto para implementación de políticas públicas o para un cambio normativo en temas abortivos, debe ser enfocado en ayudar a estos grupos minoritarios, ya que no solo pertenecen al grupo étnico con ingresos más bajos, sino también al grupo etario que no percibe ingresos, donde un embarazo puede afectar drásticamente su condición de vida que pertenece ya a una interseccionalidad que presenta grandes problemas a la hora de tener una vida digna.

Si bien aún siguen existiendo grandes problemáticas en la sociedad ecuatoriana fruto de la penalización del aborto esto no quiere decir que no exista progresividad alguna en el marco normativo hacia la despenalización. Según Rodríguez Parrales et al. (2021) en su artículo denominado *Hablemos del aborto: un enfoque en su legalización en Ecuador* a pesar de ser un tema de controversia en el Ecuador, el aborto podría llegar a ser libre algún día —pues no se observa una regresión de derechos sino más bien un progreso lento—, sin embargo, cada decisión tomada en el futuro seguirá dividiendo a la población, ya que, según el autor, en el Ecuador sigue existiendo un fuerte apego por parte de las personas a las creencias religiosas conservadoras a pesar de ser un país, por definición, laico. Así, para cualquier cambio normativo dentro del Ecuador en este tema debe seguir una línea de debate y diálogo para una toma de decisiones futuras por parte del legislativo.

## **CAPÍTULO 2**

### **METODOLOGÍA**

#### **2.1 Enfoque y Alcance del Estudio**

La investigación se desarrolló bajo un enfoque híbrido, con un alcance descriptivo y de análisis comparado, a través de una revisión narrativa de literatura y de estudio documental. El trabajo se orienta a examinar la relación entre la normativa ecuatoriana sobre el aborto inducido y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, a la luz de estándares del derecho internacional de los derechos humanos y de experiencias regionales en América Latina. La comparación regional se realiza de forma textual y analítica, enfatizando en la interpretación de documentos jurídicos, informes de organizaciones internacionales y literatura especializada. Además, el alcance se amplía a un nivel estadístico a través del estudio de series temporales en salud pública. Esto posibilita que se analice las consecuencias empíricas de las reformas normativas en los indicadores de salud y vida. Para ello, se toma a Ciudad de México, Uruguay, Argentina y Chile como un escenario de referencia para examinar las tendencias en consecuencias del aborto, cuando es penalizado y despenalizado.

#### **2.2 Unidad de Análisis y Corpus Documental**

Al tratarse de una investigación basada en fuentes documentales, no se contempla recolección de datos primarios incluido entrevistas o encuestas realizadas. Las unidades de análisis corresponden a un corpus documental compuesto por:

- I. Fuentes Normativas Ecuatorianas: Incluyendo fuentes nacionales de jurisprudencia y legislación relevante al tema como la Constitución del Ecuador, el Código Orgánico Integral Penal en temas relativos al aborto, las sentencias de la Corte Constitucional 34-19.IN/21 y 38-19-AN/23, entre otras.
- II. Fuentes Internacionales y Regionales de Derechos Humanos: Tales como tratados a los que se ha adscrito el Ecuador — como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación a la Mujer (CEDAW, Convención de Belém do Pará, Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, entre otros— instrumentos regionales y pronunciamientos interpretativos pertinentes para Ecuador.
- III. Estándares e Informes Internacionales emitidos por organizaciones internacionales con incidencia en salud, derechos sexuales y derechos humanos —Organización

Mundial de la Salud (OMS), Amnistía Internacional, Asociación Americana de Médicos, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, órganos del sistema de Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud (PAO), entre otras—, que permitan el vínculo con el debate en las obligaciones estatales referentes a la vida reproductiva de las mujeres.

- IV. Literatura Académica Revisada por Pares y Estudios Comparados: Se analiza documentos académicos, reportes de organizaciones sin fines de lucro, así como artículos científicos que analicen efectos posteriores a reformas normativas en países de la región latinoamericana, se incluye en los estudios los efectos diferenciados por condiciones socioeconómicas de las familias con mujeres embarazadas, así como la persistencia de barreras institucionales.
- V. Se incluyen informes epidemiológicos del Ministerio de Salud argentino y datos oficiales de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS Argentina) del mismo país, datos del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, datos del gobierno de la Ciudad de México y el Departamento de Estadísticas e Información de Salud de Chile (DEIS Chile). El corpus incorporó las series históricas de defunciones y de nacimientos vivos (2014-2024), datos de abortos clasificados etariamente y datos de abortos en Chile por malformaciones fetales.

La búsqueda bibliográfica se realizó principalmente en Dialnet, JSTOR, Scopus y SciELO. Se exploraron documentos en español, inglés, portugués e italiano —con la búsqueda de las palabras claves en inglés: Abortion [Aborto], Induced Abortion [Aborto Inducido], Latin America [América Latina], Reproductive Rights [Derechos Reproductivos], Human Rights [Derechos Humanos]—; sin embargo, el corpus final se concentró en español e inglés, al ser los idiomas en los que se pudo encontrar mayor información relevante y aplicable al caso.

Se priorizaron fuentes publicadas desde 2016, manteniendo documentos anteriores a esta fecha cuando resultaron necesarios por su valor conceptual, teórico —como el caso de Say et al., (2014) quienes realizan una revisión sistemática para la OMS—o por la ausencia de investigación reciente en determinados aspectos.

### **2.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión**

Se incluyeron artículos revisados por pares, documentos oficiales, jurisprudencia, tratados, informes de organismos internacionales y organizaciones nacionales sin fines de lucros, publicaciones institucionales con metodología o sustento verificable.

Se utilizó las palabras claves en inglés: Feminism [Feminismo], Religion [Religión] y Christianity [Cristianismo], a modo de exclusión en motores de búsqueda de artículos científicos para evitar opiniones ideologizadas, se aceptarán estos artículos cuando presenten párrafos con información de calidad y fuentes sólidas que puedan ser neutrales y útiles o cuando se busque demostrar las opiniones de estos grupos frente a los cambios normativos en distintos países.

Se excluyeron blogs, notas periodísticas, tesis de pregrado y de grado, así como textos con predominio de opinión sin fuentes o con conflictos de interés evidentes, al igual que documentos sin toda la información sobre la autoría y fecha de publicación. Se exceptuaron documentos sin fecha únicamente cuando provinieran de organizaciones internacionales de reconocida relevancia —como el caso de Amnistía Internacional quien no añade la fecha de publicación en algunos de sus reportes— y sirvan de gran manera para el análisis del caso.

### **2.3 Instrumentos y Técnicas de Análisis**

La técnica utilizada fue el análisis de contenido aplicado a corpus documental, orientado a identificar patrones, categorías recurrentes y estándares normativos relevantes sobre: penalización del aborto, obligaciones estatales en derechos humanos, barreras de acceso, y afectaciones diferencias en mujeres en contextos de vulnerabilidad.

#### **2.3.1 Análisis de Recomendaciones Internacionales en Temas de Aborto**

Como instrumentos principales para la organización de los hallazgos, se diseñaron dos tablas de análisis técnico (Tabla 2 y Tabla 3) destinadas a sistematizar, de forma explícita y detallada, el posicionamiento del Sistema de Naciones Unidas frente al caso ecuatoriano.

A diferencia de un resumen interpretativo convencional, estas tablas funcionan como un repositorio de evidencia textual directa. En ellas se incluyen extractos literales de los documentos oficiales, asegurando que la terminología y el alcance de cada estándar internacional se mantengan íntegros. Para garantizar la trazabilidad de la investigación, cada entrada cuenta con su respectiva cita bibliográfica y, de forma obligatoria, el número de párrafo específico de donde se extrajo la información, permitiendo al lector la verificación inmediata en las fuentes primarias de la ONU.

#### **2.3.2 Procedimiento de Análisis Epidemiológico y Diferenciación de Causas**

Se utilizó el método de análisis de razón específica por causa para procesar los datos estadísticos regionales. Para garantizar la precisión científica, se distinguen la Razón de Mortalidad Materna (RMM) general de la Razón de Mortalidad Materna por aborto

(RMMA), concentrándose únicamente en las muertes asociadas a los códigos CIE-10 entre O00 y O08.

Además, el estudio descompone el efecto de la legalización observando códigos importantes para la clandestinidad: el O06 (Aborto no especificado) y el O07 (Intento fallido de aborto). Esta técnica posibilita determinar si el cambio en las muertes se debe a una mejora auténtica de la seguridad del procedimiento o a un cambio administrativo, lo que otorga más validez a los resultados obtenidos.

### **2.3.3 Codificación y Gestión Bibliográfica**

La gestión bibliográfica y la codificación preliminar de textos se realizó con Mendeley Reference Manager, utilizado para el almacenamiento de fuentes, así como para la organización de citas.

En el análisis, el concepto de vulnerabilidad se abordará desde un enfoque interseccional aplicado al contexto nacional, considerando que el impacto de la penalización del aborto puede variar entre las mujeres cuando convergen factores como pobreza, ruralidad, edad, pertenencia a grupos históricamente marginados, dependencia económica o exposición a violencia, entre otros.

Para organizar y sistematizar la información se empleó una matriz de análisis documental (véase Anexo 1) que permite registrar de manera uniforme los elementos clave de cada fuente: tipo de documento, derechos implicados, referencias, nivel demográfico de estudio y hallazgos relevantes.

## **2.4 Procedimiento**

### **2.4.1 Sistematización Normativa y de Estándares Internacionales**

Se describió cual es el estándar internacional para los términos utilizados dentro del campo de estudio del aborto. Se diferenció las causales del aborto inducido, así como se revisa la normativa penal ecuatoriana para definir cuales procesos abortivos son punibles. Se revisó la normativa constitucional ecuatoriana sobre la libertad decisoria en materia reproductiva y se hizo énfasis en la posible injerencia de autonomía reproductiva para la mujer dentro de la normativa.

Se identificaron y describieron los estándares regionales e internacionales, distinguiendo entre instrumentos vinculantes —tratados ratificados y sus jurisprudencias aplicadas al Ecuador— y pronunciamientos interpretativos o técnicos —observaciones

generales, posturas de organizaciones internacionales, informes de organismos especializados—. Se priorizó el examen de instrumentos citados o vinculados a los previamente citados por las accionantes de ambos casos de la Corte Constitucional 34-19.IN/21 y 38-19-AN/23.

#### **2.4.2 Identificación de Consecuencias Socioeconómicas y Afectación diferenciada**

Se revisó literatura académica e informes técnicos que documentan consecuencias sociales y económicas asociadas a la penalización o restricción del aborto, con énfasis en las barreras de acceso, riesgos para la salud, estigmatización y efectos sobre mujeres en condiciones de vulnerabilidad. Los hallazgos se categorizaron mediante análisis de contenido, agrupando información evidenciada por tipo de consecuencia y por población afectada, haciendo énfasis en las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica

#### **2.4.3 Comparación Regional y Construcción de Escenarios Analíticos para Ecuador**

Se llevó a cabo una evaluación comparativa de la experiencia argentina utilizando el método de períodos agrupados, que se estructuró de la siguiente manera:

- Delimitación de la Línea de Base (Período A: 2013-2020): Se consolidó el número bruto de muertes por aborto y nacidos vivos durante el régimen penal (con causales restrictivas) para calcular un promedio del riesgo antes de la sanción.
- Evaluación del impacto inmediato (Periodo B: 2021-2024): Se agruparon los datos después de implementar la Ley 27.610 con el fin de analizar cómo se comportaba el indicador en un contexto legal.
- Cálculo del cambio inter-periódico: La fórmula estándar sugerida por la OMS se utilizó para los dos bloques.

$$RMMA = \left( \frac{\sum \text{Muertes por aborto del periodo}}{\sum \text{Nacidos vivos del periodo}} \right) * 100,000$$

- Inferencia de escenarios para el Ecuador: Se elaboraron escenarios analíticos para analizar cómo una reforma normativa parecida en Ecuador podría influir en la disminución de las muertes maternas y en la eliminación de los obstáculos sanitarios para las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, basándose en la correlación observada con la distribución de tecnologías médicas (Misoprostol/Mifepristona) y el cambio porcentual obtenido.

## CAPÍTULO 3

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 3.1 Algunas Consecuencias Socioeconómicas de la Penalización del Aborto en el Ecuador

La literatura investigada permite identificar un patrón de estudio de diversas consecuencias socioeconómicas asociadas a la penalización del aborto inducido en el contexto ecuatoriano. De las cuales, destaca la tasa alta de madres adolescentes, los riesgos asociados a la realización de abortos clandestinos y las pérdidas económicas directas e indirectas por parte del Estado por la penalización del aborto inducido.

##### 3.1.1 La Maternidad Adolescente en Ecuador como Indicador Demográfico

La prevalencia de la maternidad en adolescentes y niñas es el primer indicador fundamental al examinar la realidad reproductiva del país. Para tratar este fenómeno, es imprescindible comparar los datos del Registro Estadístico de Nacidos Vivos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC) con las proyecciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). A pesar de que las dos fuentes tienen diferencias metodológicas debido a sus distintos protocolos de estimación y recolección de datos, el análisis combinado de ambas ha posibilitado ver la tendencia interna, así como la situación de Ecuador en comparación con el resto de la región.

#### **Tabla 1**

*Tabla de Nacidos Vivos en Ecuador por Madres Adolescentes (2013-2023)*

Año	Nacidos vivos por madres adolescentes 10 -14 años	Tasa de nacidos vivos por 1,000 mujeres 11 -14 años	Nacidos vivos por madres adolescentes 15 -19 años	Tasa de nacidos vivos por 1000 mujeres 16 -19 años
2013	1,967	3	53,754	71
2014	2,159	3	53,969	71
2015	2,436	3	57,749	76
2016	2,191	3	53,170	70
2017	2,298	3	54,715	71
2018	2,099	3	54,168	70
2019	1,819	2	49,992	65
2020	1,653	2	43,619	56
2021	1,863	2	39,716	52
2022	1,937	2	38,276	50
2023	1,680	2	34,812	45

*Nota.* Datos extraídos de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en la sección *Nacidos Vivos – Registro Histórico, 1.2.6.*

De acuerdo con los datos proporcionados por el INEC, la cantidad de nacimientos en madres adolescentes de entre 15 y 19 años ha disminuido: en el año 2013 hubo 53.754 y en

el año 2023 se registraron 34.812. Sin embargo, los nacimientos en el grupo de 10 a 14 años han tenido una tasa constante, con un promedio de 2.000 casos cada año durante la última década. Este indicador muestra que, si bien los embarazos durante la adolescencia tardía parecen estar disminuyendo, el embarazo en la infancia y en la adolescencia temprana sigue siendo un reto constante para el sistema de salud y protección social del Estado.

La dimensión de estos indicadores nacionales se torna más clara al contrastarlos con el panorama regional. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2025), Ecuador registra para 2024 una tasa de fecundidad de 54,3 nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años. Esta cifra supera significativamente tanto el promedio del continente americano —35,3— como el de América Latina —48,9—. Esta diferencia estadística sugiere que las variables asociadas al embarazo adolescente tales como las barreras en el acceso a educación sexual integral, la disponibilidad de métodos anticonceptivos y un entorno legal restrictivo en materia de derechos reproductivos presentan una mayor prevalencia o impacto en el contexto ecuatoriano en comparación con otros países en la región.

Estos indicadores demográficos cobran importancia directa en el contexto del debate acerca de la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo. La cantidad de 34.812 nacimientos en la población adolescente durante el año 2023 puede verse afectado por las restricciones que existen en las alternativas reproductivas. En el ámbito socioeconómico, en Ecuador la maternidad precoz está directamente relacionada con el abandono escolar y la disminución de la participación en el mercado laboral formal. Estos elementos ayudan a que se mantengan los ciclos de pobreza intergeneracional. Por lo tanto, la evidencia indica que mantener un marco legal restrictivo no erradica los embarazos no planeados, pero sí acentúa las vulnerabilidades estructurales de la población adolescente limitando las intervenciones preventivas y el cuidado integral desde la salud pública.

Esta tendencia que se ha observado en los datos demográficos del Ecuador coincide con las pruebas empíricas a nivel global sobre la ineficacia de los modelos normativos punitivos. Como enfatiza la bibliografía especializada, la penalización del aborto no está relacionada con una reducción importante en el índice de interrupciones del embarazo; al contrario, este procedimiento se traslada de manera sistemática a situaciones con menos seguridad sanitaria y más riesgo clínico (J. M. Bearak et al., 2022; Guttmacher Institute, 2022). En esta línea, investigaciones esenciales confirman que la limitación legal no elimina el fenómeno, sino que lo lleva a la clandestinidad (Faúndes & Hardy, 1997). Para Ecuador,

esto significa que mantener la penalización no impide la terminación del embarazo, sino que provoca que estas sucedan fuera del sistema de salud, lo cual intensifica las repercusiones para las poblaciones con menos acceso a recursos seguros.

### 3.1.2 Deserción Escolar y el Costo Económico para el Estado

Dado la gran tasa de madres adolescentes en el Ecuador también se intensifica la deserción escolar en estas mismas mujeres, ya sea por la búsqueda de trabajo para sustento económico o para crianza del recién nacido, entre otros posibles casos. El Estudio de Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva del Ecuador por Ministerio de Salud Pública del Ecuador et al. (2017) nos refiere que existen 6,487 casos de deserción escolar en Ecuador por embarazo adolescente en 2014. Estos casos resultan preocupantes para el Estado puesto que la persona que deserta de un centro educativo no cumple criterios para trabajos adecuadamente remunerados lo que le imposibilita al ascenso laboral, resultando en trabajos precarizados o con explotación laboral. Por otra parte el Estado, de forma indirecta, se ve perjudicado con menos tributos —refiriéndonos a un tema meramente económico del Estado sin abordar el deber social— teniendo un costo para el Estado de 316.7 millones de dólares (ver Tabla 2) (Ministerio de Salud Pública et al., 2017, p. 8). Esta disminución de ingresos potenciales representa un efecto negativo directo que repercute en la autonomía o mejora financiera a largo plazo del sistema de salud.

**Tabla 2**

Adolescentes que Abandonan los Estudios, Años de Escolaridad e Ingresos Potenciales Perdidos según Nivel de Escolaridad al Abandonar.

Nivel	Casos	Años de escolaridad perdidos	Ingresos perdidos (en millones de dólares) <sup>a</sup>
Educación Básica	3,641	25,488	208.98
Media/Bachillerato	2,846	11,384	107.76
<b>Total</b>	<b>6,487</b>	<b>36,871</b>	<b>316.73</b>

Nota. Los datos y valores en dólares corresponden al año 2014. Adaptado de *Estudios Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador* por Ministerio de Salud Pública et al., 2017.

<sup>a</sup>Ingreso marginal perdido por abandonar la escuela tanto en nivel básico, como en el nivel medio. Se calculó haciendo la diferencia entre los ingresos anualizados y extendidos a lo largo de la edad laboral, y la escolaridad de referencia: nivel superior (i.e. se asumió que es el ideal alcanzable en escolaridad).

Los 6487 casos de deserción escolar son contabilizados en adolescentes de 15 a 19 años, de las cuales el Ministerio de Salud Pública del Ecuador et al. indica que el 56% de estas adolescentes cursaban la educación básica (p. 12). De esta forma la falta de iniciativas en educación sexual integral (ESI), así como un régimen punitivo del aborto voluntario genera más costos no solo a las microeconomías internas de cada familia sino también de

una forma macroeconómica para el Estado al compararlo con un régimen enfocado en la salud sexual con medidas despenalizadas del aborto.

Corresponde al Estado examinar de manera integral la legislación ecuatoriana a la luz de los principios que guían el resguardo de la vida, teniendo, por lo tanto, en cuenta, su base filosófica y su implementación práctica en situaciones sociales específicas. En esta dirección, es relevante analizar el modo —es decir, a través de qué mecanismos legales e institucionales se penaliza o se permite el acceso a la salud reproductiva— y a partir de cuándo —refiriéndose a los plazos o semanas de gestación reconocidos normativamente— se establece esa protección en el marco jurídico, además de su relación con problemas sociales que persisten, como la deserción escolar en los jóvenes. También, aunque el factor económico no tiene que ser el centro del debate, su consideración proporciona elementos importantes para una comprensión más completa del fenómeno. En concreto, posibilita evaluar los impactos tanto en la administración de recursos públicos como en el ámbito de las economías familiares, lo que contribuye a un análisis más integral que guía la elaboración de políticas públicas informadas y contextualizadas.

La literatura académica más actual respalda de manera contundente el impacto económico que produce la maternidad temprana, a raíz de un marco legal restrictivo. Las estimaciones a nivel nacional que calculan las pérdidas en 316,7 millones de dólares debido a la deserción escolar coinciden con el análisis macroeconómico realizado por Rodgers et al. (2021), quienes evidencian que los obstáculos legales para interrumpir embarazos no deseados afectan directamente la participación de mujeres en el mercado laboral formal a escala mundial. Esta situación, a nivel microeconómico, fuerza a las gestantes a tener pérdidas de ingresos y gastos inesperados durante toda su vida, lo que perpetúa un ciclo de precarización que incide en particular en las adolescentes de estratos bajos (Coast et al., 2021).

En el contexto de Ecuador, los indicadores evidencian que la penalización del aborto se correlaciona con consecuencias sociales y económicas cuantificables. Si bien el propósito del Código Orgánico Integral Penal (COIP) es la protección de la vida desde la concepción, la evaluación de esta política pública permite observar su incidencia en los índices de desarrollo de las mujeres. Los datos revisados sugieren que la existencia de un marco normativo menos restrictivo podría relacionarse con una disminución en la deserción escolar derivada del embarazo adolescente. A su vez, en términos económicos, interrumpir la educación de estas jóvenes limita que se capaciten de forma técnica y se puedan insertar a

un mercado profesional competente. A nivel macroeconómico, esta reducción en la formación académica y en la participación laboral termina reduciendo la capacidad productiva nacional y los ingresos que el Estado recauda a través de impuestos.

### **3.1.3 Características y Efectos Socioeconómicos en la Judicialización**

Los datos obtenidos mediante solicitudes de acceso a la información pública, recopilados por Wambra Medio Comunitario (2019) describen la distribución de estos procesos a nivel nacional: entre agosto de 2014 y junio de 2019, la Fiscalía General del Estado registró 286 denuncias por el delito de aborto consentido, mientras que el Consejo de la Judicatura procesó 134 causas judiciales por el mismo motivo. Provincias como Pichincha (23 casos), Morona Santiago (13) y Cotopaxi (10) concentraron la mayor cantidad de registros documentados durante ese periodo.

Para contextualizar el alcance de estos procedimientos, el informe de Human Rights Watch (2021) examinó una muestra representativa de 148 casos procesados entre 2009 y 2019. La organización determinó que el 81% de las personas imputadas correspondía a mujeres y niñas que habían acudido al sistema de salud presentando emergencias obstétricas, categoría que agrupa abortos inducidos, abortos espontáneos o intentos de aborto.

Esta información indica que los centros de salud operan frecuentemente como el punto de inicio para la judicialización de estos casos. De acuerdo con Human Rights Watch (2021), una proporción significativa de las investigaciones penales surge a partir de notificaciones emitidas por el propio personal médico. El reporte señala que esta dinámica genera debates sobre la aplicación del secreto profesional en situaciones de emergencia obstétrica. Asimismo, la organización documentó que durante la estancia hospitalaria se han reportado situaciones que podrían infringir los derechos de las pacientes; entre ellas, la realización de interrogatorios policiales en las instalaciones clínicas y la ejecución de exámenes ginecológicos sin el consentimiento informado previo, actuaciones llevadas a cabo mientras las pacientes se encontraban en recuperación física y psicológica tras el evento médico.

El Código Orgánico Integral Penal (COIP) establece sanciones con el fin de proteger la vida intrauterina, reconociendo al feto como un bien tutelado en concordancia con los principios constitucionales de defensa de la vida desde la concepción (Sánchez-Ostiz, 2009). Por otro lado, el Estado establece en el artículo 66, numeral 9, de la Constitución la obligación de promover los medios necesarios para que las decisiones sobre la sexualidad y la vida se den en condiciones seguras; mientras que el numeral 10 reconoce la libertad de

decisión sobre la salud y la vida reproductiva. En el ámbito internacional, la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Artavia Murillo y Otros vs. Costa Rica, 2012) señala que los Estados deben ponderar la protección prenatal con los derechos a la autonomía y la planificación familiar de las personas gestantes. Por lo tanto, esta ponderación y análisis debería ser discutido periódicamente por el poder legislativo del Ecuador, con la perspectiva de preservar de mejor manera el derecho a la vida digna y la salud integral.

Las estadísticas sugieren una variación en la frecuencia de los procesos penales tras las modificaciones legislativas. Con la entrada en vigencia de las reformas al COIP en 2014, el promedio anual de mujeres procesadas registró un incremento, pasando de aproximadamente ocho casos anuales entre 2009 y 2013, a cerca de quince casos al año entre 2015 y 2019, lo que representa un aumento del 87% (Human Rights Watch, 2021). En cuanto a las resoluciones judiciales, el 81% de las mujeres que accedieron a procesos abreviados recibieron penas privativas de libertad, habitualmente en un rango de cuatro a seis meses.

El análisis demográfico de estos casos indica una correlación estadística entre los procesos judiciales y determinadas características socioeconómicas. La información recopilada detalla que la proporción de causas procesadas es mayor en mujeres jóvenes provenientes de sectores en situación de vulnerabilidad económica (García et al., 2022; Human Rights Watch, 2021). Adicionalmente, la Organización Surkuna (2022) reporta que el registro de estos procedimientos se asocia con variables psicosociales que pueden disuadir la búsqueda de atención médica, incluso en los escenarios previstos por la ley como no punibles. Esta variable incide operativamente en los protocolos de atención para usuarias que requieren la interrupción legal del embarazo bajo la causal de violencia sexual.

En la misma línea, la literatura académica describe que la aplicación empírica de la normativa penal sobre el aborto presenta indicadores de estratificación, concentrándose estadísticamente en poblaciones con menores ingresos (Berro Pizarossa & Skuster, 2021; Yamin & Bergallo, 2017). Dada la imposibilidad de asumir los costos de una representación privada, una fracción significativa de las procesadas es patrocinada por la Defensoría Pública. Sobre este punto, el informe de Human Rights Watch (2021), tras analizar 96 sentencias en Ecuador, identificó que en el 58% de las causas (19 de 33) bajo patrocinio público, la estrategia legal adoptada consistió en la sugerencia del procedimiento abreviado y la consecuente aceptación de los cargos. El documento señala que el uso de otro tipo de estrategias de defensa técnica podría haber modificado el resultado de las sentencias (p. 77),

introduciendo una variable de análisis respecto a los procedimientos estandarizados de la asistencia legal estatal en estos casos.

En conclusión, los datos reflejan una variabilidad en la interacción con el sistema de justicia en función del nivel de ingresos. Los sectores poblacionales ubicados en los quintiles económicos superiores presentan la viabilidad financiera para contratar representación legal privada especializada o para acceder a servicios médicos en jurisdicciones con marcos normativos permisivos. En contraste, las estadísticas muestran que los grupos poblacionales de menores ingresos registran una mayor dependencia de métodos clandestinos de atención, lo que incrementa su probabilidad estadística de ingresar al circuito de judicialización del sistema penal interno.

### **3.1.4 Subregistro y Riesgos Clínicos en la Clandestinidad**

Debido a la naturaleza ilegal de los abortos clandestinos no existen datos certeros sobre la cantidad de interrupciones gestacionales efectuadas, inclusive por la dificultad de conocer los datos de embarazos detenidos en los hogares de las mujeres gestantes dentro del primer trimestre bajo pastillas como *Mifepristone*, *Misoprostol*, o la combinación de ambas como recomienda la Organización Mundial de la Salud (2012). Por ende, los datos de cuantos abortos clandestinos son realizados en un país no pueden ser exactos.

Las estimaciones disponibles por parte de Ortiz-Prado et al. (2017) sitúan la mortalidad asociada al aborto en Ecuador en 43 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; sin embargo, la imposibilidad de distinguir entre abortos espontáneos e inducidos, junto con el alto porcentaje de casos clasificados como ‘otros abortos’ que el autor indica es más del 85% de los casos, sugiere la existencia de subregistro de abortos inseguros en el país. Esta dificultad clínica y administrativa para distinguir entre abortos espontáneos e inducidos sugiere fuertemente la existencia de un subregistro estructural. Es decir, una proporción significativa de estas complicaciones inespecíficas y muertes probablemente corresponda a las secuelas de abortos inducidos en condiciones de inseguridad que, por temor a represalias legales, no son reportados como tales, tal como también lo indica Silvia & Pantelides (2009).

### **3.1.5 Impacto Financiero Directo en el Sistema de Salud Pública**

Según el estudio de Monteverde y Tarragona (2019) y el estudio del Centro de Economía Política Argentina (2020) sobre el costo del aborto en Argentina, la mayor carga económica para el Estado no se encuentra en el procedimiento de abortar como tal, sino en tratar las complicaciones que surgen cuando se realiza de manera insegura. Estas

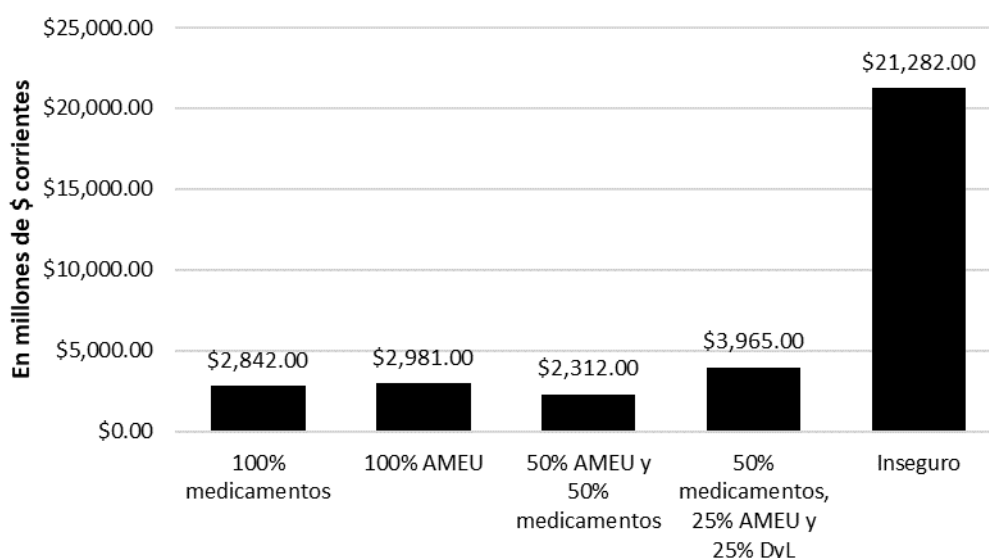
complicaciones tienen costos más de tres veces superiores a los relacionados con el acceso directo al procedimiento —el estudio del Centro de Economía Política Argentina indica que, en un modelo único donde todos los egresos hospitalarios por abortos fuera del sistema legal sean sustituidos por el uso del medicamento *Misoprostol* el aborto clandestino podría llegar a costar hasta 21 veces más que el aborto legal, sin embargo, esto en una situación ideal, no real—. Este descubrimiento es especialmente significativo para Ecuador, donde la penalización parcial del aborto indica que todavía existen prácticas clandestinas que, en lugar de erradicar el fenómeno, hacen que el costo económico se traslade a procedimientos médicos más complejos dentro del sistema sanitario. En específico, el tratamiento de abortos inseguros demanda internaciones prolongadas, intervenciones quirúrgicas de urgencia —como legrados o aspiraciones por evacuaciones incompletas—, y el manejo clínico de infecciones graves, hemorragias o perforaciones uterinas, absorbiendo una cantidad desproporcionada de camas y recursos hospitalarios.

El estudio de Monteverde & Tarragona revela, en términos generales, que el gasto total relacionado con el aborto inseguro puede llegar a ser bastante alto —476 millones de pesos— incluso bajo el panorama más conservador, y que este gasto puede aumentar considerablemente en contextos de mayor incidencia —hasta 1.804 millones de pesos— (Monteverde & Tarragona, 2019, p. 11). Estas proyecciones se fundamentan en un modelo que estima un volumen de 457.553 abortos inducidos anualmente en la población, lo que permite dimensionar la inmensa cantidad de recursos que el sistema de salud debe desviar año tras año para atender la morbilidad derivada de la clandestinidad. Aunque estos valores se refieren a la situación de Argentina, es posible evaluar el tamaño potencial del impacto económico que produce la ilegalidad de las terminaciones voluntarias del embarazo. Esta inquietud se ve reforzada por la información disponible en Ecuador acerca de los egresos hospitalarios del 2024 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2025): el aborto espontáneo (código O03) generó 4.056 egresos hospitalarios solo contabilizando en mujeres de 18 a 29 años, una cifra que puede compararse con otras causas obstétricas importantes como la hipertensión gestacional (4.657) o el sufrimiento fetal (4.817), consolidándose el aborto espontáneo dentro de las diez principales causas de morbilidad para mujeres de 18 a 29 años. Si bien el registro oficial ecuatoriano no permite distinguir clínicamente entre abortos espontáneos y complicaciones derivadas de prácticas inseguras, este indicador evidencia una carga sumamente relevante de atención postaborto en el sistema de salud público nacional.

La hipótesis de eficacia económica se fortalece cuando se compara con situaciones de aborto seguro y legal. En el análisis mencionado, se observa que los costos del sistema de salud público disminuyen de manera significativa bajo un régimen de legalidad, oscilando entre 104 y 232 millones de pesos argentinos, en función del número de casos (Monteverde & Tarragona, 2019, p. 11), lo que representaría un ahorro masivo para las arcas del Estado argentino. El estudio del Centro de Economía Política Argentina (2020) establece que Argentina ahorraría hasta el 88% del costo fiscal por atender abortos clandestinos bajo una política de despenalización total. En particular, la disminución de complicaciones que exigen hospitalización y tratamientos complejos es la razón principal de esta reducción. Esto se debe a que, al regularse y legalizarse la práctica, el modelo de atención pasa de ser uno de urgencias hospitalarias de tercer nivel a un modelo ambulatorio preventivo en el primer nivel. La puesta en marcha de protocolos seguros sugeridos por la OMS, que se fundamentan sobre todo en fármacos (Mifepristona y Misoprostol) o Aspiración Manual Endouterina (AMEU), reduce casi totalmente la necesidad de intervenciones quirúrgicas invasivas (como el legrado instrumental), anestesias generales, transfusiones de sangre y hospitalizaciones, lo cual disminuye significativamente el costo individual por paciente. Así, como se revisa en la figura 3, existe una diferencia abismal de costos entre abortos seguros bajo los lineamientos médicos estandarizados y los costos derivados de tratar emergencias generadas por la clandestinidad.

### Figura 3

Comparación de los Costos de Abortos Inseguros y Abortos Seguros. Escenarios de Abortos Totales 457.553 y Costos de Servicios Médicos en Promedio. Argentina, Millones de Pesos Corrientes, julio 2018.



Nota. Adaptado de *Abortos seguros e inseguros: Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018* por M. Monteverde y S. Tarragona, *Salud Colectiva*, 15 (2019). <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2275>

Este descubrimiento pone en duda la noción de que la penalización sea una táctica económicamente eficaz para el Estado, considerando que en Ecuador las barreras para acceder a servicios seguros se mantienen. En un contexto de legalidad, para que los costos del sistema de salud sobrepasen a los producidos por el tratamiento de complicaciones en situaciones ilegales, la cifra total de abortos debería aumentar al menos cuatro veces (Monteverde & Tarragona, 2019, p. 13). Este hallazgo es especialmente importante para Ecuador porque indica que no existe evidencia empírica que respalde las afirmaciones que asocian la despenalización con una subida del gasto público, incluso en circunstancias de alta demanda.

La evidencia comparada, en su totalidad, hace posible deducir que, en situaciones como la de Ecuador, penalizar el aborto no elimina los gastos relacionados con él; al contrario, los eleva al hacerlos recaer sobre el tratamiento de problemas evitables dentro del sistema sanitario. Por el contrario, un enfoque que se base en ofrecer servicios seguros y regulados podría disminuir notablemente el gasto público, mientras optimiza la eficacia del sistema de salud y alivia la presión hospitalaria que se refleja en los egresos por motivos obstétricos. Incluso, si tomamos en cuenta la totalidad del costo de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador, este impacto financiero es 17 veces mayor que la inversión necesaria para prevenir dichas omisiones mediante educación y planificación. (Ministerio de

Salud Pública del Ecuador et al., 2017). Así, como Vlassoff et al. (2009) indica, los costos del aborto inseguro dentro de los sistemas de salud de los países deben ser comunicado a los gobiernos, y estos, a su vez, deben compararlo y ponderarlo con medidas alternativas de menor costo como la implementación de mejoras en entrega de métodos anticonceptivos o mejores vías de acceso a abortos seguros (p. 119). Desde un punto de vista económico, estos descubrimientos indican que penalizar el aborto puede ser una estrategia menos eficaz si se considera la asignación de recursos públicos.

### **3.2 Alineamiento del Ecuador frente a recomendaciones internacionales**

Del análisis del corpus normativo e interpretativo se evidencia que el Ecuador presenta cierto debate en cuanto al alineamiento normativo frente a las recomendaciones emitidas por organismos internacionales en materia de derechos humanos y salud reproductiva. Por un lado, se identifican avances relevantes en la incorporación de estándares internacionales a través de decisiones de la Corte Constitucional, particularmente en lo relativo a la ampliación de causales para la interrupción del embarazo y el reconocimiento progresivo de derechos vinculados a la autonomía, la salud y la integridad personal. No obstante, persisten tensiones significativas en el ordenamiento jurídico, especialmente en la medida en que la penalización del aborto continúa operando como una restricción en la mayoría de causales.

Para entender esta tensión, es pertinente remitirse a la naturaleza jurídica de los instrumentos aplicables al Estado ecuatoriano, tal como se desarrolló previamente (ver sección 1.1.4). Mientras que las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) poseen un carácter directamente vinculante —lo que obliga al Estado a aplicar el principio de proporcionalidad y no anular los derechos reproductivos de las mujeres frente a la protección absoluta del embrión—, las sugerencias de los Comités de las Naciones Unidas operan bajo la figura de *soft law* —entendido como el derecho indicativo—.

Aunque estas observaciones (detalladas a continuación en la Tabla 3 y Tabla 4) constituyen la interpretación autorizada de los tratados que Ecuador ha ratificado —y ejercen una intensa presión política ya que la costumbre internacional confirma el seguimiento de estas pautas—, la práctica documentada muestra que el Estado ha sostenido históricamente una posición basada en la defensa de su soberanía legislativa interna. Esta exigencia de

soberanía frente a los lineamientos internacionales *quasi-judiciales*<sup>10</sup> explica por qué las despenalizaciones recientes en Ecuador no han surgido del cumplimiento voluntario de los poderes políticos, sino de demandas ciudadanas ante la Corte Constitucional.

### **3.2.1 Recomendaciones y Observaciones Generales Aplicables al Ecuador**

Los estándares internacionales revisados enfatizan la necesidad de eliminar barreras legales, institucionales y prácticas que obstaculicen el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual permite identificar las brechas exactas entre las obligaciones internacionales asumidas por el Estado ecuatoriano y su implementación normativa y práctica.

---

<sup>10</sup> Cuando no se rige como norma coercible mediante sanciones de una autoridad competente pero la legitimidad de la norma y la aplicación constante permite que, aunque no provenga directamente de un órgano jurisdiccional, la reiteración en su cumplimiento y la aceptación social le otorguen una apariencia de obligatoriedad semejante a la de una decisión judicial.

**Tabla 3****Recomendaciones Generales de Organismos Internacionales en Temáticas de Aborto.**

<b>Organismo Internacional</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Detalle</b>
Comité CEDAW (2017)	Recomendación General número 35	“Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como (...) el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo (...) son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2017, punto 18).
Comité CEDAW (2017)	Recomendación General número 35	“Las disposiciones que permitan, toleren o condonen cualquier forma de violencia por razón de género contra la mujer, incluido el matrimonio infantil o forzado y otras prácticas tradicionales nocivas, las disposiciones que permitan realizar procedimientos médicos a mujeres con discapacidad sin su consentimiento informado y las disposiciones que penalicen el aborto” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2017, punto 29).
Comité CEDAW (1999)	Recomendación General número 24	“En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos” (Recomendación General No 24, 1999, punto 31).
Comité de Derechos Humanos de la ONU (2018)	Observación General número 36	(...) los Estados (...) pueden (...) reglamentar la interrupción del embarazo, dichas medidas no deben resultar en la vulneración del derecho a la vida de la mujer embarazada o de sus otros derechos (...), como la prohibición de los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Por lo tanto, todas las restricciones jurídicas que limiten la capacidad de las mujeres para someterse a un aborto no deben, entre otras cosas, poner en peligro sus vidas ni exponerlas a dolores o sufrimientos físicos o psíquicos (...). Los Estados partes deben facilitar un acceso seguro al aborto para proteger la vida y la salud de las mujeres embarazadas, y en las situaciones en que llevar a término el embarazo causaría a la mujer graves dolores o sufrimientos, sobre todo en los casos en que el embarazo es producto de violación o incesto, o el feto presenta una anomalía grave. Los Estados partes no deben regular el embarazo ni el aborto de manera contraria a su deber de velar por que las mujeres no tengan que recurrir a abortos peligrosos. [Por ejemplo, no deben adoptar medidas como penalizar los embarazos de las mujeres solteras, ni aplicar sanciones penales a las mujeres que se someten a un aborto o a los médicos que las asisten para hacerlo, cuando se prevea que la adopción de esas medidas va a suponer un aumento significativo de los abortos peligrosos.] (...) (Comité de Derechos Humanos, 2018, punto 9).
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Observación General N° 22	La prevención de los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo requiere que los Estados adopten medidas legales y de políticas para garantizar todas las personas el acceso a anticonceptivos (...) una educación integral sobre la sexualidad (...); liberalicen las leyes restrictivas del aborto; garanticen el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y asistencia de calidad posterior a casos de aborto, (...) y respeten el derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva. (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 2016, punto 28).
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Observación General N° 22	Los Estados partes tienen la obligación de eliminar la discriminación contra las personas y grupos y de garantizar su igualdad por lo que respecta al derecho a la salud sexual y reproductiva. Ello requiere que los Estados deroguen o reformen las leyes y las políticas que anulen o menoscaben la capacidad de personas y grupos determinados para hacer efectivo su derecho a la salud sexual y reproductiva. Hay muchas leyes, políticas y prácticas que socavan la autonomía y el derecho a la igualdad y la no discriminación en el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, la penalización del aborto o las leyes restrictivas al respecto (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 2016, punto 34).
Comité de los Derechos del Niño	Observación General N° 20	El Comité insta a los Estados a que despenalicen el aborto para que las niñas puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo, así como a que revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto (Comité de los Derechos del Niño, 2016, punto 60).

*Nota.* La sección Detalle se refiere a la cita literaria del punto donde se halla objeto interesante a estudiar sobre el aborto.

En este marco, los estándares internacionales, como se resume en la Tabla 3, concuerdan en señalar que la penalización extrema del aborto no es solamente un obstáculo para acceder a él, sino también podría ser visto como una clase de violencia por motivos de género y una violación al derecho a la salud. Se percibe un acuerdo sobre la importancia de suprimir las sanciones y asegurar el acceso a servicios seguros, lo cual respalda la noción de que las limitaciones legales pueden tener resultados opuestos a salvaguardar la vida e integridad de las mujeres.

Se puede decir que los Comités de la ONU, que supervisan los tratados y convenciones ratificados por Ecuador, persiguen con objetivos concretos de salud pública la disminución o eliminación global del aborto penalizado. Estos objetivos son: garantizar la dignidad de las mujeres, prevenir que no existan abortos peligrosos —la gran mayoría de abortos clandestinos en Ecuador se encuentran en esta categoría— y reducir el número de embarazos en adolescentes.

A su vez, los organismos mencionan la importancia de que los Estados parte presenten planes concisos de educación sexual integral (ESI) y de políticas que apoyen a la planificación familiar y al suministro de métodos anticonceptivos. En esta línea, la comunidad internacional no considera la despenalización del aborto como un paso aislado, sino como una parte esencial de una política integral de salud reproductiva. Según este enfoque, los estándares internacionales requieren que los estados den prioridad a la prevención de embarazos no planeados a través de la anticoncepción y la educación, asegurando al mismo tiempo el acceso al aborto seguro como un servicio sanitario indispensable e inaplazable para salvaguardar la vida, la autonomía y la integridad de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad<sup>11</sup> embarazadas.

### **3.2.2 Observaciones Finales dirigidas a Ecuador**

Para entender completamente si existe una brecha de ejecución, es preciso revisar las recomendaciones específicas realizadas al Ecuador. La Tabla 4 compila las observaciones finales emitidas por los diversos órganos de tratados después de la evaluación periódica de los informes que el Estado ecuatoriano presentó. Estos comentarios constituyen requerimientos directos, específicos y relacionados con la situación real del país.

---

<sup>11</sup> Mujeres de zonas rurales, niñas y adolescentes, mujeres en situaciones socioeconómicas desfavorables, etc. Entendiendo que muchas veces estas vulnerabilidades convergen juntas en una sola persona en gestación.

**Tabla 4****Observaciones Finales Emitidas a Ecuador en Temas de Aborto por Comités de la Organización de las Naciones Unidas**

<b>Organismo Internacional</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Detalle</b>
Comité CEDAW (2015)	Observación Final sobre los informes periódicos octavo y noveno del Ecuador	“El Comité recomienda que el Estado parte: (...) Despenalice el aborto en casos de violación, incesto y malformaciones graves del feto, de conformidad con la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité, sobre la mujer y la salud” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2015, punto 36).
Comité de Derechos Humanos (2016)	Observaciones finales sobre el sexto informe periódico del Ecuador	“El Estado parte debe revisar el Código Orgánico Integral Penal a fin de introducir excepciones adicionales a la interrupción voluntaria del embarazo, incluyendo cuando el embarazo sea consecuencia de un incesto o una violación, aun cuando la mujer no padezca discapacidad mental, y en caso de discapacidad fatal del feto, y asegurar que las barreras legales no lleven a las mujeres a recurrir a abortos” (Comité de Derechos Humanos, 2016, punto 16).
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2019)	Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Ecuador	“El Comité está preocupado por la continua persistencia de matrimonios de menores, embarazos en menores y prejuicios negativos sobre la contracepción, así como la criminalización del aborto, incluso en casos de violación (art. 12)” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2019, punto 51).
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2019)	Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Ecuador	“El Comité recomienda al Estado parte: (...) Tomar todas las medidas necesarias para garantizar que la regulación de la interrupción del embarazo sea compatible con la integridad y autonomía de la mujer, en particular a través de la despenalización del aborto en casos de violación” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2019, punto 52).
Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2017)	Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Ecuador	“El Comité (...) expresa profunda preocupación por: (...) Los obstáculos al acceso a los servicios de aborto y la práctica de abortos peligrosos” (Comité de los Derechos del Niño, 2017, punto 34).
Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2017)	Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Ecuador	“En relación con su observación general núm. 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, el Comité recomienda que el Estado parte: (...) Vele por que las niñas tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos el aborto terapéutico, y estudie la posibilidad de despenalizar el aborto, prestando especial atención a la edad de la niña embarazada y los casos de incesto o violencia sexual” (Comité de los Derechos del Niño, 2017, punto 35).

*Nota.* La sección *Detalle* se refiere a la cita literaria del punto donde se halla objeto interesante a estudiar sobre el aborto.

Los pedidos concretos y reiterados que el sistema de Naciones Unidas ha dirigido a Ecuador durante varios ciclos de evaluación —2015-2019— demuestran que sus recomendaciones no se limitan a directrices simples. Entidades como el Comité CEDAW, el Comité de Derechos Humanos, el Comité DESC y el Comité de los Derechos del Niño coinciden unánimemente en la necesidad de revisar la legislación penal vigente y extender los motivos de no punibilidad. En específico, las observaciones exigen reiteradamente la despenalización del aborto en casos de violación, incesto y malformaciones fetales graves o incompatibles con la vida extrauterina.

### 3.2.3 Evolución Normativa y el Régimen de Causales Penalizadas

Desde el punto de vista del marco jurídico internacional, la reiteración sistemática de una misma recomendación por parte de diferentes comités a lo largo de los años evidencia

una brecha de implementación y una resistencia estatal frente a la conducta internacional en materia de derechos reproductivos (Yamin & Bergallo, 2017). Teóricamente, un Estado que ratifica un tratado asume la obligación de ajustar gradualmente su legislación interna a esos estándares normativos (Berro Pizzarossa & Skuster, 2021). No obstante, la reiteración de estas observaciones enfocadas en Ecuador —en 2015, 2016, 2017 y 2019— evidencia empíricamente una persistencia por parte del poder legislativo ecuatoriano a negarse a modificar el Código Orgánico Integral Penal (COIP) en pro de alinearse de mejor manera con las recomendaciones de estos organismos de control.

El registro de los procesos legislativos en Ecuador identifica cómo se ha discutido la normativa actual. En el marco del segundo debate para la Ley Orgánica Reformatoria del COIP en 2019, la Comisión de Justicia y Estructura del Estado presentó un informe que incluía la propuesta de no punibilidad del aborto en casos de violación, incesto e inseminación no consentida (Asamblea Nacional del Ecuador, 2019). El documento fundamentó esta inclusión en el análisis de las recomendaciones emitidas por organismos internacionales de derechos humanos. No obstante, durante la sesión plenaria del 17 de septiembre de 2019, la propuesta no logró la mayoría calificada de votos requerida para su aprobación. Como resultado de este trámite legislativo, el marco legal del COIP se mantuvo sin modificaciones en estas causales específicas durante esta Ley Orgánica Reformatoria.

El sistema legal ecuatoriano en materia de aborto se alteró después de que la Sentencia 34-19-IN/21 despenalizara la causal de violación mediante el control de constitucionalidad, sin embargo, el Código Orgánico Integral Penal sigue sin incluir otras causas propuestas por las entidades internacionales. Por tal motivo, el Estado se encuentra en una situación de desalineación técnica parcial con respecto a las sugerencias de los órganos de tratados de derechos humanos debido a la vigencia de la pena penal para el aborto en situaciones de malformaciones fetales letales e incesto<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Es apropiado hacer una aclaración teórica sobre la causal de incesto dentro del sistema jurídico de Ecuador. El Código Orgánico Integral Penal (COIP) no establece el incesto como una figura independiente para estos propósitos, sino que incluye la 'violación incestuosa' (Art. 171.1). Aunque esta categorización permite legalmente la interrupción del embarazo por violación, su implementación en la práctica plantea barreras significativas para acceder a ella. El hecho de que se exija encuadrar y denunciar el suceso únicamente como una violación intrafamiliar podría tener un efecto disuasorio; en numerosas ocasiones, las víctimas o sus familias podrían decidir no comenzar la ruta de asistencia médica para eludir las graves consecuencias penales y sociales de indicar a un familiar como ejecutor de una violación. Esta situación fue abordada por la Corte Constitucional en la Sentencia 34-19-IN/21. Al responder a la petición de despenalizar el aborto por incesto y malformaciones fetales graves, la Corte determinó que la inclusión de causales autónomas excede el alcance

### **3.3 Proyecciones de la Despenalización en el Contexto Regional**

El análisis de los casos de América Latina muestra que los procesos de despenalización del aborto han venido acompañados de cambios importantes en la forma en que los Estados abordan la salud reproductiva. En general, estos cambios han buscado facilitar el acceso a servicios y reducir las barreras que enfrentan las mujeres, sobre todo aquellas en situación de vulnerabilidad. La literatura revisada coincide en que la penalización no reduce de manera significativa la práctica del aborto, sino que más bien la desplaza hacia condiciones menos seguras (Faúndes & Hardy, 1997). Como señalan distintos estudios, la penalización del aborto no implica significativamente la reducción del mismo (J. M. Bearak et al., 2022; Faúndes & Hardy, 1997; Guttmacher Institute, 2022). Esto permite entender que el debate no podría enfocarse únicamente en el sentido legal, en cambio, que también tiene implicaciones importantes en términos de salud y desigualdad social.

Se presenta distintos resultados observados en países de América Latina que han implementado reformas en su legislación sobre el aborto. El enfoque se centra en tres modelos, tanto en procesos de despenalización que permiten la interrupción voluntaria del embarazo —dentro de determinados plazos, generalmente entre las 8 y 24 semanas— y los datos entregados por distintos países —México, Uruguay, Argentina— como en la ampliación de causales específicas que en el contexto ecuatoriano continúan estando penalizadas, como puede ser el aborto por malformaciones fetales, así como el contexto de restricción que se presenta en el Ecuador. Esta distinción permite identificar de manera más precisa los efectos que han tenido estos cambios en diferentes modelos regulatorios dentro de la región.

#### **3.3.1 El Modelo de Interrupción por Plazos y su Impacto en la Salud Pública**

Para dimensionar objetivamente el impacto de una transición hacia un modelo de plazos, resulta metodológicamente necesario iniciar el análisis examinando su efecto más crítico y directo, la preservación de la vida materna. En este sentido, la experiencia reciente

---

de una sentencia de constitucionalidad, delegando expresamente esta labor a la libre configuración legislativa de la Asamblea Nacional y llamando a dicho órgano a no omitir el tratamiento de estos temas de alta relevancia social. Por lo tanto, la inacción del poder legislativo frente a este exhorto jurisdiccional consolidaría la brecha normativa previamente señalada por los organismos internacionales.

del Estado argentino provee indicadores contundentes sobre la eficacia de la legalización en la reducción de muertes evitables.

El análisis de la mortalidad materna por aborto en Argentina está marcado por un cambio histórico en las leyes: la promulgación, a fines del 2020 y con vigencia desde 2021, de la Ley 27.610 que legaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en este país. Este marco jurídico convirtió el aborto de un acontecimiento que era mayoritariamente penalizado a un servicio de salud.

**Tabla 5**  
*Defunciones por aborto y nacidos vivos en Argentina, 2024-2014*

Año	Defunciones por Aborto (O00-O07)	Número de nacidos vivos <sup>a</sup>
2024	14	413,135
2023	18	460,902
2022	18	495,295
2021	13	529,794
2020	23	533,299
2019	25	625,441
2018	35	685,394
2017	30	704,609
2016	43	728,035
2015	55	770,040
2014	43	777,012
<b>Total</b>	<b>317</b>	<b>6,722,956</b>

*Nota.* Datos extraídos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina en las secciones Defunciones y Nacidos Vivos (2024-2014), argentina.gob.ar

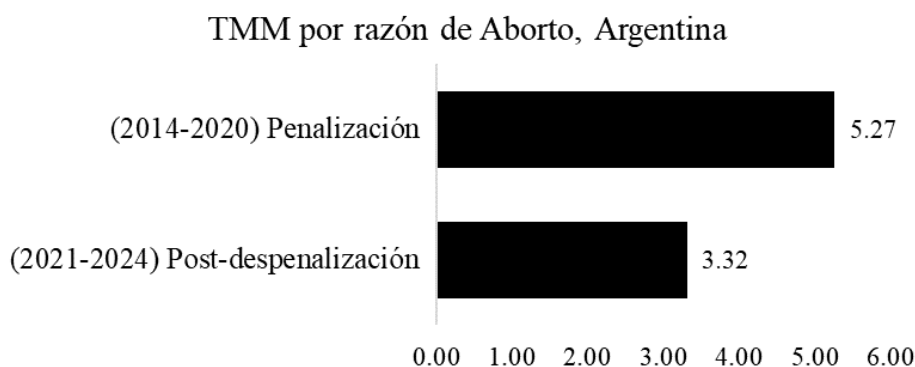
El propósito de la tabla 5 es examinar las muertes registradas con los códigos CIE-10 O00-O07 (aborto espontáneo) entre 2014 y 2024 en Argentina, junto con el número de nacidos vivos en el mismo país. Se incluye la columna de Número de Nacidos Vivos para ofrecer la perspectiva completa del contexto demográfico argentino. Como se observa, existe una tendencia decreciente pronunciada en la natalidad durante la última década.

Esta variable es fundamental para, de acuerdo con la metodología propuesta, utilizarla posteriormente para el cálculo de la Tasa de Mortalidad Materna por Aborto (TMMA). Se podrá obtener un indicador estandarizado al correlacionar el volumen de nacimientos con las defunciones, lo que posibilitará comparar de manera rigurosa el riesgo de fallecimiento por aborto durante la época de restricción legal y la época de legalización, evitando los sesgos que surgirían si se analizara exclusivamente números absolutos en una población con un descenso en el número de nacimientos.

Se obtiene una TMMA para el periodo 2014-2020, antes de la despenalización de la ley, así como una para el periodo 2021-2024, con la IVE despenalizada. La TMMA de 2014-2020 es de 5.27 defunciones por aborto por cada 100,000 nacidos vivos y desciende a 3.32 para el periodo 2021-2024 (véase figura 4), indicando una reducción porcentual del 37% en el riesgo de mortalidad materna por esta causa.

**Figura 4**

*Tasa de Mortalidad Materna por Razón de Aborto en Argentina, (2024-2014)*



*Nota.* Cálculos realizados según la información de la Tabla Datos extraídos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina en las secciones Defunciones y Nacidos Vivos (2024-2014), [argentina.gob.ar](http://argentina.gob.ar)

Como se indicó anteriormente, los datos demuestran que la transición hacia un modelo de legalidad generó una caída del 37% en la tasa de mortalidad materna asociada al aborto, antes del cambio normativo de despenalización, la tercera causa más grande de mortalidad materna en Argentina era el aborto (Centro de Economía Política Argentina, 2020). Esta mejoría en los indicadores de sobrevivencia se sustenta empíricamente en el traslado de la práctica desde la clandestinidad insegura hacia el sistema de salud formal. Este fenómeno se evidencia en el incremento de la dispensación de medicamentos seguros —*misoprostol* como un ejemplo— tras la despenalización. Al respecto, el trabajo de Fernández (2022) indica que, tras la vigencia de la Ley 27.610, hubo un aumento de más de tres veces en la cantidad de misoprostol (200 mcg) dispensado en instituciones públicas como el Hospital Pasteur de Villa María, garantizando procedimientos farmacológicos de bajo riesgo.

Es esencial indicar que el descenso observado en la TMMA debe ser interpretado analíticamente. Aunque existe una innegable correlación con la despenalización, la literatura demográfica advierte que las cifras de la época penalizada probablemente sufrían de un grave defecto de reporte. Como advierten Silvia & Pantelides (2009), el carácter clandestino del aborto implica un reto estructural para los sistemas de registro de salud, ya que los decesos y complicaciones tienden a ser subclasificados bajo otros diagnósticos clínicos para evadir

el escrutinio penal. En general, los registros de egresos hospitalarios en contextos punitivos son incompletos; el temor a la judicialización provoca que mujeres y médicos declaren los abortos inducidos inseguros como "espontáneos" o de "causa inespecífica" (Silvia & Pantelides, 2009, p. 10).

En esta línea, el Ministerio de Salud Pública de Argentina & Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina (2026) reconoce la probabilidad de que los datos históricos contengan un margen de subregistro. En consecuencia, la tasa de 5.27 muertes (2014-2020) calculada en esta investigación constituye un piso estadístico; es altamente probable que la mortalidad real durante los años de prohibición fuera significativamente mayor, lo que significaría que el impacto de la Ley 27.610 es, en la práctica, posiblemente más profundo que el 37% documentado.

El caso argentino es la prueba empírica que desarticula la premisa de que la penalización protege la vida. Para Ecuador, estos resultados trazan una ruta clara: el marco penal restrictivo vigente en el COIP es directamente responsable de mantener las tasas de morbilidad y mortalidad materna que hoy saturan los hospitales ecuatorianos. La experiencia comparada demuestra que legalizar el aborto no colapsa el sistema sanitario, sino que lo optimiza mediante la dispensación temprana de medicamentos seguros, erradicando las infecciones y hemorragias letales de la clandestinidad. Si el Estado ecuatoriano adoptara un enfoque de salud pública similar, la evidencia regional sugiere fuertemente que se lograría una reducción drástica e inmediata en la pérdida de vidas de mujeres y adolescentes que hoy son víctimas del modelo punitivo.

Más allá de la reducción de la mortalidad materna, la implementación de un modelo de plazos demuestra operar también como un mecanismo de protección socioeconómica para las poblaciones en etapa de formación. Al respecto, la experiencia acumulada en México ofrece datos reveladores sobre el perfil de las usuarias y el impacto en sus proyectos vitales.

En la Ciudad de México, desde abril del 2007 a 30 de junio del 2024 se realizaron 1,769 procedimientos de interrupción legal del embarazo (ILE)<sup>13</sup> a niñas entre 11 a 14 años

---

<sup>13</sup> Cualquier proceso abortivo registrado que se encuentre legalizado dentro de un territorio es clasificado como ILE, dentro del mismo podemos encontrar las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) así como las diferentes causales legales que difieren según la nación —aborto por salud de la mujer, aborto por violación, aborto por malformaciones fetales—. En Ciudad de México la IVE y el aborto por causales está permitido hasta la duodécima semana.

de edad, 12,587 a jóvenes entre 15 a 17 años y 125,660 procedimientos a jóvenes de 18 a 24 años; representando la suma de estas tres categorías etarias el 50.5% de todos los procedimientos. Estos datos permiten identificar que el acceso a servicios de interrupción del embarazo ha sido utilizado de manera significativa por población joven, así, si bien los datos no permiten establecer de manera directa una relación causal con la reducción del embarazo adolescente la disponibilidad de este servicio se interpreta como un elemento que amplía las opciones reproductivas de las mujeres en contextos de vulnerabilidad y se puede valorar que es posible una reducción significativa de adolescentes forzadas a ser madres<sup>14</sup>.

**Tabla 6**

*Usuaris Atendidas en Servicios de ILE en Ciudad de México por Grupo de Edad*

Grupo de Edad	Total	Porcentaje	Frecuencia Acumulada
11 a 14	1,769	0.6%	0.6%
15 a 17	12,587	4.5%	5.2%
18 a 24	125,660	45.3%	50.5%
25 a 29	66,650	24.0%	74.5%
30 a 34	39,439	14.2%	88.8%
35 a 39	21,968	7.9%	96.7%
40 a 44	7,510	2.7%	99.4%
45 a 54	581	0.2%	99.6%
<55	3	0.0%	99.6%
N/E	1,101	0.4%	100.0%
<b>Total</b>	<b>277,268</b>	<b>100%</b>	

*Nota.* Adaptado de *Interrupción Legal del Embarazo Estadísticas Abril 2007 – 30 de Junio 2024* del Gobierno de la Ciudad de México (2024).

La Tabla 6 demuestra cuantitativamente que la demanda de servicios de interrupción legal del embarazo en un escenario despenalizado se concentra de manera absoluta en la juventud. Las mujeres menores de 24 años representan más de la mitad (50.5%) de todos los procedimientos realizados a lo largo de 17 años de política pública, siendo el grupo de 18 a 24 años el de mayor prevalencia (45.3%). Por el contrario, a medida que avanza la edad reproductiva, la utilización del servicio disminuye de manera drástica, representando apenas el 10% en mujeres mayores de 35 años.

Esta distribución de edad es predecible y reveladora si se la observa desde un punto de vista demográfico y de derechos reproductivos. La fase de la juventud temprana y la adolescencia coincide con el momento de mayor fertilidad desde el punto de vista biológico; sin embargo, en términos estructurales, se superpone con el período de mayor vulnerabilidad

<sup>14</sup> Lo cual, como se ha indicado anteriormente, debe estar vinculado a buenas políticas de implementación de educación sexual integral (ESI) y acceso a métodos anticonceptivos para que el aborto sea una solución de último recurso ante el embarazo adolescente.

económica y consolidación de proyectos vitales —inserción laboral o educación superior—. Según la bibliografía revisada, como los estudios del Guttmacher Institute (2022), las mujeres jóvenes tienen tasas más altas de embarazos no planeados debido a obstáculos en el acceso a educación sexual y a métodos anticonceptivos de larga duración. Por ende, el modelo de plazos de la Ciudad de México demuestra en la práctica que el acceso al aborto legal sirve principalmente como una red de contingencia para los jóvenes, permitiéndoles reparar errores en la prevención sin que esto signifique una interrupción permanente en sus caminos vitales.

El contraste de estos resultados mexicanos con la realidad ecuatoriana —expuesta previamente en la Tabla 1 sobre nacidos vivos— constituye el núcleo de este estudio comparativo. El Estado ecuatoriano documenta cada año alrededor de 36.000 nacimientos en adolescentes y niñas menores de 19 años, bajo un marco penal que impide las IVEs; por otro lado, en la Ciudad de México miles de jóvenes deciden abortar si se encuentran con un embarazo no planeado. Los datos apuntan con firmeza a que, en Ecuador, el castigo al aborto no disminuye la actividad sexual ni los embarazos en los jóvenes; más bien podría limitar las opciones que tiene esta población para impedir que un embarazo en la juventud se transforme en una gran restricción de tipo socioeconómico.

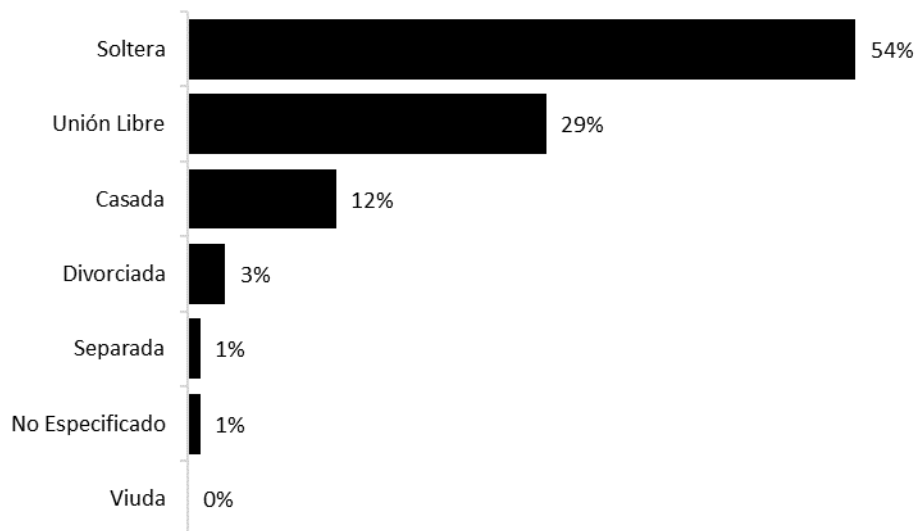
En esta línea de pensamiento, para analizar en profundidad el efecto que la despenalización ha tenido, es imprescindible examinar las características económicas y sociales de los individuos que utilizan estos servicios. Esta perspectiva hace posible comprender que la elección de abortar no tiene lugar de manera aislada, sino que está muy relacionada con las oportunidades educativas y la estabilidad del entorno familiar. Así pues, analizar las variables de empleo, escolaridad y el tipo de apoyo doméstico en un sistema despenalizado facilita la identificación de los grupos poblacionales que más necesitan estas garantías para salvaguardar su futuro.

El 9% de las personas atendidas en Ciudad de México del abril de 2007 a 30 de junio de 2024, habría culminado sus estudios solamente hasta la escuela primaria; el 30%, hasta la secundaria; el 43%, hasta la preparatoria; y únicamente el 19% había terminado estudios de nivel superior —con un 1% sin educación formal y un porcentaje no especificado— (p. 9). Además, al examinar la ocupación de las mujeres embarazadas, destaca que el 30% trabajaba en tareas domésticas no remuneradas, el 24% eran alumnas, el 30% eran trabajadoras, el 5% estaba desempleada y la parte restante se distribuía entre otros trabajos o no especificaba su situación (p. 11). A su vez, podemos determinar el estado marital de las

receptoras de este proceso de aborto en la Ciudad de México<sup>15</sup> indicando que más del 50% de las mujeres gestantes eran solteras (ver figura 5).

**Figura 5**

*Estado Civil de las Mujeres Receptoras de ILE en Ciudad de México*



*Nota.* Adaptado de *Interrupción Legal del Embarazo Estadísticas Abril 2007 – 30 de Junio 2024* del Gobierno de la Ciudad de México (2024).

La desagregación de los datos proporcionados por el Gobierno de la Ciudad de México (2024) dibuja un perfil demográfico sumamente claro: la usuaria promedio de los servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es una mujer joven, soltera (54%) o en unión libre (29%), con un nivel de educación media o básica (secundaria y preparatoria sumando un 73%), y cuya ocupación principal suele ser el trabajo doméstico o los estudios académicos (54% en conjunto). Este patrón indica que el acceso al aborto seguro en un marco de legalidad es utilizado predominantemente por sectores de la población que aún se encuentran en una etapa de formación educativa o en posiciones de fragilidad económica y laboral.

Estos resultados concuerdan con lo que Coast et al. (2021) establecieron acerca de la microeconomía del aborto: un embarazo no planeado puede desestabilizar totalmente el camino de vida de las mujeres con menos ingresos. Al ser cerca de un cuarto de las mujeres que usan servicios en la Ciudad de México alumnas muestra que la legalización actúa como

---

<sup>15</sup> Se considera importante comprender el estado civil de las mujeres que se realizan procedimientos abortivos pues, en general, las mujeres solteras que deciden ser madres se enfrentarán a retos mayores en el ámbito económico, psicológico, y de crianza, comparado a las mujeres que obtienen apoyo emocional y económico de parejas establecidas.

un instrumento de protección social que puede reducir los índices de abandono escolar forzoso. Al mismo tiempo, se muestra que la elección de terminar con el embarazo está fuertemente correlacionada con la ausencia de redes de apoyo financiero y corresponsabilidad en el cuidado infantil, dado que un alto porcentaje de mujeres están solteras o se dedican a trabajos domésticos.

Este perfil sociodemográfico representa un espejo revelador y profundamente crítico para Ecuador. Las adolescentes ecuatorianas que abandonan la educación básica y el bachillerato, como se evidenció en la Tabla 2 de este capítulo, tienen las mismas características que las mujeres en México que consiguen un aborto legal y seguro (jóvenes, de estratos socioeconómicos medios y bajos, estudiantes). Esto ha resultado en más de 6.400 casos anuales de deserción escolar. A pesar de que la legislación de la Ciudad de México permite que estas adolescentes en proceso de gestación interrumpan un embarazo no planeado para seguir con un proyecto de vida y su formación académica, la ley penal del Ecuador, por su naturaleza, podría inducir a esta misma franja demográfica a dejar sus estudios. Esto demuestra de manera empírica que la legalización del aborto no es solo una política sanitaria, sino también un instrumento esencial para reducir la exclusión en el ámbito educativo y laboral de las mujeres.

No obstante, el análisis comparado también advierte que el cambio normativo hacia un modelo de plazos debe ir acompañado de protocolos accesibles. La evidencia demuestra que las barreras burocráticas y de procedimiento pueden mermar el alcance de la ley, particularmente en las franjas etarias más vulnerables, como lo ilustra el sistema uruguayo.

En el caso de Uruguay, 750 menores de 15 años obtuvieron acceso al aborto (véase tabla 7), esto posibilita a las mismas poder tener mecanismos institucionales que permitan evitar la maternidad forzada en niñas en Uruguay. Sin embargo, *Mujer y Salud en Uruguay* (2021) pone en cuestionamiento si se está brindando la atención adecuada a todas las niñas menores de 15 años en gestación puesto que indica que existe —al menos en el periodo estudiado por la organización— mayor cantidad de niñas que terminan siendo madres a las que accedieron a una IVE en este Estado, lo que plantea a *Mujer y Salud en Uruguay* interrogantes sobre la suficiencia, accesibilidad y alcance de estas políticas públicas.

**Tabla 7***Distribución de IVE Ratificado por Edad de las Usuarias en Uruguay hasta el 2024*

Año	Menores de 15 años	15 a 19 años	20 años o más
2013	74	1,200	5,897
2014	69	1,404	7,064
2015	94	1,603	7,665
2016	74	1,597	8,048
2017	64	1,476	8,290
2018	53	1,421	8,899
2019	35	1,335	8,840
2020	47	1,258	8,610
2021	58	1,148	8,905
2022	55	1,218	9,232
2023	59	1,272	9,567
2024	68	1,249	9,915
<b>Total</b>	<b>750</b>	<b>16,181</b>	<b>100,932</b>

*Nota.* Adaptado de *Interrupción Voluntaria del Embarazo año 2013-2024* del Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2025)

La Tabla 7 muestra una diferencia importante en el uso de los servicios de salud reproductiva, dependiendo del grupo de edad. Con 100,932 intervenciones, el grupo de mujeres de 20 años o más representa la mayoría; por otro lado, el de niñas menores de 15 años tiene la cifra más reducida, con solo 750 procedimientos a lo largo de doce años. Se nota una oscilación en este último grupo, el cual llegó a su pico más alto con 94 casos en 2015 y a su cifra más baja con 35 casos en 2019. En los años recientes, sus promedios han sido cambiantes.

La prevalencia de partos sobre abortos en niñas menores de 15 años, según el estudio de Mujer y Salud en Uruguay (2021) se indica que la mera presencia de un marco legal no suprime los impedimentos estructurales. El modelo uruguayo establece un procedimiento administrativo rígido, según la literatura académica, que requiere de un equipo interdisciplinario y de una espera de cinco días antes del proceso. Para una madre adolescente, estos requisitos, junto con el estigma social y la dependencia potencial de los permisos de tutores, podrían actuar como obstáculos para acceder a atención médica.

Cuando se contrastan las cifras con los datos del INEC en la Tabla 1, se observa que Ecuador tiene un promedio de 2,000 nacimientos anuales en niñas de entre 10 y 14 años. Esta cifra casi triplica el número total de interrupciones llevadas a cabo en Uruguay para ese grupo durante más de diez años. Sin embargo, la continuidad de los partos en las niñas uruguayas señala que una modificación normativa en Ecuador debe ser complementada con promoción de un ambiente de educación sexual integral con protocolos que den prioridad a

identificar la violencia sexual desde el principio y que supriman los retrasos administrativos que tienden a revictimizar a las más jóvenes y a las niñas.

### **3.3.2 El Modelo de Causales y la Protección frente a la Inviabilidad Fetal**

A diferencia de los modelos de plazos amplios aplicados en Ciudad de México o Argentina, el Estado de Chile aborda la interrupción del embarazo mediante un modelo estricto de causales. Desde la promulgación de la Ley 21.030 en 2017, el marco normativo chileno permite el aborto legal y seguro bajo tres circunstancias específicas: riesgo vital para la mujer, embarazo producto de violación y alteraciones estructurales congénitas o genéticas de carácter letal (inviabilidad fetal). Es relevante examinar este modelo para analizar la conducta estadística de causales que siguen siendo penalizadas en otras jurisdicciones, como la de Ecuador.

Los datos de Chile muestran que existe una fuerte demanda institucional vinculada a los embarazos inviábiles. Desde que la ley se implementó en 2018 hasta el año 2025, el Departamento de Estadística e Información de Salud de Chile & Ministerio de Salud de Chile (2025) informa que Chile ha reportado 3.094 abortos inducidos por enfermedades genéticas o congénitas mortales en los fetos. Según las estadísticas, la inviabilidad fetal es la causa de más intervenciones legales en este país, superando a las causales de violación y riesgo vital materno. La estadística chilena muestra que la inviabilidad fetal no es un suceso marginal, sino el motivo más importante para abortar legalmente en la nación. Este volumen de 3.094 casos en siete años muestra que, cuando hay un marco legal claro, el sistema sanitario puede detectar y responder de forma diferente a una necesidad médica que actualmente en el Ecuador solo se soluciona mediante la continuación de la gestación incluso con diagnósticos fatales.

Desde la perspectiva médica y de los derechos humanos, el manejo normativo de la inviabilidad fetal representa un punto de tensión crítica. Clínicamente, el diagnóstico definitivo de malformaciones estructurales o anomalías cromosómicas incompatibles con la vida extrauterina suele confirmarse durante el segundo trimestre de gestación — generalmente mediante la ecografía morfológica entre las semanas 18 y 22— (Caras & Caretas, 2025). Al penalizar esta causal, los Estados obligan a las mujeres a continuar con el embarazo durante varios meses adicionales, con el conocimiento pleno de que el feto no sobrevivirá al nacimiento. Esto concuerda con lo señalado por el Comité CEDAW (2017) en su Recomendación General N.º 35, el cual advierte que la "continuación forzada del embarazo" y la negación de servicios médicos oportunos podrían constituir una forma de

tortura o trato cruel, inhumano o degradante. Como se examinó anteriormente, los comités de la ONU han solicitado que el Estado ecuatoriano elimine la penalización de esta causa particular (consulte la Tabla 4). Los datos de Chile indican que, si se hiciera una reforma parecida en Ecuador, saldría a la luz una demanda latente significativa.

Desde la perspectiva de la política pública y los estudios internacionales, mantener la penalización en Ecuador frente a diagnósticos de inviabilidad fetal podría generar un impacto psicológico severo en las mujeres gestantes. Prolongar un embarazo cuando la vida extrauterina es biológicamente imposible puede presentar un debate de si mantiene el objetivo de proteger una vida futura mientras que pondera la obligación estatal de garantizar la salud integral de las ciudadanas. En consecuencia, la adecuación de esta causal se describe como una medida vinculada a la gestión de la salud pública y a la armonización del Código Orgánico Integral Penal (COIP) con los estándares internacionales. Este proceso permitiría al Estado ecuatoriano alinear de mejor manera las recomendaciones de los organismos de derechos humanos en su legislación interna mientras protege la salud de las mujeres gestantes.

## CONCLUSIONES

Los datos demuestran una clara línea temática de sugerencias y observaciones planteadas por los organismos internacionales en respecto al aborto, estos organismos entienden a la penalización del aborto como algo que puede agravar la sistematización de problemas sociales para las mujeres —y que, en casos extremos, incluso es tratado como un acto cruel e inhumano, por ejemplo, por el Comité de la CEDAW—. Estos comités, sobre todo en sus observaciones finales específicas para el Ecuador, indican extensamente la implementación de abortos por causales de protección de la vida y salud de la mujer, violación, incesto y malformaciones fetales.

De las causales expresadas por estos comités de la Organización de Naciones Unidas el Ecuador actualmente no presenta penalización por aborto si es para la protección de la vida y salud integral de la mujer, así como en casos de violación —actualmente permitido para toda mujer—. No obstante, el Ecuador no liberó esta última causal bajo discusión del poder legislativo dentro de la Asamblea Nacional, en cambio lo realizó bajo mandato de la Corte Constitucional; actualmente, es incierto si la discusión sobre nuevas causales no punibles del aborto podría establecerse a modo de debate y establecer una resolución de amplitud, puesto que existe antecedentes —como en el *Informe para Segundo Debate del Proyecto de Ley Orgánica Reformatoria al Código Orgánico Integral Penal (2019)*— donde se ha tratado este tema, aunque no ha concluido con un cambio normativo sobre no punibilidad del aborto. Por lo tanto, podemos afirmar que el Ecuador no presenta total alineación con las recomendaciones entregadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aunque ha podido presentar cambios normativos importantes con la despenalización de la causal de violación y no se encuentra rehúso a iniciar un debate próximo, lo que podría encadenar, en un futuro, una mayor armonización entre el derecho interno y las directrices internacionales.

Se evidencia que las mujeres en situaciones socioeconómicamente vulnerables son las más afectadas bajo la penalización del aborto inducido —refiriéndonos a una penalización de causales más amplias o una regulación legal para la intervención voluntaria del aborto (IVE)—. El mantenimiento de un marco penal restrictivo puede limitar las soluciones posibles a una maternidad forzadas que guarda una correlación directa con el incremento de la deserción escolar y la consecuente pérdida de millones de dólares en capital humano para el Estado. Asimismo, la evidencia recopilada confirma que la judicialización de emergencias obstétricas en el sistema de salud pública se concentra en poblaciones con menores ingresos

y capital social, consolidando una brecha de acceso a la justicia y a la salud entre los diferentes quintiles socioeconómicos del país, donde los quintiles más altos podrán obtener más opciones para eludir los riesgos de la clandestinidad—al presentar mayores oportunidades para trasladarse hacia otro Estado con regulación de IVE, mantener influencia y contactos que faciliten obtener pastillas abortivas dentro del Estado de forma inmediata, que evitaría el uso de procesos más intrusivos, o, en caso de ser necesario, presentar una defensa privada especializada para evitar una sentencia con conclusión penal—.

El análisis de la evidencia regional comparada permite concluir que la transición hacia modelos normativos menos restrictivos optimiza los indicadores de salud pública, aun cuando nos referimos únicamente a pisos estadísticos debido al subregistro médico resultado de la clandestinidad. La revisión empírica demuestra que, en Argentina, la implementación de la Ley 27.610 generó una reducción estadísticamente significativa en la Tasa de Mortalidad Materna por Aborto (TMMA), confirmando que la legalización obtuvo mejoras cuantificables en mortalidad materna. Paralelamente, el modelo de plazos de la Ciudad de México evidencia que el acceso a intervenciones voluntarias del embarazo operaría como una red de contingencia social que permite a las mujeres jóvenes y estudiantes mantener la continuidad de sus trayectorias vitales y educativas, pudiendo reducir empíricamente la deserción escolar para este sector, lo cual se espera que nuevas investigaciones lo aborden más profundamente. No obstante, la experiencia de Uruguay advierte que la reforma normativa constituye únicamente una fase inicial; la persistencia de requisitos administrativos y burocráticos rígidos puede actuar como una barrera institucional que limita el acceso efectivo, afectando desproporcionadamente a los grupos de mayor vulnerabilidad, como las niñas menores de 15 años, por lo que reformas deben ir acompañadas de capacitación médica protocolaria y seguimiento de prácticas por parte del gobierno.

La investigación concluye que la persistencia de la penalización de la causal de inviabilidad fetal por causas fatales en el ordenamiento jurídico ecuatoriano puede mantener argumentos para tratarlo como una vulneración a los derechos de las mujeres embarazadas, en tanto las observaciones de los comités de la ONU establecen que se debe eliminar la punibilidad de esta causal al ser contrarios con estándares de dignidad humana y salud integral, a su vez, tomando como referencia la proyección empírica del modelo de causales en Chile, donde se evidencia que la malformación fetal letal constituye una realidad obstétrica recurrente.

Se concluye que, sin incluir el debate filosófico y dogmático del inicio de la vida y la protección de la misma, la despenalización del aborto en Ecuador se proyecta como una medida de política pública que puede mejorar la eficiencia fiscal, la equidad social y desarrollo estatal. La evidencia analizada indica que una reforma normativa orientada a la despenalización, si se articula sistemáticamente con políticas públicas de educación sexual integral (ESI) transparente y acceso irrestricto a métodos anticonceptivos, no generaría un colapso en el sistema sanitario ni un incremento exponencial y sostenido de los procedimientos a largo plazo. Por el contrario, esta transición permitiría erradicar la morbilidad asociada a la clandestinidad y optimizaría los recursos del Estado al reducir los costos derivados de la atención de emergencias obstétricas por abortos inseguros. Se incluye que la adecuación del marco legal y la evolución normativa presentaría mejor alineación a las recomendaciones de los órganos internacionales en materia de aborto. Por tal motivo, el rol del poder legislativo ecuatoriano es mantener presente el debate con respecto a una despenalización completa o una despenalización por causales extendida con datos críticos y bajo objetividad de pensamiento.

## REFERENCIAS

- Amnistía Internacional. (s.f.). *Derecho al aborto*. Retrieved January 9, 2026, from <https://www.amnesty.org/es/what-we-do/sexual-and-reproductive-rights/abortion-facts/#barrierstoabortion>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2019). *Informe para Segundo Debate del Proyecto de Ley Orgánica Reformativa al Código Orgánico Integral Penal (COIP)*. [https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/file\\_sasambleanacionalnameuid-29/Leyes%202013-2017/161-lr-coip-paez-10-09-2015/inf-2d-ref-coip-14-05-2019.pdf](https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/file_sasambleanacionalnameuid-29/Leyes%202013-2017/161-lr-coip-paez-10-09-2015/inf-2d-ref-coip-14-05-2019.pdf)
- Asociación Americana de Médicos. (2025). *Abortion. Preserving Access to Reproductive Health Services D-5.999* [Preservar el acceso a los servicios de salud reproductiva D-5.999]. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/abortion%20healthcare?uri=%2FAMADoc%2Fdirectives.xml-D-5.999.xml>
- Bearak, J. M., Popinchalk, A., Beavin, C., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., & Alkema, L. (2022). Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015-2019 [Estimaciones por países de la incidencia de embarazos no deseados y abortos: un análisis comparativo mundial de los niveles en 2015-2019]. *BMJ Global Health*, 7(3). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007151>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019 [Embarazo no deseado y aborto por ingresos, región y situación legal del aborto: estimaciones a partir de un modelo integral para 1990-2019]. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Berro Pizzarossa, L., & Skuster, P. (2021). Toward Human Rights and Evidence-Based Legal Frameworks for (Self-Managed) Abortion: A Review of the Last Decade of Legal Reform [Hacia marcos jurídicos basados en la evidencia y los derechos humanos para el aborto (autogestionado): Una revisión de la última década de reforma legal]. *Health and Human Rights*, 23(1), 199–212. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34194213/>
- Camelo Sierra, J. C., Müller, E. Á., Parra, M. O., & Bautista Charry, A. A. (2022). Interrupción Voluntaria del Embarazo. In *Obstetricia Integral Siglo XXI.: Segunda edición*. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. [https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=3351EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA22-IA63&dq=el+aborto+puede+entenderse+como+un+acto+que+implica+la+interrupci%C3%B3n+de+la+gestaci%C3%B3n+de+un+embarazo&ots=iS9C86J1BX&sig=oJA t7frkdvZh6t2CC13nDZl1kB0&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=3351EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA22-IA63&dq=el+aborto+puede+entenderse+como+un+acto+que+implica+la+interrupci%C3%B3n+de+la+gestaci%C3%B3n+de+un+embarazo&ots=iS9C86J1BX&sig=oJA t7frkdvZh6t2CC13nDZl1kB0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Caras & Caretas. (2025). *Aseguran que despenalización del aborto fue exitosa pero hay puntos para revisar*. Caras & Caretas Edición Online. <https://www.carasycaretas.com.uy/aseguran-que-despenalizacion-del-aborto-fue-exitosa-pero-hay-puntos-revisar-n85008>

- Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica (November 28, 2012). [https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_esp.pdf](https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf)
- Caso No. 34-19-IN y Acumulados, Pub. L. Sentencia No. 34-19-IN/21 (2021). [www.corteconstitucional.gob.ec](http://www.corteconstitucional.gob.ec)
- Centro de Economía Política Argentina. (2020). *La economía del aborto: el costo fiscal oculto del aborto clandestino y la importancia de su legalización*. Centrocepa.
- CEPAM Guayaquil. (2024). *Guía para Informarnos sobre Aborto Terapéutico*. [https://cepamgye.org/wp-content/uploads/2024/07/Cepam\\_-Guia-sobre-Aborto-Terapeutico.pdf](https://cepamgye.org/wp-content/uploads/2024/07/Cepam_-Guia-sobre-Aborto-Terapeutico.pdf)
- Coast, E., Lattof, S. R., Meulen Rodgers, Y. Van Der, Moore, B., & Poss, C. (2021). The microeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the economic consequences for abortion care-seekers [La microeconomía del aborto: Una revisión del alcance y análisis de las consecuencias económicas para quienes buscan servicios de aborto]. *PLoS ONE*, 16(6 June). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252005>
- Código Orgánico Integral Penal (COIP), Pub. L. 180, Registro Oficial Suplemento (2014).
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2025, July). *Abortion Policy [Política de aborto]*. Organización Del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. <https://www.acog.org/clinical-information/policy-and-position-statements/statements-of-policy/2025/abortion-policy>
- Colgrove, N. (2025). Defining ‘Abortion’: a call for clarity [Definiendo el "aborto": un llamado a la claridad]. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 46(2), 137–175. <https://doi.org/10.1007/s11017-025-09706-5>
- Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas. (2017). *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico del Ecuador \*\**.
- Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. (2012). *Observaciones finales del Comité sobre el tercer informe periódico de Ecuador, aprobadas por el Comité en su 49º período de sesiones*.
- Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. (2016). Observación General N° 22. *Consejo Económico y Social*. <https://docs.un.org/es/E/C.12/GC/22>
- Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. (2019). *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Ecuador*. <https://docs.un.org/es/E/C.12/ECU/CO/4>
- Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2016). *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico del Ecuador*. <https://docs.un.org/es/CCPR/C/ECU/CO/6>
- Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2018). Observación general N° 36. *Organización de Naciones Unidas*. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf)
- Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. (2016). *Observación general núm. 20*. Organización de Naciones Unidas.

- <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights>
- Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. (2017). *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Ecuador*.  
<https://acnudh.org/wp-content/uploads/2017/10/G1732795.pdf>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas. (1999). Recomendación General N° 24. *ACNUR.ORG*.  
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas. (2015). *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Ecuador. CEDAW/C/ECU/CO/8-9*.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas. (2017). *Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer*.  
[http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=)
- Constitución de la República del Ecuador, Pub. L. Constitución del 2008, Registro Oficial (2008). [www.lexis.com.ec](http://www.lexis.com.ec)
- Cordero Oropeza, M., Moreno, M., Ramos, L., & Flores Celis, K. (2022). *Mortalidad materna por aborto en México: retos persistentes para la atención a la salud sexual y reproductiva*. <https://doi.org/10.22201/ents.20075987p.2021.25-26.82130>
- Departamento de Estadística e Información de Salud de Chile, & Ministerio de Salud de Chile. (2025). *Información sobre casos constituidos en el marco de la Ley 21.030 que regula la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales*. Informesdeis.Minsal.  
[https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freport%2F382105c8-521f-4356-b1b8-6bad21ba8b08&sectionIndex=0&sso\\_guest=true&reportViewOnly=true&reportContentBar=false&sas-welcome=false](https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freport%2F382105c8-521f-4356-b1b8-6bad21ba8b08&sectionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContentBar=false&sas-welcome=false)
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina. (2026a). *Defunciones*. Argentina.Gob.Ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina. (2026b). *Nacidos Vivos*. Argentina.Gob.Ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/nacidosvivos>
- Faúndes, A., & Hardy, E. (1997). Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system [Aborto ilegal: consecuencias para la salud de la mujer y el sistema de salud]. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 58(1), 77–83.  
[https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(97\)02860-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(97)02860-9)
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2022, November). *Declaración de la División de Salud y Bienestar Sexual y Reproductivo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia*. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- Fernández, M. de L. (2022). *Un estudio de Utilización de Misoprostol en Interrupción Voluntaria del Embarazo: Análisis del Consumo y Perfil de Usuaris en el Hospital Pasteur de Villa María* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional de Córdoba].

<https://rdu.unc.edu.ar/server/api/core/bitstreams/83436b60-041a-4536-81fa-a7de81909daf/content>

- Ganatra, B., Gerdtts, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model [Clasificación mundial, regional y subregional de los abortos por seguridad, 2010-14: estimaciones a partir de un modelo jerárquico bayesiano]. *The Lancet*, *390*(10110), 2372–2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
- García, M., Armijos Acurio, M. L., Sotomayor, R. J., Sanchez, X., & Guijarro, S. (2022). Analysis of births, abortions and maternal mortality in adolescents in Ecuador from 2013 to 2016 [Análisis de nacimientos, abortos y mortalidad materna en adolescentes en Ecuador de 2013 a 2016]. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *9*(1), 7–10. <https://doi.org/10.1016/J.IJPAM.2019.07.002>
- Gobierno de la Ciudad de México. (2024). *Interrupción Legal del Embarazo Estadísticas Abril 2007 – 30 de Junio 2024*. <https://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE-WEB-jun2024.pdf>
- Goicolea, I., Wulff, M., Öhman, A., & Sebastian, M. S. (2009). Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador’s Amazon basin: a case-control study [Factores de riesgo de embarazo entre adolescentes en la cuenca amazónica de Ecuador: un estudio de casos y controles]. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, *26*(3), 221–228. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000900006>
- González Quitián, A. I., Moreno López, D. J., & Grass Cuadros, D. E. (2021). Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. *Salud UIS*, *53*(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21013>
- Guttmacher Institute. (2022). *Unintended Pregnancy and Abortion in Latin America and the Caribbean [Embarazo no deseado y aborto en América Latina y el Caribe]*. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/unintended-pregnancy-and-abortion-latin-america-and-caribbean>
- Haus, K. M., House, H. R., Martínez, P., Schuette, A., & Kneese, G. S. (2023). Factors Influencing high adolescent pregnancy rate in Riobamba, Ecuador [Factores que influyen en la alta tasa de embarazo adolescente en Riobamba, Ecuador]. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology*, *12*(1), 7. <https://doi.org/10.17077/2154-4751.31968>
- Hernandez, I., Reina-Ortiz, M., K. Yusuf, K., Ochoa, T., Rosas, C., Sharma, V., Naik, E., Salihu, H. M., Terán, S., Izurieta, R., & Teran, E. (2019). Risk factors for HIV and STI among female sex workers in a high HIV prevalent region of Ecuador [Factores de riesgo de VIH e ITS entre trabajadoras sexuales en una región con alta prevalencia de VIH en Ecuador]. *Cogent Medicine*, *6*(1), 1565292. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2019.1565292>
- Human Rights Watch. (2021). “¿Por qué me quieren volver hacer sufrir?” [https://www.hrw.org/sites/default/files/media\\_2021/07/ecuador0721sp\\_web.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2021/07/ecuador0721sp_web.pdf)

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. (s.f.). *Nacidos Vivos y Defunciones Fetales*. Ecuadorencifras. Retrieved April 8, 2026, from <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. (2025). *Camas y Egresos Hospitalarios 2024*. Ecuadorencifras. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
- Ituarte, M. L., & López-Gómez, A. (2021). Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00235219>
- Küng, S. A., Wilkins, J. D., Díaz de León, F., Huaraz, F., & Pearson, E. (2021). “We don’t want problems”: reasons for denial of legal abortion based on conscientious objection in Mexico and Bolivia [“No queremos problemas”: motivos de la denegación del aborto legal por objeción de conciencia en México y Bolivia]. *Reproductive Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01101-2>
- Ley Orgánica de Salud, Registro Oficial (2006).
- Ley Orgánica Que Regula La Interrupción Voluntaria Del Embarazo Para Niñas, Adolescentes y Mujeres En Casos de Violación, Pub. L. 53, Segundo Suplemento 1 (2022).
- Ministerio de Salud Pública de Argentina, & Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina. (2026). Argentina - Año 2024 Estadísticas Vitales Información Básica. In *Estadísticas Vitales*.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2025). *Interrupción Voluntaria del Embarazo Año 2013-2024*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Reglamento para Regular el Acceso de Métodos Anticonceptivos*. [www.lexis.com.ec](http://www.lexis.com.ec)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Senplades, Fondo de Población de las Naciones Unidas, & SENDAS. (2017). *Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador*. [https://ecuador.unfpa.org/es/publications?title=Estudio+de+Costos+de+Omisi%C3%B3n+en+Salud+Sexual+y+Reproductiva+de+Ecuador&field\\_thematic\\_area\\_target\\_id=All&field\\_type\\_of\\_publication\\_value=All&field\\_date\\_value=](https://ecuador.unfpa.org/es/publications?title=Estudio+de+Costos+de+Omisi%C3%B3n+en+Salud+Sexual+y+Reproductiva+de+Ecuador&field_thematic_area_target_id=All&field_type_of_publication_value=All&field_date_value=)
- Monteverde, M., & Tarragona, S. (2019). Abortos seguros e inseguros: Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018. *Salud Colectiva*, 15. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2275>
- Mujer y Salud en Uruguay. (2021). *Aborto en Cifras - Datos de Uruguay al 2021*. <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2023/12/2021b-Aborto-en-Cifras.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Aborto*.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Aborto*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Indicadores básicos | PAHO/EIH Open Data*. <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>

- Organización Surkuna. (2022). *REPORTE: Casos acompañados para la Interrupción Voluntaria del Embarazo por Violación en Ecuador*.  
<https://surkuna.org/recurso/reporte/>
- 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 [El aborto, un creciente problema de salud pública en Ecuador, un análisis poblacional de 10 años]. *Pragmatic and Observational Research, Volume 8*, 129–135. <https://doi.org/10.2147/por.s129464>
- Ramón Michel, A., Romero, M., Ramos, S., Ariza, S., Benetti Catarineu, C., Guberman, D., Isla, V., Keefe-Oates, B., & Krause, M. (2025). *Reporte anual 2024: la ley a toda costa*. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4813>
- Ramos, S. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estudios Demográficos y Urbanos, 31*, 833–860.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-72102016000300833](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833)
- Rodgers, Y. V. D. M., Coast, E., Lattof, S. R., Poss, C., & Moore, B. (2021). The macroeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the costs and outcomes [Una revisión de alcance y análisis de los costos y resultados del aborto]. *PLoS ONE, 16*(5 May). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250692>
- Rodríguez Parrales, D. H., Zambrano Caballero, G. A., Zambrano García, D. A., & Zambrano Álava Sara Noemi. (2021). Hablemos del aborto: un enfoque en su legalización en Ecuador. *Dominio de las Ciencias, 7*(5), 296–311.  
<https://doi.org/10.23857/dc.v7i5.2251>
- Sadler, T. W. (2019). *Langman Embriología Médica 14ª Edición* (G. E. Cotera, Tran.; 14th ed.). Wolters Kluwer.
- Sánchez-Ostiz, P. (2009). ¿TIENEN TODOS DERECHO A LA VIDA? Bases para un concepto constitucional de persona. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. <http://criminet.ugr.es/recpc/11/recpc11-11.pdf>
- Sancinetti, M. A. (2018). ¿Aniquilamiento de la vida humana del no-nacido por parte del Estado? Reflexiones sobre el derecho a la vida humana intrauterina y al nacimiento. *Suprema Corte Argentina*.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis [Causas mundiales de muerte materna: Un análisis sistemático de la OMS]. *The Lancet Global Health, 2*(6). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Sentencia 38-19-AN/23, Pub. L. CASO 38-19-AN, 593 394 (2023).  
[www.corteconstitucional.gob.ec](http://www.corteconstitucional.gob.ec)
- Silvia, M., & Pantelides, E. A. (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas de Población*. <https://hdl.handle.net/11362/12842>
- Vlassoff, M., Walker, D., Shearer, J., Newlands, D., & Singh, S. (2009). Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion In Africa and Latin America

[Estimaciones de los costos para el sistema de salud del aborto inseguro en África y América Latina]. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35, 114–121. <https://doi.org/10.1363/ipsrh.35.114.09>

Wambra Medio Comunitario. (2019). *Las 10 preguntas que te has hecho sobre el aborto*. <https://wambra.ec/las-preguntas-que-te-has-hecho-sobre-el-aborto/>

Yamin, A., & Bergallo, P. (2017). Narratives of Essentialism and Exceptionalism: The Challenges and Possibilities of Using Human Rights to Improve Access to Safe Abortion [Narrativas de esencialismo y excepcionalismo: Los retos y posibilidades de utilizar los derechos humanos para mejorar el acceso al aborto seguro]. *Health and Human Rights*, 19(1), 1–11.

## ANEXOS

### Anexo A

#### Tabla de Referencias Documentales

Autor/es	Año	Nombre del documento	Tipo de documento	Derechos Implicados	Nivel demográfico de estudios	Hallazgos relevantes
Amnistía Internacional	s.f	Derecho al aborto	Estatuto	Derecho a la salud - Derecho a la vida digna	Mundial	La penalización del aborto puede llegar a profundizar desigualdades, sobre todo, en grupos ya marginalizados.
Asamblea Nacional del Ecuador	2019	Informe para Segundo Debate del Proyecto de Ley Orgánica Reformativa al Código Orgánico Integral Penal (COIP)	Reporte	Reformación de derechos, derecho a la vida desde la concepción		Constituye un antecedente legislativo clave donde se propuso la no punibilidad por violación, incesto e inseminación no consentida, fundamentado en estándares internacionales
Asociación Americana de médicos	2025	Preserving Access to Reproductive Health Services D-5.999 [Preservar el acceso a los servicios de salud reproductiva D-5.999]	Estatuto	Derecho al aborto - Derecho a la salud - Derecho a la educación (en temas reproductorios) - Derecho a la autonomía	Estados Unidos de América	El aborto es categorizado como un derecho humano por la Asociación Americana de Médicos
Bearak et al.	2022	Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015-2019 [Estimaciones por países de la incidencia de embarazos no deseados y abortos: un análisis comparativo mundial de los niveles en 2015-2019]	Artículo científico	Derecho a la autonomía	Mundial	Indica un estimado de los abortos y embarazos accidentales desde el 2015 al 2019 en la mayoría de países del mundo
Bearak et al.	2020	Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019 [Embarazo no deseado y aborto por ingresos, región y situación legal del aborto: estimaciones a partir de un modelo integral para 1990-2019]	Artículo científico	Derecho a la vida digna	Mundial	Concluye que la ilegalidad del aborto no reduce la práctica del mismo
Berro Pizarossa, L., & Skuster, P.	2021	Toward Human Rights and Evidence-Based Legal Frameworks for (Self-Managed) Abortion: A Review of the Last Decade of Legal [Hacia marcos jurídicos basados en la evidencia y los derechos humanos para el	Artículo científico	Derecho a la salud	Mundial	Concluye que los Estados tienden a despenalizar el aborto con el paso del tiempo

		aborto (autogestionado): Una revisión de la última década de reforma legal]				
Camelo Sierra et al.	2022	Interrupción Voluntaria del Embarazo	Sección de libro	Derecho a la autonomía sexual	Colombia	Define qué es la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y cuales son sus características
Caras & Caretas	2025	Aseguran que despenalización del aborto fue exitosa pero hay puntos para revisar	Sitio web	N/A	Uruguay	Indica comentarios acerca del aborto en Uruguay por la Ministra de Salud de este país
Corte Interamericana de Derechos Humanos	2012	Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica	Caso legal Internacional	Derecho a la vida	Interamericano	Aclara desde que etapa del proceso gestacional se protege la vida
Corte Constitucional del Ecuador	2021	Caso No. 34-19-IN y Acumulados	Caso legal	Derecho a la salud, Derecho a la vida digna, Derecho a la autonomía (se plantea)	Ecuador	Determina inconstitucional la causal de no punibilización del aborto por violación solo a "mujeres con discapacidad mental" y se amplía a todas las mujeres
Centro de Economía Política Argentina	2020	La economía del aborto: el costo fiscal oculto del aborto clandestino y la importancia de su legalización	Sitio web	Derechos económicos	Argentina	Establece un estudio sobre los costos económicos asociados a la clandestinidad del aborto con respecto a un entorno legal, seguro y gratuito
CEPAM Guayaquil	2024	Guía para Informarnos sobre Aborto Terapéutico	Reporte	Derecho a la vida digna, Derecho a la salud integral	Ecuador	Define al aborto terapeutico entendido en estado Ecuatoriano
Coast et al.	2021	The microeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the economic consequences for abortion care-seekers [La microeconomía del aborto: Una revisión del alcance y análisis de las consecuencias económicas para quienes buscan servicios de aborto]	Artículo científico	Derechos económicos, Derecho a la vida digna	Mundial	Sostiene que las limitaciones económicas en las familias pueden retrasar la búsqueda de atención y afectar la calidad de un aborto en condiciones seguras
Registro Oficial Suplemento	2014	Código Orgánico Integral Penal (COIP)	Cuerpo Normativo	N/A	Ecuador	Cuerpo normativo penal en el Ecuador donde se tipifica la penalización del aborto inducido
Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos	2025	Abortion Policy [Política de aborto]	Estatuto	N/A	Estados Unidos de América	Define qué se entiende por aborto

Colgrove, N.	2025	Defining 'Abortion': a call for clarity [Definiendo el "aborto": un llamado a la claridad]	Artículo científico	N/A	N/A	Define qué se entiende por aborto
Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas	2017	Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico del Ecuador	Recomendación Internacional	Derecho a la vida digna, Derecho a no ser torturado	Ecuador	Indica que un marco que limite al acceso a un aborto seguro y legal puede ser considerado una forma de tortura
Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas	2012	Observaciones finales del Comité sobre el tercer informe periódico de Ecuador, aprobadas por el Comité en su 49o período de sesiones	Recomendación Internacional	Derechos económicos, Derecho a la vida digna	Ecuador	Manifiesta una gran preocupación por la persistente criminalización del aborto dentro del Estado y recomendó la revisión de la legislación penal
Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas	2016	Observación General No 22	Recomendación Internacional	Derecho a la igualdad, no discriminación y salud sexual y reproductiva	Mundial	Establece la obligación estatal de liberalizar las leyes restrictivas del aborto para prevenir prácticas de riesgo y proteger la autonomía femenina
Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas	2019	Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Ecuador	Recomendación Internacional	Derecho a la integridad personal y autonomía	Ecuador	Expresa preocupación por la criminalización y recomienda explícitamente a Ecuador despenalizar el aborto en casos de violación para garantizar el bienestar de la mujer
Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas	2016	Observaciones finales sobre el sexto informe periódico del Ecuador	Recomendación Internacional	Derecho a la salud - Derecho a la vida digna	Ecuador	Expresa preocupación por las altas tasas de aborto inseguro en el país, señalando que las leyes excesivamente restrictivas en materia de interrupción del embarazo resultan incompatibles con las obligaciones establecidas en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas	2018	Observación general No 36	Recomendación Internacional	Derecho a la vida y prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes	Mundial	Advierte que las restricciones normativas al aborto no deben poner en peligro la vida de la gestante ni someterla a sufrimientos físicos o psíquicos.
Comité de los Derechos del de las Naciones Unidas	2016	Observación general No 20	Recomendación Internacional	Derecho a la salud, al desarrollo y al interés superior del menor	Mundial	Insta a los Estados a despenalizar el aborto para garantizar que las adolescentes embarazadas puedan acceder a intervenciones seguras y a una correcta atención postaborto
Comité de los Derechos del de las Naciones Unidas	2017	Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Ecuador	Recomendación Internacional	Derecho a la salud - Derecho a la vida digna	Ecuador	Recomienda al Estado ecuatoriano garantizar que niñas y adolescentes tengan acceso efectivo a servicios de aborto seguro en casos de violación, incesto o riesgo para su salud
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas	1999	Recomendación General No 24	Recomendación Internacional	Derecho a la salud de la mujer y no discriminación	Mundial	Recomienda a los Estados miembros enmendar su legislación interna con el fin primordial de abolir las medidas punitivas impuestas a las mujeres que hayan abortado
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas	2015	Observaciones finales combinadas 8 y 9 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Ecuador	Recomendación Internacional	Derecho a la salud integral y vida digna	Ecuador	Recomienda de forma directa al Estado ecuatoriano modificar su legislación para despenalizar el aborto específicamente en casos de violación, incesto y malformaciones graves del feto
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas	2017	Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer	Recomendación Internacional	Derecho a la salud Integral - Derecho a la autonomía	Mundial	Reconoce que la negación del acceso al aborto seguro puede constituir una forma de violencia de género y un trato cruel
Registro Oficial	2008	Constitución de la República del Ecuador	Cuerpo Normativo	N/A	Ecuador	Cuerpo normativo de máxima autoridad en el Ecuador

Cordero Oropeza, M., Moreno, M., Ramos, L., & Flores Celis, K	2022	Mortalidad materna por aborto en México: retos persistentes para la atención a la salud sexual y reproductiva	Artículo científico	Derecho a la vida digna, Derecho a la salud integral	México	Establece que las restricciones legales y la ausencia de atención médica incrementa la mortalidad materna
Departamento de Estadística e Información de Salud de Chile, & Ministerio de Salud de Chile	2025	Información sobre casos constituidos en el marco de la Ley 21.030 que regula la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales	Estadística	N/A	Chile	Demuestra estadísticamente que la inviabilidad fetal constituye la principal causa de interrupción legal en Chile, evidenciando una fuerte demanda clínica latente
Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina	2026a	Defunciones	Estadística	N/A	Argentina	Proporciona la base de datos oficiales que documenta la caída directa en las defunciones maternas tras la transición hacia la legalidad del aborto
Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina	2026b	Nacidos Vivos	Estadística	N/A	Argentina	Aporta la variable demográfica esencial para estandarizar la Tasa de Mortalidad Materna por Aborto (TMMA) y validar empíricamente la eficacia del modelo argentino
Faúndes, A., & Hardy, E.	1997	Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system [Aborto ilegal: consecuencias para la salud de la mujer y el sistema de salud]	Artículo científico	Derecho a la salud integral y vida digna	Mundial	Concluye que la penalización normativa no reduce la incidencia real del aborto, sino que traslada la práctica hacia la clandestinidad y la inseguridad médica
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia	2022	Declaración de la División de Salud y Bienestar Sexual y Reproductivo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia	Estatuto	Derecho a la salud, Derecho a la autonomía	Mundial	sostiene que las mujeres deben tener acceso a anticoncepción moderna, aborto seguro y asistencia de fertilidad, garantizando así su derecho a decidir sobre la reproducción y cumplir su potencial a lo largo de la vida.
Fernández, M.	2022	Un estudio de Utilización de Misoprostol en Interrupción Voluntaria del Embarazo: Análisis del Consumo y Perfil de Usuaris en el Hospital Pasteur de Villa María	Tesis de posgrado	N/A	N/A	Establece casos excepcionales donde se practican abortos de forma médica después de los veinticuatro (24) meses de gestación debido a malformaciones letales
Ganatra et al.	2017	Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model [Clasificación mundial, regional y subregional de los abortos por seguridad,	Artículo científico	N/A	Mundial	Establece un nuevo modelo de investigación y clasificación de abortos por países

		2010-14: estimaciones a partir de un modelo jerárquico bayesiano]				
García et al.	2022	Analysis of births, abortions and maternal mortality in adolescents in Ecuador from 2013 to 2016 [Análisis de nacimientos, abortos y mortalidad materna en adolescentes en Ecuador de 2013 a 2016]	Artículo científico	Derecho a la vida digna, Derecho a la autonomía	Ecuador	Establece una cantidad de nacimientos por madres adolescentes en Ecuador entre los años 2013 y 2016
Gobierno de la Ciudad de México	2024	Interrupción Legal del Embarazo Estadísticas	Estadística	Derecho a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad	Ciudad de México	Evidencia estadísticamente que los servicios legales de aborto funcionan como una red de protección para el proyecto de vida de jóvenes y estudiantes.
Goicolea, I., Wulff, M., Öhman, A., & Sebastian, M. S.	2009	Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study [Factores de riesgo de embarazo entre adolescentes en la cuenca amazónica de Ecuador: un estudio de casos y controles]	Artículo científico	Derecho a la educación, Derecho a la vida digna	Ecuador	Indica que existe falta de educación sexual integral en el Ecuador
González Quitián, A. I., Moreno López, D. J., & Grass Cuadros, D. E.	2021	Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras.	Artículo científico	Derecho a la autonomía	Latinoamérica	indica que en países que presentan un aborto totalmente despenalizado existen cifras más bajas de embarazo no intencionado
Guttmacher Institute	2022	Unintended Pregnancy and Abortion in Latin America and the Caribbean [Embarazo no deseado y aborto en América Latina y el Caribe]	Artículo científico	Derecho a la salud sexual y reproductiva	Latinoamérica y el Caribe	Confirma que los países con restricciones legales presentan mayores tasas de embarazos no deseados debido a las barreras en el acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual
Haus et al.	2023	Factors Influencing high adolescent pregnancy rate in Riobamba, Ecuador [Factores que influyen en la alta tasa de embarazo adolescente en Riobamba, Ecuador]	Artículo científico	Derecho a la educación, Derecho a la vida digna	Ecuador	Indica que existe falta de educación sexual integral en el Ecuador
Hernandez et al.	2019	Risk factors for HIV and STI among female sex workers in a high HIV prevalent region of Ecuador [Factores de riesgo de VIH e ITS entre trabajadoras sexuales en una región con alta prevalencia de VIH en Ecuador]	Artículo científico	Derecho a la educación, Derecho a la vida digna	Ecuador	Indica que existe falta de educación sexual integral en el Ecuador
Human Rights Watch	2021	“¿Por qué me quieren volver hacer sufrir?”	Reporte	Derecho a la vida digna, Derecho a un juicio justo	Ecuador	Indica datos, casos y experiencias en Ecuador sobre mujeres que abortaron clandestinamente o que lucharon contra el sistema judicial en temas de aborto

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador	2025	Camas y Egresos Hospitalarios 2024	Estadística	Derecho a la salud pública y atención médica	Ecuador	Revela que las emergencias por aborto espontáneo/inespecífico figuran entre las principales causas de morbilidad en mujeres jóvenes
Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador	s.f.	Nacidos Vivos y Defunciones Fetales	Estadística	Derecho al desarrollo integral y protección de la niñez	Ecuador	Cuantifica el problema estructural del embarazo adolescente, registrando un promedio sostenido de 2.000 nacimientos anuales en niñas de 10 a 14 años
Ituarte, M. L., & López-Gómez, A.	2021	Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal	Artículo científico	Derecho a la salud integral sin discriminación	N/A	Señala que, pese a la despenalización en Uruguay, la imposición de requisitos procedimentales burocráticos actúa como una barrera restrictiva para las adolescentes
Küng, S. A., Wilkins, J. D., Díaz de León, F., Huaraz, F., & Pearson, E.	2021	“We don’t want problems”: reasons for denial of legal abortion based on conscientious objection in Mexico and Bolivia [“No queremos problemas”: motivos de la denegación del aborto legal por objeción de conciencia en México y Bolivia]	Artículo científico	Derecho a la atención médica oportuna	México, Bolivia	Identifica que el uso indebido de la objeción de conciencia y el desconocimiento normativo de los médicos operan como un grave obstáculo para acceder al aborto legal
Registro Oficial	2006	Ley Orgánica de Salud	Cuerpo Normativo	Derecho a la salud	Ecuador	Reconoce de forma explícita al aborto en condiciones de riesgo como un problema grave de salud pública cuya prevención es responsabilidad del Estado
Segundo Suplemento	2022	Ley Orgánica Que Regula La Interrupción Voluntaria Del Embarazo Para Niñas, Adolescentes y Mujeres En Casos de Violación	Cuerpo Normativo	Derecho a la salud	Ecuador	Establece las directrices y los plazos (hasta 12 semanas) para viabilizar el acceso al aborto legal en casos de violación en el Ecuador.
Ministerio de Salud Pública de Argentina, & Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Argentina	2026	Argentina - Año 2024 Estadísticas Vitales Información Básica. In Estadísticas Vitales	Estadística	Derecho a la salud pública y acceso a la información	Argentina	Reconoce técnicamente la existencia de un subregistro estadístico durante la prohibición, implicando que la reducción de mortalidad lograda es posiblemente mayor a la calculada
Ministerio de Salud Pública de Uruguay	2025	Interrupción Voluntaria del Embarazo Año 2013-2024	Estadística	Derecho a la salud reproductiva de niñas y adolescentes	Uruguay	Demuestra a través de cifras nacionales la baja utilización de servicios de aborto legal por parte de menores de 15 años frente a la población adulta

Ministerio de Salud Pública del Ecuador	2014	Reglamento para Regular el Acceso de Métodos Anticonceptivos	Cuerpo Normativo	Derecho a la salud, Derecho a la autonomía	Ecuador	Aclara desde una perspectiva médica que la anticoncepción de emergencia previene la ovulación o implantación, diferenciándola categóricamente del aborto
Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Senplades, Fondo de Población de las Naciones Unidas, & SENDAS	2017	Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador	Reporte	Derecho a la educación y desarrollo económico	Ecuador	Cuantifica el impacto estructural de la maternidad precoz, revelando que el Estado pierde más de 316 millones de dólares en capital humano por deserción escolar
Monteverde, M., & Tarragona, S	2019	Abortos seguros e inseguros: Costos monetarios totales y costos para el sistema de salud de la Argentina en 2018	Artículo científico	Derecho a la salud pública y eficiencia estatal	Argentina	Evidencia financieramente que tratar las complicaciones hospitalarias generadas por abortos clandestinos resulta significativamente más costoso que proveer servicios legales
Mujer y Salud en Uruguay	2021	Aborto en Cifras - Datos de Uruguay al 2021	Reporte	Derecho a la salud integral sin discriminación	Uruguay	Cuestiona la efectividad de las políticas uruguayas al revelar empíricamente que persisten más partos forzados que interrupciones en el grupo de menores de 15 años
Organización Mundial de la Salud	2012	Safe abortion: technical and policy guidance for health systems [Aborto seguro: guía técnica y de políticas para los sistemas de salud]	Sitio web	Derecho a la salud	Mundial	Establece las directrices globales sobre el uso farmacológico seguro (Misoprostol/Mifepristona) para evitar intervenciones quirúrgicas invasivas y de alto riesgo
Organización Mundial de la Salud	2024	Abortion [aborto]	Sitio web	Derecho a la salud	Mundial	Proporciona los lineamientos técnicos estandarizados que catalogan al aborto inseguro como un riesgo crítico y evitable dentro de los sistemas sanitarios mundiales
Organización Mundial de la Salud	2025	Abortion [aborto]	Sitio web	Derecho a la salud	Mundial	Cuantifica la crisis global indicando que el 45% de los 73 millones de abortos anuales se realizan en condiciones de grave riesgo e inseguridad clínica
Organización Panamericana de la Salud	2025	Indicadores básicos	Indicador	N/A	Mundial	Expone demográficamente que la tasa de fecundidad adolescente ecuatoriana supera de forma significativa los promedios globales de América Latina

Organización Surkuna	2022	REPORTE: Casos acompañados para la Interrupción Voluntaria del Embarazo por Violación en Ecuador	Reporte	Derecho a la vida y a la atención médica oportuna	Ecuador	Confirma a nivel nacional el subregistro médico de abortos inseguros en Ecuador al identificar un exceso de muertes maternas categorizadas bajo diagnósticos inespecíficos
Ortiz-Prado et al.	2017	Abortion, an increasing public health concern in Ecuador, a 10-year population-based analysis [El aborto, un creciente problema de salud pública en Ecuador, un análisis poblacional de 10 años]	Artículo científico	Derecho a la salud reproductiva y progresividad normativa	Ecuador	Confirma a nivel nacional el subregistro médico de abortos inseguros en Ecuador al identificar un exceso de muertes maternas categorizadas bajo diagnósticos inespecíficos
Ramón et al.	2025	Reporte anual 2024: la ley a toda costa	Reporte	Derecho a la salud reproductiva	Argentina	Analiza la vulnerabilidad de la ley argentina ante recortes del gobierno central y destaca la intervención de gobiernos provinciales para garantizar la distribución de fármacos
Ramos, S	2016	Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo)	Artículo científico	Derecho a la salud pública	Latinoamérica	Argumenta que el debate legislativo del aborto debe separarse de la moralidad social y anclarse estrictamente en evidencia médica, política y de bienestar social
Rodgers et al.	2021	A scoping review and analysis of the costs and outcomes of abortion [Una revisión de alcance y análisis de los costos y resultados del aborto]	Artículo científico	Derechos económicos	N/A	Concluye a nivel macroeconómico que los obstáculos penales para acceder al aborto reducen sistemáticamente la inserción y permanencia de las mujeres en el mercado laboral formal
Rodríguez Parrales, D. H., Zambrano Caballero, G. A., Zambrano García, D. A., & Zambrano Álava Sara Noemi	2021	Hablemos del aborto: un enfoque en su legalización en Ecuador	Artículo científico	Derecho a la autonomía	Ecuador	Señala la existencia de una constante tensión en Ecuador entre la evolución normativa laica hacia la legalización y el fuerte peso de creencias religiosas conservadoras
Sadler, T. W	2019	Langman Embriología Médica 14a Edición	Libro	N/A	N/A	Proporciona la fundamentación embriológica que diferencia la fecundación celular de la implantación uterina que establece biológicamente el embarazo
Sánchez-Ostiz, P	2009	¿TIENEN TODOS DERECHO A LA VIDA? Bases para un concepto constitucional de persona	Artículo científico	Derecho a la vida (como bien tutelado intrauterino)	N/A	Analiza desde el derecho constitucional la base dogmática mediante la cual el sistema penal justifica las sanciones en favor de la protección del embrión

Sancinetti, M. A.	2018	¿Aniquilamiento de la vida humana del no-nacido por parte del Estado? Reflexiones sobre el derecho a la vida humana intrauterina y al nacimiento	Artículo científico	Derecho a la vida del nasciturus	N/A	Ofrece un debate doctrinario frente al derecho internacional, argumentando que la Convención Americana establece la calidad de persona jurídica desde el momento de la implantación
Say et al.	2014	Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis [Causas mundiales de muerte materna: Un análisis sistemático de la OMS]	Artículo científico	Derecho a la vida digna, Derecho a la salud integral	Mundial	Concluye mediante una sistematización mundial que entre el 4.7% y el 13% de la mortalidad materna global es consecuencia directa del aborto inseguro
Corte Constitucional del Ecuador	2023	Sentencia 38-19-AN/23	Caso legal	Derecho a la tutela judicial efectiva y autonomía reproductiva	Ecuador	Ejemplifica el rechazo judicial por motivos procedimentales ante demandas que exigen sancionar el incumplimiento del Estado frente a las directrices de la ONU
Silvia, M., & Pantelides, E. A.	2009	Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina	Artículo científico	Derecho a la salud pública libre de criminalización	Argentina	Advierte cómo el temor a enfrentar cargos penales obliga al personal médico y a las mujeres a catalogar falsamente los abortos inducidos como diagnósticos espontáneos
Vlassoff et al.	2009	Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion In Africa and Latin America [Estimaciones de los costos para el sistema de salud del aborto inseguro en África y América Latina]	Artículo científico	Derechos económicos	Latinoamérica	Cuantifica el gasto financiero promedio (\$96 USD por paciente en 2009) que absorben los Estados latinoamericanos para tratar complicaciones de abortos mal realizados
Wambra Medio Comunitario	2019	Las 10 preguntas que te has hecho sobre el aborto	Sitio web	N/A	Ecuador	Documenta las cifras crudas de judicialización penal en Ecuador
Yamin, A., & Bergallo, P	2017	Narratives of Essentialism and Exceptionalism: The Challenges and Possibilities of Using Human Rights to Improve Access to Safe Abortion [Narrativas de esencialismo y excepcionalismo: Los retos y posibilidades de utilizar los derechos humanos para mejorar el acceso al aborto seguro]	Artículo científico	Derechos reproductivos	N/A	Subraya la contracción de los espacios de diálogo político en la región y documenta cómo la persecución penal afecta casi exclusivamente a los estratos más precarizados