

CEPAM
G U A Y A Q U I L

El acceso a la salud sexual y reproductiva en contextos de sistemas criminales



El Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer – CEPAM Guayaquil, es una organización social con una trayectoria de más de 43 años en la atención integral a la Violencia Basada en Género, la producción y ejecución de planes, proyectos y programas para incidir en la creación de condiciones y oportunidades para que las mujeres, niños, niñas, adolescentes y jóvenes, ejerzan sus derechos humanos a fin de gozar de una vida libre de violencia y al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Investigación desarrollada por el CEPAM Guayaquil

Dirección Ejecutiva

Lita Martínez Alvarado, MSc., Abogada

Investigadoras Principales

Joselyn Pispira, MSc., Psicóloga

Gestora de Conocimiento e Investigación, CEPAM Guayaquil

Consuelo Bowen, MSc., Abogada

Gestora de Incidencia Política, CEPAM Guayaquil

Equipo Investigador

Nathalia Roca

Técnica Comunitaria, CEPAM Guayaquil

Jonathan Cardoso, Abogado

Técnico de Incidencia Política, CEPAM Guayaquil

Laura Sánchez, Psicóloga

Coordinadora de proyecto de Salud Sexual y Reproductiva

Edición de Estilo

Nadya Donoso, MSc.

Gestora de Comunicación Estratégica, CEPAM Guayaquil

Diseño y Diagramación

Alisa Pincay

Ilustradora y diseñadora

Fotografía de Portada

Comité Permanente de Derechos Humanos (CDH)

2026 - Todos los derechos reservados

Cita: Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer Guayaquil [CEPAM-G]. (2026). *El acceso a la salud sexual y reproductiva en contextos de sistemas criminales*. CEPAM Guayaquil.

AGRADECIMIENTO

Desde el CEPAM Guayaquil, expresamos nuestro profundo agradecimiento a las lideresas comunitarias que, desde sus territorios, experiencias y saberes, hicieron posible esta investigación. Sus voces no se reducen únicamente a una fuente de información, sino que constituyen una presencia ética esencial para comprender cómo la violencia criminal impacta el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y, con ello, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, extendemos este agradecimiento al personal de salud que participó en este estudio y que, desde sus propias experiencias, da cuenta de un profundo compromiso por promover una atención segura, digna y humanizada para las mujeres, incluso en contextos profundamente adversos y dolorosos.

Como parte de los valores y principios organizacionales del CEPAM Guayaquil, este estudio parte del reconocimiento de que la producción de evidencia no debe reproducir lógicas extractivistas del conocimiento, sino construirse desde el diálogo y el reconocimiento de que quienes habitan las comunidades poseen una experticia sobre sus propias experiencias, así como quienes acompañan en sus comunidades. Son ellas –ustedes– quienes habitan, resisten y acompañan. Juntas resistimos y nos acompañamos en la exigencia hacia una vida digna y libres de violencias para las mujeres

Lita Martínez Alvarado
Directora Ejecutiva

CONTENIDO

Presentación	5
Introducción	6
Aspectos conceptuales clave	8
Impactos psicosociales de la violencia criminal.	9
Una mirada de género e interseccional de la violencia criminal.	12
Seguridad ciudadana.	13
Salud sexual y reproductiva.	14
Justicia reproductiva.	15
El deber del estado en garantizar el acceso a los servicios de SSR	16
Objetivos del estudio	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Metodología	18
Enfoque metodológico y epistémico	18
Participantes y contexto	20
Técnicas e instrumentos de recolección de información.	22
Procedimiento	23
Estrategia de análisis de información.	24
Consideraciones éticas	25
Resultados	26
Resultados de la encuesta a lideresas comunitarias.	27
Análisis temático del grupo focal con personal de salud.	56
Discusión integral de los principales hallazgos	63
Conclusiones	72
Alcances y limitaciones de la investigación	73
Referencias	74

PRESENTACIÓN

Desde el Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de las Mujeres – CEPAM Guayaquil, sostenemos una convicción firme que es que, el conocimiento producido con mirada feminista debe circular, compartirse y estar al servicio de quienes luchan por una vida digna. Por ello, ponemos a disposición este informe titulado “El acceso a la salud sexual y reproductiva en contextos de sistemas criminales” como una expresión concreta de ese compromiso.

En sus páginas no sólo se ofrece un análisis de las principales barreras que enfrentan las mujeres para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva en un contexto de criminalidad e inseguridad, con enfoque en la ciudad de Guayaquil, sino que también se visibiliza un hallazgo fundamental que atraviesa la realidad de los territorios: la reconfiguración de las barreras para el acceso a derechos. Nombrar este fenómeno —cómo la violencia y la precariedad institucional profundizan las exclusiones históricas— es un paso indispensable para combatir la desigualdad, la discriminación, la misoginia y todas las formas de violencias que nos atraviesan.

1 INTRODUCCIÓN

En los últimos años, Ecuador ha experimentado un incremento sostenido de la violencia criminal¹ asociada al accionar de los sistemas criminales, que han reconfigurado y condicionado la vida cotidiana de la población mediante el miedo y la inseguridad. 2025 se consolidó como el año más violento de la historia reciente del Ecuador², con un promedio de 25 muertes violentas diarias.

La respuesta del Estado no solo ha sido débil e ineficaz, sino que ha operado bajo un enfoque que, en la práctica, profundiza la violencia y debilita su presencia en comunidades históricamente vulneradas y discriminadas. Medidas como las reiteradas declaratorias de estados de excepción, la militarización del territorio y el reconocimiento de la existencia de un conflicto armado interno a través del Decreto Ejecutivo 111, el 9 de enero de 2024³, evidencian una estrategia enfocada en el control represivo, más que en la protección.

Es importante resaltar que, si bien, la violencia criminal afecta a la población en general, su impacto es diferenciado. Desde una perspectiva de género e interseccional, las mujeres y adolescentes enfrentan riesgos y vulnerabilidades específicas, como consecuencia del miedo a movilizarse, desconfianza a la institucionalidad pública y el desplazamiento forzoso, entre otros factores. Esto afecta de manera significativa el ejercicio pleno de sus derechos humanos, particularmente sus derechos sexuales y reproductivos.

Considerando este contexto adverso, el Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de las Mujeres

(en adelante CEPAM Guayaquil), organización feminista con más de 42 años de trabajo en la atención integral y especializada a mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas/sobrevivientes de violencia basada en género y sexual, así como en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, manifiesta su preocupación frente a esta situación. Por lo tanto, en coherencia con sus principios y valores de generación y democratización del conocimiento, el CEPAM Guayaquil se propone contribuir con evidencia situada sobre la situación de las mujeres en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (en adelante SSR), incluyendo el acceso al aborto en las causales permitidas por la normativa ecuatoriana, en el contexto de violencia criminal que atraviesa actualmente el país.

En consecuencia, el presente estudio tiene como propósito analizar las principales barreras que enfrentan mujeres para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de criminalidad e inseguridad en Guayaquil, a partir de las percepciones y experiencias de lideresas comunitarias y personal de salud. Con un alcance exploratorio y descriptivo, este estudio busca ofrecer una aproximación inicial a las formas en que la violencia criminal incide en la autonomía de las mujeres, en las condiciones de acceso a la atención y en la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Estos hallazgos pretenden contribuir a la producción de evidencia situada, a la reflexión sobre las limitaciones de la respuesta estatal y al fortalecimiento de la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos en contextos de violencia criminal.

1 ACLED es una base de datos global sobre la localización y los eventos de conflictos armados y violencia política <https://acleddata.com/series/acled-conflict-index>

2 Primicias es un medio digital ecuatoriano de periodismo investigativo. La información citada proviene de la nota "Violencia criminal en Ecuador", publicada en noviembre de 2025 <https://www.primicias.ec/seguridad/violencia-criminal-guayaquil-puebloviejo-muertes-violentas-ecuador-noviembre-2025-112600/>

3 Decreto 111 https://www.comunicacion.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/Decreto_Ejecutivo_No_111_20240009145200_20240009145207.pdf

2 ASPECTOS CONCEPTUALES CLAVE

Violencia criminal y reconfiguración de la vida cotidiana.

La violencia criminal se caracteriza por ser una problemática multicausal y multidimensional, que surge y se sostiene de estructuras sociales, económicas y políticas que generan desigualdad socioeconómica y de género. Es ejercida por actores vinculados⁴ a redes del crimen organizado, que usan la violencia como un instrumento para ejercer poder e imponer un sistema de gobernanza sobre un territorio determinado (Aranda & Cabrera, 2025). Esta problemática tiende a estar presente en países con altos índices de corrupción, débil institucionalidad, desigualdad económica, y presencia de redes de narcotráficos (Valencia & Cuartas, 2023).

Es, por tanto, un problema de seguridad que impacta y reconfigura la vida cotidiana. La agencia de las personas y comunidades es condicionada por el miedo y la inseguridad, afectando la movilidad, las decisiones diarias, los modos de relacionarse con los demás, la participación y apropiación del espacio público, entre otros efectos (Preciado et al., 2024). Este escenario no proporciona las condiciones para un ejercicio pleno y efectivo de los derechos humanos.

⁴ Desde el CEPAM Guayaquil el crimen organizado opera como un sistema compuesto por estructuras complejas con capacidad de agencia e incidencia, que se organizan a través de varios centros de poder y el establecimiento de reglas y roles que les permiten sostener y expandir su gobernanza territorial.

Impactos psicosociales de la violencia criminal.

El impacto de la violencia criminal no se restringe a quienes han sido víctimas directas de hechos violentos, ya que reducir el análisis a la experiencia individual implicaría descontextualizar las condiciones sociales que producen el daño y minimizar su impacto colectivo.

Desde una perspectiva psicosocial, la exposición prolongada a contextos de desprotección y riesgos producen estados de hipervigilancia y ansiedad generalizada (Palma, 2026) como resultado del miedo anticipatorio y retraimiento social. La "normalidad" es condicionada por el miedo y el sometimiento como mecanismos de sobrevivencia. En este sentido, el silencio y la vulneración de los derechos se instauran y normaliza frente a la ausencia de condiciones de cuidado y justicia por parte del Estado. A continuación, se presenta los principales factores identificados que afectan la calidad de vida en contextos atravesados por violencia criminal, y cómo impacta de manera amplia la vida cotidiana, las relaciones comunitarias y el ejercicio de derechos.

Impacto de la inseguridad en la calidad de vida de los ciudadanos

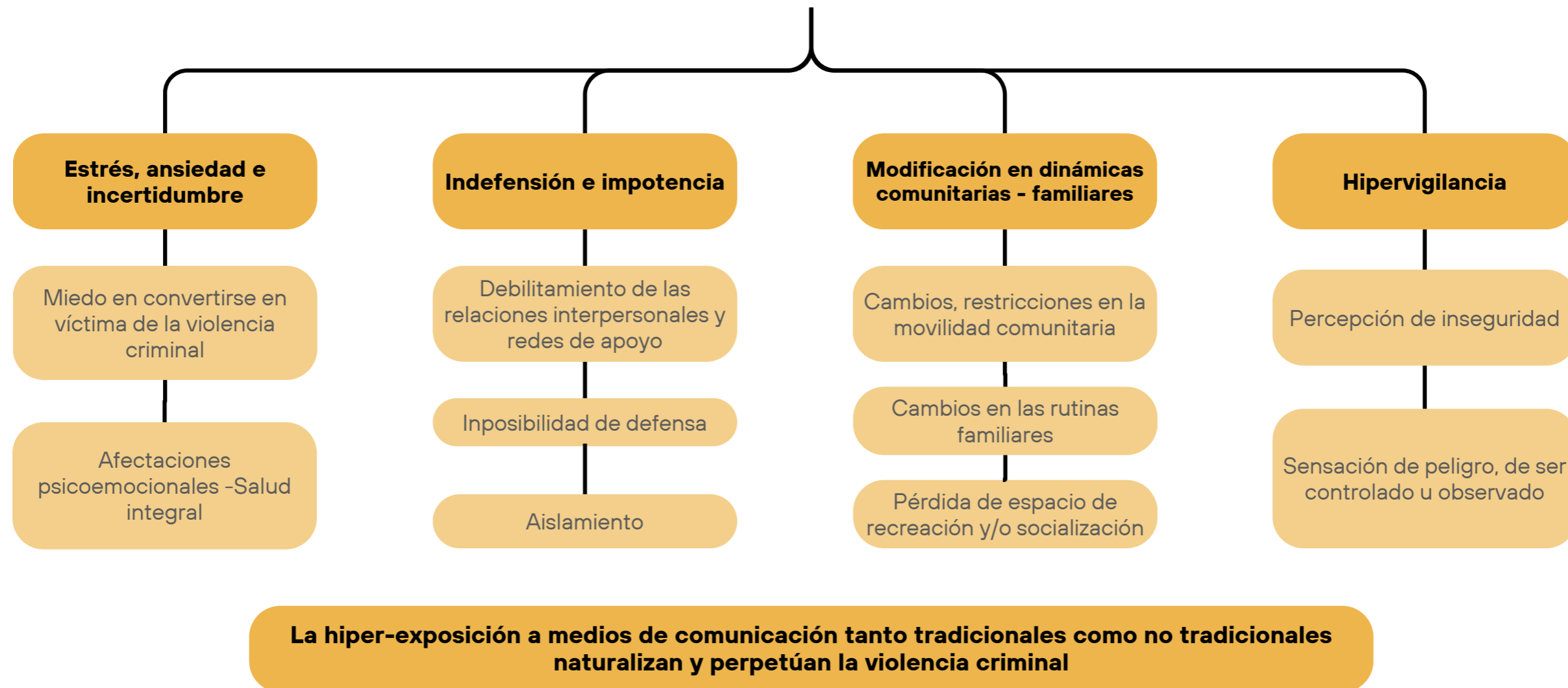


Diagrama 1: Factores que inciden en la calidad de vida debido a la violencia criminal.

Nota. Adaptado de Diagnóstico situacional en materia de seguridad ciudadana (2023): sectores priorizados de las parroquias urbanas Ximena y Tarqui realizado por el CEPAM Guayaquil en el marco del proyecto Palladium – Pilares de Seguridad Ciudadana Integral, Paz y Desarrollo.

Una mirada de género e interseccional de la violencia criminal.

Desde una perspectiva feminista, la violencia criminal no es un hecho aislado, sino producto de una estructura social patriarcal que históricamente ha regulado a través de mecanismos de control los cuerpos, la sexualidad y la reproducción de las mujeres, ubicándolas en un lugar de subordinación social y política. En este sentido, los sistemas criminales, entendidos no solo como agrupaciones delictivas aisladas, sino como entramados organizados de poder, control territorial y regulación social que reconfiguran la interacción e integración social y la gobernabilidad (Regillo, 1998), reproducen lógicas patriarcales en sus estructuras y funcionamiento. Esto es consistente con los hallazgos encontrados en el estudio diagnóstico en materia de seguridad realizado en Guayaquil (2023), que señala que la violencia criminal funciona como un sistema sostenido por dinámicas de poder, control y miedo, capaz de reorganizar la vida cotidiana, restringir la movilidad y debilitar el tejido comunitario.

Considerando lo anteriormente planteado, puede decirse que esta problemática profundiza brechas de género históricas que ubican en mayor riesgo y vulnerabilidad a las mujeres, niñas, niños y adolescentes; particularmente en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Seguridad ciudadana.

La seguridad ciudadana⁵ se entiende como un enfoque orientado a garantizar que las personas puedan desarrollar su vida cotidiana libre de violencia y amenazas, priorizando la protección de sus derechos y su integridad por encima de una lógica centrada exclusivamente en el control del orden público. Sin embargo, en la gran mayoría de los países de Latinoamérica la tendencia ha sido adoptar un enfoque punitivo, centrado en el control del orden público. Este reduccionismo promueve la estigmatización de poblaciones históricamente vulneradas, a través de prácticas de vigilancia, por ejemplo, la militarización de comunidades; y de una lógica necropolítica⁶, donde ciertas vidas son desprotegidas o consideradas prescindibles dentro del orden social.

En consecuencia, la seguridad ciudadana se vincula con la capacidad estatal de asegurar entornos seguros para la vida cotidiana. Esto, además, involucra la experiencia interna de poder transitar y relacionarse sin miedo. En otras palabras, proporcionar las condiciones de seguridad psicosocial que promueva el bienestar comunitario (CEPAM – G, 2023)

⁵ Según Comisión Interamericana de Derechos Humanos el concepto de seguridad ciudadana es el más adecuado para el abordaje de los problemas de criminalidad y violencia desde una perspectiva de derechos humanos. Este enfoque se centra en mayores niveles de ciudadanía democrática, ubicando a la persona en el centro de las políticas.

⁶ Es un concepto desarrollado por Achille Mbembe, se refiere a las formas en que el poder decide sobre la vida y la muerte, determinando qué vidas son protegidas y cuáles pueden ser expuestas al daño, la violencia o la muerte, a través de prácticas que gestionan la destrucción y desprotección de ciertos cuerpos (Estévez, 2018).

Salud sexual y reproductiva.

La salud sexual y reproductiva constituye un derecho humano que implica el bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad y la reproducción, así como la capacidad de las personas para tomar decisiones libres, informadas y seguras sobre su cuerpo y proyecto de vida. Desde el enfoque de derechos humanos⁷, este derecho exige que los servicios de salud cumplan con criterios de **disponibilidad** (los servicios de salud deben ser suficientes en cantidad), **accesibilidad** (sin discriminación y en condiciones físicas, económicas e informativas adecuadas), **aceptabilidad** (cultural y éticamente respetuosos) y **calidad** (científicamente apropiados y seguros), garantizando que todas las personas puedan acceder a ellos sin discriminación ni obstáculos. En este sentido, la SSR no se limita a la provisión de servicios, sino que involucra condiciones materiales y socioculturales que garanticen su ejercicio efectivo.

⁷ Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). Observación General N.º 14 sobre el derecho a la salud, párr. 12; (2016). Observación General N.º 22 sobre salud sexual y reproductiva. <https://docs.un.org/es/E/C.12/GC/22>

Justicia reproductiva.

Propone un enfoque basado en los derechos humanos que integra los derechos reproductivos con la justicia social, defendiendo el derecho de todas las personas a ejercer autonomía sobre sus cuerpos y decisiones sexuales y reproductivas, sin barreras económicas, raciales o de género. El aborto, como derecho para garantizar la autonomía corporal y la capacidad plena de decidir sobre el propio proyecto de vida, es un tema jurídico, de salud y social que forma parte de una agenda más amplia de justicia reproductiva⁸. Esta agenda **promueve políticas reproductivas que garanticen el acceso a una educación integral de la sexualidad**, métodos anticonceptivos, atención médica de calidad y el reconocimiento real de las intersecciones de discriminación, vulnerabilidad y opresión que afectan a las personas y comunidades.

⁸ Definición tomada del glosario del CEPAM Guayaquil https://cepamgye.org/wp-content/uploads/2025/05/GLOSARIO-Feminista_CEPAMG.pdf

El deber del estado en garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

- El deber del Estado de garantizar los derechos humanos en contextos de violencia criminal implica no solo abstenerse de vulnerarlos, sino adoptar medidas efectivas para prevenir y protegerlos. En el caso del derecho a la SSR, esto supone garantizar la disponibilidad y, especialmente, la accesibilidad a servicios sin discriminación ni obstáculos, removiendo barreras de carácter estructural y social que limitan su ejercicio. En este sentido, la obligación estatal no se restringe a la provisión formal de servicios, sino que exige generar condiciones que permitan su acceso real en contextos atravesados por inseguridad y violencia.

En escenarios de violencia criminal, factores como el miedo, el control territorial y la inseguridad condicionan la movilidad, la toma de decisiones y la interacción con los servicios de salud, afectando de manera diferenciada a las mujeres. La ausencia de medidas estatales orientadas a mitigar estos riesgos y proteger el acceso efectivo a servicios de SSR configura un incumplimiento de sus obligaciones, especialmente cuando no se incorpora un enfoque de género que permita reconocer estas desigualdades. En consecuencia, profundiza las brechas existentes y expone a las mujeres a nuevas formas de vulneración y de riesgo, afectando su autonomía como sujetas de derechos.

3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

- Analizar las principales barreras que enfrentan mujeres para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de criminalidad e inseguridad en la ciudad de Guayaquil, a partir de las experiencias de lideresas comunitarias y personal de salud, así como su impacto en la autonomía de las mujeres y en las condiciones de atención.

Objetivos específicos

- Identificar, desde la mirada de lideresas comunitarias, las barreras estructurales e institucionales, que afectan el acceso de mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Analizar cómo la crisis humanitaria por la alta incidencia de la violencia criminal incide en la autonomía de las mujeres para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, según las experiencias recogidas a lideresas comunitarias.
- Describir las percepciones del personal de salud sobre las barreras que enfrentan las mujeres en el acceso a servicios de SSR.

4 METODOLOGÍA

Enfoque metodológico y epistémico

Este estudio se desarrolló con un enfoque de investigación mixta de tipo secuencial, integrando componentes cuantitativos y cualitativos de forma complementaria. La combinación de ambos métodos permitió triangular información de carácter descriptiva con el análisis de percepciones y experiencias situadas de actores comunitarios y de salud que acompañan de manera directa e indirecta el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. En esta línea, el alcance del estudio es exploratorio y descriptivo. Exploratorio porque se orienta a indagar fenómenos poco visibilizados, como el impacto de la violencia criminal en el acceso a derechos sexuales y reproductivos, desde la experiencia de actores comunitarios; y descriptivo porque busca caracterizar esas barreras y condiciones desde los propios relatos y percepciones de quienes acompañan estos procesos en sus territorio o comunidades.

Desde un marco epistemológico, este estudio se inscribe en un enfoque interpretativo y participativo, basado en los principios de la investigación feminista que reconoce que la producción de conocimiento no es neutral ni estático, sino que es situado atravesado por relaciones de poder (Haraway, 2013), y que según, el contexto y quien lo produce puede

ser una herramienta de poder para cuestionar y transformar las estructuras de poder/ presión. Es decir, se reconoce el valor epistémico de los saberes cotidianos de las/los sujetos que experimentan la realidad a estudiar. Por lo tanto, se consideró las dimensiones políticas, contextuales, emocionales y estructurales que configuran el acceso o negación de los derechos sexuales y reproductivos, a través del conocimiento de lideresas comunitarias y personal de salud.

También se consideró pertinente incorporar al diseño metodológico de este estudio un enfoque informado en el trauma (Campbell et al., 2019; SAMHSA's, 2014), reconociendo que la violencia criminal y las barreras de acceso a la SSR constituyen experiencias adversas y potencialmente traumáticas tanto para las mujeres como para quienes acompañan y brindan atención. Este enfoque orientó la priorización de la seguridad física y emocional de las personas participantes, así como la adopción de medidas para prevenir procesos de revictimización durante la participación en el estudio.

Finalmente, este estudio incorpora un enfoque transformador de género, cuyo propósito es promover preguntas de investigación orientadas a problematizar las normas sociales de género y estructuras sociales de poder que perpetúan la desigualdad de género y violencia basada en género y sexual (CGIAR, 2018; Pispira et al., 2024). En coherencia con esta perspectiva, los hallazgos de este estudio se conciben como un insumo activo de exigibilidad social y política en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Participantes y contexto

La muestra fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, conformada a partir de la disponibilidad y trayectoria de actores sociales que acompañan a nivel comunitario y profesional en temas de SSR en contextos afectados por los altos niveles de criminalidad e inseguridad. Cabe destacar que, se priorizó la participación de aquellas personas cuyas experiencias y conocimientos permitieran comprender las barreras de acceso desde distintas miradas.

En el componente cuantitativo participaron 81 lideresas comunitarias, seleccionadas por su conocimiento del territorio y su rol de acompañamiento a mujeres de sus comunidades. Proviene de sectores urbanos y periurbanos de Guayaquil caracterizados por alta vulnerabilidad social, exposición a dinámicas de violencia e inseguridad, y brechas históricas en el acceso a servicios públicos esenciales. La inclusión de territorios del noroeste (n= 41) y zonas del sur de la ciudad (n= 40), tales como: Monte Sinaí, Socio Vivienda, Bastión Popular, Guasmo Sur, Isla Trinitaria y Trinipuerto, entre otros; permitió contrastar cómo las condiciones territoriales inciden en el acceso a los servicios de SSR.

En el componente cualitativo participaron seis profesionales del personal de salud involucrados en la atención directa de servicios de SSR en establecimientos públicos ubicados en territorios con altos niveles de inseguridad. Su participación permitió explorar, desde una perspectiva institucional, las barreras que afectan el acceso a estos servicios.



Técnicas e instrumentos de recolección de información.

Se emplearon dos técnicas complementarias en coherencia al enfoque mixto de este estudio:

• Encuesta semiestructurada

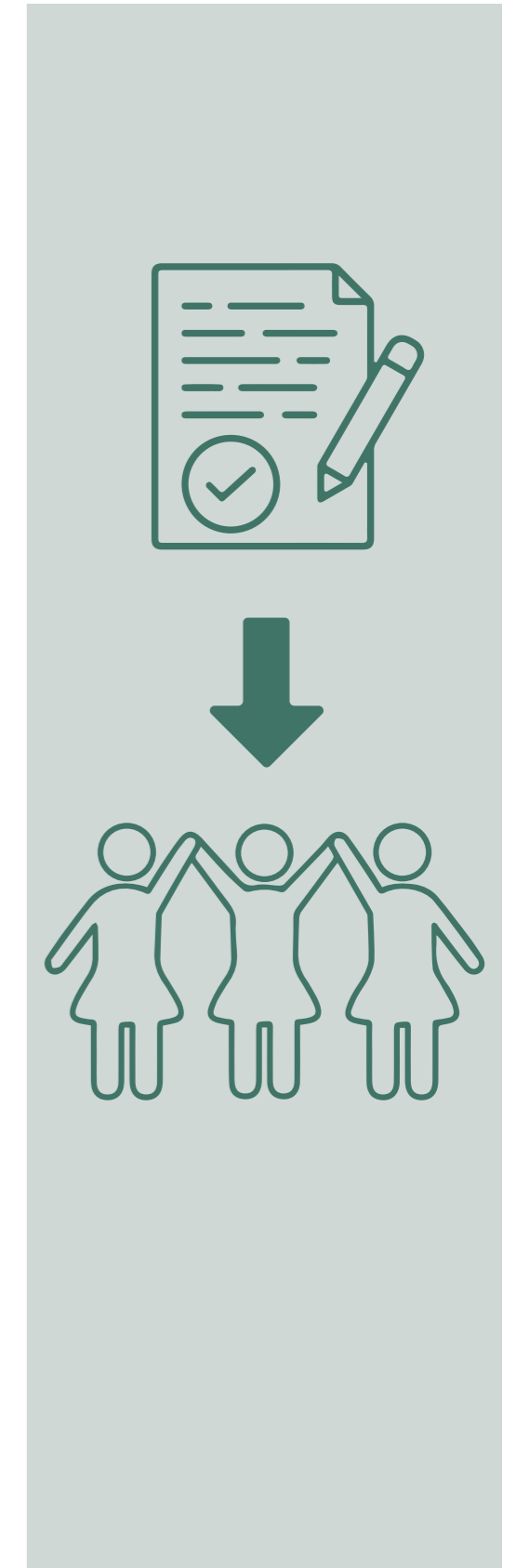
Aplicada en formato en línea a lideresas comunitarias y representantes de organizaciones sociales. El instrumento, validado mediante juicio de expertos, combinó ítems cerrados (tipo Likert, opción múltiple y escala ordinales) con preguntas abiertas orientadas a recoger percepciones, experiencias y propuestas. Abordó los siguientes temas: conocimiento sobre servicios de SSR; barreras de acceso (institucionales y sociales); impacto de la criminalidad; acceso al aborto legal; estigma, objeción de conciencia y respuesta estatal; y propuestas para mejorar el acceso y la seguridad.

• Grupo focal

Realizado con personal de salud de establecimientos ubicados en zonas afectadas por la criminalidad. Permitió explorar de forma colectiva percepciones profesionales, efectos emocionales y condiciones institucionales vinculadas a la atención en SSR. La guía se estructuró en cinco bloques temáticos: contexto de seguridad, impacto de la criminalidad, efecto emocional, aborto legal y propuestas de mejora.

Procedimiento

La recolección de información se desarrolló entre el segundo semestre de 2025 y el primer trimestre de 2026, en coordinación con organizaciones sociales y profesionales de la salud de Guayaquil. Antes de cada participación se obtuvo consentimiento informado, garantizando confidencialidad, voluntariedad y derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. La encuesta a lideresas se aplicó en dos fases sucesivas de levantamiento territorial, utilizando dos modalidades del mismo instrumento. En la primera, se aplicó mediante un formulario digital anónimo, accesible desde dispositivos móviles, cuyo enlace fue distribuido a través de organizaciones sociales en coordinación con el equipo. En la segunda fase, el instrumento se aplicó en formato físico con acompañamiento presencial del equipo facilitador. En ambas modalidades, el equipo estuvo disponible para resolver dudas de comprensión y dificultades operativas, sin interferir en las respuestas.



El grupo focal se desarrolló de forma virtual con las/ los seis profesionales de salud, facilitado por el equipo investigador a partir de la guía estructurada. Para promover un entorno de participación seguro e inclusivo, se utilizó Mentimeter como herramienta complementaria, permitiendo la participación anónima de quienes no se sintieran cómodas/os interviniendo verbalmente. Durante todo el proceso de recolección de la información se priorizó la generación de espacios éticamente seguros. .

Estrategia de análisis de información.

Se implementó una estrategia de análisis secuencial con integración complementaria de los datos. En una primera etapa, se analizaron las respuestas de la encuesta mediante estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes) y análisis inferencial a través del coeficiente de correlación de Spearman (ρ), con un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$, con el propósito de explorar asociaciones entre variables ordinales relevantes del estudio. Las respuestas abiertas se organizaron mediante agrupación temática descriptiva.

En una segunda etapa se realizó un análisis temático del grupo focal con personal de salud, estructurado en torno a los cinco bloques de la guía, con el objetivo de profundizar en las barreras institucionales vinculadas al acceso a servicios de SSR. Los hallazgos del componente cualitativo contribuyeron a profundizar en los datos obtenidos de la encuesta.

Consideraciones éticas

El estudio fue diseñado y ejecutado bajo principios éticos de la investigación social en contextos de vulnerabilidad, incorporando de manera explícita un enfoque feminista y un enfoque informado en trauma, orientado a generar condiciones de seguridad, consentimiento, autonomía y cuidado durante todo el proceso investigativo. En coherencia con estos principios se garantizó: consentimiento informado escrito, con explicación clara de objetivos, alcances y derechos de las personas participantes; protección del anonimato y la confidencialidad, evitando cualquier identificación directa o indirecta; no recolección de información sensible que pudiera implicar exposición; revictimización o riesgo para las participantes, cuidado emocional durante el desarrollo del grupo focal priorizando un ambiente seguro y respetuoso, y utilizando herramientas como Mentimeter para facilitar la participación anónima en caso de incomodidad o temor a la exposición.

5 RESULTADOS

Los resultados se organizan en dos apartados principales: Primero, los hallazgos de la encuesta semiestructurada aplicada a lideresas comunitarias: análisis descriptivo de frecuencias, análisis de asociación entre variables mediante el coeficiente de correlación de Spearman (p), y codificación temática de las preguntas abiertas. Segundo, los hallazgos del grupo focal con personal de salud, a partir de un análisis temático centrado en percepciones profesionales y desafíos institucionales vinculados a la atención en SSR.



Resultados de la encuesta a lideresas comunitarias.

Conocimiento e información sobre servicios salud sexual y reproductiva (SSR).

El 80,0% de las participantes reportó conocer los servicios de SSR; el 13,8% indicó no conocerlos y el 6,20% manifestó no estar segura (figura 1). Al desagregar por territorio aparecen diferencias relevantes (figura 2): en el sur, el 94,59% señaló conocer los servicios; en el noroeste, aunque la mayoría también los reconoce (65,85%), aumenta la proporción que indica no conocerlos (21,95%) o no tener claridad sobre su existencia (12,20%).

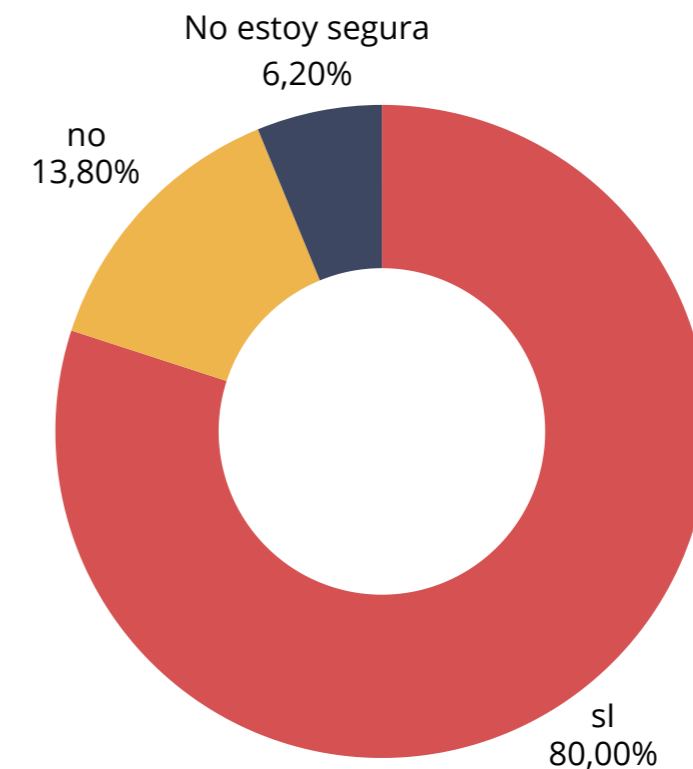


Figura 1: Conocimiento de servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

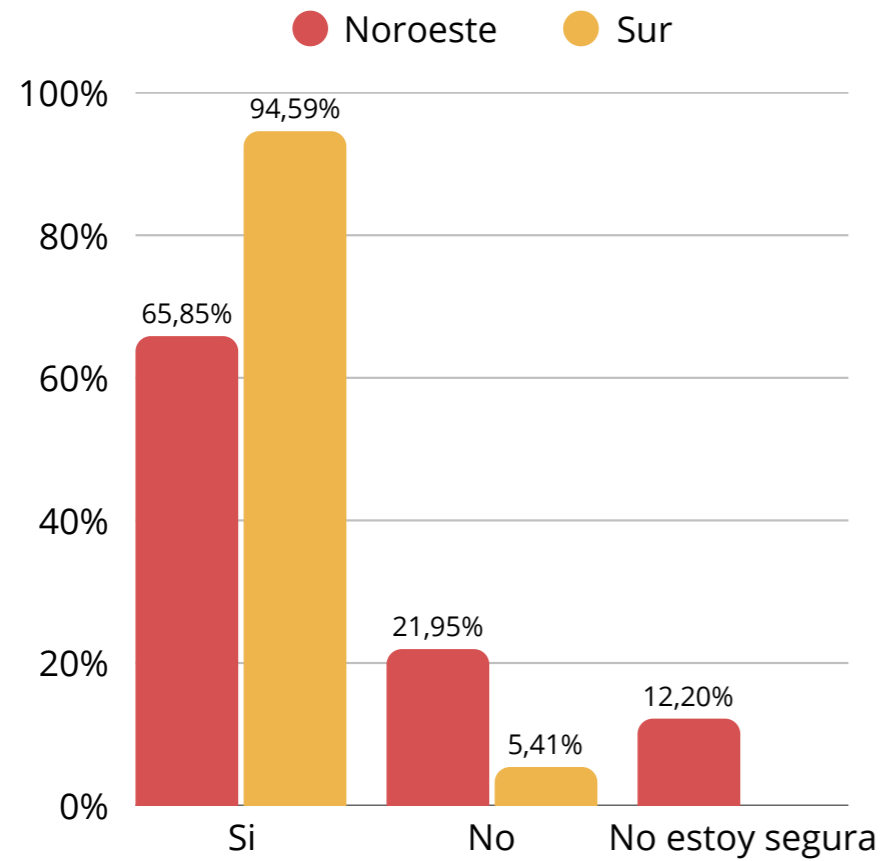


Figura 2: Conocimiento de servicios de Salud Sexual y Reproductiva por territorio.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Respecto a los servicios específicos reconocidos como disponibles (figura 3), en ambos territorios predominó el conocimiento sobre consulta ginecológica (21,95% noroeste; 26,60% sur) y consejería en planificación familiar (19,51% y 16,90%). En el sur destacó un mayor reconocimiento de atención prenatal y posnatal (19,40%), atención psicológica (12,90%) y exámenes ITS/VIH (12,90%). En el noroeste, una proporción importante señaló no conocer ningún servicio (21,95%, frente al 2,40% del sur).

La atención en aborto presentó una visibilidad particularmente baja: 0,0% en el noroeste y 2,40% en el sur. Este último resultado sugiere que, pese a que en el Ecuador el aborto es legal bajo causales específicas, existe una invisibilidad de este servicio que constituye en sí misma una barrera que dificulta acceder a él como parte del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y del cuidado de la salud integral de las mujeres.

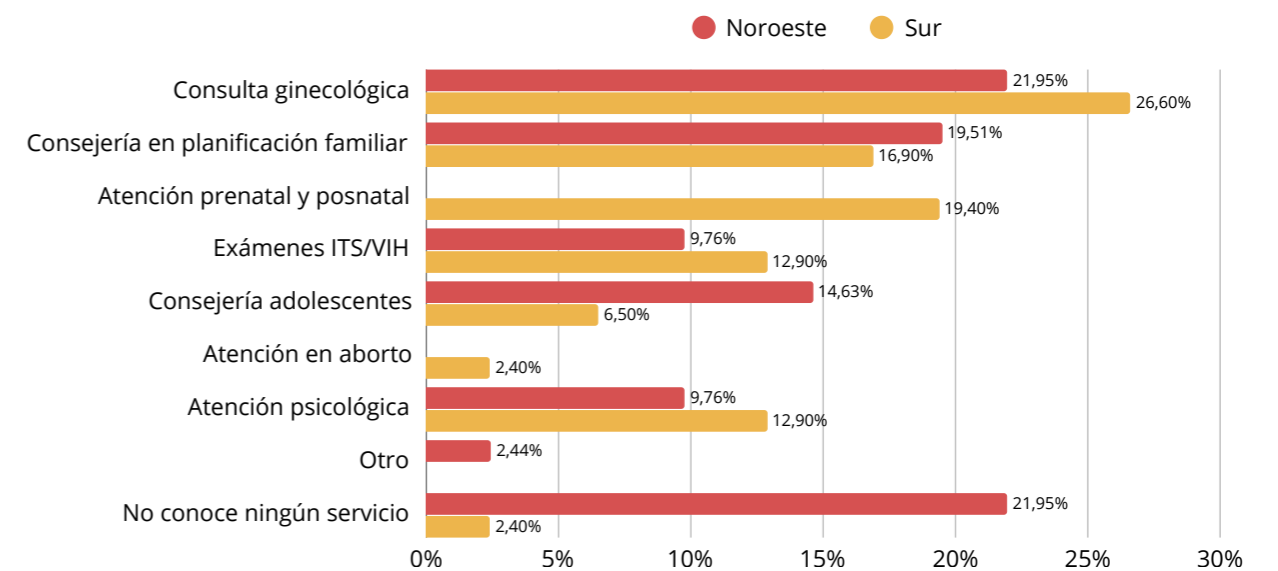


Figura 3: Conocimiento de los tipos de servicios de salud sexual y reproductiva entre las lideresas según territorio.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

En ambos territorios predominó la percepción de acceso limitado a la información sobre los servicios de SSR. En el noroeste, el 41,46% lo calificó como poco accesible, el 17,07% como medio, el 26,83% como accesible y el 9,76% como muy accesible. En el sur, el 32,50% lo calificó como poco accesible, el 22,50% como medio y el 25,00% como accesible. Un hallazgo relevante es que en el sur el 20,0% reportó no tener ningún acceso a información sobre los servicios de SSR en comparación con el noroeste (4,88%). Estos hallazgos evidencian desigualdades territoriales tanto en el conocimiento de la oferta como en el acceso a información clave sobre los servicios disponibles.

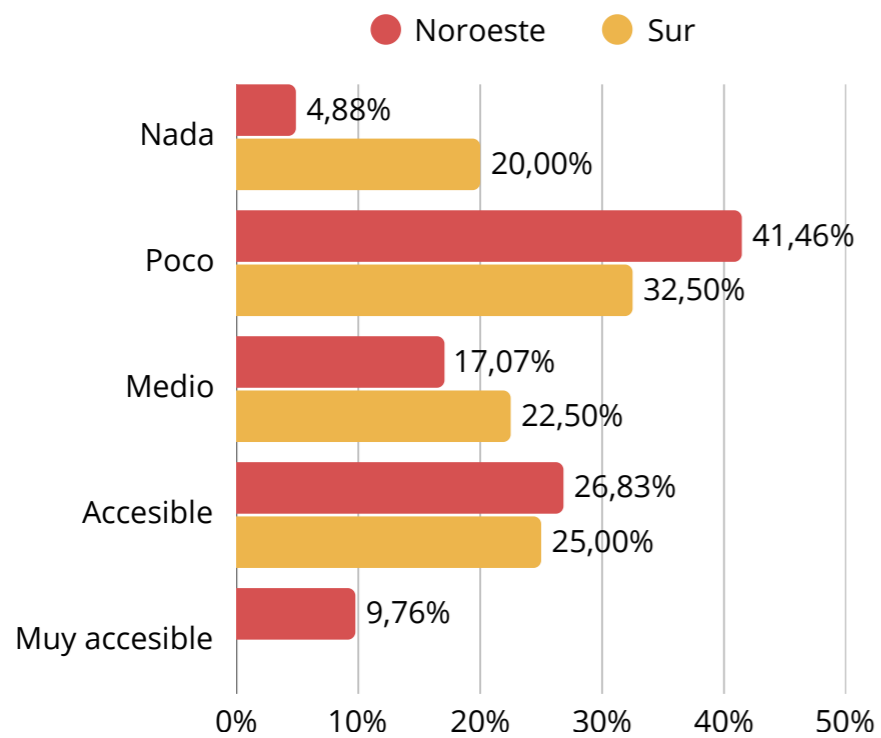


Figura 4: Acceso a la información a los servicios de salud sexual y reproductiva

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Valoración del acceso a los servicios de SSR.

Las participantes califican el acceso a los servicios de SSR con mayor frecuencia como regular (34,9%), seguido de bueno (27,2%); el 18,2% lo calificó como malo y el 14,7% como muy malo. Solo el 5,1% lo consideró muy bueno (figura 5). Por territorio (figura 6) se identifican diferencias marcadas. En el noroeste predomina la valoración regular (46,34%), seguida de buena (29,27%), lo que sugiere una percepción de acceso limitado, pero con ciertos matices. En contraste, en el sur las valoraciones negativas son más marcadas, con un 32,50% que calificó el acceso como malo y un 20% como muy malo, indicando una percepción más crítica sobre las condiciones de acceso.

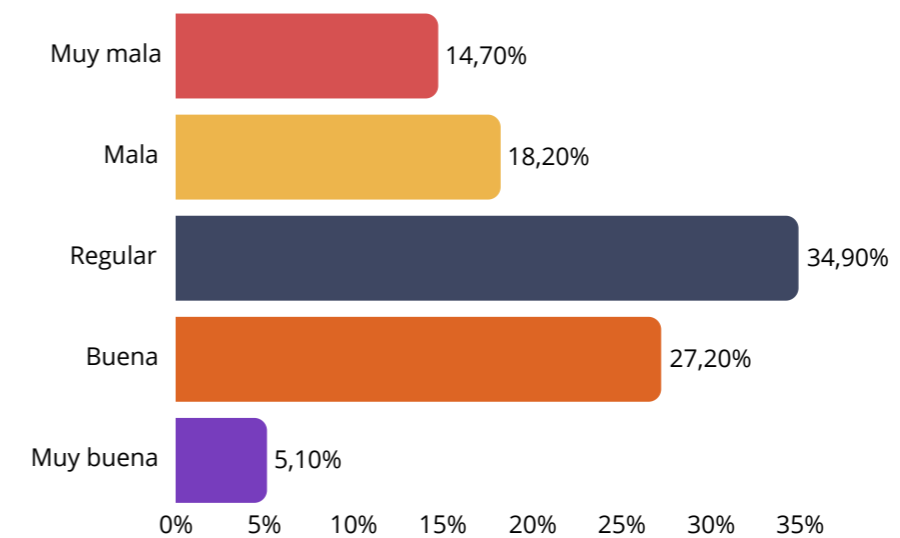


Figura 5: Calificación reportada del acceso a los servicios de SSR

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

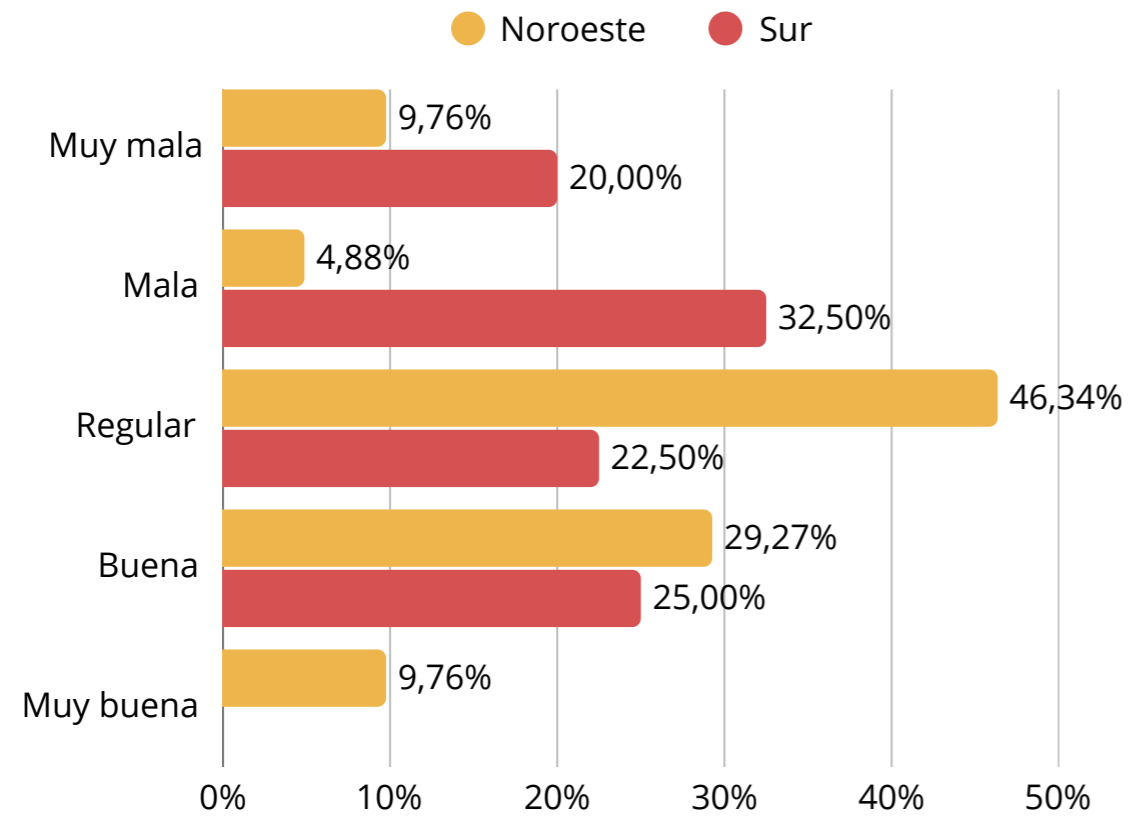


Figura 6: Calificación reportada del acceso a los servicios de SSR por territorio.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a líderes comunitarias (2026).

Factores que explican la percepción del acceso a los servicios de SSR. (análisis cualitativo)

Las líderes comunitarias de ambos territorios identifican tres razones que profundizan en su respuesta sobre la valoración del acceso. Primero, la limitada disponibilidad de información y de espacios educativos en SSR, debido a la ausencia de charlas en las comunidades. Segundo, las dificultades para conseguir citas médicas oportunas por los largos tiempos de espera y la baja disponibilidad de turnos, lo que las obliga a movilizarse a otros sectores. Tercero, la falta de disponibilidad de medicamentos e insumos médicos. Esto pone en evidencia la limitada capacidad de respuesta del sistema de salud y la calidad de los servicios. Estas experiencias se reflejan en respuestas como:

“Las consultas son difíciles de conseguir, no hay medicamento ni seguimiento a las condiciones de salud de las mujeres” (participante del estudio)

“En mi sector, somos nosotras las que debemos movilizarnos a otros sectores para obtener el servicio” (participante del estudio)

Disponibilidad de anticonceptivos.

El 58,2% de las participantes reportó que los anticonceptivos nunca o rara vez están disponibles, evidenciando restricciones persistentes en el acceso oportuno a estos insumos. La situación es más crítica en el sur (76,0%) que en el noroeste (41,0%) (figura 7).

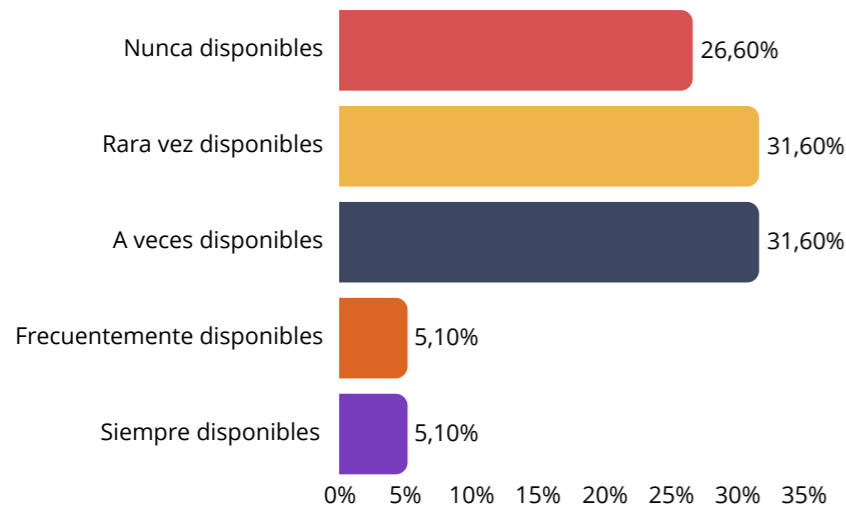


Figura 7: Disponibilidad reportada de métodos anticonceptivos

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Por territorio (figura 8): en el sur, el 42,1% reportó disponibilidad "rara vez" y el 34,2% "nunca". En el noroeste predominó "a veces" (43,9%), seguido de "rara vez" (22,0%) y "nunca" (19,5%). Esto indica que la disponibilidad no se encuentra garantizada de manera sostenida, lo que puede afectar la continuidad del uso y limitar la capacidad de las mujeres para planificar su vida reproductiva de manera autónoma.

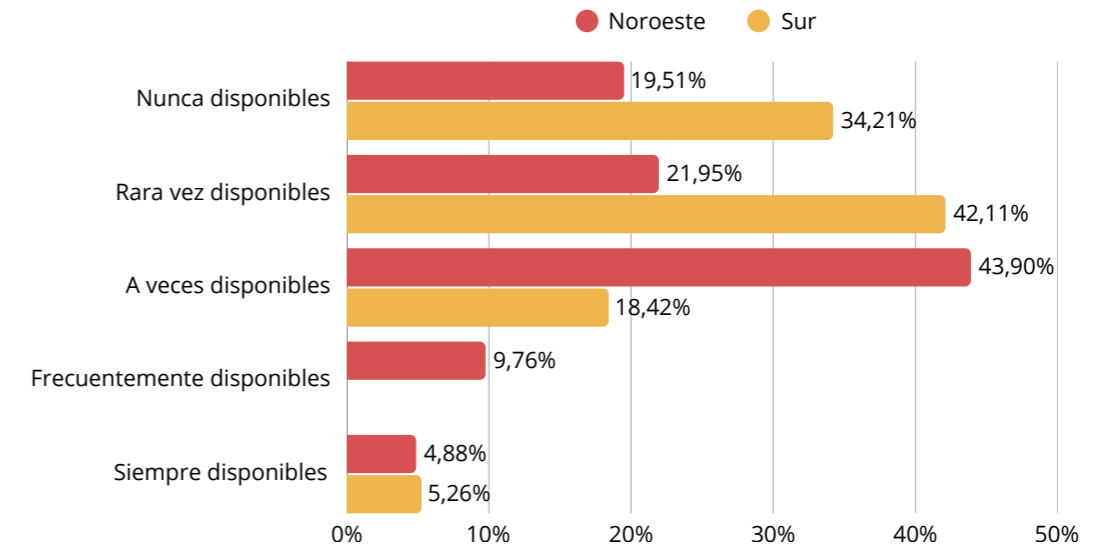


Figura 8: Disponibilidad reportada de métodos anticonceptivos por territorio

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Esta situación es aún más preocupante respecto a la anticoncepción de emergencia. El 73,4% de las participantes reportó no tener acceso o acceso limitado a la píldora del día después (véase figura 9). Por territorio (véase figura 10), en el sur el 89,5% reporta no tener acceso (63,2%) o acceso limitado (26,3%); en el noroeste, esta cifra alcanza el 58,5% (31,7% sin acceso; 26,8% acceso limitado).

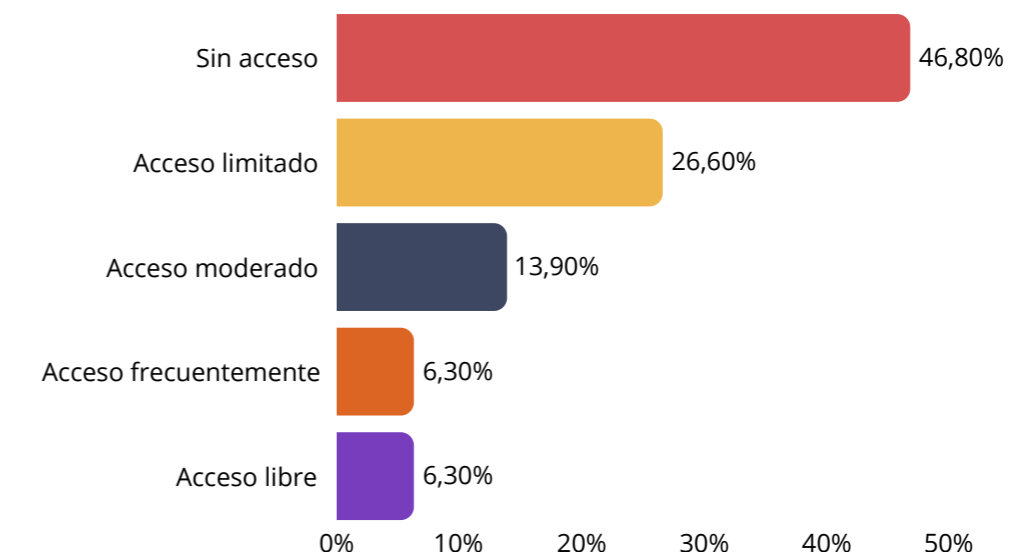


Figura 9: Acceso reportado a la anticoncepción de emergencia (píldora del día después)

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

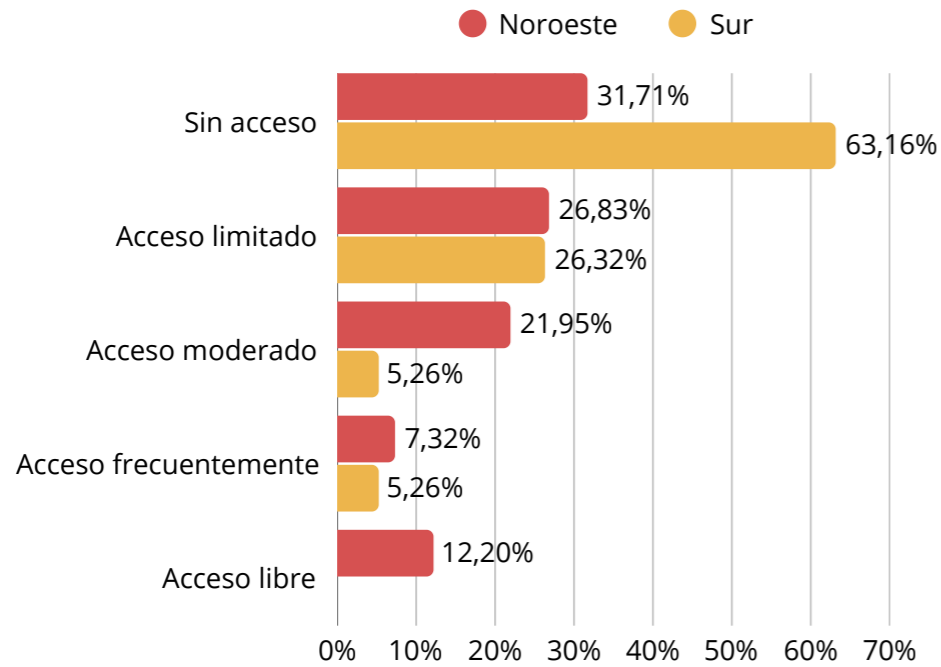


Figura 10: Acceso reportado a la anticoncepción de emergencia por territorio (píldora del día después)

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Cabe destacar que, este hallazgo indica que las mujeres experimentan restricciones en el acceso a un insumo clave para el ejercicio de su autonomía y decisión acerca de su proyecto de vida.



Discriminación y miedo a ser juzgada en el acceso a servicios de SSR.

El 61,4% de las participantes está de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación de que las mujeres enfrentan discriminación al buscar servicios de SSR (figura 11). Por territorio (figura 12), en el sur la cifra asciende al 74,3% (48,7% de acuerdo; 25,6% totalmente de acuerdo); en el noroeste, al 48,8% (36,6% de acuerdo; 12,2% totalmente de acuerdo).

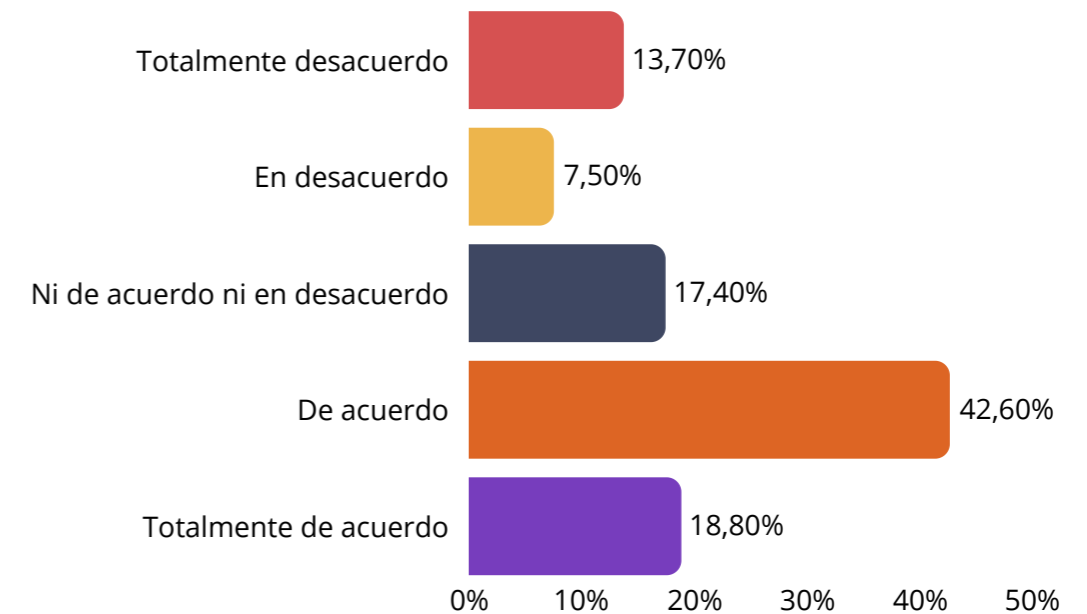


Figura 11: Acuerdo con la afirmación "Las mujeres enfrentan discriminación cuando buscan servicios de SSR"

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

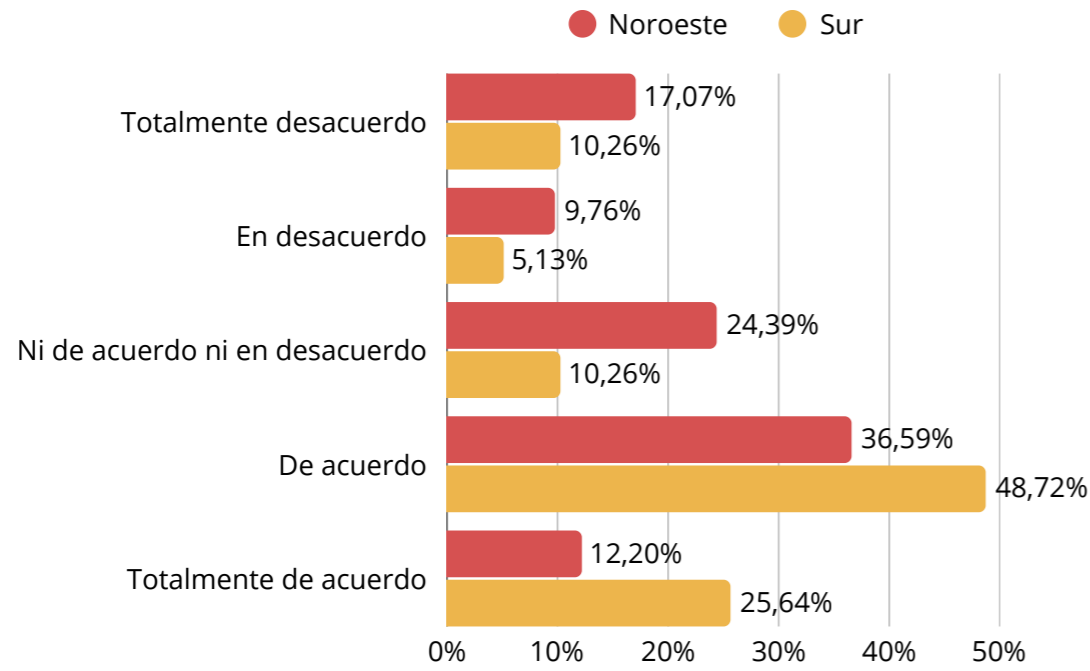


Figura 11: Acuerdo con la afirmación "Las mujeres enfrentan discriminación cuando buscan servicios de SSR"

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

El miedo a ser juzgada se reporta en proporciones aún mayores. A nivel general (figura 13), el 72,8% señaló que ocurre frecuentemente (35,8%) o siempre (37,0%). Por territorio (figura 14), en el sur el 85,0% lo experimenta de forma frecuente.

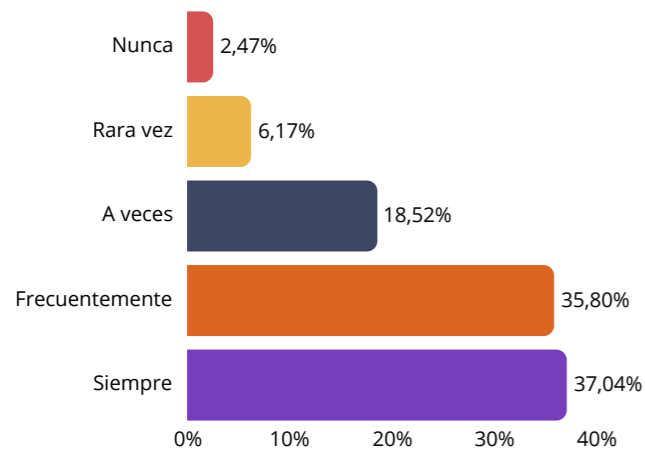


Figura 13: Miedo a ser juzgada en el acceso a servicios de SSR.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

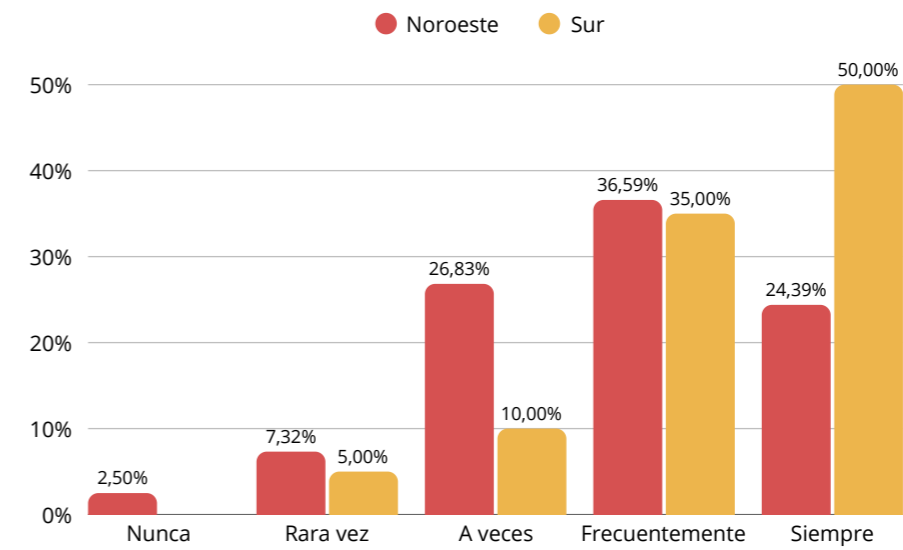


Figura 14: Miedo a ser juzgada en el acceso a servicios de SSR.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Sobre los grupos más afectados, las lideresas señalan que el conjunto de mujeres enfrenta dificultades, pero identifican a las mujeres migrantes como uno de los grupos más vulnerables por barreras de estatus migratorio y de identificación. Algunas respuestas que dan cuenta de esto:

"Las consultas son difíciles de conseguir, no hay medicamento ni seguimiento a las condiciones de salud de las mujeres" (participante del estudio)

"En mi sector, somos nosotras las que debemos movilizarnos a otros sectores para obtener el servicio" (participante del estudio)

Otro grupo mencionado con frecuencia corresponde a adolescentes, niñas, niños y jóvenes, lo que refleja preocupaciones sobre el acceso oportuno a información y servicios adecuados para distintas etapas del ciclo de vida, especialmente cuando existen limitaciones de conocimiento y acompañamiento. Por último, señalan otras condiciones de vulnerabilidad asociadas a factores socioeconómicos, etnia, raza y discapacidad. Esto se expresa en respuestas tales como: "mujeres de bajos recursos", "personas con discapacidad", "migrantes y mujeres que viven en las calles" o "mujeres negras, rurales y migrantes".

Tomando en conjunto estos resultados, dan cuenta que el acceso a SSR afecta a las mujeres de manera diferenciada según los múltiples ejes de vulnerabilidad, exclusión y opresión social que atraviesan sus vidas, lo que profundiza las desigualdades en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.



Foto: Comité Permanente de Derechos Humanos (CDH)

Impacto de la criminalidad en el acceso a SSSR

El 96,3% de las participantes considera que la criminalidad afecta el acceso a los servicios de SSR (figura 15), resultado consistente entre el noroeste (97,56%) y el sur (94,87%), sin diferencias relevantes (figura 16). Este es uno de los hallazgos centrales del estudio.

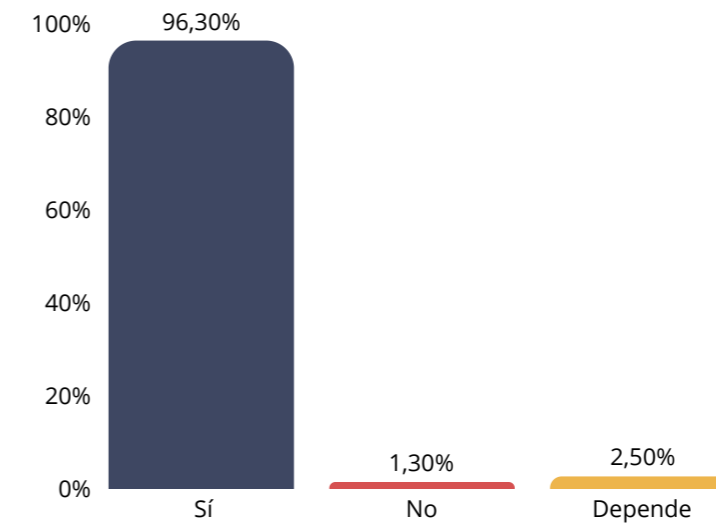


Figura 15: Impacto de la criminalidad en servicios de SSR.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

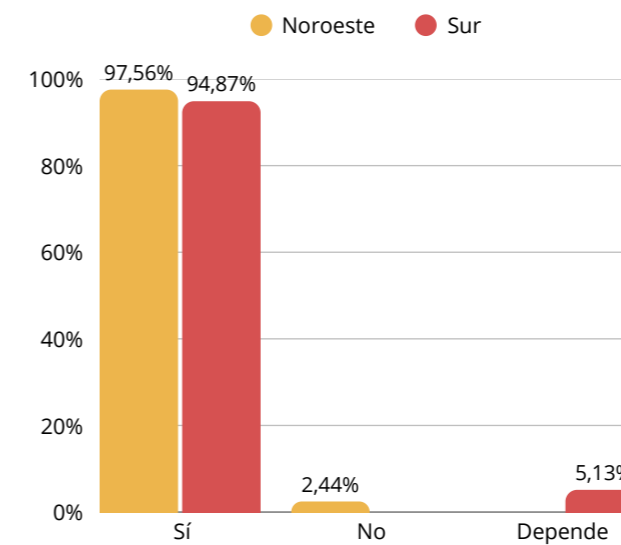


Figura 16: Impacto de la criminalidad en servicios de SSR por territorio.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Es importante resaltar que, este es uno de los hallazgos más relevante de este estudio, ya que indica que la criminalidad es un factor que afecta el acceso a los servicios de SSR. En este sentido, al consultar en las formas en que la criminalidad afecta este acceso, se observan diferencias entre territorios. En el noroeste, reportan con mayor frecuencia el temor a desplazarse hacia los servicios de salud (51,22%). En el sur, además del temor a desplazarse (30,8%), se reportan con mayor frecuencia la presencia de criminalidad en los centros de salud o sus alrededores (23,9%), la desconfianza hacia los servicios (22,2%) y el desplazamiento forzoso (23,1%). Este último también fue reportado en el noroeste (21,95%).

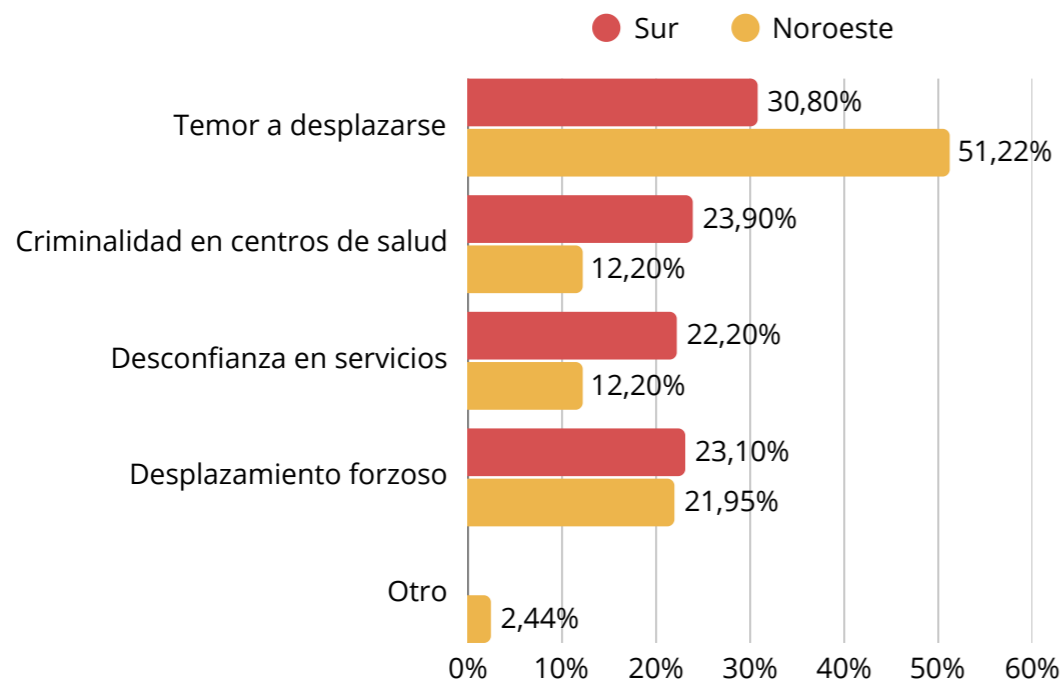


Figura 17: Formas en que la criminalidad afecta el acceso a los servicios de SSR.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Considerando estos resultados, puede sugerirse que el miedo producto de los altos niveles de criminalidad, emergen como una barrera estructural que restringe la movilidad y el acceso efectivo a los servicios de SSR. Esto debido a que afecta las condiciones de seguridad y confianza en el sistema de salud pública. Este resultado es profundizado en las respuestas obtenidas en la pregunta abierta que indagó cómo la criminalidad afecta el acceso a los servicios de SSR, señalando que:

“Muchas no acuden a las consultas por temor”, “prefieren no salir de sus casas” o “dejan de asistir a los centros de salud por miedo” (Algunas respuestas de las participantes del estudio).

Las lideresas señalan también impactos emocionales y psicológicos: las situaciones de criminalidad “afecta a nivel emocional y psicológico” o que las mujeres “temen por su vida y la de su familia”. Esta situación contribuye a que, en algunos casos, se recurra a alternativas como la automedicación o la búsqueda de información en fuentes informales. De manera más compleja, señalan que en contextos donde existen vínculos con actores criminales la autonomía de las mujeres se ve aún más afectada. En este sentido, se menciona que el temor a represalias o a la violencia limita la posibilidad de acudir a los servicios o de realizar consultas relacionadas con métodos anticonceptivos o de salud sexual.

Respuesta institucional y percepción de responsabilidad en el acceso a SSR

Más de la mitad de las participantes (54,3%) considera que estas medidas son nada efectivas, mientras que el 29,6% las califica como poco efectivas. Solo un grupo reducido (3,7%) las consideran efectiva (véase figura 18). Sin embargo, al analizar los resultados por territorio, se observan diferencias importantes (véase figura 19). En el sur, el 73,68% considera que las medidas son nada efectivas. Mientras que, en el noroeste las participantes reportan con mayor frecuencia que son poco efectivas (43,90%), seguida de nada efectivas (36,59%).

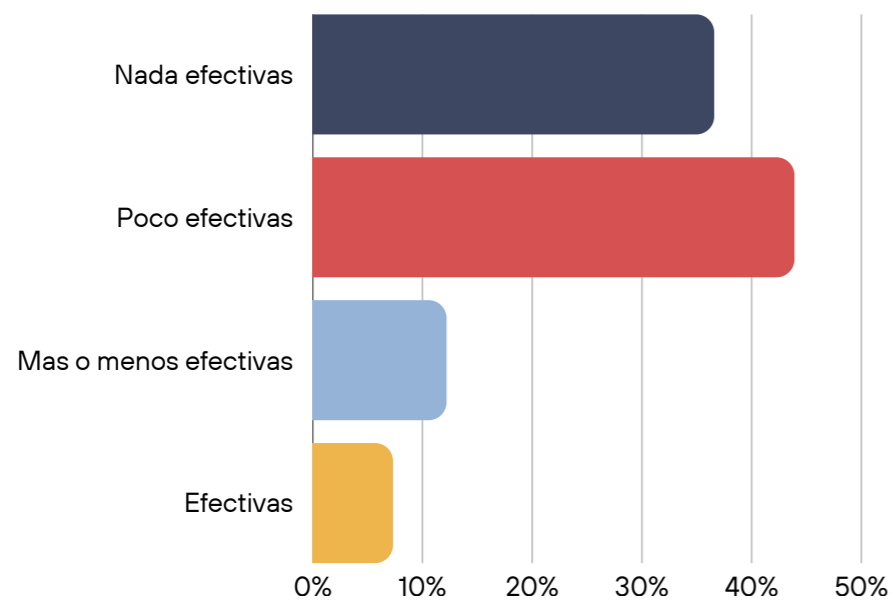


Figura 18: Percepción de la efectividad de las medidas de seguridad en el acceso a servicios de SSR.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

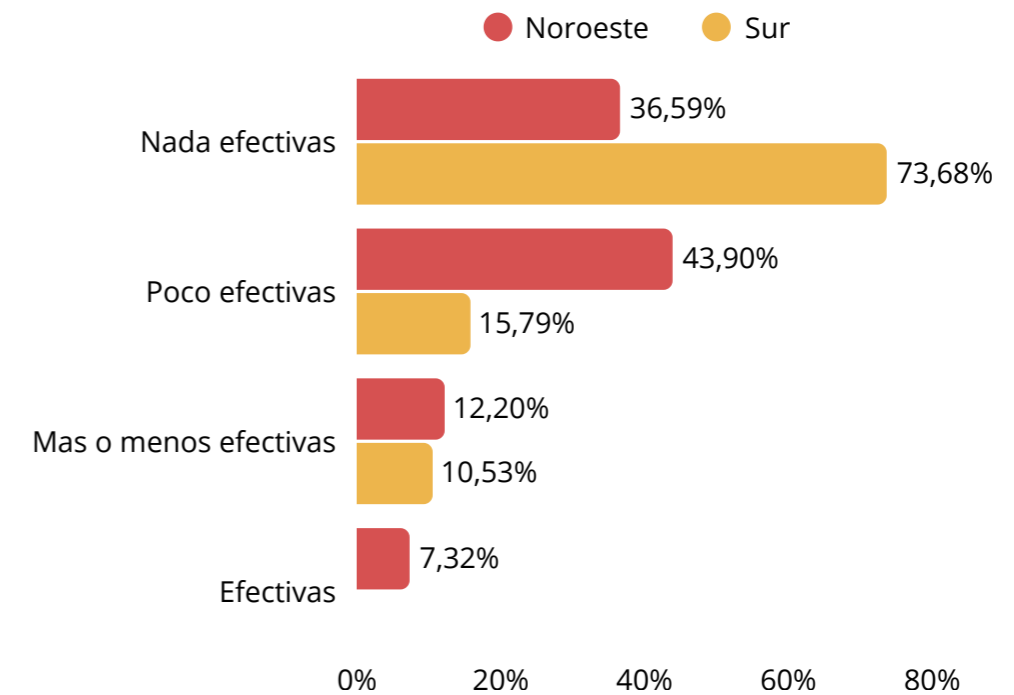


Figura 19: Percepción de la efectividad de las medidas de seguridad en el acceso a servicios de SSR.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Es importante destacar que, estos resultados sugieren una baja confianza en la capacidad del Estado para garantizar las condiciones necesarias para el acceso a servicios esenciales, como los de SSR, en el contexto de criminalidad.

Presencia de situaciones de violencia en servicios de salud.

Es relevante mencionar que la pregunta acerca de la presencia de distintas manifestaciones de violencia no indagó sobre el origen específico de estas situaciones, por lo que se remiten a experiencias identificadas en el entorno de atención en general.

Las lideresas reportan con mayor frecuencia la presencia de violencia criminal, con un 61,1% que indica que ocurre a veces, frecuentemente o siempre, seguido de la violencia obstétrica, reportada en esas mismas categorías por el 60,2% de las participantes. La violencia física también presenta una presencia relevante, con un 55,7% que señala que ocurre rara vez, a veces y frecuentemente; mientras que, la violencia sexual, aunque comparativamente menos reportada, alcanza un 42,9% en estas mismas categorías.

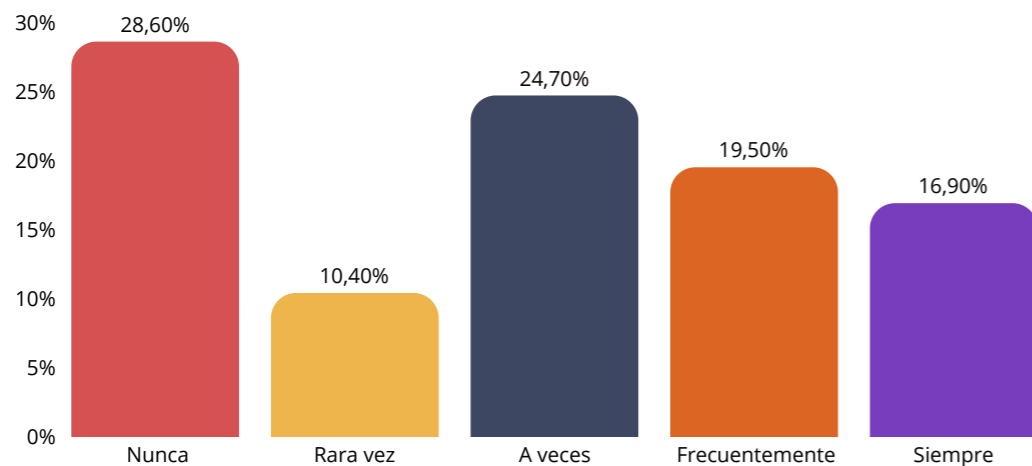


Figura 20: Presencia reportada de violencia criminal en servicios de salud.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

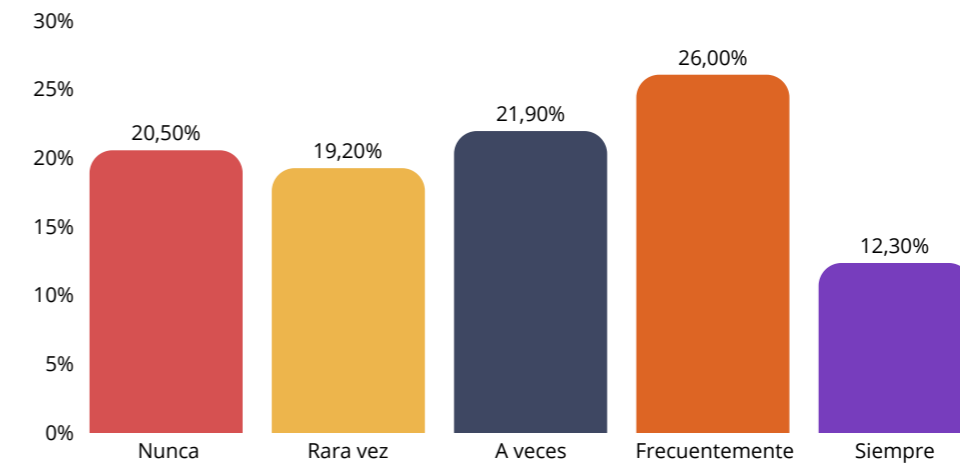


Figura 21: Presencia reportada de violencia obstétrica en servicios de salud.

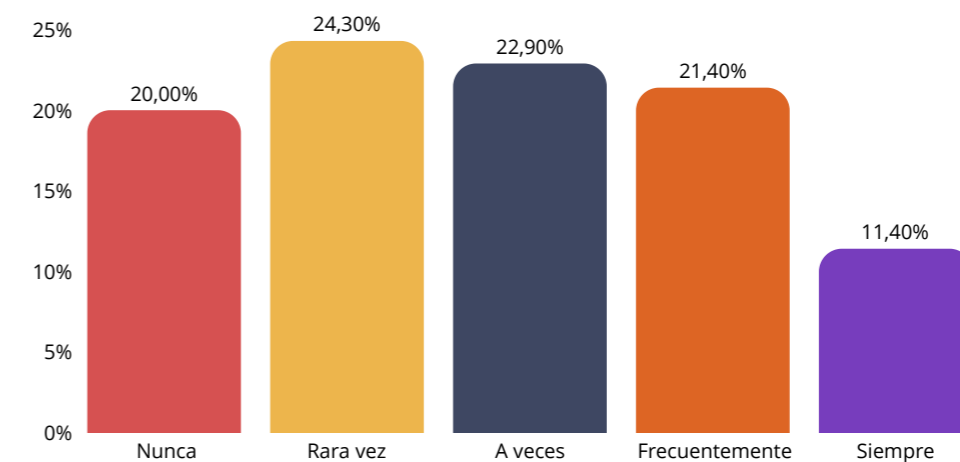


Figura 22: Presencia reportada de violencia física en servicios de salud.

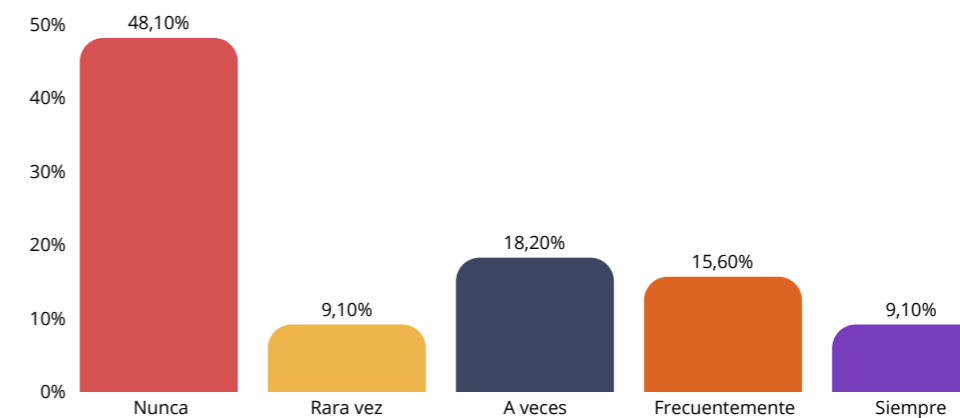


Figura 23: Presencia reportada de violencia sexual en servicios de salud por territorio.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Se observan diferencias según el territorio en el caso de la violencia criminal. En el noroeste, el 58,5% indicó que ocurre a veces, frecuentemente o siempre, mientras que en el sur este porcentaje asciende al 72,2%. En cuanto a la presencia de violencia obstétrica, en el noroeste el 50,0% de las participantes reportó que ocurre frecuentemente o siempre, mientras que en el sur este porcentaje alcanzó también el 50%, aunque con una mayor concentración en la categoría siempre (21,88%) en comparación al noroeste (4,88%).

En relación con la violencia física, en el noroeste, el 56,1% reportó que ocurre a veces, frecuentemente o siempre, mientras que en el sur esta proporción fue del 72,4%, evidenciando una mayor frecuencia reportada en este territorio. La violencia sexual, aunque muestra porcentajes menores en comparación con otros tipos de violencia, continúa siendo una problemática relevante: en el noroeste, el 39,0% señaló que ocurre a veces, frecuentemente o siempre, mientras que en el sur esta proporción alcanza el 47,2%.

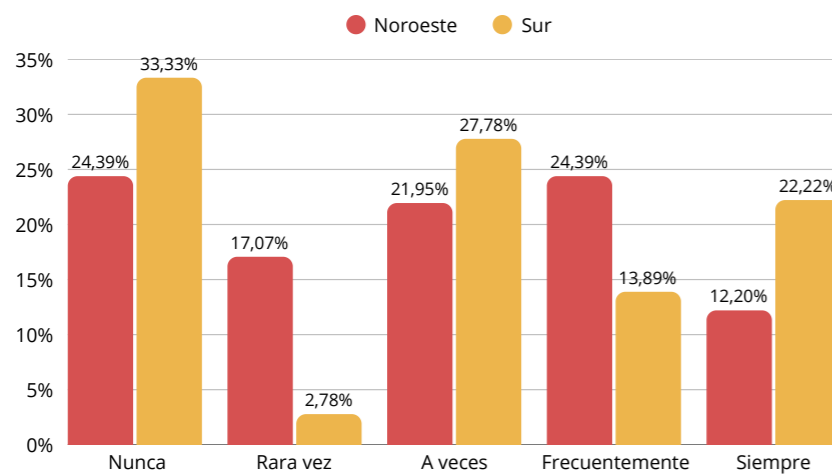


Figura 24: Presencia reportada de violencia criminal en los servicios de salud por territorio.

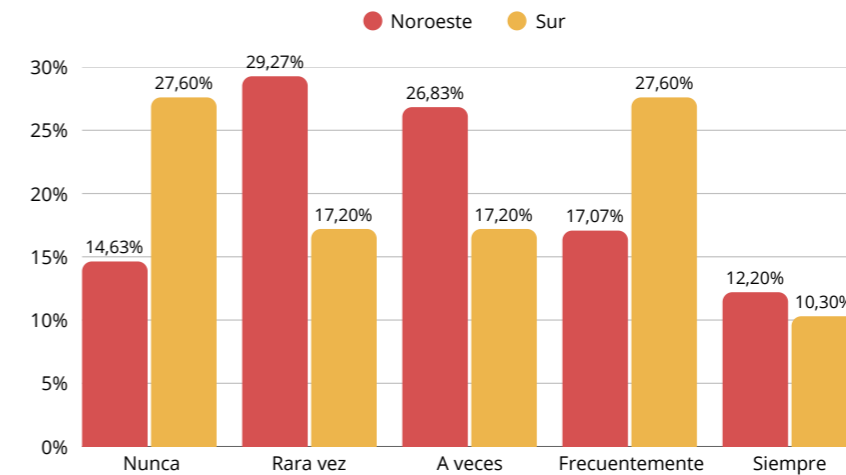


Figura 26: Presencia reportada de violencia física en los servicios de salud por territorio.

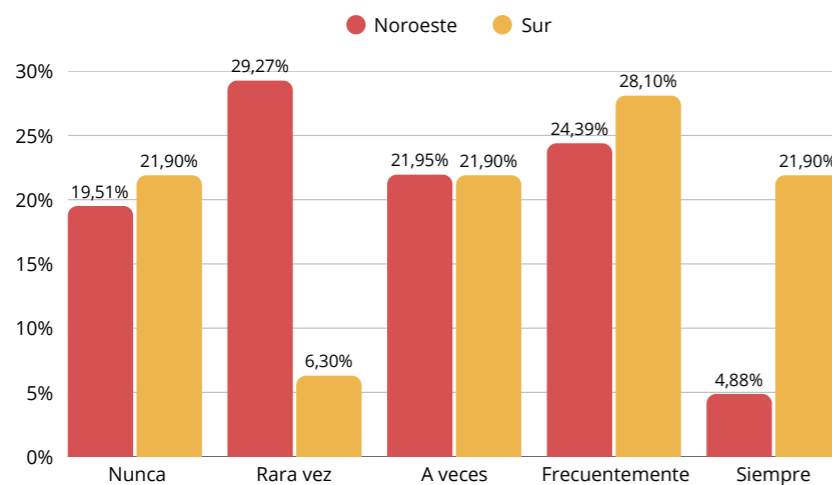


Figura 25: Presencia reportada de violencia obstétrica en los servicios de salud por territorio.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

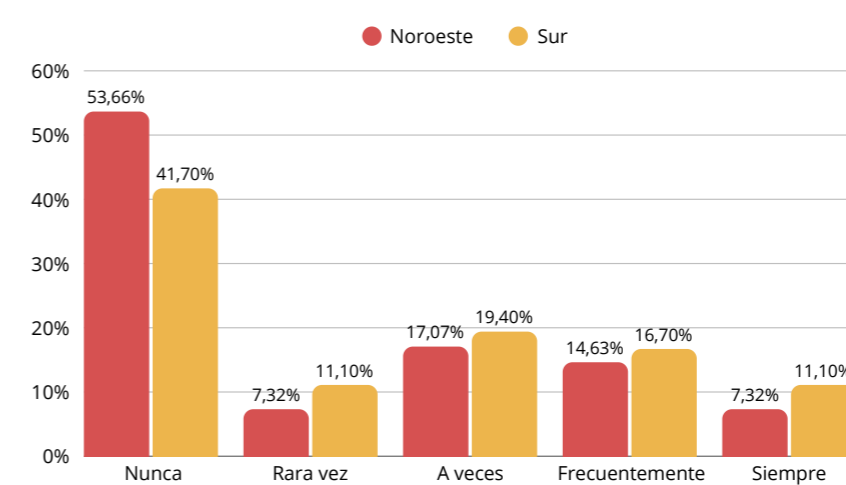


Figura 27: Presencia reportada de violencia sexual en los servicios de salud por territorio.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Estos hallazgos dan cuenta de la coexistencia de múltiples formas de violencia en el entorno de la atención, lo que constituye parte del continuum de violencias que atraviesan los cuerpos y vidas de las mujeres, particularmente en el sur de Guayaquil, donde las cuatro manifestaciones se reportan con mayor frecuencia.

Acceso aborto legal

En relación con los obstáculos para acceder al aborto legal señalados para el acceso al aborto legal, la respuesta más frecuente fue "No estoy segura" (17,8%). Otro de los obstáculos identificados con mayor frecuencia son la falta de consejería (14,9), la objeción de conciencia del personal de salud (14,8%) y la falta de insumos médicos (14,3%). Con menor frecuencia se reportaron la falta de privacidad (10,9%), las dificultades de acceso a los servicios⁹ (8,9%), los problemas de confidencialidad (8,1%), y otros obstáculos (9,5%).

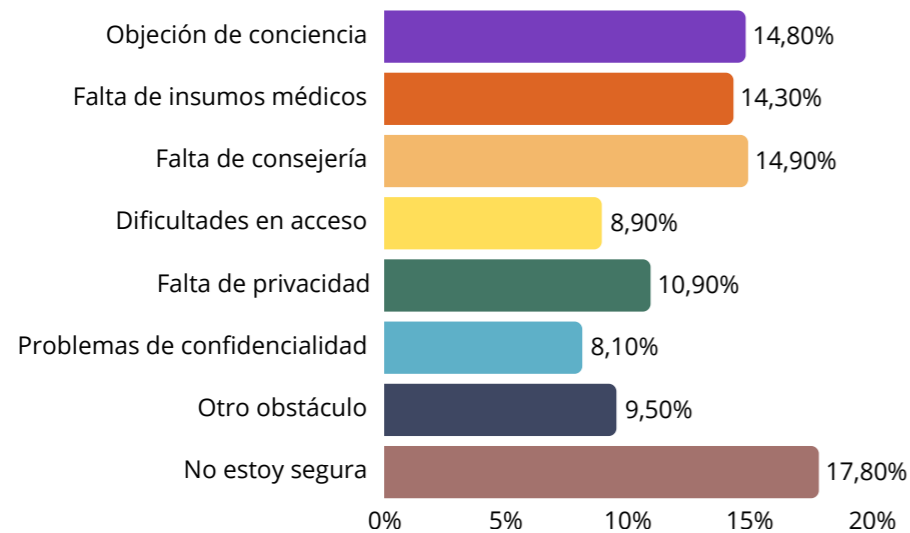


Figura 28: Principales obstáculos reportados para el acceso al aborto legal.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

⁹ Las categorías de obstáculos reportadas operan en distintas dimensiones del marco AAAQ: la objeción de conciencia se inscribe en la dimensión de aceptabilidad, la falta de insumos médicos y la falta de consejería en la de disponibilidad, las dificultades en el acceso refieren específicamente a barreras de accesibilidad física y geográfica (distancia, transporte, horarios), y la falta de privacidad y los problemas de confidencialidad en la dimensión de calidad.

En cuanto a la gravedad de los obstáculos señalados, la gran mayoría de las participantes los calificó como graves (53,9%) o muy graves (19,7%), sumando un 73,6%. Al desagregar los datos por territorio, se observa que las zonas del sur el 88,6% califica estos obstáculos como graves o muy graves, frente al 61% del Noroeste.

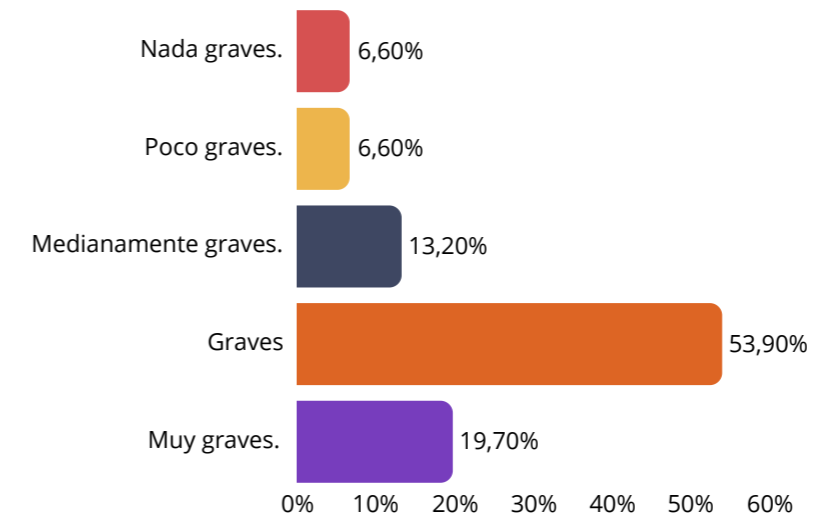


Figura 29: Valoración de la gravedad de los obstáculos al acceso de aborto legal.

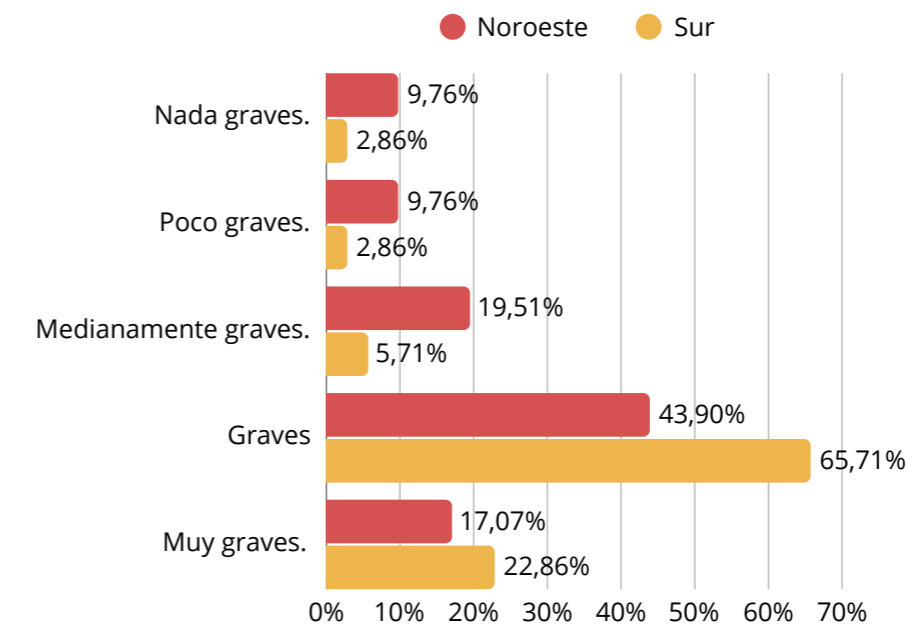


Figura 30: Valoración de la gravedad de los obstáculos al acceso de aborto legal por territorio.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

En cuanto al nivel de acuerdo con la afirmación “las mujeres enfrentan discriminación al solicitar un aborto legal”, el 51,3% manifestó estar de acuerdo (29,5%) o totalmente de acuerdo (21,8%), mientras que el 28,2% expresó algún grado de desacuerdo y el 20,5% se ubicó en una posición neutral. Por territorio se observa un contraste relevante: en el sur, el 64,9% reconoce la existencia de discriminación (37,8% de acuerdo; 27,0% totalmente de acuerdo), mientras que en Noroeste desciende al 39,0% (22,0% de acuerdo; 17,1% totalmente de acuerdo). La posición neutral, en cambio, es considerablemente más alta en noroeste (29,3%) que en Sur (10,8%).

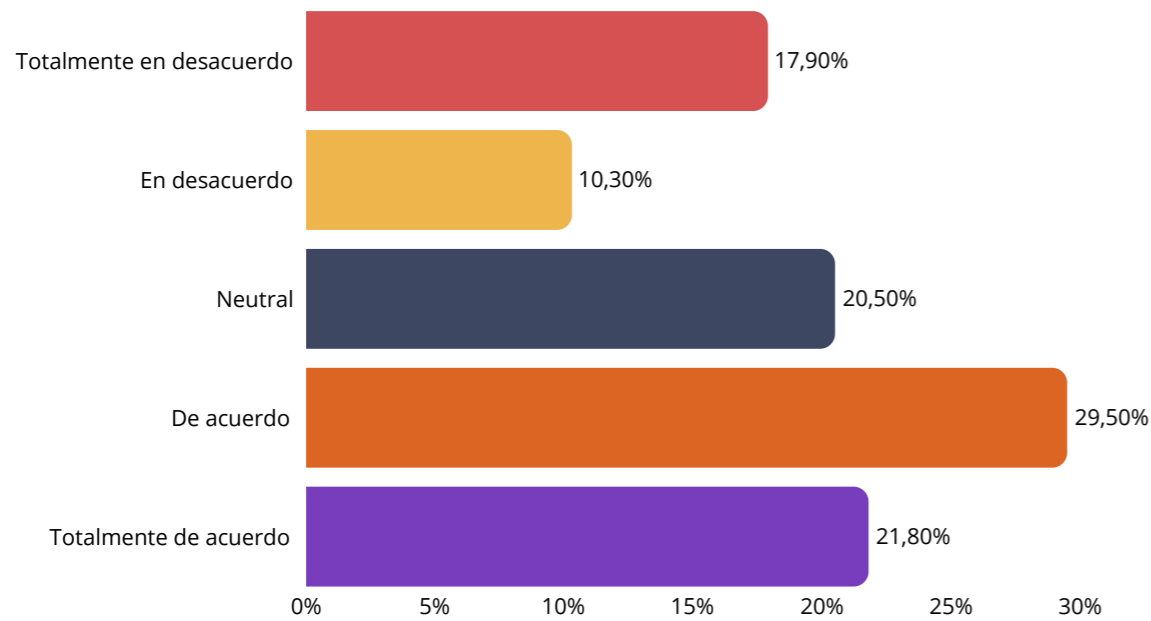


Figura 31: Nivel de acuerdo con la existencia de discriminación en el acceso al aborto legal.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

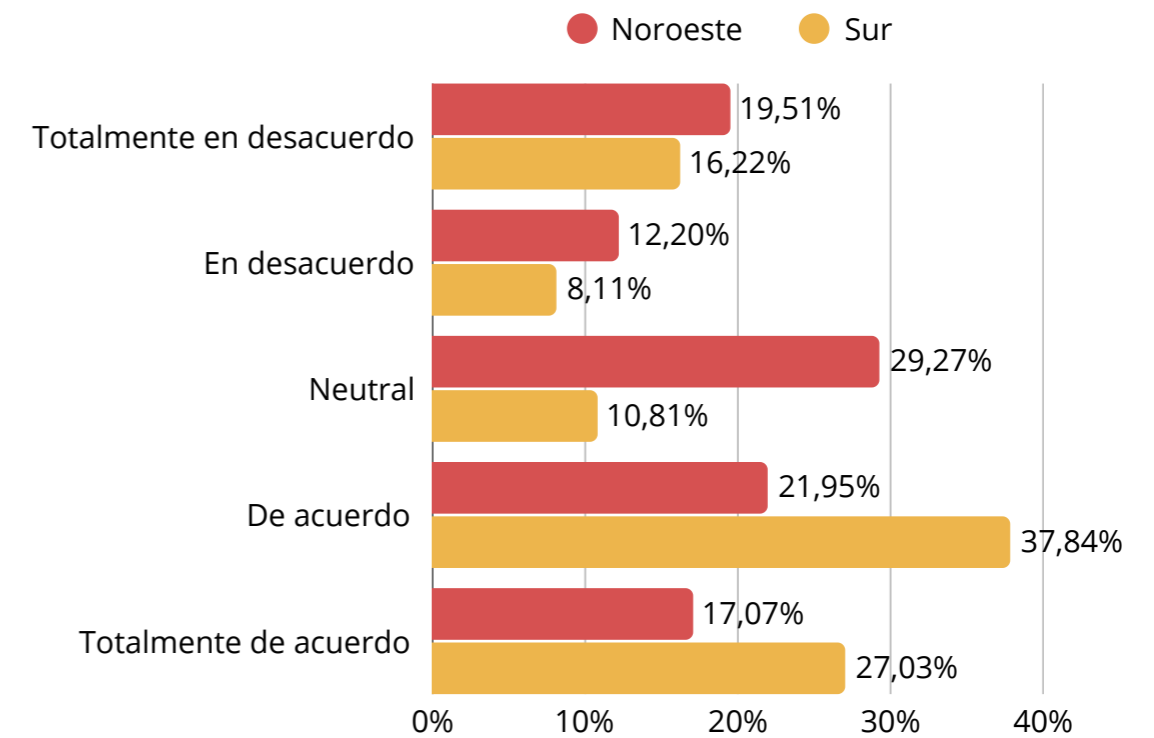


Figura 32: Nivel de acuerdo con la existencia de discriminación en el acceso al aborto legal por territorio.

Nota. Elaboración propia a partir de encuesta aplicada a lideresas comunitarias (2026).

Experiencias reportadas a partir de casos conocidos de aborto

En relación con las experiencias sobre cómo se ha practicado el aborto en los territorios, las respuestas evidencian un limitado conocimiento directo de casos, ya que una proporción importante de las lideresas señala no conocer situaciones específicas o no contar con información al respecto. Sin embargo, entre los casos reportados, se identifican algunas tendencias relevantes. Por un lado, se mencionan experiencias de aborto realizados en el ámbito privado o informal, incluyendo prácticas en el hogar, como "en casa con medicamentos caseros" o "acudieron a hacer sus prácticas en sus casas", así como el uso de fármacos sin acompañamiento médico.

Asimismo, se reportan casos en los que las mujeres recurren a clínicas particulares o redes informales, como se refleja en respuestas como "a una clínica particular" o "amistades". Otras respuestas mencionan: "tomó pastillas para abortar, luego se le complicó y la llevaron a un hospital del Ministerio de Salud Pública" o que "tuvo complicaciones y se dirigió al hospital porque en el centro de salud no le dieron asistencia".

Las experiencias reportadas muestran que el acceso al aborto ocurre, en varios casos, fuera de los canales formales del sistema de salud, o en condiciones que implican riesgos y falta de acompañamiento adecuado. Esto sugiere la existencia de barreras que dificultan el acceso oportuno, seguro y regulado a este servicio en los territorios.

Análisis de asociación entre factores que condicionan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Para examinar la relación entre las principales barreras reportadas por las participantes (n = 81) en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ), adecuado para el análisis de variables ordinales. En la Tabla 1 se presentan las asociaciones que resultaron estadísticamente significativas ($\alpha = .05$).

Asociación examinada	ρ	p	Magnitud
Discriminación percibida – miedo a ser juzgada	.275	.014	Baja a moderada
Gravedad de obstáculos para acceder al aborto legal – discriminación vinculada al acceso: aborto legal.	.310	.006	Moderada

Nota. Coeficiente de correlación de Spearman (ρ); nivel de significancia $\alpha = .05$. Interpretación de magnitud según Cohen (1988).

Tabla 1. Asociaciones estadísticamente significativas entre barreras de acceso a servicios de SSR.

En cuanto a la discriminación percibida y el miedo a ser juzgada, se identificó una asociación positiva, de magnitud baja a moderada ($\rho = .275$; $p = .014$). Las participantes que reportaron mayores experiencias de discriminación al buscar servicios de SSR tendieron a reportar también mayores niveles de temor al juicio o estigmatización. Asimismo, en cuanto a la gravedad de los obstáculos para acceder al aborto legal y la discriminación vinculada a este proceso, se identificó una asociación positiva, de magnitud moderada ($\rho = .310$; $p = .006$). Entre quienes señalaron

mayores dificultades para acceder al servicio, fueron más frecuentes los reportes de discriminación.

Es importante resaltar que ambas asociaciones sugieren que el temor a ser juzgada y la discriminación en el acceso no aparecen como fenómenos aislados en la experiencia de las lideresas comunitarias, sino que tienden a presentarse interconectados como dimensiones del estigma asociado al acceso a los servicios. Esto es particularmente visible en la asociación entre la gravedad de los obstáculos para acceder al aborto y la discriminación, lo que sugiere que el acceso a este servicio no se ve afectado únicamente por barreras formales, sino también por reglas informales, como el juicio y trato discriminatorio, que condicionan la búsqueda de atención.

Análisis temático del grupo focal con personal de salud.

El grupo focal se realizó con personal de salud de centros públicos que brindan servicios de salud sexual y reproductiva en la ciudad de Guayaquil. El espacio permitió recoger percepciones, experiencias y preocupaciones vinculadas al ejercicio profesional en un contexto marcado por altos niveles de violencia criminal e inseguridad. De manera transversal, las y los participantes expresaron una fuerte sensación de vulnerabilidad, desprotección institucional y desgaste emocional, así como la necesidad de no enfrentar estas problemáticas en soledad.

El análisis de la información permitió organizar los hallazgos en seis dimensiones principales: **(1)** seguridad institucional y entorno laboral, **(2)** situaciones de riesgo y amenazas directas, **(3)** impacto de la criminalidad en la atención a las usuarias, **(4)** barreras específicas en la atención del aborto legal, **(5)** impacto emocional en el personal de salud y **(6)** necesidades de apoyo institucional y contención.

Situaciones de riesgo y amenazas directas.

El personal reportó haber experimentado amenazas explícitas, incluyendo panfletos con nombres y apellidos, lo que genera una sensación de persecución y vulnerabilidad personal. Asimismo, registrar casos de violencia sexual o de género implica un riesgo adicional, ya que los agresores suelen estar vinculados a estructuras criminales con capacidad de represalia.

“Cada día, al llegar al trabajo, sentimos ese miedo constante. No solo nosotras, sino también las personas que vienen a atenderse.” (personal de salud participante del estudio)

“Hemos recibido panfletos con amenazas directas, con nuestros nombres y apellidos.” “Registrar casos de violencia es peligroso...” (participante del estudio)

Se mencionaron episodios extremos, como intentos de secuestro de personal de salud para obligarlos a atender personas heridas fuera de los hospitales, especialmente en áreas de emergencia. Estas experiencias refuerzan la percepción de que el ejercicio profesional se desarrolla bajo condiciones de alto riesgo.

Impacto de la criminalidad en la atención a las usuarias

La violencia incide directamente en la relación entre personal de salud y pacientes. Las y los participantes señalaron un clima de desconfianza permanente, en el que incluso se cuestiona la identidad o las intenciones de quienes acuden a consulta. Esta situación afecta la calidad de la atención y la posibilidad de establecer vínculos de confianza.

Asimismo, la inseguridad limita la movilidad de las mujeres, quienes evitan acudir a los centros de salud, lo que repercute en la interrupción de controles médicos, reducción del acceso a métodos anticonceptivos y aumento de embarazos no intencionados. La fragmentación territorial impuesta por los grupos criminales restringe el acceso regular a servicios esenciales.

“El miedo ha crecido tanto que incluso dudamos de quién llega a consulta.”

“Las mujeres ya no reciben métodos anticonceptivos por miedo a salir.”

(personal de salud participante del estudio)

“La inseguridad es la principal razón por la que no vienen.” “El machismo y la religión impiden que muchas reciban atención.”

(participante del estudio)

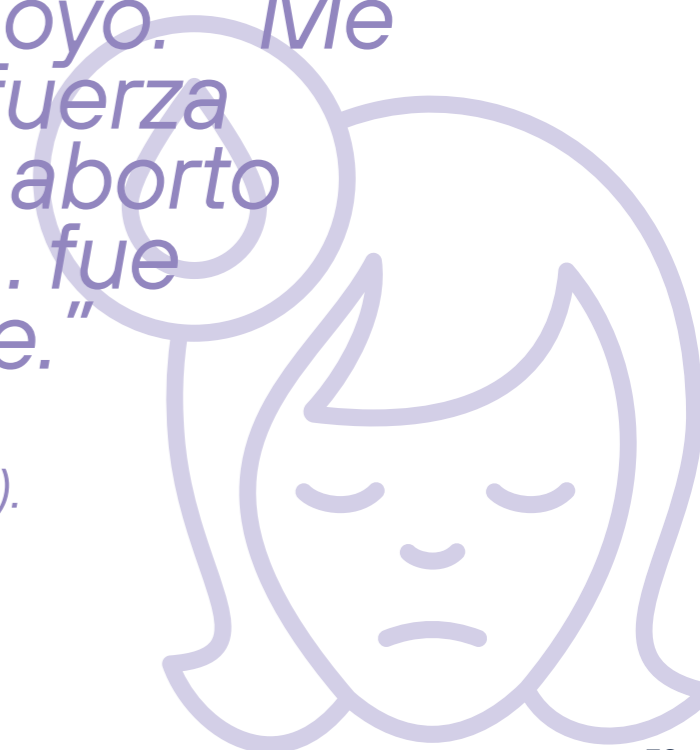
Barreras específicas en la atención del aborto legal

El abordaje del aborto legal se encuentra atravesado por múltiples barreras. Las y los participantes señalaron deficiencias en la aplicación de guías técnicas, escasez de insumos, falta de capacitación y ausencia de protocolos de seguridad. A esto se suman presiones externas, amenazas de familiares y temores a procesos judiciales.

Se relataron situaciones de control y vigilancia extrema sobre las mujeres, como exigencias de esposos privados de libertad para presenciar consultas mediante videollamadas. También se expusieron casos de violencia sexual que derivaron en graves afectaciones psicológicas para las víctimas, evidenciando la necesidad de una atención integral y segura.

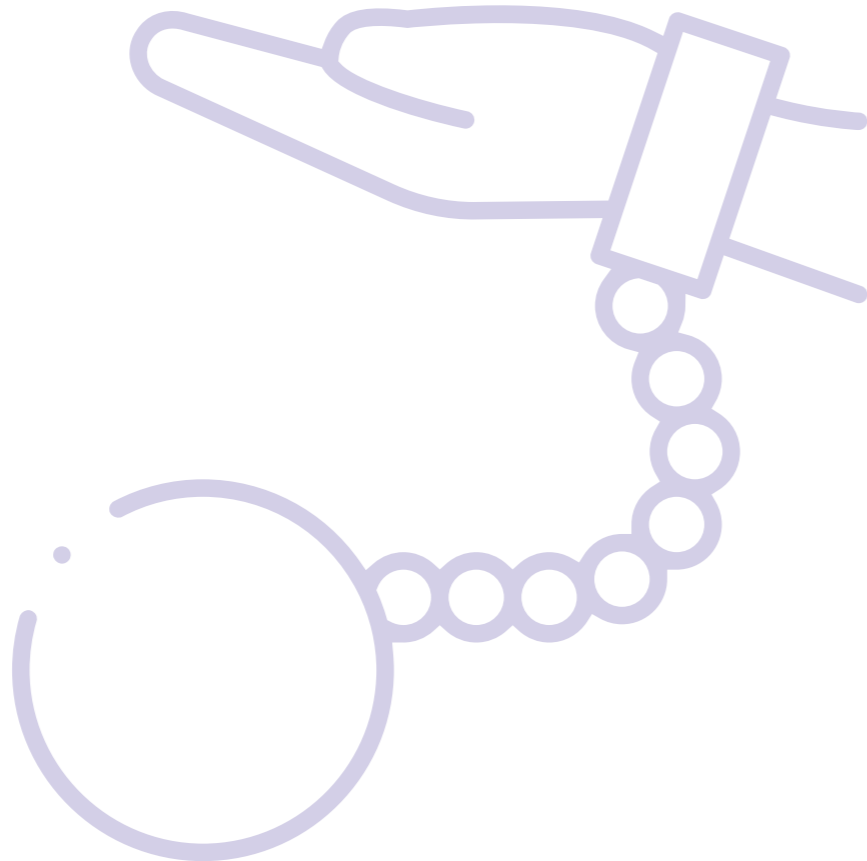
“Falta conocimiento, insumos y apoyo.” “Me llevaron a la fuerza a atender un aborto en una casa... fue traumático.”

(personal de salud participante del estudio).



Impacto emocional y desgaste del personal de salud

El contexto de violencia genera altos niveles de estrés, miedo, indignación y agotamiento emocional. Las y los profesionales describieron una sensación permanente de amenaza que afecta la concentración, la motivación y el sentido de la labor sanitaria. La doble condición de ser cuidadores y potenciales víctimas profundiza el desgaste psicológico. Este impacto emocional no solo compromete el bienestar individual, sino también la sostenibilidad del sistema de atención en contextos de crisis prolongada.



Necesidades de apoyo institucional y espacios de contención.

El grupo focal también funcionó como un espacio de desahogo colectivo. Las personas participantes valoraron la posibilidad de ser escuchadas y de compartir experiencias con colegas. Expresaron la necesidad de contar con acompañamiento psicológico, respaldo institucional, protocolos claros de seguridad y una mayor presencia del Estado en la protección del personal sanitario. La ausencia de respuestas efectivas por parte de las autoridades fue señalada como uno de los factores más críticos, ya que profundiza la sensación de abandono y vulnerabilidad.

A continuación, se presentan algunas de las frases más representativas expresadas por el personal de salud durante el grupo focal, organizadas por temática abordada.



“No hay guardias, no hay protección.” “Las autoridades hacen oídos sordos.”

(personal de salud participante del estudio).

“Vas al trabajo sin saber si vas a regresar.” “Estamos siendo acosados por todos lados. No hay paz.”

(personal de salud participante del estudio).

“La inseguridad y el miedo son lo peor. Pero más grave aún es la indiferencia de las autoridades.”

(personal de salud participante del estudio).

6 DISCUSIÓN INTEGRAL DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS:

la violencia criminal como barrera transversal y la brecha entre el reconocimiento formal y su ejercicio real.

Uno de los principales hallazgos de este estudio es que el 96,3% de las lideresas comunitarias participantes considera que la criminalidad afecta de forma transversal el acceso y la calidad de la atención en los servicios de SSR. Es decir, el contexto de criminalidad reconfigura y profundiza las barreras de acceso a estos servicios. Considerando los hallazgos de este estudio, resulta necesario comprenderlos a la luz de los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAQ, por sus siglas en inglés) desarrollados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Observaciones Generales 14, 2000 y 22, 2016). A continuación, la figura 34 representa cómo la criminalidad atraviesa y reconfigura las cuatro dimensiones del AAAQ, profundizando las barreras de acceso a los servicios de SSR en los territorios estudiados.

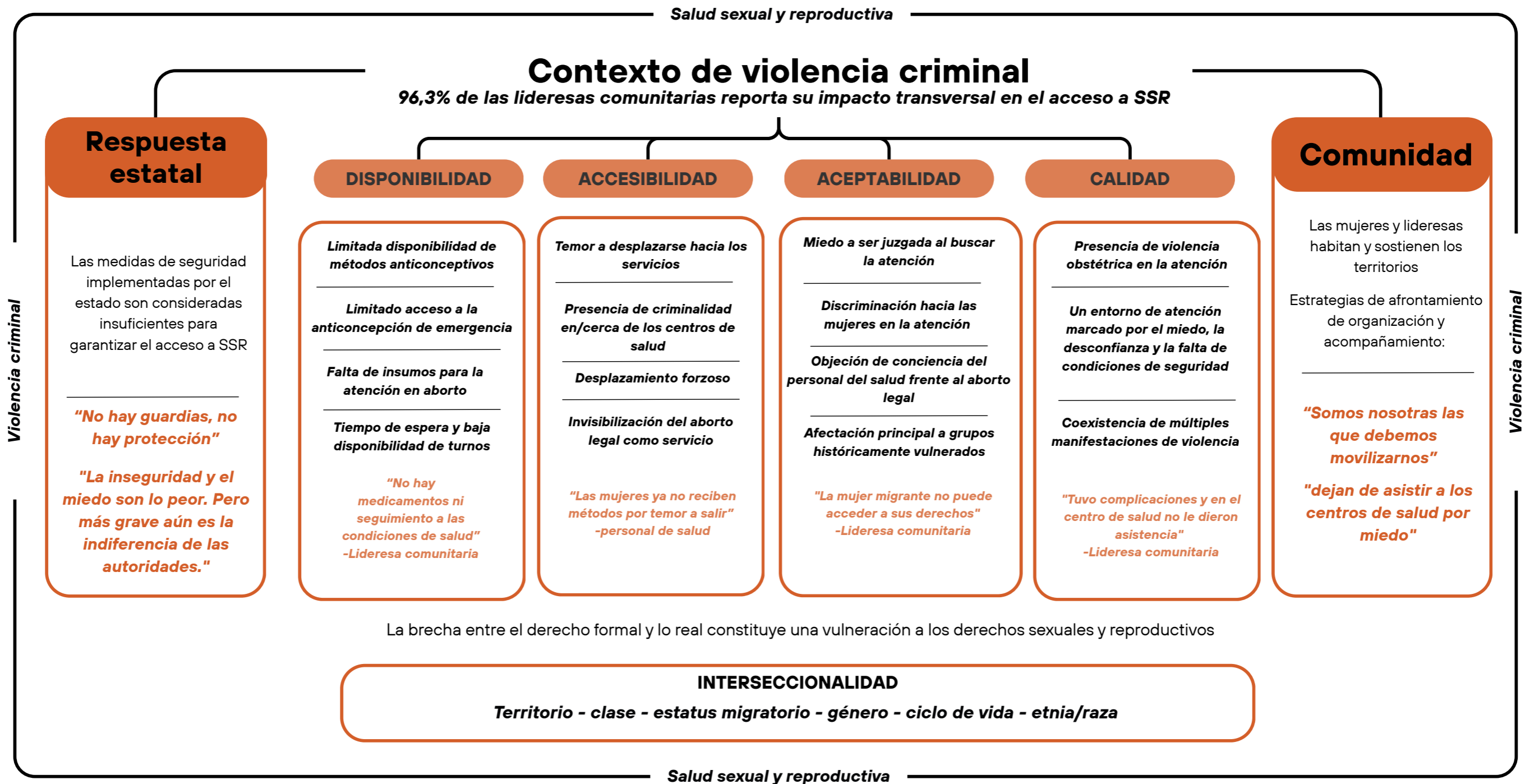


Diagrama 2. La violencia criminal como barrera transversal del acceso a la salud sexual y reproductiva con base a los principales hallazgos encontrados en este estudio.

Nota. Elaboración propia a partir de los resultados del presente estudio. Los hallazgos se sintetizan en el marco de los criterios AAAQ.

Disponibilidad

Este criterio se refiere a la existencia suficiente de establecimientos, servicios, personal capacitado, insumos y medicamentos esenciales necesarios para garantizar una atención integral en salud sexual y reproductiva, incluyendo anticonceptivos, anticoncepción de emergencia y servicios vinculados al aborto legal (CESCR, 2016). Los hallazgos de este estudio señalan una brecha importante en este criterio, ya que las lideresas comunitarias reportan (58%) una falta o limitada disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia (73%). Considerando que estos insumos resultan esenciales para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, resulta preocupante su limitada disponibilidad, ya que impacta negativamente en la prevención de embarazos no intencionados, y limita la capacidad de las mujeres para tomar decisiones oportunas e informadas sobre su salud, afectando así su autonomía y proyecto de vida.

A esto se suma la falta de insumos para la atención del aborto legal, los largos tiempos de espera y la baja disponibilidad de turnos. Esto ha conllevado que las mujeres deban movilizarse a centros de salud alejados de su sector, trasladando así la carga de acceder a los servicios a las propias mujeres. Considerando el alto índice de violencia criminal, esta situación resulta preocupante, ya que no solo implica una afectación al tiempo y dinero para movilizarse a centros de salud más lejanos, sino que también supone una mayor exposición al riesgo de violencia.

Otro aspecto que resulta relevante observar es que la objeción de conciencia del personal de salud es identificada por las lideresas comunitarias como un obstáculo para acceder al aborto legal (15%). Si bien es una decisión individual amparada en el derecho

internacional y nacional, los centros de salud tienen la obligación de garantizar personal alternativo dispuesto a prestar el servicio, de tal manera que la objeción individual no constituya una negación del derecho¹⁰. En consecuencia, cuando los centros de salud no garantizan personal alternativo, la objeción de conciencia afecta la disponibilidad de este servicio.

Por tanto, aunque se cuente con la infraestructura, no está cumpliendo con los requerimientos básicos, ya que el Estado no está garantizando los insumos necesarios para una atención que responda a las necesidades de salud de las mujeres. Resulta importante destacar que, desde una perspectiva histórica, la salud sexual y reproductiva ha sido desplazada de manera sistemática de las prioridades del sistema de salud, siendo tratada como un asunto secundario. Esto responde a un sistema patriarcal que invisibiliza las necesidades de salud específicas de las mujeres.

Accesibilidad

Este criterio implica que los servicios de salud sexual y reproductiva estén al alcance real de todas las personas. Comprende cuatro dimensiones que se relacionan entre sí: (1) la no discriminación: que los servicios estén disponibles sin distinción alguna; (2) la accesibilidad física: una distancia física y geográfica segura para todos; (3) la accesibilidad económica: los costos que no constituyan un impedimento para el acceso; y (4) el acceso a la información: garantizar que las personas cuenten con información veraz, suficiente y comprensible (CESCR, 2016).

¹⁰ En Ecuador, la objeción de conciencia está reconocida en el artículo 66, numeral 12 de la Constitución de la República (2008), con la limitación expresa de que “no podrá menoscabar otros derechos, ni causar daño a las personas o a la naturaleza”. La Ley Orgánica que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Caso de Violación (2022) establece que la objeción es estrictamente personal —no institucional— y que los centros de salud tienen la obligación de garantizar personal alternativo capacitado y disponible para prestar el servicio. Ley publicada en el Registro Oficial Suplemento N° 51 de 29 de abril de 2022, disponible en <https://www.registroficial.gob.ec/>

Considerando lo anterior, otro de los hallazgos principales de este estudio es que la violencia criminal no solo se presenta como una barrera adicional, sino como un factor que reconfigura las condiciones mismas del acceso. El 96,3% de las lideresas comunitarias señalan que la violencia criminal afecta el acceso a los servicios. Esta afectación se expresa de múltiples formas: el temor a desplazarse hacia los servicios, la presencia de criminalidad al interior de los centros de salud, y el desplazamiento forzoso de mujeres fuera de su sector lo que refuerza que el acceso no depende únicamente de la existencia del servicio, sino de la posibilidad real de llegar a él de manera segura.

En otras palabras, las mujeres ya no solo enfrentan únicamente las barreras históricas en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sino que, además, ahora se enfrentan a un entorno permeado por el miedo y la inseguridad que reconfigura su vida cotidiana y el acceso a estos servicios, ya no es solo es: ¿Cómo llego?, sino ¿Es seguro ir? Esto deja en evidencia que el ejercicio del derecho a la salud está dependiendo de la capacidad individual de cada mujer para llegar al servicio que de las garantías del Estado para brindar condiciones reales de acceso seguro y oportuno.

En cuanto a la accesibilidad a la información de los servicios, cerca de la mitad de las lideresas (49%) reporta un acceso bajo o nulo a la información sobre los servicios de SSR. Esta limitación se vuelve aún más evidente respecto a la atención al aborto legal, cuyo reconocimiento como servicio disponible fue muy poco reportado por las lideresas. Este desconocimiento constituye, en sí mismo, una barrera para el acceso, ya que, sin información sobre la existencia del servicio, este queda, en la práctica, fuera del alcance real de las mujeres.

Aceptabilidad

Este criterio implica que los servicios sean cultural y éticamente respetuosos, con especial atención a las cuestiones de género, edad, diversidad y ciclo de vida (CESCR, 2016). En otras palabras, que las mujeres puedan acceder a los servicios sin temor a ser juzgadas o discriminada por su situación/decisiones sexuales y/o reproductivas.

Considerando los resultados de este estudio, este criterio se ve profundamente afectado por el juicio, el estigma y la discriminación. El hecho de que el 91,4% de las lideresas comunitarias señale con mayor frecuencia el miedo a ser juzgada evidencia una barrera de acceso simbólica que, como señala estudios previos acerca del estigma en salud (Nyblade et al., 2019), puede llevar a las mujeres a no consultar, postergar la consulta o buscar alternativas informales. Esto es reforzado por las experiencias de discriminación durante la atención reportada como una experiencia frecuente por las lideresas comunitarias. En coherencia con lo planteado, otro de los hallazgos es que ambos procesos están estrechamente relacionados y se refuerzan mutuamente, ya que las lideresas que reportaron mayor frecuencia de miedo a ser juzgadas también reportan la discriminación como una experiencia recurrente. Esto es aún más visible respecto al aborto legal, donde las lideresas identifican la presencia de discriminación como una barrera específica, evidenciando que el ejercicio de este derecho esta atravesado por el juicio moral, lo que afecta las decisiones de las mujeres sobre su proceso reproductivo.

En conjunto, los hallazgos descritos dan cuenta de la violencia estructural que viven las mujeres, cuyas manifestaciones no siempre son visibles, ya que se construyen en el tejido de las relaciones comunitarias y sociales, produciendo y reproduciendo estereotipo que afectan el acceso y la atención (Sadler et al., 2016).

Calidad

Este criterio comprende que los servicios de SSR sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, prestados por personal capacitado, con equipamiento adecuado y bajo condiciones que aseguren un trato digno y respetuoso (CESCR, 2016). A su vez, cabe mencionar que la OMS (2022) plantea la necesidad de promover una cultura de la seguridad¹¹, ya que un entorno inseguro vulnera la calidad de la atención. En este sentido, los hallazgos de este estudio evidencian afectaciones en la calidad de los servicios, ya que el personal de salud describe un entorno de atención marcado por el miedo, la desconfianza y la falta de condiciones de seguridad. Es decir, no solo las mujeres enfrentan barreras para acudir a los servicios, sino que el propio sistema de salud opera bajo condiciones de riesgo, lo que termina afectando la calidad de la atención y la relación entre personal y usuarias. En consecuencia, la criminalidad no solo representa un obstáculo en el acceso a los servicios de SSR, sino también en las condiciones en las que estos se prestan, dando cuenta de una situación crítica en la que tanto las usuarias como el personal médico se encuentran expuestos a la inseguridad del entorno.

Las manifestaciones de violencias reportadas por las lideresas no son hechos aislados, sino que se inscriben en el continuum de violencias que viven las mujeres a lo largo de su vida y en los distintos contextos que transitan. En este sentido, se identifica con mayor frecuencia la violencia criminal (61,1%) y la violencia obstétrica (60,2%) en el entorno de la atención. Está última constituyendo, además, una forma de violencia institucional ((Sadler et al., 2016) que responde a un

sistema patriarcal que vulnera sistemáticamente los cuerpos, necesidades y vida de las mujeres.

En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que la criminalidad constituye una barrera emergente que problematiza la noción de acceso, profundizando la brecha histórica en el ejercicio pleno del derecho a la salud sexual y reproductiva. Además, cabe mencionar que, desde una mirada interseccional, estos resultados evidencian diferencias marcadas entre las zonas del noroeste y del sur. Este último concentra una mayor afectación, expresada de forma extrema en el acceso a la información (20% sin acceso, frente al 4,88% del noroeste).



¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud de calidad: guía de planificación. Washington, DC: OPS Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325957>

7 CONCLUSIONES

Este estudio pone en evidencia que la violencia criminal opera como una barrera emergente que no se suma simplemente a las dificultades históricas en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Guayaquil, sino que las reconfigura y profundiza, expresándose en la falta o limitada disponibilidad de insumos esenciales y en el continuum de violencias que atraviesa la vida de las mujeres, como la violencia obstétrica.

En su conjunto, los hallazgos interpelan la responsabilidad del Estado de garantizar las condiciones reales para que las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera plena, segura y digna. Esta obligación forma parte de su deber de brindar seguridad ciudadana, entendida no como control represivo enfocado en el orden público, sino como la generación de condiciones que permitan a las personas ejercer sus derechos libres de violencias. A su vez, es imperativo también promover cambios socioculturales, ya que la disponibilidad efectiva del servicio también está condicionada por las creencias y los estigmas que influyen sobre la atención y las decisiones reproductivas de las mujeres.

8 ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Este estudio proporciona evidencia valiosa sobre el acceso a los servicios de SRR en contexto de criminalidad como el que experimenta Ecuador, particularmente la ciudad de Guayaquil, en la actualidad. Los resultados corresponden a un análisis de carácter exploratorio, basado en la información de las lideresas comunitarias, lo que constituye una fuente estratégica de información, ya que recogen experiencias cercanas de las dinámicas cotidianas de acceso a los servicios. Sin embargo, no permite generalizar los hallazgos a toda la población.

En este sentido, los hallazgos presentados brindan una aproximación que aporta elementos para comprender cómo las dinámicas de inseguridad y criminalidad afectan en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como para orientar futuras investigaciones para el diseño de respuestas estatales más integrales.

REFERENCIAS

Aranda, S. M., & Cabrera, J. F. V. (2025). Neoliberalismo, narcotráfico y violencia frente a la tormenta criminal en el Ecuador contemporáneo. *Revista Iuris*, 20(1), 9-33.

Campbell, R., Goodman-Williams, R., & Javorka, M. (2019). A trauma-informed approach to sexual violence research ethics and open science. *Journal of interpersonal violence*, 34(23-24), 4765-4793. <https://doi.org/10.1177/0886260519871530>

CGIAR. (2018). Using research for gender-transformative change: Principles and practice. CGIAR Research Program on Gender. Recuperado a partir de <https://ajws.org/wp-content/uploads/2019/05/Gender-Transformative-Research.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (E/C.12/GC/22). Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and>

Estévez, A. (2018). Biopolítica y necropolítica: ¿constitutivos u opuestos?. *Espiral (Guadalajara)*, 25(73), 9-43.

Haraway, D. (2013). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective 1. In *Women, science, and technology* (pp. 455-472). Routledge

Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., ... & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC medicine*, 17(1), 25.

Palma, R. G. A. (2026). Revisión sistemática sobre la percepción de riesgo frente a la violencia criminal. *Revista InveCom*, 6(4), 4.

Pispira, J., Acosta Buralli, K., Silva, M. L., & Cevalco, J. (2024). Aportes para un enfoque transformador en las pedagogías de género. Una reflexión crítica. *Educación Y Vínculos. Revista De Estudios Interdisciplinarios En Educación*, 29-45. <https://doi.org/10.33255/2591/1760>

Reguillo, R. (1998). Imaginarios globales, miedos locales. La construcción social del miedo en la ciudad. IV Encuentro de la Asociación. <https://rolandoperez.wordpress.com/wp-content/uploads/2009/02/imaginariosglobales-porrossanareguillo1.pdf>

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-55.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado a partir de https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

Valencia Agudelo, G. D., & Cuartas Celis, D. (2023). Incidencia de la violencia y la criminalidad en la calidad de la democracia en América Latina, 2000-2023. *Estudios Políticos*, 66, 9-26. <https://doi.org/10.17533/udea.espo.n66a01>

CEPAM

G U A Y A Q U I L

cepamgye.org



[/cepam.gye](https://www.instagram.com/cepam.gye)