

Violencias basadas en GÉNERO Y SEXUALIDADES

5

BOLETÍN DE FLACSO ECUADOR • SEPTIEMBRE DE 2026

Interrupción voluntaria del embarazo por violación: ¿cómo ha respondido el sistema de salud ecuatoriano?

Presentación

El aborto es legal en Ecuador bajo dos causales: peligro para la salud o la vida de la gestante y embarazo producto de violación hasta las 12 semanas de gestación. En abril de 2022 entró en vigor la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación (LORIVE). Entre 2022 y 2023, la Corte Constitucional, cuyo fallo de abril de 2021 legalizó la interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación (IVE-V) en el país, suspendió la vigencia de artículos sustanciales sobre los requisitos de acceso (la exigencia de una denuncia de violación, de una ecografía para determinar la edad gestacional y del consentimiento de los padres en el caso de niñas y adolescentes) y sobre el alcance de la objeción de conciencia.

En ese contexto de disputa activa y de incertidumbre jurídica, en febrero de 2023 se publicaron los “Lineamientos para la atención integral y acceso efectivo a la interrupción voluntaria

del embarazo por violación”, del Ministerio de Salud Pública. Un sistema de salud que debe operacionalizar un procedimiento cuyo marco legal cambia varias veces en menos de dos años enfrenta una dificultad estructural de partida: no hay un protocolo único y estable sobre el cual construir registros, flujos de atención y capacitación. A tres años de los lineamientos, a cuatro de la LORIVE y a cinco del fallo constitucional, en este boletín analizamos la respuesta del sistema de salud ecuatoriano a la legalización de la IVE-V.

Contenido

- Precisiones sobre la codificación y las limitaciones del registro en Ecuador
- Estrategias metodológicas contra el silencio estadístico
- Egresos hospitalarios por aborto médico del INEC: estabilización de una caída
- El retiro del sector privado en los egresos hospitalarios desde 2022
- El aborto médico, un servicio urbano
- La atención por aborto médico en el MSP: subregistro de la IVE-V y desigualdades territoriales
- Capacidad de atención y objeción de conciencia: barreras en el MSP
- Conclusiones

Línea Violencias y barreras de acceso al aborto por violación

Coordinadora del Observatorio

Ailynn Torres

Coordinadora de la línea

Liudmila Morales

Equipo de investigación

María Eugenia Samaniego

Virginia Villamediana

Ailynn Torres

Estudiante

Ángela Lascano



OBSERVATORIO DE VIOLENCIAS
BASADAS EN GÉNERO
Y SEXUALIDADES

Precisiones sobre la codificación y las limitaciones del registro en Ecuador

Los tipos de aborto corresponden a las categorías definidas mediante los códigos obstétricos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), vigente en Ecuador. Para el análisis presentado en este boletín, se incluyen las siguientes:

- CIE-10 O03, "aborto espontáneo": pérdida de un embarazo sin intervención intencional, antes de que el feto alcance la viabilidad.
- CIE-10 O04, "aborto médico": procedimientos inducidos con respaldo legal o terapéutico. En Ecuador esta categoría agrupa el aborto terapéutico (por riesgo para la vida o la salud de la gestante) y, desde abril de 2022, las IVE-V.
- CIE-10 O05, "otro aborto": categoría residual definida por exclusión, que puede incluir procedimientos inducidos que no encajan claramente en las otras.
- CIE-10 O06, "aborto no especificado": abortos inducidos en los que no hay información adicional que permita clasificarlos en otras categorías. En la práctica aparece en registros donde la persona que codifica sabe o presume que hubo inducción, pero la historia clínica no documenta nada más. Es el código de menor precisión diagnóstica.

Dado que el código CIE-10 O04 agrupa las dos causales de aborto legal, no es posible identificar directamente cuáles de los procedimientos registrados como aborto médico corresponden a IVE-V y cuáles a aborto terapéutico. Esta es una importante limitación del registro estadístico.¹

¹ Nota de agradecimiento: las investigadoras del Observatorio agradecen la colaboración de la doctora María Fernanda Morales, cuyos aportes resultaron clave para descifrar los registros estadísticos.

Estrategias metodológicas contra el silencio estadístico

En este boletín correlacionamos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y del Ministerio de Salud Pública (MSP), obtenidos mediante solicitudes de información pública dirigidas a ambas instituciones. A partir de registros administrativos incompletos y fragmentarios que imposibilitan la determinación directa y exacta de las cifras de interrupción voluntaria del embarazo, usamos la información disponible para reconstruir la respuesta institucional a la implementación del marco normativo y operativo de la IVE-V. Identificamos los "datos ausentes" (D'Ignazio y Klein 2020), los cuales revelan relaciones de poder y violencia invisibilizadas por el registro institucional, y revalorizamos su lectura para la evaluación integral de la política pública sobre IVE-V en el país.

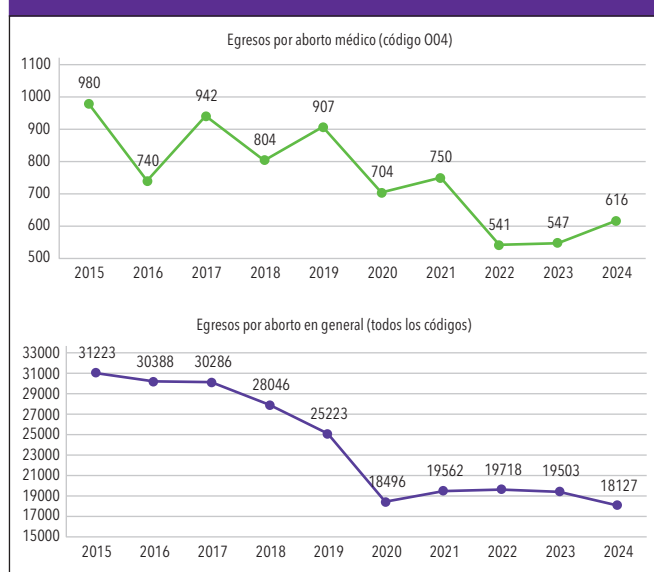
Dado que el marco regulatorio y de registro de la IVE-V se estableció en 2022, el periodo de implementación es corto. Esto limita el alcance longitudinal de la evaluación, pero confirma la necesidad de identificar las tendencias observadas en un proceso que aún se está consolidando, clave para establecer cursos de acción institucionales.

Con ese objetivo, en este boletín contemplamos dos dimensiones analíticas principales. La primera son las tendencias en los egresos hospitalarios por aborto médico, según los datos del INEC durante el decenio 2015-2024 y en el período acotado que va de 2022 a 2024, último año disponible en esa fuente. Identificamos dos tendencias: 1) el sector privado se retira del registro de abortos médicos y 2) la profunda brecha urbano-rural en el acceso al procedimiento. La segunda dimensión analítica es el funcionamiento del MSP, proveedor principal del aborto médico, desde 2022 hasta 2025, último año disponible en esa fuente. Profundizamos en el registro de solicitudes de IVE-V, en las tendencias de la atención al aborto médico por emergencias y consulta externa, en las brechas de la capacidad de atención efectiva (que incluye las capacitaciones y la objeción de conciencia), y en las pronunciadas desigualdades territoriales que se observan en la respuesta del sistema de salud.

Egresos hospitalarios por aborto médico del INEC: estabilización de una caída

En 2022, los egresos hospitalarios registrados por el INEC bajo el código de aborto médico (O04), que incluye la IVE-V desde su legalización, alcanzaron el mínimo del periodo 2015-2024, al descender de 750 casos en 2021 a 541 en 2022. En el segundo año de la LORIVE (2023), el aborto médico tuvo un crecimiento mínimo (seis casos más), que se aceleró en 2024 cuando se registraron 69 egresos más que en el año anterior, para un total de 616 (gráfico 1).

Gráfico 1. Egresos por aborto médico y abortos en general (2015-2024)



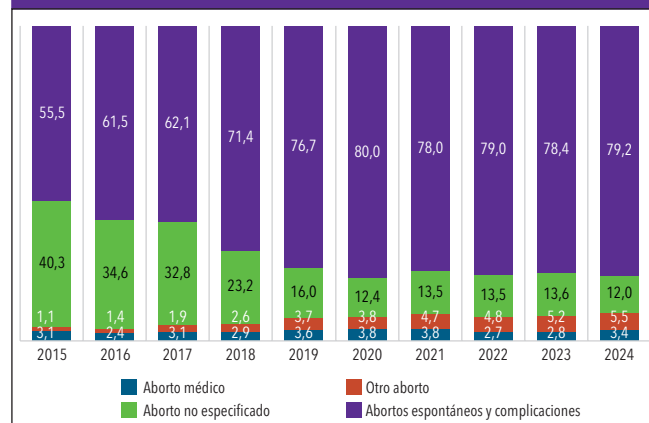
Elaborado por el Observatorio a partir de información del INEC.

El crecimiento en los egresos hospitalarios por aborto médico registrados por el INEC desde la entrada en vigor de la LORIVE, si bien se limita a un 13,86 %, no debe subestimarse, puesto que representa un cambio de tendencia. De 2015 a 2021 se observaba un decrecimiento a largo plazo, con una gran variabilidad anual y repuntes en algunos años. Desde 2022 las cifras se estabilizan al alza. Por primera vez desde 2015 se registraron dos años consecutivos con aumentos, aunque se trata del crecimiento más discreto de todo el periodo.

El cambio de tendencia en los datos sobre el aborto médico es aún más claro al contrastarlo con el comportamiento de todos los tipos de aborto, cuya tendencia entre 2015 y 2024 fue al descenso, con su punto más bajo en ese último año. Así, mientras los egresos hospitalarios por abortos en general continuaron disminuyendo desde 2022, los egresos por aborto médico comenzaron a aumentar.

Ahora bien, el crecimiento en las cifras de aborto médico puede reflejar tanto un mayor acceso al servicio como un mejor registro de procedimientos que antes se codificaban bajo otras categorías. En Ecuador, la mejora del registro estadístico de abortos es un proceso que antecede a la legalización de la IVE-V. De 2015 a 2020, la categoría de registro más imprecisa (aborto no especificado, O06) descendió drásticamente en los egresos hospitalarios registrados por el INEC: de 40,28 % a 12,40 %. Esto equivale a una reducción del 69,2 % en cinco años. De forma casi paralela, el registro de abortos espontáneos y complicaciones aumentó de 55,46 % a 80,01 % (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución porcentual de los tipos de aborto en egresos hospitalarios (2015-2024)



Elaborado por el Observatorio a partir de información del INEC.

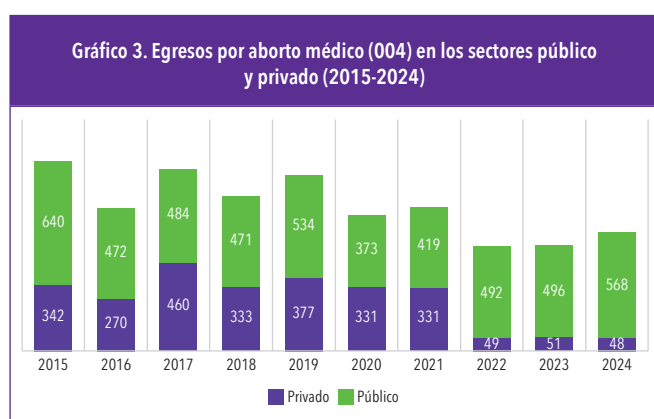
El registro del aborto médico (O04) también mejoró antes de la aprobación de la LORIVE. Desde 2015, la brecha con las dos categorías imprecisas (O05, otro aborto, y O06, aborto no especificado) se venía cerrando de forma sostenida. En 2020 hubo 4,3 egresos imprecisos por cada egreso por aborto médico, la brecha más pequeña de toda la serie.

En 2022, primer año de vigencia de la LORIVE, la brecha se amplió a 6,7 egresos imprecisos por cada aborto médico (frente a 4,7 en 2021) y se mantuvo en ese nivel en 2023. En 2024 se redujo a 5,1 por cada uno, un cierre explicado sobre todo por una caída del aborto no especificado (de 13,6 % a 12 %), que rompió la meseta que esta categoría mantenía desde 2020. Sin registro de los abortos médicos por causales no es posible establecer qué parte de este movimiento corresponde a las IVE-V. Además, el crecimiento en los registros de egresos hospitalarios por aborto médico necesita analizarse territorialmente y distinguiendo los datos de los sectores público y privado de salud.

El retiro del sector privado en los egresos hospitalarios desde 2022

El aborto en Ecuador es un servicio de salud asumido en gran parte por el sector público. Entre 2015 y 2024, el 82,5 % de los abortos en todas las categorías se realizó en instituciones públicas, frente al 17,5 % en el sector privado. Por cada egreso registrado en el sector privado hubo alrededor de 4,7 en el público.

En el caso del aborto médico, la participación del sector privado, según los registros de egresos hospitalarios, fue significativa hasta 2022 cuando se produjo un clarísimo cambio de tendencia, marcado por una baja abrupta de 331 a 49 casos. La relación es aproximadamente de 10 abortos médicos en el sector público por uno en el privado (gráfico 3).



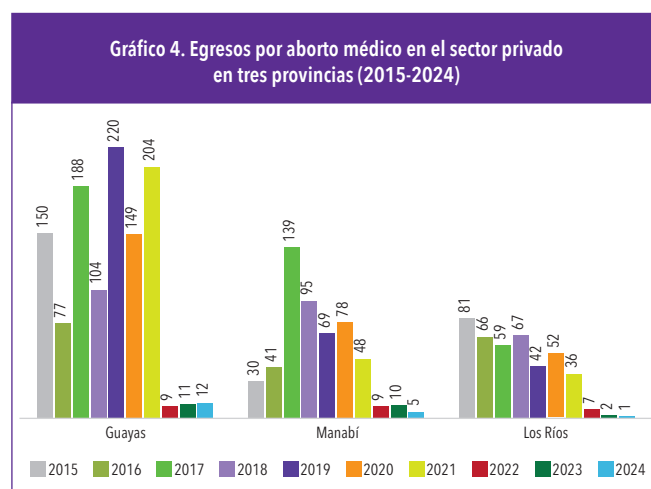
Elaborado por el Observatorio a partir de información del INEC.

Es importante destacar que la caída abrupta de los egresos hospitalarios por aborto médico en instituciones de salud privadas no se produjo en un momento de debilidad o de contracción del sector. De hecho, entre 2022 y 2024 el sector sanitario privado se fortaleció en Ecuador: el gasto nacional en salud privada aumentó de USD 1823 millones a USD 2181 millones y la producción de las actividades hospitalarias privadas creció un 41 %. El gasto de bolsillo de los hogares se mantuvo estable en proporción al gasto total en salud (32,3 % a 33,4 %), sin señales de disminución del consumo privado (INEC 2025). Por tanto, la disminución podría responder a un retiro selectivo de este procedimiento en particular, al menos en los registros.

Por la magnitud de la caída, la explicación más plausible es que se trate de un cambio en el registro y no en la práctica clínica. Esto tiene fuertes implicaciones de política pública, dado que el posible subregistro de las IVE-V, y en general de los abortos médicos, dificulta evaluar el

acceso real que han tenido las usuarias al servicio y corregir las barreras que lo impiden. La información sobre atenciones por consultas externas² y por emergencias³ en el sector privado (no disponible al momento de redactar este boletín) permitiría determinar si el subregistro corresponde únicamente a los egresos o si también se extiende a esas áreas, en cuyo caso sería aún mayor, puesto que los egresos reflejan únicamente la puerta de salida de los casos que requieren hospitalización y no los que se resuelven mediante tratamiento ambulatorio. Aunque los lineamientos del MSP (2023) establecen que la red complementaria privada debe reportar mensualmente las IVE-V, el mecanismo de traspaso de información al MSP no se ha concretado.

Además, el análisis por provincias revela una pronunciada desigualdad territorial en la participación relativamente equilibrada del sector privado en la provisión de abortos médicos y, en consecuencia, de su retiro de los registros. De 2015 a 2021 los abortos médicos en el sector privado estaban hiperconcentrados en la Costa.⁴ Guayas, Manabí y Los Ríos condensaban el 82 % del total nacional (gráfico 4).



Elaborado por el Observatorio a partir de información del INEC.

Con la disminución de los egresos por aborto médico en el sector privado en las tres provincias señaladas (encabezada por Guayas, que pasó de 204 en 2021 a nueve en 2022), el sector prácticamente desaparece de los registros. Por tanto, es allí donde se deben buscar las explicaciones a la tendencia que ha marcado al sector privado de todo el país y que, frente al nuevo marco jurídico y de registro de las IVE-V, se observa como una reacción más que como una respuesta.

2 Según los lineamientos, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, tipo A y B, las IVE-V se realizan de manera ambulatoria: se solicita una cita en el área de estadística o directamente se acude al personal de salud, hasta las 10 semanas de gestación y mediante tratamiento farmacológico (MSP 2023).

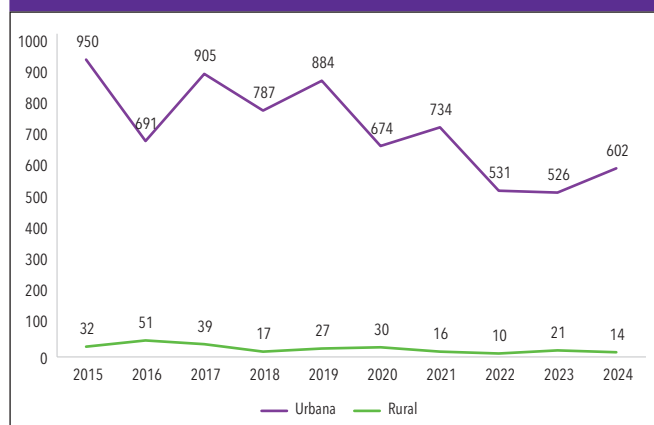
3 En los establecimientos de salud del primer nivel de atención, tipo C, las usuarias acceden a la IVE-V por el servicio de emergencia, hasta las 12 semanas de gestación y mediante tratamiento farmacológico o quirúrgico. Cuando la edad gestacional supera ese límite, el caso se refiere a un establecimiento de mayor complejidad. Los hospitales básicos, generales y de especialidades también reciben a las usuarias por el servicio de emergencia, sin el tope de las 12 semanas, dado que atienden casos referidos que superan la capacidad resolutoria de los establecimientos de menor nivel (MSP 2023).

4 En el sector público, la cifra global de aborto médico se distribuye de forma más equitativa entre provincias. Hasta 2021, Guayas, Pichincha, Los Ríos y Manabí encabezaban el registro, en ese orden. Desde 2022 Pichincha desplazó a Guayas del primer lugar y Manabí cayó al quinto puesto, superada por Santa Elena y Cotopaxi.

El aborto médico, un servicio urbano

Los registros de egresos hospitalarios del INEC revelan que el aborto médico constituye un servicio urbano por partida doble durante el periodo 2015-2024: se realiza mayoritariamente en establecimientos sanitarios urbanos y la mayoría de las usuarias que acceden a él residen en áreas urbanas. El gráfico 5 refleja que, durante todo el periodo, las cifras de egresos por aborto médico en establecimientos rurales son mínimas frente a las cifras urbanas. Esa tendencia no se ha revertido desde la entrada en vigor de la LORIVE: en 2024 hubo 43 abortos médicos en establecimientos urbanos por cada aborto médico en establecimientos rurales (602 vs. 14).

Gráfico 5. Egresos por aborto médico, por área del establecimiento (2015-2024)

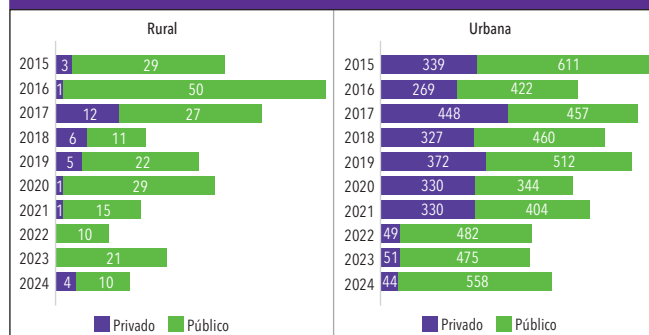


Elaborado por el Observatorio a partir de información del INEC.

Al ahondar en la distribución urbano-rural por sectores (privado y público) se observa que en el ámbito rural la prestación del servicio de aborto médico procede mayormente del sector público, con mayor presencia privada en 2017 y 2018. El sector privado, cuya prestación en el ámbito rural ya era mínima antes de la entrada en vigor de la LORIVE, desapareció por completo en 2022 y 2023 y solo registra egresos muy reducidos en 2024 (gráfico 6).

Por su parte, en los establecimientos urbanos se confirma un patrón de participación mucho más equilibrada del sector privado en la provisión del servicio de aborto legal hasta 2021. Aunque no llegó a superar al sector público en ningún año, en 2017 y 2020 prácticamente lo igualó. Esto implica que la contracción abrupta de la participación privada desde 2022, con una caída de 330 egresos en 2021 (45 % del total urbano) a apenas 49 en 2022 (9,2 %), es una afectación territorialmente diferenciada, mucho más contundente en volumen absoluto para el ámbito urbano. Considerando que a este ámbito le corresponde el peso mayoritario de los egresos por aborto médico, la fuerte

Gráfico 6. Egresos por aborto médico, por sector y área del establecimiento (2015-2024)

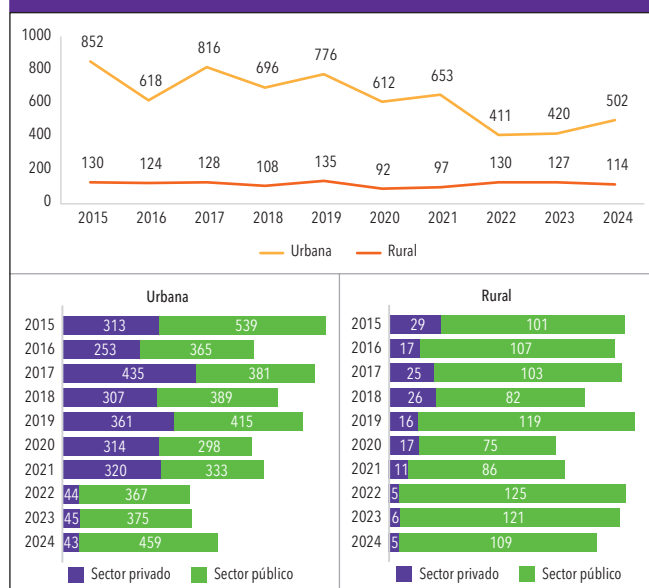


Elaborado por el Observatorio a partir de información del INEC.

reducción de la participación privada en los registros, desde la entrada en vigor de la LORIVE, requiere atención urgente.

Asimismo, en los registros por aborto médico del INEC hay un predominio absoluto de las usuarias residentes en áreas urbanas, que representan cerca del 84 % del total en el decenio 2015-2024. La brecha entre usuarias urbanas y rurales se mantuvo estable entre 2015 y 2021, con una proporción aproximada de cinco a siete egresos urbanos por cada egreso rural en cada año. A partir de 2022 esta proporción se estrechó a un rango de tres a 4,5 egresos urbanos por cada egreso rural, pero fue por efecto del descenso del volumen urbano registrado, no por un crecimiento del volumen rural, que se mantuvo estable (gráfico 7).

Gráfico 7. Egresos por aborto médico, por área de residencia de la paciente y por sector del establecimiento (2015-2024)



Elaborado por el Observatorio a partir de información del INEC.

Esa persistencia indica que la disparidad responde a un patrón estructural sostenido.

Este análisis revela una fuerte disparidad territorial entre las usuarias con residencia urbana o rural y el uso de instituciones sanitarias públicas y privadas. Mientras que la mayoría de las mujeres que residen en áreas rurales acceden al aborto médico en instituciones públicas, y son estas las que inciden en el aumento de los egresos en 2022, las que residen en áreas urbanas sostuvieron la participación del sector privado en los registros hasta 2021. De hecho, en 2017 y en 2020 las residentes urbanas accedieron más al aborto médico en instituciones privadas que en instituciones públicas (435 frente a 381 y 314 frente a 298, respectivamente).

Por tanto, el retiro del sector privado en 2022 tuvo un efecto importante sobre el registro del perfil de las usuarias del aborto médico. Sobre las usuarias rurales, su peso marginal durante toda la década se traduce en una estabilidad de los totales y en que el decrecimiento observado de 2022 a 2024 (de 130 a 114) responde casi exclusivamente al registro del sector público. Sobre las usuarias urbanas, en cambio, el retiro del sector privado produjo el mayor subregistro. Las usuarias urbanas que acceden al aborto legal en el sector privado sufrieron un colapso del 86 % de 2021 a 2022, sin que estas cifras mostraran indicios de recuperación en los años siguientes.

En conjunto, los egresos hospitalarios de usuarias rurales reflejan con mayor fidelidad el acceso al aborto médico. Por su parte, los de usuarias urbanas sugieren que las mujeres y niñas de este grupo que acceden al servicio en instituciones privadas son “datos ausentes” del registro estadístico. Ese subregistro potencial no solo subestima las cifras globales de acceso al aborto médico, sino que no refleja con exactitud quiénes están accediendo a él y dónde. Por ende, distorsiona la brecha urbano-rural.

La gran subrepresentación de las residentes en áreas rurales sugiere una barrera territorial de acceso al aborto, que implica mayor distancia a las instituciones que brindan el servicio. Los lineamientos del MSP (2023) disponen la atención urgente y prioritaria de mujeres y niñas de “zonas remotas o alejadas” que necesiten acceder a la IVE-V, pero no establecen una vía operativa que la garantice. Los egresos hospitalarios apuntan a que esa voluntad no se ha traducido en mayor acceso para las residentes de áreas rurales. Mientras que, por residencia, las pacientes rurales suman alrededor de 1185 casos en el decenio 2015-2024 (gráfico 7), por ubicación del establecimiento, los servicios rurales solo cubrieron 257 casos en el mismo periodo, apenas el 21,7 % de la demanda (gráfico 5). Desde la entrada en vigor de la LORIVE, la tendencia se profundiza:

de 2022 a 2024 los establecimientos rurales solo cubrieron el 12,1 % de la demanda rural. Esto implica que casi nueve de cada 10 residentes en la ruralidad que accedieron al aborto médico entre 2022 y 2024 tuvieron que trasladarse a un establecimiento urbano.

El costo de la barrera territorial se multiplica cuando el desplazamiento es fuera de la provincia de residencia. Según el registro de egresos hospitalarios del INEC, de 2015 a 2021 el 6,3 % de las usuarias accedieron a un aborto médico fuera de su provincia de residencia. De 2022 a 2024 la cifra se mantuvo estable en 6,2 %. Ello da cuenta de rutas persistentes de derivación en algunas provincias.

Las provincias que requieren mayor atención son cuatro y comparten una doble vulnerabilidad: alta derivación de pacientes y deterioro desde 2022. El punto más crítico se encuentra en Bolívar, que combina el nivel más alto de derivación con el mayor deterioro del país: su tasa de desplazamiento (la más alta de 2015 a 2021 con un 37 %) ascendió a 62,9 % de 2022 a 2024. El siguiente punto crítico se encuentra en Los Ríos, que pasó de receptora regional de pacientes a expulsora, con una derivación que aumentó del 3,7 % al 18 %. Las otras dos provincias son Imbabura, que pasó de 3,5 % a 14,3 %, y Tungurahua, que ascendió del 15,9 % al 22,7 %.

Por su parte, los polos que concentraban la atención de pacientes desplazadas de los servicios de aborto médico en sus provincias se han reconfigurado desde 2022. Entre 2015 y 2021 Los Ríos era el principal receptor del país, con un promedio de 14 casos externos por año, seguido de Guayas (9 casos anuales) y Santo Domingo de los Tsáchilas (7,4 casos anuales). En cambio, Pichincha, con apenas 5,4 casos externos por año y Cotopaxi (con 3) tenían un papel secundario.

Desde 2022 este orden se invirtió casi por completo. Cotopaxi pasó a ser el mayor receptor, con un promedio de 13,3 casos anuales, un incremento de más de cuatro veces respecto al periodo anterior. Pichincha también aumentó su función receptora (9 casos anuales, frente a 5,4). Los tres receptores que dominaban el periodo anterior, Los Ríos, Guayas y Santo Domingo, redujeron drásticamente su función al caer de 14 a 3 casos anuales, de 9 a 2,3, y de 7,4 a 2,7, respectivamente.

La reconfiguración de las provincias receptoras, según los egresos hospitalarios del INEC, parece ser otro efecto del retiro del sector privado en el registro estadístico. Guayas, Los Ríos y Santo Domingo, las provincias que perdieron protagonismo como receptoras, concentraban un volumen considerable de atención privada hasta 2021, mientras que Cotopaxi y Pichincha, que absorbieron el nuevo flujo, responden en mayor medida con servicios públicos.

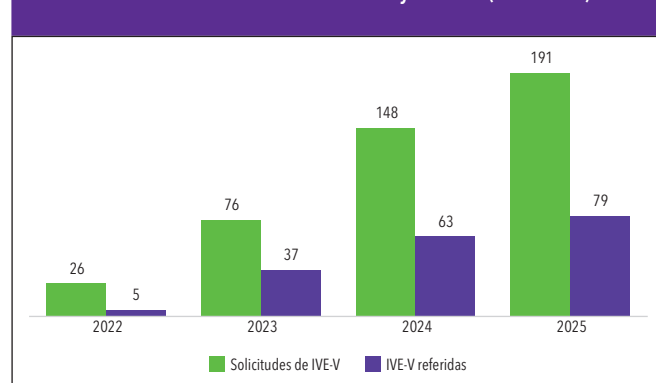
La atención por aborto médico en el MSP: subregistro de la IVE-V y desigualdades territoriales

A continuación, analizamos la respuesta del MSP a la legalización de la IVE-V. Entre 2022 y 2024 el MSP concentró la mayoría de los egresos hospitalarios por aborto médico (004) registrados en el país (el 75,4 %). Dentro del sector público, que incluye también el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otras entidades, el peso del MSP es aún mayor: representa en promedio el 82,6 % de los egresos públicos del periodo.

La principal carencia de los registros del MSP es la imprecisión con que ha contabilizado las IVE-V. De acuerdo con los lineamientos (MSP 2023), estas deben registrarse mediante el código 004 y los códigos de violencia sexual Y050-Y059, lo que permitiría identificar qué casos de los contabilizados como aborto médico corresponden a embarazos producto de violación. Sin embargo, esta práctica registral no se ha implementado: en 2022, dentro de los egresos hospitalarios por aborto médico del MSP no se encontró ningún caso con códigos de violencia sexual; en 2023, se encontró uno, al igual que en 2024; en 2025, hasta septiembre solo se habían registrado dos. Este subregistro convierte las cifras de aborto médico en la única aproximación posible a la IVE-V.

Ante la ausencia de un registro clínico específico, las solicitudes de IVE-V recogidas de forma escrita o verbal por cada dirección provincial de salud ofrecen un indicador alternativo, aunque igualmente incompleto. Entre 2022 y 2025, las solicitudes registradas por el MSP crecieron más de siete veces (gráfico 8). Conviene precisar, sin embargo, que el registro actual no permite establecer si una solicitud termina resuelta como IVE-V dentro del MSP, y esto a su vez, impide analizar los porcentajes de desistimiento y rechazo institucional.

Gráfico 8. Solicitudes de IVE-V recibidas y referidas (2022-2025)



Elaborado por el Observatorio a partir de información del MSP.

Por su parte, las solicitudes referidas a otro profesional o establecimiento permiten aproximarse a la capacidad del sistema para resolver los casos de forma directa. Una señal de alerta es que los casos derivados crecieron

de cinco a 79 entre 2022 y 2025, a un ritmo mayor que las solicitudes. En 2025, cerca de cuatro de cada 10 solicitudes de IVE-V no fueron resueltas directamente por quien las recibió, con lo cual las mujeres y las niñas que las presentaron, víctimas de violencia sexual, debieron pasar al menos dos filtros de atención.

Ahora bien, las cifras nacionales agrupan vacíos territoriales significativos de las solicitudes de IVE-V recibidas y no permiten distinguir si se trata de ausencia de casos, de un protocolo aún no consolidado en el territorio o de subregistros administrativos. De las 24 provincias solo 19 registran al menos una solicitud en el periodo, encabezadas por Morona Santiago (89), Azuay (53), Zamora Chinchipe (52), Imbabura (45) y Sucumbíos (41). Guayas, Los Ríos, Orellana, Santa Elena y Tungurahua no reportan ninguna.

La disparidad de esa respuesta a escala provincial se refleja en los casos derivados. Chimborazo concentra el mayor número de solicitudes referidas del periodo 2022-2025 (54), seguida de Zamora Chinchipe (20), Azuay (18) y Sucumbíos (15). En Chimborazo, las referidas superan incluso las solicitudes propias de la provincia (27), lo que sugiere que buena parte de ese volumen corresponde a casos recibidos desde otras provincias. De ser así, estas pacientes estarían atravesando al menos tres instancias de derivación o atención (la solicitud de origen, la llegada a Chimborazo y un nuevo diferimiento), sin que el registro permita saber si se realizó la IVE-V y en qué condiciones.

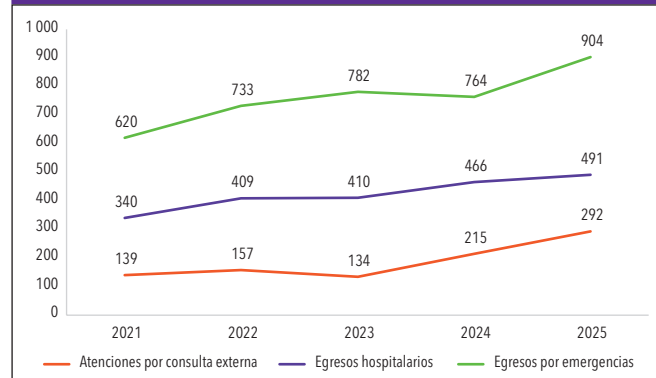
Ante la fragmentación de los indicadores administrativos de la ruta de atención a la IVE-V, el comportamiento del aborto médico por vía de atención permite observar directamente cómo el sistema absorbe la demanda. Desde la entrada en vigor de la LORIVE, y tomando 2021 como año base, la atención ha crecido en las dos vías principales en que se realiza: por emergencias, en establecimientos del primer nivel de atención tipo C y hospitales; y por consulta externa, en establecimientos tipo A y B. Según la clasificación del MSP, estos últimos tienen menor capacidad resolutoria que los primeros (MSP 2020).

El gráfico 9 muestra una tendencia al crecimiento de la atención por aborto médico en el MSP, tanto en emergencia como en consulta externa, y también el aumento de los casos que requieren hospitalización, registrados como egresos hospitalarios.

Los datos permiten observar que la vía de emergencias concentra la mayor parte del volumen y absorbe el mayor número de casos nuevos. Su predominio en todos los años analizados tiene una consecuencia práctica directa para las usuarias. Mientras que en los centros de salud de tipo A y B la IVE-V se realiza mediante una cita médica otorgada el mismo día en el propio

establecimiento, en los de tipo C y en los hospitales la atención se canaliza a través del servicio general de emergencias (MSP 2023).

Gráfico 9. Atención por aborto médico en el MSP: consulta externa, emergencias y egresos hospitalarios (2021-2025)



Elaborado por el Observatorio a partir de información del MSP.

Por tanto, la concentración de la atención al aborto médico en establecimientos tipo C y en hospitales sugiere que el circuito ambulatorio dedicado específicamente a la IVE-V aún no cuenta con una capacidad sólida de respuesta. La consulta externa, la vía más directa según los lineamientos, confirma esa lectura. Aunque se duplica entre 2021 y 2025, lo hace con un rezago de al menos dos años respecto a la entrada en vigor de la LORIVE. Tras una caída puntual de 2022 a 2023, la aceleración comenzó en 2024 (+60,4 %) y 2025 (+35,8 %).

Tanto en egresos hospitalarios como en emergencias, donde los registros desagregan los casos con y sin complicación, el crecimiento nacional está impulsado casi en su totalidad por los casos sin complicación (258 de los 284 casos adicionales en emergencias; 142 de los 151 en egresos). Esto es compatible con el mayor peso del protocolo farmacológico que la LORIVE habilita para gestaciones tempranas, un procedimiento médico de baja complejidad por diseño. A la luz de la escasa consolidación de la consulta externa, esto sugiere que los establecimientos de mayor capacidad resolutoria (tipo C y hospitales) estarían asumiendo procedimientos que podrían realizarse en los de tipo A y B, si estos contaran con la capacidad instalada de atención.

La desigualdad territorial en las vías de atención a la IVE-V se observa claramente en el análisis por región. La consolidación de la atención por consulta externa tampoco fue uniforme: su crecimiento en 2024 y 2025 está sostenido casi en su totalidad por la Sierra y, en menor medida, por la Amazonía. La región insular, por sus bajas cifras absolutas de aborto médico, no muestra un patrón definido, con valores de entre tres y siete casos por año. La Costa, en cambio, muestra un patrón inestable; esas cifras la convierten en la región donde menos ha crecido la consulta externa, con un dominio absoluto de la emergencia (gráfico 10).

Por último, los egresos hospitalarios por aborto médico también muestran desigualdades regionales a lo largo del periodo y señalan a la Costa como la única región donde hay una tendencia decreciente desde la aprobación de la LORIVE.

Gráfico 10. Atención por aborto médico en el MSP, por región (2021-2025)

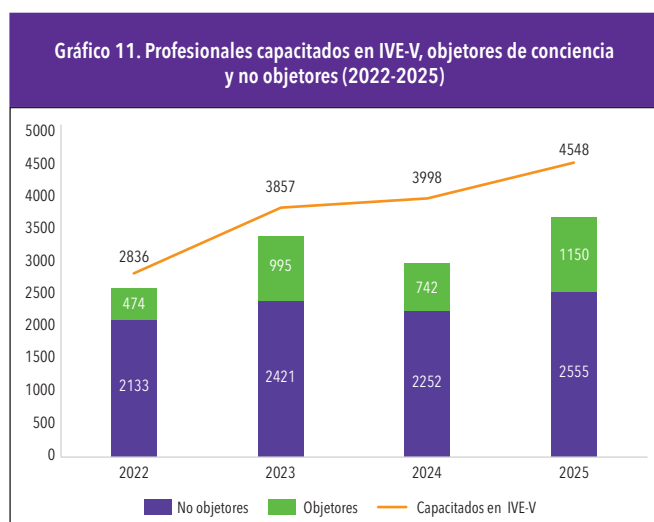


Elaborado por el Observatorio a partir de información del MSP.

Capacidad de atención y objeción de conciencia: barreras en el MSP

Para analizar la atención integral a las usuarias de las IVE-V, es necesario considerar qué sucede con el personal que atiende en los centros de salud. Para ello, son reveladoras dos dimensiones: la capacitación del personal y la disponibilidad de profesionales no objetores de conciencia.

En el gráfico 11 se muestra su evolución desde 2022, que revela un embudo persistente de la capacitación a la atención efectiva. El número de profesionales capacitados en atención a la IVE-V tiene una tendencia al crecimiento desde 2022, con un aumento significativo en 2023, que se desacelera en 2024 y nuevamente crece en 2025. Ahora bien, año tras año, el total de profesionales que reciben capacitación supera el número que el MSP registra como personal que debe atender IVE-V (gráfico 11). La brecha se amplía a medida que avanza el periodo, con un leve estrechamiento en 2025.



Elaborado por el Observatorio a partir de información del MSP.

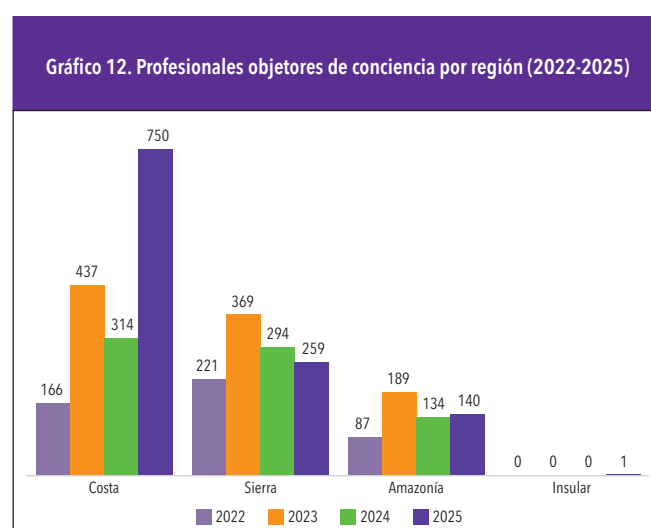
La capacitación que no se traduce en designación formal o registro como personal que atiende IVE-V podría reflejar un rezago de registro, que confirmaría la necesidad de que el MSP actualice periódicamente los datos para poder evaluar la capacidad instalada de atención. A su vez, podría tratarse de una brecha de adaptación: el sistema no logra hacer los movimientos necesarios para responder a las necesidades específicas de la atención en IVE-V. Un informe especializado del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) matiza esa lectura: las brechas de personal en el MSP responden a una alta rigidez en la nómina y en la ejecución presupuestaria, lo que dificulta realizar los ajustes necesarios frente a cambios en la demanda (López Santos, San Román y Zanoni 2026, 87). En

cualquier caso, todo ello da cuenta de barreras internas de carácter estructural del MSP.

Por otra parte, el embudo de la capacitación a la atención efectiva de IVE-V en el MSP tiene un segundo nivel en la objeción de conciencia. Luego de la LORIVE, el número de profesionales que deben atender los casos de IVE-V, registrado por el MSP, disminuye año tras año debido a quienes se declaran objetores de conciencia.

En 2022 había 2,2 profesionales objetores por cada 10 profesionales no objetores; en 2025 la razón era de 4,5. Solo entre 2024 y 2025 el personal objetor creció un 55 %, cuatro veces más rápido que el personal no objetor, que lo hizo un 13,5 %. Sin embargo, esas cifras son un subregistro. Organizaciones de la sociedad civil documentan que buena parte de los profesionales que se niegan a atender las IVE-V no presentan una declaración oficial, como exige el procedimiento (Surkuna 2025). Esta tendencia muestra que la estrategia institucional del MSP tiene límites persistentes y que ampliar la capacidad efectiva de atención a la IVE-V no se resuelve únicamente con más capacitación, si la objeción de conciencia continúa erosionándola.

El análisis por región permite contextualizar el efecto de la objeción de conciencia como una respuesta localizada territorialmente que refuerza las desigualdades. Las objeciones de conciencia se concentran en la Costa, que en 2025 registró un salto a 750 declaraciones formales, frente a 314 en 2024 (+138,9 %). La Sierra desciende desde 2023 (de 369 a 259); la Amazonía se estabiliza en torno a 140, y en la región insular la objeción es prácticamente inexistente (gráfico 12).



Elaborado por el Observatorio a partir de información del MSP.

La concentración regional del personal objetor de conciencia coincide con un hallazgo establecido en la sección anterior: la Costa es la región con menor consolidación de la vía de consulta externa y la de mayor dependencia de la vía de emergencia. Es la misma región que hasta 2021 concentraba el 89,1 % del sector privado en los egresos hospitalarios por aborto médico del país y sobre la que recae el efecto de su retiro (al menos en el registro). Todo ello consolida a esta región como la de mayor fragilidad estructural en la respuesta del sistema a la IVE-V.

El análisis por provincias permite observar que el nivel de objeción de conciencia alcanzado en la Costa en 2025 se concentra, en su mayor parte, en Guayas, con 382 profesionales objetores, y en un segundo nivel en El Oro (125). Para comprender la barrera a la atención de IVE-V que reflejan estas cifras, es necesario contrastarlas con el conjunto de profesionales y establecimientos disponibles, y con el volumen de atención al aborto

médico reflejado en los registros. En la tabla 1 se presenta la información correspondiente a 2025 para todas las provincias, con la excepción de Tungurahua, que no reportó datos en la mayoría de las categorías.

Los datos revelan dos grupos de provincias con desajustes entre la capacitación en IVE-V y la capacidad efectiva de atención, aunque en direcciones opuestas. En un primer grupo se revierte el patrón nacional de más profesionales capacitados que designados para atender IVE-V. En Manabí, 988 personas atienden IVE-V frente a solo 468 capacitadas, un mínimo de 520 profesionales sin capacitación. En Santo Domingo de los Tsáchilas y Cotopaxi también se registran más personas que atienden IVE-V que personas capacitadas para hacerlo. Un caso que requiere atención particular es Guayas, donde se reporta que no ha habido profesionales capacitados en IVE-V.

Tabla 1. Resumen provincial de la capacidad de atención por aborto médico (2025)

Provincia	Capacidad instalada		Barrera	Capacidad efectiva		Atención por aborto médico (004)		
	Profesionales capacitados en IVE-V	Profesionales que deben atender IVE-V	Profesionales objetores de conciencia	Profesionales no objetores que atienden IVE-V	Establecimientos	Emergencia	Egresos hospitalarios	Consulta externa
Azuay	472	224	30	194	33	63	11	16
Bolívar	246	26	4	22	59	7	5	5
Cañar	405	2	1	1	44	4	8	1
Carchi	114	111	36	75	30	9	5	9
Chimborazo	312	34	6	28	12	4	1	6
Cotopaxi	192	196	7	189	8	12	46	3
El Oro	339	294	125	169	130	18	1	2
Esmeraldas	208	194	4	190	95	20	23	5
Galápagos	39	4	1	3	7	5	5	4
Guayas	0	386	382	4	224	145	47	12
Imbabura	401	111	59	52	61	17	11	13
Loja	No presenta información	135	109	26	140	22	7	6
Los Ríos	No presenta información	292	79	213	86	75	25	7
Manabí	468	988	75	913	394	66	38	25
Morona Santiago	422	9	1	8	6	17	33	12
Napo	94	58	9	49	1	1	3	3
Orellana	No presenta información	102	36	66	40	11	8	8
Pastaza	80	8	8	0	30	3	4	3
Pichincha	46	37	7	30	3	307	118	116
Santa Elena	161	105	23	82	20	66	60	1
Santo Domingo de los Tsáchilas	78	136	62	74	37	12	3	5
Sucumbíos	104	101	18	83	20	10	13	20
Zamora Chinchipe	367	152	68	84	22	8	14	8
Totales nacionales	4548	3705	1150	2555	1502	902	489	290

Elaborada por el Observatorio a partir de información del MSP.

El segundo desajuste es el inverso y replica el patrón nacional. Son provincias en las que el MSP invirtió en capacitación, pero donde prácticamente no hay personal que atienda IVE-V. Cañar y Morona Santiago son los casos más extremos.⁵

Al examinar el número de profesionales no objetores que atienden IVE-V en las provincias se distinguen dos mecanismos distintos que producen el mismo resultado: la falta de personal disponible. El primero es una escasez estructural de la dotación total, independiente del nivel de objeción. En Cañar, Galápagos, Morona Santiago y Bolívar, el problema de fondo no es la objeción de conciencia, sino que el total de personal registrado para atender IVE-V en la provincia es en sí mismo reducido. El caso de Pichincha es particularmente relevante porque, pese a ser una de las dos provincias donde se concentra la mayor infraestructura de salud del país y una provincia receptora neta de pacientes referidas desde otras provincias, su base total de personal para IVE-V (37) es de las más pequeñas.

El segundo mecanismo es la objeción masiva sobre una base amplia de personal, que reduce la capacidad efectiva de atención casi a cero. Guayas es el caso más extremo del país: de 386 personas registradas para atender IVE-V, 382 son objetoras (99 %), y solo 4 atienden. Loja presenta un patrón similar, pero en menor escala. Pastaza es el único caso donde se combinan ambos mecanismos a la vez: un total de personal pequeño (ocho) sobre el que recae una objeción del 100 %; esto deja a la provincia sin ningún profesional no objetor disponible.

La brecha entre profesionales objetores y no objetores se agrava al ponderar el personal disponible por el número de establecimientos de salud de cada provincia. Guayas vuelve a ser el caso

más crítico: sus cuatro profesionales no objetores deben cubrir, en principio, una red de 224 establecimientos –la segunda más amplia del país, después de Manabí–, mientras concentra la tercera mayor razón de objetores por establecimiento (1,71), después de Zamora Chinchipe (3,09) y Pichincha (2,33).⁶

Ahora bien, en 21 de las 23 provincias analizadas, los datos sugieren una relación entre menos personal no objetor disponible y menos atenciones por aborto médico registradas. En el extremo de menor disponibilidad, Pastaza, sin ningún profesional no objetor, registra tres atenciones por emergencia, cuatro egresos hospitalarios y tres por consulta externa. Cañar, con solo un profesional no objetor, registra apenas cuatro emergencias y ocho egresos hospitalarios.

Pichincha y Guayas son las dos provincias que más se apartan del patrón descrito. Allí la menor disponibilidad de personal no objetor no parece traducirse en un menor volumen de atención. Por el contrario, ambas combinan cifras bajas de personal no objetor –30 y cuatro profesionales, respectivamente– con los volúmenes de atención más altos del país. Ello puede evidenciar una notable sobrecarga laboral sobre el personal no objetor en ambas provincias. Para dimensionarla, se calculó el volumen de atención por profesional no objetor en los dos canales de atención y en los egresos hospitalarios. En Guayas corresponden 36,25 atenciones de emergencia, 3,0 consultas externas y 11,75 egresos hospitalarios por cada profesional no objetor; en Pichincha, 10,23 emergencias, 3,87 consultas externas y 3,93 egresos hospitalarios. Estas cifras son varias veces superiores a la mediana nacional del resto de provincias⁷ (0,16 emergencias, 0,14 hospitalarios y 0,11 consultas externas por profesional).

⁵ Los Ríos, Orellana y Loja no reportan información sobre profesionales capacitados, por lo que se desconoce cuál es la relación con profesionales que atienden IVE-V.

⁶ Napo queda fuera de esta comparación porque su denominador de un solo establecimiento aumenta artificialmente la razón.

⁷ Además de Guayas y Pichincha, en este cálculo se excluyó a Pastaza porque carece de profesionales no objetores en el registro, lo que impide determinar la razón.

Conclusiones

En este boletín evaluamos la respuesta del sistema de salud ecuatoriano al marco normativo de la interrupción voluntaria del embarazo por violación (IVE-V), vigente desde 2022. La LORIVE y sus lineamientos no solo legalizaron el procedimiento, sino que establecieron obligaciones concretas de registro, de organización territorial del servicio y de disponibilidad de personal. Más de cuatro años después, la evidencia disponible permite distinguir tres tipos de respuesta: el retiro abrupto del sector privado de un sistema de registro previamente consolidado, una vía ambulatoria que despegó tarde y de forma limitada y concentrada en el territorio, y una disponibilidad de personal donde la objeción de conciencia gana terreno en el periodo.

La primera respuesta del sistema ocurrió en el registro. Antes de la LORIVE, el registro del aborto médico bajo el código 004 ya estaba consolidado, con reporte regular tanto del sector público como del privado a los egresos hospitalarios del INEC. Lo que se rompió de golpe en 2022 fue la participación del sector privado en ese registro. Desde que entró en vigor el nuevo marco jurídico, es el sector público el que sostiene el repunte de los egresos hospitalarios por aborto médico, mientras que el sector privado desapareció casi por completo del registro, pese a que en el mismo periodo se fortaleció. Esto sugiere que una parte del sistema respondió a la legalización retirándose de la formalidad del registro estadístico, no de la prestación. El peso potencial de la ausencia del sector privado no es menor: representaba, en promedio, cerca del 42 % del total nacional de aborto médico entre 2015 y 2021, con mayor concentración en la Costa, donde llegaba al 89,1 %. En ese contexto, el Estado ecuatoriano debe revisar qué implicaciones administrativas y jurídicas tiene la legalización de la IVE-V para el registro en el sector privado, cuyo efecto ha sido la eliminación casi total de los egresos hospitalarios por aborto médico.

Al retiro del sector privado se suma una limitación de los registros existentes: el código 004 agrupa tanto la IVE-V como el aborto terapéutico. Los códigos de violencia sexual (Y050-Y059) que los lineamientos del MSP disponen para diferenciarlos prácticamente no se han implementado. Aunque la norma previó un mecanismo para resolver la ambigüedad, este no se aplica en la práctica. Un segundo instrumento de registro son las solicitudes de IVE-V que lleva el MSP, con una tendencia sostenida al alza, pero también con un registro parcial. En el mejor de los casos, estas solicitudes documentan una fracción creciente de la demanda de IVE-V, pero que todavía no refleja la necesidad real a la que debe responder el sistema de salud. Por otro lado, no permiten captar la resolución de los casos y, con esto, trazar una ruta clara de las vías y de los tiempos de atención, los desistimientos y los rechazos institucionales.

En ese contexto, el subregistro potencial del aborto médico no es un defecto técnico aislado, sino una pieza central de la desigualdad, que impide verificar en qué condiciones se está resolviendo (o no) cada caso, y para quién.

La segunda respuesta del sistema es la organización territorial del servicio. El aborto médico se concentra en el ámbito urbano, tanto en oferta (dónde están los establecimientos que lo prestan) como en demanda registrada

(quién accede). La consecuencia recae directamente sobre las usuarias rurales: nueve de cada 10 de las que accedieron al aborto médico entre 2022 y 2024 tuvieron que desplazarse a un establecimiento urbano para hacerlo.

Esa misma concentración se repite en la vía de acceso. La consulta externa, concebida como ruta más directa para la IVE-V despegó tarde, con un rezago de al menos dos años respecto a la LORIVE, visible recién en 2024. El despegue también fue limitado y concentrado en el territorio: solo la Sierra lo impulsa de manera sostenida, con una contribución de la Amazonía al final del periodo, mientras la Costa se mantiene, en la mayoría de los años, por debajo de su nivel de 2021. La vía de emergencia es la que resuelve la mayoría de los casos del país, lo que coloca una presión concentrada sobre los establecimientos con mayor capacidad resolutoria.

La tercera respuesta del sistema es la disponibilidad de personal. A escala nacional, entre 2022 y 2025 el personal capacitado en IVE-V creció de forma sostenida. Sin embargo, la diferencia entre personal capacitado y personal registrado en la atención a las IVE-V, año tras año, revela barreras internas. Dentro de este último grupo, la objeción de conciencia declarada formalmente ha ganado peso, con un crecimiento acelerado de 2024 a 2025. Ello sugiere que la estrategia del MSP debe ir más allá de la capacitación porque esa capacidad potencial de atención está siendo mermada sistemáticamente.

La brecha entre personal capacitado y personal que efectivamente atiende casos de IVE-V tampoco se distribuye igual en los territorios. En un grupo de provincias, el número de profesionales designados es bajo en sí mismo. En otras, la designación es alta, pero la objeción de conciencia reduce de forma masiva el personal disponible. En Guayas el 99 % del personal habilitado para IVE-V declaró objeción, lo que deja disponible solo una fracción mínima de una de las bases de personal más amplias del país.

Los indicadores más desfavorables en las tres respuestas convergen en la Costa: es la región donde más pesa la ausencia del sector privado en el registro, donde menos ha logrado despegar la atención a la IVE-V por consulta externa, y donde la objeción de conciencia declarada tiene mayor peso. Dentro de esa región, Guayas constituye la provincia donde el sistema de salud enfrenta mayores vulnerabilidades en su respuesta a la IVE-V.

El efecto conjunto de la respuesta desigual del sistema de salud no es solo un problema de medición. Para quienes necesitan acceder a la IVE-V se traduce en barreras concretas y superpuestas: distancia y costo de traslado si residen en zona rural o en una provincia que expulsa pacientes; una ruta institucional más compleja y potencialmente más cercana al límite legal de las 12 semanas de gestación si su único acceso real es la vía de emergencia; y en las provincias de mayor demanda, una probabilidad más baja de encontrar personal disponible, justo donde más se necesita. Así, aunque la IVE-V es legal para todas las niñas y mujeres ecuatorianas hasta las 12 semanas de gestación, el lugar en el que viven determina las opciones reales de acceso dentro del sistema de salud.

Referencias

- D'Ignazio, Catherine, y Lauren F. Klein. 2020. *Data Feminism*. Cambridge: MIT Press.
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2025. "Cuentas satélite de salud, 2007-2024". <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-salud/>
- López Santos, Rodrigo, Cristina San Román y Wladimir Zanoni. 2026. *¿Cómo se presupuesta la salud y la educación en Ecuador?* Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2020. Acuerdo Ministerial No. 00030-2020. Reglamento para Establecer la Tipología de los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial 248, 17 de julio.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2023. "Lineamientos para la atención integral y acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo por violación". <https://n9.cl/u9nrc>
- Surkuna. 2025. "Libres de castigo. Barreras, burocracia y violencia institucional para acceder a la interrupción legal del embarazo en el Ecuador". <https://n9.cl/wbzbpb>

Este informe fue elaborado por Liudmila Morales, María Eugenia Samaniego, Virginia Villamediana y Ailynn Torres.

Septiembre de 2026 / número 5

Cómo citar:

Morales, Liudmila, María Eugenia Samaniego, Virginia Villamediana y Ailynn Torres. 2026. "Interrupción voluntaria del embarazo por violación: ¿cómo ha respondido el sistema de salud ecuatoriano?". Boletín 5, Observatorio de Violencias Basadas en Género y Sexualidades, FLACSO Ecuador.



OBSERVATORIO DE VIOLENCIAS
BASADAS EN GÉNERO
Y SEXUALIDADES

www.flacso.edu.ec - observatorioviolencias@flacso.edu.ec

El **Observatorio de Violencias basadas en Género y Sexualidades** se compone de tres líneas de trabajo:

- a) disidencias sexuales.
- b) violencias y barreras de acceso al aborto por violación.
- c) violencias de género y sistemas criminales.