

Libres ~~de castigo~~

Barreras, burocracia y violencia institucional
para acceder a la interrupción legal del
embarazo en el Ecuador.

AGOSTO 2025

Realizado por:

Surkuna, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos

Redacción general:

Tatiana Jiménez Arrobo.

Redacción y sistematización de casos acompañados:

Deyanira Moreta Carvajal

Acceso a información pública y recopilación estadística:

María Elissa Torres Carrasco

Revisión técnica del documento:

Mayra Tirira Rubio y Ana Vera Sánchez

Diseño de portada y diagramación:

Daniela Moreno Zapata



Se permite la reproducción total o parcial de la obra siempre y cuando se reconozca la autoría de la misma y se realice sin fines comerciales o de lucro y no se altere el contenido.

Recomendación de citación:

Surkuna, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos. 2025. Libres de castigo. Barreras, burocracia y violencia institucional para acceder a la interrupción legal del embarazo en el Ecuador. Quito, Ecuador.

Quito, Ecuador - Agosto 2025

Índice

I. Introducción	1
II. Marco legal y contextual sobre el acceso al aborto en el Ecuador	6
2.1 Estándares internacionales sobre aborto legal y derechos humanos.....	6
2.2. Principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para regular el aborto.....	7
2.3 Marco legal ecuatoriano: avances y contradicciones.....	8
III. Acompañamientos para el acceso a la Interrupción legal del Embarazo realizados por Surkuna entre 2021 y 2024	11
a) Número de niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo.....	12
b) Edad de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo.....	13
c) Nacionalidad de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo.....	14
d) Autoidentificación étnica de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo.....	15
e) Ubicación geográfica de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo.....	16
f) Edad gestacional de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo según grupo etario.....	18
g) Grupos de edad y respuesta a la solicitud en el sistema de salud público.....	18
IV. Barreras de acceso a la Interrupción legal del Embarazo en el Ecuador	21
A. La existencia del delito de aborto consentido como barrera estructural.....	22
B. Barreras relacionadas con la interpretación restrictiva del marco legal.....	23
1.1. Solicitud de requisitos adicionales que generan obstáculos.....	24
1.2. Limitación de la prestación de salud con fundamento en la edad gestacional.....	26
1.3. No aplicación de la coexistencia de causales.....	29
1.4. Interpretación restrictiva de la causal salud.....	30
1.5. Uso abusivo de la objeción de conciencia.....	32
C. Barreras relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones legales del sistema de salud.....	33
2.1. Desconocimiento del marco legal, clínico y de obligaciones profesionales.....	33
2.2. Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales.....	36
2.3. Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización hacia las pacientes, sus familiares y profesionales de salud que garantizan el acceso al servicio.....	38
2.4. Dilación injustificada de la prestación del servicio.....	39
2.5. Negación de recibir la solicitud para el acceso a la interrupción del embarazo.....	41
2.6. Fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia.....	42
2.7. Falta de instrumental médico y medicamentos en los servicios de salud.....	43
D. Barreras relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones legales del sistema de justicia y protección.....	45
3.1. Desinformación, entrega de información falsa o incompleta.....	47
3.2. Fallas en el sistema de derivación.....	48
3.3. Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización.....	48
V. Conclusiones	50
VI. Recomendaciones	54
VII. Bibliografía	56
Anexos	59

I. Introducción

Acceder a un aborto es un derecho fundamental de las mujeres, niñas, adolescentes y otras personas con posibilidad de gestar, cuya negación y criminalización se enmarca en un sistema cis-hetero-patriarcal-capitalista que históricamente expropia la autonomía de las mujeres y el control sobre sus cuerpos, su reproducción y su vida (Surkuna 2024, 1), negando su calidad de personas con dignidad y convirtiendo a su cuerpo en un objeto de instrumentalización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido al aborto como un procedimiento seguro y esencial en la atención en salud reproductiva¹. Sin embargo, a nivel global, cerca del 45% de los abortos practicados se realizan en condiciones inseguras, y aproximadamente entre el 4,7% y el 13,2% de las muertes maternas son consecuencia directa de abortos inseguros, afectando de manera desproporcionada a mujeres en contextos de vulnerabilidad y que viven en países con legislaciones restrictivas. (Surkuna 2024, 2)

En Ecuador, el aborto consentido es un delito que existe desde 1837, durante muchos años el bien jurídico que se ha protegido ha sido la familia y la moral pública. La existencia actual del delito en nuestra legislación implica la subordinación jurídica de las mujeres en base a estereotipos de género y la reproducción de patrones socioculturales discriminatorios.

Las causales legales de aborto (casos en los cuales el mismo no es punible) existen desde 1938, y se han mantenido hasta la actualidad con ligeras modificaciones. Actualmente, el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) determina en específico que el aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer, no será punible en los siguientes casos:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo es consecuencia de una violación².

En estas tres causales, el derecho penal no puede ser utilizado para perseguir a las mujeres o personas gestantes, ni a los profesionales de la salud que realicen los procedimientos de interrupción del embarazo. En consonancia con ello, la Ley Orgánica de Salud ecuatoriana, en su artículo 29, establece:

Esta Ley faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 150 del COIP. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención.

1. Organización Mundial de la Salud, Atención para el aborto incluida en la lista de servicios de salud esenciales: Nota técnica, 2022, 1: "A raíz de la pandemia de COVID-19 y basándose en las lecciones aprendidas de anteriores brotes de enfermedades, en que los servicios de salud sexual y reproductiva se han visto gravemente trastornados, y que han llevado a la población a sentirse desprotegida y a exponerse a riesgos para la salud que podrían prevenirse, la OMS ha incluido la atención integral para el aborto en la lista de servicios de salud esenciales en algunas publicaciones técnicas y orientaciones recientes".

2. En 2021, la Corte Constitucional del Ecuador en la Sentencia Nro. 34-19-IN/21, declaró inconstitucional frase: Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer "que padezca de discapacidad mental" estableciendo que será "Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer". Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-34-19-in-21/>.

Datos recientes confirman que el acceso efectivo al aborto legal en Ecuador sigue siendo limitado, debido a que la existencia del delito de aborto consentido, genera ambigüedad jurídica y disuade tanto a las mujeres/personas gestantes como a los profesionales de salud de solicitar u ofertar estos servicios aún cuando sean legales. De acuerdo con estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en los últimos diez años³, los abortos relacionados con las causales legalmente previstas (denominados abortos médicos) se han mantenido, representando únicamente entre el 6% y el 3% del total de egresos hospitalarios relacionados con aborto registrados cada año⁴. Esta baja proporción evidencia la persistencia de barreras estructurales que impiden el acceso real y oportuno a la interrupción legal del embarazo en el sistema público de salud, a pesar de estar reconocida en el marco normativo vigente.

Según información del Ministerio de Salud Pública (2025), en respuesta a un pedido de información realizado por Surkuna⁵, no es posible identificar las causales (vida, salud o violación) de los abortos practicados. Esto, debido a que los sistemas de información del MSP no permiten registrar la causa precisa ni los detalles específicos de los procedimientos. Esta falta de registro y trazabilidad imposibilita saber cuántos de los abortos practicados en el sistema de salud correspondieron efectivamente a cada una de las causales legales vigentes (salud, vida o violación). Esto impide no solo evaluar si se está cumpliendo con el marco legal, sino también monitorear la garantía real del derecho, es decir, si las personas que cumplen con los requisitos legales están accediendo efectivamente al procedimiento.

Además, si bien el Ministerio de Salud Pública (MSP) reporta 4.571 atenciones por aborto en consulta externa entre 2014 y 2024; 12.621 egresos hospitalarios por aborto entre 2018 y 2024; y 28.788 atenciones por emergencias debido a abortos según CIE-10 en 2024⁶, su respuesta al pedido de información no especifica cuántos de estos casos correspondieron a abortos legales por causales, ni cuántas solicitudes fueron rechazadas, ni en qué condiciones fueron atendidas las personas. Esta ausencia de datos desagregados no solo revela una brecha institucional en la rendición de cuentas y la garantía de derechos, sino que también refleja una desprotección estructural de quienes necesitan acceder a este servicio de salud esencial.

Paralelamente, el número de mujeres procesadas penalmente por aborto consentido ascendió a 542 entre 2014 y 2024, según datos estadísticos remitidos por la Fiscalía General del Estado (FGE)⁷, evidenciando que la criminalización continúa siendo una realidad en el país. Como se revela en la investigación “Estereotipos de género en el juzgamiento del delito de aborto consentido en el Ecuador” (Surkuna 2024a), esta criminalización afecta especialmente a mujeres y otras personas gestantes en situaciones de pobreza, rurales e indígenas, muchas de ellas denunciadas tras emergencias obstétricas cuando buscaban atención en servicios de salud públicos.

3. En 2015 se registraron 982 egresos hospitalarios por aborto médico (5% del total de egresos por aborto ese año); en 2016, 742 (4%); en 2017, 944 (5%); en 2018, 804 (4%); en 2019, 911 (6%); en 2020, 704 (6%); en 2021, 750 (4%); en 2022, 541 (4%); y en 2023, 547 (3%). Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), registros anuales de egresos hospitalarios por diagnóstico principal.

4. El total de egresos hospitalarios relacionados con aborto registrados en 2023 es de 19.511, de los cuales 8.207 se han catalogado como abortos espontáneos, 10.757 son otros embarazos terminados en aborto y únicamente 547 se catalogaron como abortos médicos, que es la forma en que en el CIE10, cataloga el aborto legal.

5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Informe solicitud de información Surkuna. Número de Informe MSP-DNPS-2025-GIPSM-0015, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, 28 de febrero de 2025.

6. Es importante precisar que estos datos corresponden exclusivamente a establecimientos del MSP y no incluyen al resto del sistema nacional de salud, como lo hacen las cifras del INEC, que suelen ser considerablemente más altas, especialmente en egresos hospitalarios.

7. Fiscalía General del Estado, Respuesta a solicitud de información realizada por Surkuna. Número de requerimiento SAIP-2025-000009014, 13 de febrero de 2025.

Los obstáculos legales, institucionales y sociales no solo restringen el acceso al aborto legal, sino que exponen a mujeres y personas gestantes a riesgos innecesarios de morbilidad y mortalidad materna, vulneran su autonomía y su dignidad. La persistencia de prácticas como la denuncia desde los servicios de salud, la falta de confidencialidad médica, la desinformación y los estereotipos de género en la atención médica y judicial configuran un escenario de violaciones sistemáticas de derechos humanos.

Ahora bien, este escenario se ve seriamente agravado por el contexto social y económico que atraviesa el Ecuador, marcado por un grave deterioro de la seguridad pública⁸, altos niveles de violencia asociada al crimen organizado⁹ y por las respuestas represivas del Estado; el acceso físico a los servicios de salud (incluida la interrupción legal del embarazo como un servicio esencial) se ve restringido por la presencia de "fronteras invisibles". Estas fronteras no están formalmente establecidas, pero imponen limitaciones reales a la movilidad de la población por el riesgo que implica transitar ciertos territorios, afectando directamente su integridad y la de sus familias. En zonas como Durán, Guayas Rural, Guayaquil, Los Ríos, Santo Domingo, Manabí y El Oro, la ubicación de los centros de salud y los conflictos de control territorial entre bandas criminales han generado un acceso extremadamente limitado a servicios. Aunque exista oferta institucional, la imposibilidad de llegar de forma segura a estos espacios constituye una barrera estructural para acceder al aborto legal y otros servicios esenciales de salud. (Surkuna et al. 2024c)

Ante esta situación, diversos organismos internacionales, como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, han instado de manera reiterada al Estado ecuatoriano a garantizar el acceso a un aborto seguro, a respetar la confidencialidad en el ámbito de la salud y a eliminar cualquier forma de criminalización que perpetúe la violencia basada en género (Surkuna, 2024, pp. 1-4).

Estas recomendaciones se ven reforzadas por el dictamen emitido por el Comité de Derechos Humanos en el caso Norma vs. Ecuador (2024), donde se concluyó que el Estado violó múltiples derechos de una niña víctima de violación sexual al no garantizarle el acceso al aborto terapéutico, obligándola a una maternidad forzada y al no investigar y sancionar la violencia sexual de la que fue objeto. El Comité estableció que esta omisión constituyó una forma de tortura, así como una violación a sus derechos a la vida digna, a la integridad física y mental, a la vida privada y al desarrollo de su proyecto de vida. Además, reconoció la existencia de discriminación interseccional por género y edad, revictimización institucional y ausencia de medidas de reparación. Este caso concreta las preocupaciones sostenidas por los órganos internacionales y pone en evidencia los efectos devastadores de las barreras estructurales al acceso al aborto legal para niñas y adolescentes, subrayando la urgencia de transformaciones normativas y políticas por parte del Estado ecuatoriano.¹⁰

8. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). "Defunciones Generales". Ecuador en Cifras. Última actualización en 2023. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>.

9. Esta crisis está relacionada, en gran medida, con el fortalecimiento de grupos delictivos vinculados al narcotráfico y otras economías ilegales. Desde 2020, el país ha experimentado un aumento sostenido de homicidios y violencia, con un impacto especialmente severo en provincias portuarias y fronterizas como Guayas, Esmeraldas y Manabí, donde habitan mayoritariamente poblaciones afrodescendientes, negras y montubias. A nivel nacional, los homicidios pasaron de 1214 en 2020 a 7308 en 2023. De este total, 3381 ocurrieron en Guayas, 404 en Esmeraldas y 889 en Manabí. Fuente: *Informe Alternativo para el 114 Período de Sesiones, Ecuador 2024*.

10. Comité de Derechos Humanos, Dictamen aprobado respecto de la comunicación núm. 3628/2019 (Norma vs. Ecuador), CCPR/C/142/D/3628/2019, 17 de enero de 2025, disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2F142%2FD%2F3628%2F2019&Lang=en.

En este contexto, resulta imprescindible seguir documentando, denunciando y desmontando las múltiples barreras que enfrentan las mujeres, niñas, adolescentes y personas con posibilidad de gestar para acceder a una atención segura, digna y libre de violencias. Por lo tanto, este informe se elabora con el objetivo de visibilizar las desigualdades estructurales, exigir transformaciones institucionales urgentes y contribuir a la construcción de un sistema de salud, protección y justicia que resguarde la vida, la salud y la dignidad de quienes deciden interrumpir un embarazo.

Metodología

Este informe combina un enfoque cualitativo y cuantitativo, sustentado en diversas fuentes de información primaria y secundaria, con el objetivo de ofrecer un análisis integral y riguroso sobre las barreras de acceso a la interrupción legal del embarazo en el Ecuador.

Los principales datos cuantitativos utilizados en este informe provienen del registro sistemático de los acompañamientos realizados por Surkuna entre el año 2021 y 2024, que corresponden a 95 casos. La recolección de esta información se realiza a través de la línea de asesoría y acompañamiento "Libre" (096-363-0034). Cada solicitud se registra en un instrumento estandarizado de documentación, denominado Ficha de atención Libre, que se completa individualmente al cierre de cada proceso de acompañamiento. Esta ficha contiene variables sociodemográficas, jurídicas, institucionales y de contexto, necesarias para la sistematización y el análisis posterior. Otros datos cuantitativos que se presentan en este informe provienen de pedidos de información pública dirigidos al Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Fiscalía General del Estado (FGE), así como de revisiones sistemáticas de las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

En cuanto al abordaje cualitativo, se realizó una revisión caso por caso de los 22 acompañamientos registrados durante el año 2024. A partir de esta revisión, se elaboró un inventario detallado de barreras identificadas en el último año, las cuales luego se organizaron en categorías analíticas que corresponden a los principales tipos de obstáculos enfrentados por las personas que solicitaron acceder al aborto legal. Para ilustrar estas barreras, el informe presenta relatos reales, que permiten comprender de forma más cercana los impactos de estas restricciones.

En cuanto a los lineamientos éticos que se consideraron para elaborar este informe con el fin de proteger la privacidad, integridad y confidencialidad de las niñas, adolescentes y mujeres acompañadas, todos los nombres utilizados en las narraciones han sido modificados mediante el uso de seudónimos.

En cuanto a las limitaciones metodológicas es importante señalar que en el periodo analizado no se acompañaron casos de personas de las diversidades sexo-genéricas. Por esta razón, el informe se centra en las experiencias de niñas, adolescentes y mujeres cisgénero. Por otro lado, si bien este informe busca ofrecer una visión integral del acceso a la interrupción legal del embarazo en Ecuador, es conveniente aclarar que existen ciertas limitaciones asociadas al alcance territorial de los servicios de acompañamiento ofrecidos por Surkuna. Aunque la organización brinda atención a nivel nacional, la sede se encuentra en la ciudad de Quito, lo que influye en una mayor concentración de casos registrados en esta zona.

Esta centralidad geográfica, junto con la mayor operatividad de los servicios de salud en centros urbanos en comparación con zonas rurales o periféricas, condiciona tanto la recepción de solicitudes como las posibilidades de acompañamiento efectivo en otras provincias. Por tanto, estas condiciones territoriales deben ser tomadas en cuenta al momento de interpretar los hallazgos del informe, así como al diseñar estrategias que busquen garantizar un acceso equitativo y sin barreras a nivel nacional.

Organización del texto

Este informe se estructura en seis secciones. En la primera, se presenta una introducción al tema, en la que se exponen los fundamentos del informe, su relevancia y los objetivos que lo guían. La segunda sección aborda el marco legal e internacional sobre el acceso al aborto en el Ecuador. Aquí se analizan los estándares internacionales de derechos humanos en relación con el aborto legal, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para su regulación, y los avances y contradicciones del marco normativo ecuatoriano.

La tercera sección sistematiza los acompañamientos legales y psicosociales realizados por Surkuna entre 2021 y 2024 a niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acceder a la interrupción legal del embarazo. Se presenta un análisis detallado de la información sociodemográfica de las personas acompañadas, incluyendo edad, nacionalidad, autoidentificación étnica, ubicación geográfica, edad gestacional y respuesta del sistema de salud según grupos de edad.

La cuarta sección identifica y analiza las principales barreras que enfrentan las personas con posibilidad de gestar para acceder a la interrupción legal del embarazo en el Ecuador. Se reconoce específicamente la vigencia del delito de aborto consentido como una barrera estructural que reproduce las demás barreras. Estas barreras se agrupan en tres grandes bloques: las derivadas de interpretaciones restrictivas del marco legal vigente por parte de profesionales e instituciones; las relacionadas con el incumplimiento de obligaciones legales por parte del sistema de salud, que van desde el desconocimiento del marco normativo hasta la negación del servicio; y las asociadas al sistema de justicia y protección, como la desinformación, prácticas intimidatorias y fallas en los procesos de derivación.

La quinta sección presenta las conclusiones del informe, destacando cómo la criminalización, la desinformación institucional y las fallas sistémicas perpetúan las barreras de acceso, incluso cuando el aborto está legalmente permitido en determinadas circunstancias.

Finalmente, la sexta sección recoge una serie de recomendaciones dirigidas al Estado ecuatoriano y a sus instituciones para garantizar el acceso efectivo, digno y sin barreras a la interrupción legal del embarazo, en consonancia con las obligaciones constitucionales y los estándares internacionales de derechos humanos.

II. Marco legal y contextual sobre el acceso al aborto en el Ecuador

2.1. Estándares internacionales sobre aborto legal y derechos humanos

El derecho internacional de los derechos humanos ha establecido una serie de estándares mínimos que los Estados deben observar al regular el aborto, con el fin de garantizar los derechos de las mujeres y de las personas con posibilidad de gestar. Estos estándares, definidos por órganos como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Comité de Derechos Humanos, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), incluyen, entre otros, los siguientes principios:

- Los Estados deben proveer acceso seguro, legal y efectivo al aborto.¹¹
- Deben eliminar las leyes, políticas y prácticas que penalicen, obstaculicen o menoscaben el acceso a servicios, bienes e información en materia de salud sexual y salud reproductiva.¹²
- Deben adoptar todas las medidas afirmativas posibles, con el máximo de recursos disponibles, para promover, facilitar y garantizar el ejercicio del derecho a la salud sexual y salud reproductiva.¹³
- Tienen la obligación de eliminar barreras legales, procedimentales, sociales y prácticas que impidan el acceso oportuno y sin discriminación a estos servicios.^{14 15}

En esta línea, el Comité de los Derechos del Niño (CDN), en su dictamen sobre la comunicación núm. 136/2021, reafirmó que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud incluye la libertad de niñas, niños y adolescentes para tomar decisiones responsables sobre su salud sexual y salud reproductiva, incluyendo el acceso al aborto en condiciones seguras. El Comité ha instado a los Estados a despenalizar el aborto en todos los casos para garantizar la seguridad y bienestar de las niñas y adolescentes embarazadas, así como asegurar que sus opiniones sean escuchadas y respetadas en todas las decisiones relacionadas con el embarazo y la interrupción del mismo. Además, ha recordado que los Estados deben garantizar el acceso al aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud, o produce sufrimientos graves, especialmente en casos de violación o incesto.¹⁶

De forma complementaria, en el reciente dictamen del caso Norma vs. Ecuador (CCPR/C/142/D/3628/2019), el Comité de Derechos Humanos reafirmó la obligación reforzada del Estado en contextos de embarazo forzado en niñas. El Comité sostuvo que:¹⁷

11. Comité de Derechos Humanos (CDH), Observación general N°38. Artículo 6: derecho a la vida, Doc. de la ONU CCPR/C/GC/36 (2018), párr. 8.

12. Comité DESC (2016). Observación General No. 22. 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. 2016, párrafo 61.

13. Comité DESC (2016). Observación General No. 22. 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. 2016, párrafo 61.

14. Comité DESC, Observación General N°14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Doc. de la ONU E/C.12/2000/4, párr. 21.

15. Recomendación General N° 24 emitida en el año 1999, Comité CEDAW

16. Comité de los Derechos del Niño, Dictamen aprobado por el Comité en virtud del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones, respecto de la comunicación núm. 136/2021 (Camila vs. Perú), CRC/C/94/D/136/2021, 13 de junio de 2023, Párrafos 8.4. y 8.11, disponible en: https://www.law.utoronto.ca/sites/default/files/documents/reprohealth/un_crc_peru_2023_camila_spanish.pdf.

17. Comité de Derechos Humanos, Dictamen aprobado respecto de la comunicación núm. 3628/2019 (Norma vs. Ecuador), CCPR/C/142/D/3628/2019, 17 de enero de 2025, disponible en:

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2F142%2FD%2F3628%2F2019&Lang=en.

- El aborto debe brindarse cuando el embarazo implique riesgos para la vida o salud física, mental o emocional.
- La maternidad forzada interrumpe el proyecto de vida y constituye una forma de trato cruel, inhumano o degradante.
- El Estado debe garantizar el acceso efectivo a servicios de aborto legal, brindar información adecuada, asegurar la confidencialidad, el consentimiento informado y la atención libre de violencia o coerción.
- En casos de niñas víctimas de violencia sexual, las obligaciones estatales son reforzadas, y su incumplimiento constituye una violación a los derechos a la vida, a la integridad personal, a la vida privada, a la libertad de expresión, y al principio de no discriminación por razones de género y edad.
- Para garantizar los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes víctimas de violencia, el Estado tiene la obligación de eliminar todas las barreras de acceso a abortos legales.
- Es obligación del estado sensibilizar y capacitar a profesionales de salud, justicia y protección sobre aborto, y atención integral a víctimas de violencia para evitar violación a sus derechos humanos.

En el contexto ecuatoriano, estos estándares internacionales son de cumplimiento obligatorio al formar parte del bloque de constitucionalidad, conforme al artículo 424 de la Constitución. Por tanto, cualquier disposición normativa o práctica institucional que los contradiga debe considerarse inconstitucional y suprimirse.

2.2. Principales recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para regular el aborto

En 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó “Las Directrices de atención al aborto”, guía que consolida más de 50 recomendaciones para garantizar una atención integral, segura y basada en derechos humanos en torno al aborto. Estas recomendaciones abarcan aspectos clínicos, de prestación de servicios y marcos legales y normativos.^{18 19}

a) Atención clínica y prestación de servicios

- Se recomienda el uso de métodos farmacológicos (mifepristona y misoprostol) y quirúrgicos adecuados al tiempo de gestación, brindados por personal capacitado.
- Se promueve la participación de diversos profesionales de la salud, como médicos, enfermeras y parteras, en la provisión de servicios de aborto seguro.
- Se reconoce que las mujeres pueden autogestionar de manera segura el aborto con medicamentos durante las primeras etapas del embarazo, siempre que cuenten con información adecuada y acceso a servicios de salud si lo requieren.
- Se alienta el uso de tecnologías de la información para facilitar el acceso a la atención del aborto, especialmente en contextos donde existen barreras geográficas o de otro tipo.

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021. Aborto. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

19. Organización Mundial de la Salud. 2022 [1]. Directrices sobre la atención para el aborto. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362897>.

b) Eliminación de barreras legales y normativas

- Se insta a los Estados a eliminar la criminalización del aborto, ya que esta constituye una barrera significativa para el acceso a servicios seguros y puede llevar a prácticas inseguras.
- Se recomienda suprimir exigencias como períodos de espera obligatorios, autorizaciones de terceros (como familiares o comités) y restricciones arbitrarias basadas en el tiempo de gestación.
- Se enfatiza la importancia de garantizar el consentimiento informado, la confidencialidad y el respeto a las decisiones de las mujeres y personas gestantes.

c) Integración de un enfoque de derechos humanos

- Los servicios deben ser accesibles, aceptables, de calidad, respetuosos, libres de estigmas y discriminación.
- Se destaca la necesidad de proporcionar educación integral en sexualidad y acceso a información veraz sobre salud sexual y salud reproductiva.
- Se recomienda formar a los profesionales de la salud en la provisión de atención al aborto basada en derechos humanos y en la interpretación adecuada de las leyes y políticas relacionadas.

Estas recomendaciones buscan garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de aborto seguros y de calidad, en un entorno que respete sus derechos y necesidades.

2.3 Marco legal ecuatoriano: avances y contradicciones

La Constitución de 2008, en su artículo 66 numeral 10, reconoce como derecho fundamental la autonomía reproductiva, al garantizar que todas las personas puedan tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva, incluyendo el derecho a decidir cuántas hijas o hijos tener y en qué momento.

El aborto, reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un procedimiento médico esencial, constituye una herramienta clave para el ejercicio de este derecho. Como se mencionó en la primera parte del marco jurídico sobre aborto, existen múltiples estándares internacionales que señalan que utilizar el derecho penal para intervenir en decisiones reproductivas constituye una medida arbitraria, que restringe de forma desproporcionada los derechos de las mujeres y otras personas gestantes, constituyendo una forma de discriminación y violencia basada en género. Sin embargo, el aborto sigue siendo uno de los procedimientos más restringidos y regulados a nivel global, lo cual genera desigualdades en el acceso y en el ejercicio de derechos.

El Código Orgánico Integral Penal (COIP) sigue contemplando el aborto consentido como un delito, lo cual resulta inconstitucional, pues vulnera los derechos reproductivos de las mujeres y de las personas gestantes de la diversidad sexogenérica, sin una justificación legítima que lo respalde.²⁰ Es precisamente este tipo penal el

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

que da lugar a la judicialización de mujeres, personas gestantes, acompañantes de aborto y profesionales de salud en Ecuador, y el que restringe el acceso incluso cuando el procedimiento es legal, debido a la ambigüedad jurídica que genera. Cabe señalar que el ordenamiento jurídico ecuatoriano establece tres excepciones a la penalización del aborto consentido, recogidas en el artículo 150 del COIP, las cuales son:

Art. 150.- Aborto no punible.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.

La causal salud debe entenderse conforme al artículo 3 de la Ley Orgánica de Salud, que define la salud como "el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esto implica que la afectación a cualquiera de estas dimensiones (física, mental o social) constituye una base legal válida para acceder a una interrupción del embarazo bajo esta causal. Afectaciones físicas pueden incluir enfermedades preexistentes como patologías cardíacas, renales, endocrinas o infecciones graves que se complican con el embarazo. La salud mental puede verse comprometida por la falta de deseo de un embarazo que compromete en bienestar psíquico y mental de la mujer, generando cuadros como depresión, ansiedad severa, trastorno de estrés postraumático o riesgo de suicidio, especialmente cuando el embarazo es producto de violencia.

Mientras que las afectaciones sociales incluyen situaciones de extrema pobreza, falta de redes de apoyo, abandono familiar, violencia intrafamiliar o barreras estructurales que impidan la continuidad educativa o laboral. Esta interpretación amplia no requiere un diagnóstico definitivo ni la certeza de daño inminente. Además, la causal salud incluye los casos de malformaciones fetales donde continuar el embarazo puede implicar un impacto en la salud mental de la persona gestante. Pese a esta amplitud legal, en la práctica el sistema de salud suele restringir esta causal exclusivamente a situaciones clínicas físicas extremas, desconociendo sus dimensiones integrales y su carácter garantista.

Ahora bien, la causal violación como motivo legal para interrumpir el embarazo existía de forma limitada desde 1938 (restringida únicamente a mujeres con discapacidad mental) siendo que recién en 2021 la misma se amplía para todas las víctimas de violencia sexual, mediante la sentencia 34-19-IN y acumulados de la Corte Constitucional. Actualmente, esta causal se encuentra regulada por la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de Violación (LORIVE), que ha sido temporalmente modificada por la Corte Constitucional del Ecuador que ha emitido varias medidas cautelares frente a la misma con el objetivo de eliminar las graves barreras de acceso que establecía. Estas medidas tienen como efecto la suspensión temporal de la aplicación de artículos cuya constitucionalidad está siendo cuestionada, a fin de prevenir posibles vulneraciones de derechos mientras se resuelve el fondo del asunto. No obstante, son insuficientes para garantizar el acceso a las causales legales sin barreras desproporcionadas.

A continuación se enumeran las medidas cautelares emitidas, con el propósito de explicitar los artículos de la LORIVE que podrían vulnerar derechos fundamentales y que han sido suspendidos temporalmente:

- **Caso 41-22-IN:** se suspende la autorización previa de sus representantes legales para someterse a la práctica del aborto consentido por parte de Niñas y adolescentes. (Corte Constitucional 2022a)
- **Caso 76-22-IN:** suspensión de los requisitos previos para acceder al aborto por violación (denuncia, declaración juramentada y examen médico). (Corte Constitucional 2022b)
- **Caso 93-22-IN:** modificación del modelo de objeción de conciencia, planteando que el mismo es un derecho individual que puede ser utilizado únicamente por personal de salud de atención directa. La Corte establece que en lugares remotos o alejados donde el profesional objetor sea el único disponible, prevalece el derecho de las mujeres a acceder a este servicio de salud esencial. (Corte Constitucional 2022c)
- **Caso 30-23-IN:** Se suspenden todos los artículos que instaban al personal de salud a denunciar a mujeres por abortos provocados, estableciéndose que la confidencialidad en salud y el secreto profesional son derechos que deben ser respetados. Adicionalmente, se suspenden todas las normas que pretendían criminalizar a profesionales de salud que atendieran emergencias obstétricas. Igualmente se modifican las circunstancias para solicitar consentimiento informado siendo lo fundamental garantizar que las mujeres accedan a información completa, científica y oportuna. (Corte Constitucional 2023a)
- **Caso 31-23-IN:** se elimina la obligación de realizar una ecografía como requisito de acceso. (Corte Constitucional 2023b)

Estas medidas confirman que el marco legal aprobado presenta graves riesgos. No obstante, su propia característica de temporales y la falta de conocimiento sobre su significado causa que en muchos servicios de salud se sigan implementando normas consideradas como vulneratorias manteniéndose activas múltiples barreras de acceso al aborto legal.

III. Acompañamientos para el acceso a la Interrupción legal del Embarazo realizados por Surkuna entre 2021 y 2024

El acompañamiento a mujeres y personas con posibilidad de gestar que brinda SURKUNA, se realiza desde una perspectiva feminista que reconoce el aborto como un derecho. A través del acompañamiento, se apuesta por una práctica política y ética que coloca en el centro la autonomía, el cuidado, la información basada en evidencia y la prevención de criminalización. Acompañar no es solo asistir en el trámite médico o legal, sino estar presentes, escuchar, sostener y garantizar que quienes deciden interrumpir un embarazo lo hagan con dignidad, seguridad y sin miedo. Este modelo de acompañamiento busca hacer frente a un sistema que, muchas veces, niega derechos y revictimiza, y por eso representa una forma de avanzar hacia la justicia reproductiva.

Surkuna recibe de forma sostenida un flujo significativo de llamadas relacionadas con solicitudes de información sobre aborto, con un promedio de 484 llamadas al año, es decir, más de 40 al mes. En todos los casos, las comunicaciones incluyen asesorías o acompañamientos para el acceso al aborto legal; asesorías a profesionales del sistema de salud, justicia, y protección; asesorías a organizaciones que acompañan a mujeres; atención de casos de criminalización; y, asesorías para derivación a redes de acompañamiento o servicios de salud privados.

Es importante mencionar que en todos los casos, se brinda información clara y completa sobre las distintas vías legales y seguras disponibles, para que sean las mujeres quienes decidan cómo quieren acceder. Sin embargo, se ha constatado que son pocas las que optan por el sistema de salud público. Esto se debe no solo a barreras como la falta de información clara, la estigmatización, los obstáculos administrativos y la violencia institucional, sino también a los imaginarios construidos en torno al aborto, el temor a ser criminalizadas y la desconfianza estructural hacia las instituciones. Estas percepciones son reflejo de una institucionalidad que no ha logrado garantizar condiciones seguras, empáticas y accesibles para el ejercicio de derechos.

En el período 2021- 2024, 95 de estas llamadas correspondían a casos que solicitaron acompañamiento directo para acceder a la interrupción legal del embarazo en el sistema de salud público. De estos, el 67% se inscribían en la causal violación, el 17% en la causal salud y el 16% fueron tramitados por coexistencia de causales. Sin embargo, a pesar de estar dentro de las causales y de contar con acompañamiento solo el 71% de estas personas logró acceder efectivamente al procedimiento, lo que deja en evidencia las barreras persistentes entre el reconocimiento legal del derecho y su garantía real. La información que se analiza en este informe genera preocupación porque aún existiendo una o más causales legales, el sistema de salud denegó el acceso, ignoró las condiciones de los solicitantes o impuso dilaciones.²¹

Esta brecha demuestra que el marco legal vigente no es suficiente, que existe ambigüedad legal derivada de la existencia del delito de aborto consentido, y que se requiere políticas públicas efectivas, continua formación a profesionales de salud, protocolos claros y mecanismos de exigibilidad que impidan que el acceso dependa de la voluntad individual del personal o de la discrecionalidad institucional.

21. Las personas que no acceden a la interrupción legal del embarazo en el sistema de salud público son derivadas a otras redes de acompañamiento feminista o servicios privados de salud.

El análisis del universo de llamadas evidencia la importancia del acompañamiento como una herramienta concreta para garantizar el acceso a derechos. Frente a un sistema que muchas veces desinforma, demora o niega el procedimiento, el acompañamiento permite a las mujeres y personas gestantes navegar las barreras institucionales, ejercer sus derechos de forma informada y, en muchos casos, acceder efectivamente a la interrupción legal del embarazo. Se trata, por tanto, de una estrategia clave en la construcción de justicia reproductiva, que también actúa como una forma de protección ante la denegación y criminalización.

a) Número de niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo.

En el período correspondiente a los años 2021 a 2024, Surkuna ha recibido 95 solicitudes de acompañamiento para el acceso a la interrupción legal del embarazo, por las diferentes causales legales: vida, salud y violación.

En el año 2021, Surkuna inició un proceso activo de acompañamiento para el acceso al aborto legal, acompañando a 23 niñas, adolescentes y mujeres. A partir de estos casos, se evidenciaron múltiples barreras que enfrentaban, especialmente quienes han sido víctimas de violación. Entre ellas, destacan las asociadas a la solicitud de una denuncia penal que demuestre que son víctimas de violación, la limitada temporalidad para el acceso, el uso abusivo de la objeción de conciencia, el incumplimiento de obligaciones legales del sistema de salud, expresados en prácticas como la entrega de información errónea o insuficiente sobre el procedimiento, el uso de técnicas inadecuadas, la negativa a recibir solicitudes y prácticas de castigo o estigmatización, la exigencia de requisitos no establecidos en la normativa, la no aplicación de coexistencia de causales, incluso cuando concurren varios motivos legales para autorizar la interrupción del embarazo. (Surkuna 2022b)

Esto evidenció la necesidad de seguir impulsando estrategias integrales para reducir las barreras de acceso al aborto legal, entre ellas: la interposición de demandas ante la Corte Constitucional, procesos de formación, fortalecimiento de capacidades de organizaciones para el acompañamiento al aborto legal, campañas de comunicación dirigidas a la transformación social, y la consolidación de nuestro proceso de acompañamiento feminista dentro del sistema de salud. El objetivo de este trabajo fue, por un lado, fortalecer la autonomía de las mujeres en el ejercicio de su derecho a decidir, y por otro, generar certezas en el personal de salud sobre su obligación de garantizar el acceso a estos servicios. De este modo, se busca que la necesidad de acompañamiento sea cada vez menor, y que baste con la solicitud de acceso para que el procedimiento se garantice de forma oportuna y sin barreras.

No obstante, decidimos mantener activa la Línea de Acompañamiento “Libre” como parte de la estrategia que busca derribar barreras legales, sociales y culturales de acceso a este proceso. Así en el año 2022, acompañamos a 26 niñas, adolescentes y mujeres, en el año 2023 a 24, y finalmente, durante el año 2024 a 22 niñas, adolescentes, mujeres y otras personas con posibilidad de gestar.

Tabla 1. Histórico de solicitudes de acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo.

Año	Número de solicitudes de acompañamiento
2021	23
2022	26
2023	24
2024	22
TOTAL	95

Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

En los últimos años, las solicitudes de acompañamiento para el acceso a la interrupción legal del embarazo han mostrado una diversificación importante. Esta ampliación responde al fortalecimiento de estrategias de información, formación y acompañamiento impulsadas que han permitido visibilizar las distintas causales legales más allá de la violación. Aunque los casos por violencia sexual continúan siendo los más frecuentes, también se han acompañado solicitudes relacionadas con malformaciones fetales incompatibles con la vida, enfermedades como el cáncer que requieren tratamiento urgente, antecedentes de preeclampsia, entre otras condiciones que ponen en riesgo la salud o la vida de las mujeres. Esta diversidad de solicitudes evidencia una comprensión más amplia del marco legal y una mayor apropiación de los derechos por parte de quienes buscan acceder a este servicio de salud esencial.

b) Edad de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo.

El análisis por grupos etarios muestra que más de la mitad de los casos correspondieron a niñas y adolescentes menores de 18 años, evidenciando la urgencia de garantizar rutas efectivas para el acceso a la IVE para esta población, especialmente en casos de violación.

Tabla 2. Tabla 2. Número de niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo, por grupos de edad.

Grupo de edad	Período				Total Período	Porcentaje periodo
	2021	2022	2023	2024		
Menor a 10 años	1	0	0	0	1	1%
De 10 a 14 años	12	8	5	6	31	33%
De 15 a 18 años	3	4	9	2	18	19%
De 19 a 24 años	3	3	3	1	10	11%

De 25 a 30 años	3	3	3	5	14	15%
De 31 a 35 años	0	3	2	5	10	11%
De 36 a 40 años	1	3	1	1	6	6%
Más de 41 años	0	0	1	1	2	2%
Sin información	0	2	0	1	3	3%
TOTAL	23	26	24	22	95	100%

Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

La tabla demuestra que durante los últimos cuatro años, el grupo más numeroso fue el de niñas entre 10 y 14 años, con 31 casos (33%), seguido por adolescentes de 15 a 18 años, con 18 casos (19%). Esto significa que más de la mitad de las acompañadas (52%) eran menores de edad, lo cual refleja que los embarazos en niñas y adolescentes continúan siendo una expresión de la violencia sexual en el país, y son una de las principales razones por las que se solicita acompañamiento para acceder a una interrupción legal del embarazo.

Además, se acompañó a 10 jóvenes entre 19 y 24 años (11%), 14 mujeres de 25 a 30 años (15%), 10 de entre 31 y 35 años (11%), y 6 mujeres de entre 36 y 40 años (6%). También se registraron 2 casos en mujeres mayores de 41 años (2%) y otros 3 sin información de edad (3%). Esta diversidad etaria muestra que la necesidad de acceder a la interrupción legal del embarazo atraviesa las distintas etapas del ciclo vital, y que, aunque el grupo etario más visible sigue siendo el de niñas y adolescentes, las mujeres adultas también enfrentan circunstancias en las que este servicio de salud resulta necesario.

Finalmente, es importante mencionar que los datos reflejan una tendencia constante en los últimos cuatro años, con una carga significativa de casos en niñas menores de 14 años, lo cual subraya la persistencia de patrones estructurales de violencia sexual infantil. Es importante mencionar que Surkuna trabaja en favor de los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres, brindando acompañamiento para acceder al aborto y acompañamiento en primeros auxilios legales para interponer denuncias y obtener medidas de protección en casos de violencias basadas en género, esto acerca los servicios de la organización principalmente a las víctimas y sobrevivientes, por ello este panorama exige respuestas interinstitucionales más eficaces y sensibles que garanticen el cumplimiento de derechos y la protección integral de las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas con posibilidad de gestar, especialmente aquellas que enfrentan condiciones de desigualdad, estigmatización y criminalización.

c) Nacionalidad de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo

Entre 2021 y 2024, el 82% de las personas acompañadas por Surkuna en procesos de acceso a la interrupción legal del embarazo fueron de nacionalidad ecuatoriana, lo que representa 78 de los 95 casos registrados en este periodo.

Tabla 3. Número de niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo, según nacionalidad

Nacionalidad	Período				Total Período	Porcentaje período
	2021	2022	2023	2024		
Ecuatoriana	20	24	21	13	78	82%
Venezolana	1	1	2	0	4	4%
Colombiana	0	1	1	0	2	2%
Sin información	2	0	0	9	11	12%
Total	23	26	24	22	95	100%

Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

Durante estos cuatro años también se acompañó a 4 personas de nacionalidad venezolana (4%) y a 2 de nacionalidad colombiana (2%). Aunque representan una proporción menor, estos casos permiten evidenciar las barreras adicionales que enfrentan las mujeres y personas migrantes, quienes a menudo se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad frente a la violencia, el estigma y la exclusión del sistema de salud. Cabe destacar que 11 casos (12%) no contaron con información sobre nacionalidad, lo cual podría deberse a limitaciones en el levantamiento de datos o a decisiones de confidencialidad por parte de las personas acompañadas.

d) Autoidentificación étnica de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo

Un alto porcentaje de niñas, adolescentes y mujeres acompañadas por Surkuna en procesos de acceso a la interrupción legal del embarazo se autoidentificaron como mestizas, con 59 casos que representan el 61% del total. Si bien esta cifra refleja la composición étnica mayoritaria del país, es importante reconocer que las barreras de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva se profundizan en el caso de pueblos y nacionalidades indígenas y afrodescendientes, cuyas experiencias suelen estar subrepresentadas en los registros y atraviesan desigualdades estructurales históricas.

Tabla 4. Número de niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo, según nacionalidad.

Autoidentificación étnica	Período				Total Período	Porcentaje período
	2021	2022	2023	2024		
Afroecuatoriana	0	2	1	0	3	3%
Indígena	5	7	1	0	13	14%
Mestiza	18	15	17	9	59	61%

Montuvia	0	0	0	1	1	1%
No Identificada	0	2	5	12	20	21%
Total	23	26	24	22	95	100%

Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

En segundo lugar, 13 personas (14%) se autoidentificaron como indígenas, lo que evidencia la presencia significativa de este grupo étnico entre quienes requieren acompañamiento. Estos casos suelen estar atravesados por barreras múltiples, relacionadas tanto con el racismo estructural como con la falta de servicios de salud culturalmente pertinentes, especialmente en zonas rurales o con baja presencia institucional.

Además, 3 personas (3%) se identificaron como afroecuatorianas, y 1 persona como montuvia (1%). Aunque estas cifras son menores, es importante considerar que pueden estar subrepresentadas, ya que en algunos casos las personas acompañadas optan por no responder estas preguntas. Por otro lado, 20 personas (21%) no registraron su autoidentificación étnica, lo que representa una porción significativa de los casos acompañados. Esta falta de información responde a la decisión consciente de las personas de no revelar este aspecto de su identidad.

e) Ubicación geográfica de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo

La mayoría de los acompañamientos realizados por Surkuna se concentraron en la provincia de Pichincha, con 51 casos que representan el 54% del total. Esta concentración está directamente relacionada con la ubicación geográfica de la organización, pero también da cuenta de una mayor visibilidad del servicio en esta provincia, así como de mejores condiciones de acceso a medios de comunicación, redes de apoyo y transporte.

Tabla 5. Número de niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo, según provincia de residencia.

Provincias	Período				Total Período	Porcentaje período
	2021	2022	2023	2024		
AZUAY	3	3	1	2	9	9%
CARCHI	0	2	1	0	3	3%
COTOPAXI	0	0	1	2	3	3%
EL ORO	1	0	0	0	1	1%
ESMERALDAS	0	2	1	0	3	3%
GUAYAS	0	1	1	0	2	2%
LOJA	0	2	0	0	2	2%
MANABÍ	1	0	0	0	1	1%

MORONA	4	3	0	1	8	8%
NAPO	0	2	0	0	2	2%
PICHINCHA	12	8	17	14	51	54%
SANTA ELENA	0	0	0	1	1	1%
SANTO DOMINGO	0	0	0	1	1	1%
SUCUMBÍOS	2	3	2	1	8	8%
TOTAL	23	26	24	22	95	100%

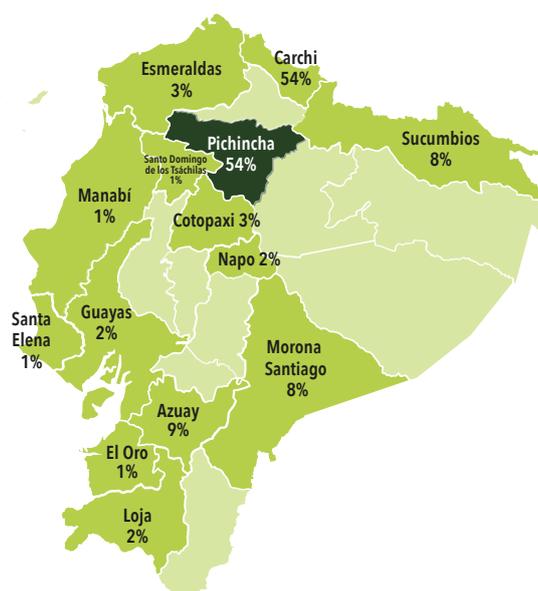
Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

Después de Pichincha, otras provincias con registros relevantes fueron Azuay (9 casos, 9%), Sucumbíos (8 casos, 8%) y Morona Santiago (6 casos, 6%). Estas cifras revelan que, si bien la cobertura se ha ido extendiendo, sigue siendo limitada en ciertas zonas del país.

En contraste, hay 11 provincias con solo uno o dos casos registrados en cuatro años, como Guayas, Loja, Manabí, Napo, Santa Elena o Santo Domingo. Esto refleja tanto la falta de conocimiento sobre la existencia del servicio de acompañamiento como la existencia de barreras geográficas, institucionales o socioculturales que impiden a las personas contactar con organizaciones como Surkuna.

La diversidad geográfica de los casos acompañados demuestra que la necesidad de acceder a la interrupción legal del embarazo no es exclusiva de un territorio, sino que está presente en todo el país. Sin embargo, los datos también evidencian la persistente centralización de los servicios en zonas urbanas y la necesidad urgente de fortalecer redes territoriales y estrategias de difusión en provincias con menor representación.

Mapa 1. Provincia de residencia de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo.



Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

La representación visual del Mapa 1 refuerza esta lectura sobre el acceso, mostrando cómo Pichincha se destaca como el principal punto de origen de las solicitudes de acompañamiento.

f) Edad gestacional de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo según grupo etario

Del total de 95 personas acompañadas por Surkuna para acceder a la interrupción legal del embarazo, un 43% solicitaron el acompañamiento durante las primeras 12 semanas y 6 días de gestación, lo que representa un total de 41 casos. Mientras que un 54% solicitaron acompañamiento cuando tenían más de 12 semanas y 6 días de gestación (51 personas).

Tabla 6. Edad gestacional de las niñas, adolescentes y mujeres que solicitaron acompañamiento para la Interrupción Legal del Embarazo, según grupo etario.

Semanas de gestación	Grupo de edad				Total Período 2021 - 2024	Porcentaje período
	Menores de 14 años	15 a 19 años	20 años o más	Sin Información		
Hasta 12.6 semanas	5	7	29	0	41	43%
De 12.6 semanas en adelante	23	14	11	3	51	54%
No estaba embarazada	2	0	1	0	3	3%
Total	30	21	41	3	95	100%

Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

En 3 casos (3%) no se contó con información sobre la edad, lo cual puede deberse a la decisión de las usuarias de no proporcionar ese dato en el momento de la atención. Así mismo, se evidencia que la existencia de límites gestacionales es una barrera crítica, sobre todo en contextos de extrema vulnerabilidad donde se evidencian graves barreras en el acceso. La tabla demuestra que el 77% de las niñas menores de 14 años (23 de 30) tenían embarazos de más de 12.6 semanas, lo que está relacionado con demoras en la identificación de la violencia sexual, miedo a denunciar o falta de acceso oportuno a información y servicios.

Por esta razón, la edad gestacional no debería operar como un límite arbitrario, sino como un criterio clínico que oriente la atención desde un enfoque de derechos. La evidencia muestra que la demora en el acceso no es responsabilidad de las niñas, adolescentes, mujeres o personas con posibilidad de gestar, sino del contexto institucional, social y legal que genera barreras desinforma y castiga.

g) Grupos de edad y respuesta a la solicitud en el sistema de salud público

El cruce de edad con respuesta a la solicitud permite visualizar no solo las causas por las que se solicitó el aborto, sino también qué grupos enfrentaron mayores barreras de acceso y qué ocurrió con su solicitud. En ese sentido,

la tabla permite observar que 14% de las personas acompañadas solicitaron el acceso al aborto por la causal salud (13 casos); la mayoría de casos acompañados en el periodo 2021-2024 solicitaron acompañamiento por la causal violación, con un 40% del total (38 casos), de los cuales más de la mitad correspondían a niñas y adolescentes menores de 19 años. Esto confirma que el embarazo infantil y adolescente en el Ecuador es una consecuencia directa de la violencia sexual, lo que constituye una forma extrema de desigualdad de género y violencia estructural. En este contexto, el aborto legal debería operar como una herramienta reparadora y de protección urgente, y sin embargo, los datos muestran que no siempre se garantiza el acceso efectivo.

Tabla 7. Grupo de edad y desenlace de la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo

Causal de acceso y desenlace de la solicitud	Grupo de edad				Total Período 2021 - 2024	Porcentaje período
	Menores de 14 años	15 a 19 años	20 años o más	Sin Información		
Acceso por causal Salud	0	3	9	1	13	14%
Acceso por causal Violación	14	10	14	0	38	40%
Acceso por Coexistencia de causales	8	3	1	0	12	13%
Negación	1	2	13	0	16	17%
Desistió	3	3	3	2	11	12%
No aplica	2	0	1	0	3	3%
Desapareció	2	0	0	0	2	2%
Total	30	21	41	3	95	100%

Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

Además, se identificaron un 13% de casos que solicitaron el acceso al aborto por coexistencia de causales (es decir, donde se presentaban simultáneamente causal salud y violación), pero esta condición no garantizó automáticamente una respuesta favorable (12 casos). La omisión de aplicar este principio de coexistencia refleja un déficit técnico y ético en la atención médica, que privilegia criterios limitantes por encima del enfoque de derechos como se verá en el acápite sobre barreras.

La tabla también muestra que un 17% de los casos recibieron la negación del servicio (16 casos) y que los grupos etarios más afectados con la negación de servicios de aborto fueron personas mayores de 20 años, pues al menos 13 casos de negación se identificaron en determinado rango etario. Este dato evidencia la vigencia de barreras estructurales, incluso cuando las solicitantes encajaban claramente en causales legales. Además, esto confirma que la existencia de causales en la ley no se traduce automáticamente en acceso real, especialmente cuando el sistema reproduce estigmas o actitudes punitivas. Esto pone en evidencia que, aunque el marco legal reconoce causales específicas, su implementación efectiva está mediada por prejuicios, desconocimiento o interpretaciones restrictivas que recaen con mayor fuerza sobre las más jóvenes.

Otro elemento preocupante es que 11 personas desistieron del proceso (12% de los casos), y en 3% de los casos acompañados no se requirió solicitar el servicio porque se trataba de personas que no estaban embarazadas. Finalmente, también hubo un 2% de casos con los que se perdió contacto o desaparecieron. Aunque puedan parecer cifras pequeñas, son indicativas de un sistema que no acompaña ni contiene adecuadamente. Estos casos pueden deberse a miedo, agotamiento, revictimización o barreras materiales como distancia, falta de redes o desinformación. Cada uno de estos casos debe ser leído como una falla del Estado para garantizar derechos fundamentales.

En los casos en los que las niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar no pudieron acceder a los servicios de aborto en el sistema público de salud –ya sea por dilaciones injustificadas, negativa directa, exigencia de requisitos indebidos o interpretación restrictiva del marco legal–, desde Surkuna se activaron rutas alternativas de acompañamiento. Esto incluyó la derivación a redes feministas de acompañamiento al aborto seguro, articuladas a nivel nacional, así como la coordinación con servicios de salud privados que brindan atención con perspectiva de derechos. Estas acciones permitieron, en varios casos, garantizar el acceso a la interrupción del embarazo, aún cuando el sistema público incumplió su obligación de proveer este servicio esencial de salud. Esta capacidad de respuesta articulada demuestra la importancia del trabajo en red para proteger derechos y sostener procesos de justicia reproductiva.

IV. Barreras de acceso a la Interrupción legal del Embarazo en el Ecuador

Para efectos de este informe, se entiende por barreras de acceso al aborto legal, el conjunto de conductas (por acción u omisión) que generan obstáculos o limitaciones para que las mujeres, niñas, adolescentes y otras personas gestantes accedan de forma efectiva a este derecho en el sistema de salud (Mesa 2022, 12).

En el año 2024, Surkuna recibió un total de 484 llamadas relacionadas a distintos requerimientos sobre aborto, como asesoría a niñas, mujeres y personas gestantes sobre acceso al aborto; asesorías a personal del sistema de salud, justicia y protección; atención de casos de criminalización; asesorías para derivación a redes de acompañamiento o servicios de salud privados; entre otros. De este total, solo 22 casos requirieron acompañamiento directo para acceder a la interrupción legal del embarazo en el sistema de salud público, lo cual evidencia no solo una demanda constante de información y acompañamiento, sino también el temor de muchas mujeres a enfrentar solas un sistema que perciben como hostil o poco confiable. El hecho de que requieran apoyo especializado para ejercer un derecho ya reconocido por la ley revela desconfianza institucional, miedo a ser juzgadas o criminalizadas, y una fuerte necesidad de respaldo frente a un entorno marcado por estigmas, burocracia y violencia institucional.

A partir de estos casos y del análisis caso a caso de los acompañamientos realizados en 2024, se evidenciará la diversidad de obstáculos que enfrentan las personas que requieren este servicio de salud. Para ello, Surkuna ha identificado un conjunto de barreras múltiples y entrelazadas que dan cuenta de cómo la existencia del delito de aborto consentido permea todo el proceso de acceso al aborto legal. En esa línea, se ha desarrollado un esquema de categorización que permite no sólo ordenar las experiencias de acompañamiento, sino también identificar con mayor claridad los nudos estructurales que deben ser transformados para garantizar el acceso real y libre de violencias a la interrupción legal del embarazo en el Ecuador.

Ilustración 1. Esquema de las barreras de acceso al aborto legal

BARRERAS DE ACCESO AL ABORTO LEGAL	Barrera estructural: la existencia del delito de aborto consentido	Barreras relacionadas con la interpretación restrictiva del marco legal	Solicitud de requisitos adicionales que generan obstáculos
			Limitación de la prestación de salud con fundamento en la edad gestacional
			No aplicación de la coexistencia de causales
			Interpretación restrictiva de la causal salud
			Uso abusivo de la objeción de conciencia
		Barreras relacionadas con el cumplimiento de las obligaciones legales del sistema de salud	Desconocimiento del marco legal, clínico y de obligaciones profesionales
			Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
			Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización hacia las pacientes, sus familiares y profesionales de salud que garantizan el acceso al servicio.

		Dilación injustificada de la prestación del servicio
		Negación de recibir la solicitud para el acceso a la interrupción del embarazo
		Fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia
		Falta de instrumental médico y medicamentos en los servicios de salud
	Barreras relacionadas con el incumplimiento de obligaciones legales del sistema de justicia y protección	Desinformación, entrega de información falsa o incompleta
		Fallas en el sistema de derivación
		Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización

Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

Estas barreras serán sistematizadas en la siguiente sección, permitiendo visualizar con mayor claridad los nudos institucionales y estructurales que es urgente transformar.

A. La existencia del delito de aborto consentido como barrera estructural

La existencia del delito de aborto consentido, tipificado en el artículo 149 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), constituye la principal barrera estructural para el acceso al aborto legal en Ecuador. Esta figura penal no solo restringe el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, niñas, adolescentes y otras personas con posibilidad de gestar, sino que configura un escenario de criminalización permanente que permea todos los niveles del sistema de salud, justicia y protección.

Su sola vigencia impone un marco jurídico que habilita, legitima y reproduce múltiples obstáculos en la práctica. Entre ellos destacan: el temor a ser denunciadas o judicializadas, la negativa de profesionales de salud a brindar atención por miedo a represalias, el uso arbitrario de requisitos no contemplados en la ley, y la interpretación restrictiva de las causales legales vigentes. Además, genera un estigma social profundamente arraigado que desincentiva a las personas a acudir a los servicios de salud pública y acentúa la desigualdad en el acceso, especialmente para quienes no cuentan con recursos para acceder a servicios privados o redes de acompañamiento feministas.

La criminalización del aborto, lejos de ser un instrumento de protección, desconoce de forma directa los principios de autonomía, dignidad y libertad personal, consagrados en la Constitución ecuatoriana y en tratados internacionales de derechos humanos. Al establecer que una persona puede ser privada de libertad por decidir sobre su propio cuerpo y su proyecto de vida, el artículo 149 coloca al Estado en una posición de control punitivo injustificado sobre los cuerpos gestantes, en lugar de garantizar derechos fundamentales.

Como se argumenta en la demanda de inconstitucionalidad presentada por Justa Libertad (2024b), el tipo penal del aborto consentido no supera un juicio de proporcionalidad, ya que no persigue un fin

constitucionalmente legítimo ni resulta necesario ni adecuado para proteger ningún bien jurídico superior. Lejos de ello, profundiza la exclusión social, afecta de manera desproporcionada a mujeres en situación de pobreza, rurales, indígenas o adolescentes, y refuerza las desigualdades estructurales que históricamente han limitado el ejercicio de derechos por parte de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Además, la penalización tiene un efecto inhibitor generalizado: limita la acción de operadores del sistema de salud y justicia, pero también silencia a las propias personas gestantes, que muchas veces no se atreven a denunciar violencias, buscar ayuda o solicitar información, por temor a ser perseguidas penalmente.

Por tanto, la existencia del artículo 149 no solo es incompatible con los estándares de derechos humanos, sino que configura una barrera transversal que condiciona toda la política pública en salud sexual y salud reproductiva. Su eliminación es un requisito indispensable para garantizar un acceso efectivo, libre de violencia, estigma y castigo, a la interrupción voluntaria del embarazo en el país.

B. Barreras relacionadas con la interpretación restrictiva del marco legal

Como se ha señalado previamente, la existencia del delito de aborto consentido constituye la barrera estructural más determinante en el acceso a la interrupción legal del embarazo en Ecuador. Este marco de criminalización genera ambigüedad legal e incertidumbre entre el personal de salud, afectando directamente la implementación de las causales legales de aborto y habilitando interpretaciones restrictivas que obstaculizan su aplicación efectiva.

En la práctica, se ha identificado una interpretación restrictiva y arbitraria del marco legal vigente por parte del personal de salud. Estas prácticas, contrarias a lo dispuesto por la Constitución, la Corte Constitucional y los estándares internacionales, incluyen: la exigencia de requisitos adicionales no contemplados en la normativa, como la solicitud de ecografías, certificados o denuncias previas; la negación del procedimiento con base en límites gestacionales no previstos por la ley; una aplicación limitada de la causal salud –restringida únicamente a afectaciones físicas–, excluyendo condiciones psicológicas, emocionales o sociales, pese a su reconocimiento en la normativa nacional y en el derecho internacional; la omisión de aplicar la coexistencia de causales, lo que impide un abordaje integral y garantista de cada caso; y, el uso abusivo de la objeción de conciencia, incluso cuando concurren múltiples condiciones legalmente válidas para autorizar el procedimiento.

Estas barreras se manifiestan con particularidades en el acceso al aborto por causal violación, que es el escenario más reciente en términos de despenalización y uno de los más regulados mediante normativas complementarias. Si bien no es la única causal afectada por restricciones, su reciente incorporación al marco legal ha estado acompañada de procesos institucionales que, en lugar de facilitar el acceso, han introducido nuevas condiciones, requisitos o prácticas restrictivas que profundizan las barreras para quienes buscan acogerse a esta causal.

A pesar de que la Corte Constitucional ha emitido medidas cautelares para suspender disposiciones de la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de

Violación (LORIVE), por considerarlas posiblemente inconstitucionales, en muchos casos estas suspensiones no son conocidas, comprendidas o aplicadas por el personal de salud. Esto ha llevado a la persistencia de prácticas ilegales (como las exigencias de ecografías o denuncias) a pesar de que han sido expresamente prohibidas por el máximo órgano de control constitucional del país.

Esta desconexión entre el marco normativo vigente, su interpretación adecuada y su aplicación efectiva revela un desfase preocupante entre el reconocimiento formal del derecho y su garantía real. Dicha brecha se profundiza en contextos institucionales marcados por el desconocimiento de las disposiciones constitucionales, la ausencia de formación en salud sexual, salud reproductiva y derechos humanos, y la falta de mecanismos de control efectivo sobre las decisiones clínicas que se toman.

En consecuencia, se evidencia un patrón de prácticas institucionales que trasladan decisiones clínicas a criterios personales, ideológicos o institucionales, en abierta contradicción con la Constitución, la jurisprudencia de la Corte Constitucional y los estándares internacionales de derechos humanos. Estas prácticas vulneran directamente los derechos de las mujeres, niñas, adolescentes y personas con posibilidad de gestar, al colocar barreras adicionales y arbitrarias en el ejercicio de un derecho que, si bien ha sido reconocido legalmente, continúa siendo inaccesible para muchas.

1.1. Solicitud de requisitos adicionales que generan obstáculos

Surkuna ha agrupado en esta categoría a todos los requisitos solicitados por profesionales de la salud a niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar que desean acceder a una interrupción del embarazo, y que no se encuentran establecidas en el marco legal vigente. Estas exigencias constituyen barreras arbitrarias e ilegales que obstaculizan el ejercicio de este derecho.

En el caso específico de la causal violación, esta barrera se sostiene principalmente en la existencia del artículo 19 de la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación (LORIVE). Dicho artículo establece una serie de requisitos previos para acceder al procedimiento, contrarios a los estándares internacionales de derechos humanos, que prohíben imponer condiciones que generen demoras, revictimización o negación de servicios esenciales de salud reproductiva.

Frente a esta vulneración, la Corte Constitucional del Ecuador, mediante auto de admisión en el caso Nro. 76-22-IN (2022a), dictó medidas cautelares el 28 de noviembre de 2022, suspendiendo la vigencia del artículo 19 de la LORIVE. A través de esta decisión, se estableció que no se requiere presentar ninguno de estos requisitos para acceder a la interrupción del embarazo por causal violación. Sin embargo, al tratarse de una medida cautelar de carácter temporal, persisten múltiples casos de desconocimiento o desobediencia por parte del personal del sistema de salud, que continúa solicitando requisitos suspendidos o niega el acceso al procedimiento amparándose en una norma ya inoperante.

Esta situación se ve agravada por la falta de formación jurídica y médica en derechos sexuales y derechos reproductivos, y la falta de supervisión efectiva sobre la actuación del personal de salud. En algunos casos, se ha registrado la exigencia del nombre del presunto agresor como condición para realizar la notificación de violencia sexual, lo cual no solo es ilegal, sino que revictimiza a las personas afectadas y puede conducir a la negación del servicio si no se cuenta con dicha información.

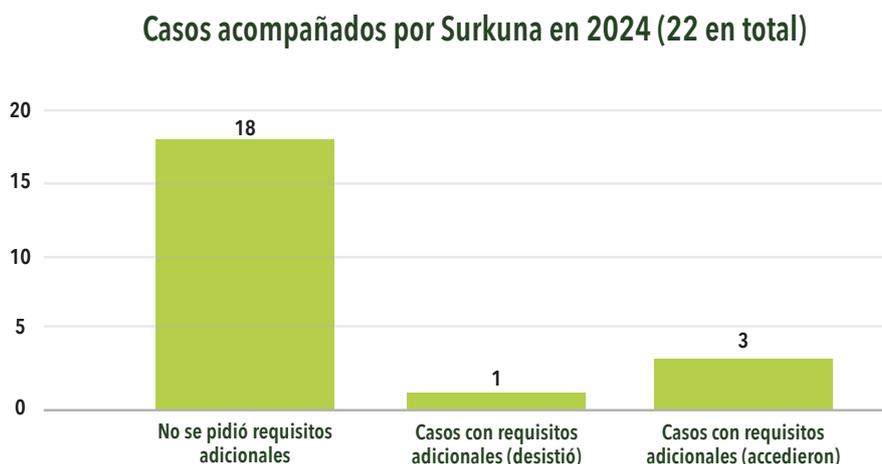
Barreras similares se han identificado en la aplicación de las causales: salud y vida, donde el personal de salud exige ecografías, exámenes especializados o diagnósticos clínicos como requisitos previos para evaluar la pertinencia del procedimiento. Aunque tales exámenes podrían formar parte del proceso clínico de atención, no pueden convertirse en requisitos exigibles a las pacientes. Son procedimientos que, en todo caso, deben ser realizados dentro del mismo establecimiento de salud, sin trasladar esa carga económica o logística a las personas solicitantes, muchas de las cuales no cuentan con los medios para realizarlos de forma particular.

Cabe destacar que las causales de salud y vida no están sujetas a requisitos específicos en la normativa vigente, lo que debería permitir un acceso ágil, centrado en criterios clínicos razonables, sin barreras administrativas o documentales innecesarias.

Además, se ha identificado la exigencia de documentos de identidad como cédula o pasaporte a personas migrantes, lo cual es igualmente injustificado. En el sistema de salud público ecuatoriano, existe un mecanismo de registro con códigos específicos para personas sin cédula, por lo que esta exigencia carece de fundamento legal y solo añade obstáculos a un derecho que debería garantizarse de forma universal y sin discriminación.

En la siguiente gráfica se observa que, 4 de los 22 casos acompañados por Surkuna en 2024 enfrentaron exigencias de requisitos ilegales como barrera de acceso. De estos, 3 lograron acceder a la interrupción legal del embarazo, mientras que una persona desistió del proceso debido a los obstáculos enfrentados.

Gráfico 1. Impacto de la solicitud de requisitos adicionales en los casos acompañados por Surkuna (2024)



Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

En todos estos casos, la exigencia de requisitos adicionales se presentaron junto a otras barreras que se analizarán en las siguientes secciones. A continuación y de forma ejemplificativa, se propone la historia de Elena que muestra cómo se presentó esta barrera en su proceso de solicitud de acceso a la interrupción legal del embarazo y las consecuencias que dicha barrera representó en su vida.

a) La historia de Elena²²

Elena, tenía 32 años cuando llegó a los servicios de Surkuna, en mayo de 2024. Se encontraba con seis semanas de gestación, tras haber sido víctima de violencia sexual en una zona costera del país. Además de enfrentar el impacto emocional de la violencia sexual, atravesaba una fuerte afectación a su salud mental. Buscó atención en un centro de salud público con la intención de acceder a la interrupción legal del embarazo, convencida de que estaba ejerciendo un derecho reconocido. Sin embargo, allí le exigieron presentar una denuncia formal por violación para iniciar el procedimiento.

Elena se sintió confundida, culpable y desanimada. Aunque había buscado apoyo, se encontró con más trabas. A pesar de que la Corte Constitucional había suspendido la exigencia de este tipo de requisitos mediante medida cautelar, el personal de salud desconocía (o ignoraba) esta decisión. La solicitud de la denuncia, en lugar de protegerla, se convirtió en una nueva forma de violencia institucional. Consecuencia de aquello, Elena decidió desistir del proceso de solicitud de la interrupción del embarazo, se le ofreció información sobre otras redes de acompañamiento como la Red de Acompañamiento en Aborto Las Comadres, pero ella desistió, siendo forzada a llevar una maternidad no deseada producto de violación.

1.2. Limitación de la prestación de salud con fundamento en la edad gestacional

Una de las barreras identificadas en el acompañamiento de casos de interrupción legal del embarazo que limita gravemente el ejercicio de este derecho es la imposición arbitraria de plazos gestacionales por parte de profesionales de salud como condición para brindar el procedimiento. Esta práctica resulta especialmente grave porque desconoce las trayectorias reales de las mujeres, niñas, adolescentes y personas con posibilidad de gestar, quienes muchas veces enfrentan múltiples obstáculos sociales, económicos o institucionales que retrasan el acceso a los servicios de salud.

Respecto del acceso a la interrupción del embarazo por las causales de salud y/o vida, no existe ningún límite de semanas de gestación establecido en el marco legal vigente, lo cual permitiría, en principio, realizar el procedimiento en cualquier momento del embarazo siempre que se cumpla con los criterios clínicos correspondientes. En cuanto a la causal violación, el artículo 18 de la LORIVE establece un plazo de hasta 12 semanas y 6 días de gestación para realizar el procedimiento de interrupción del embarazo, salvo en el caso de mujeres con discapacidad mental, psicosocial o intelectual, para quienes no se aplica esta limitación. También se suspende este plazo cuando existen demoras institucionales en la atención de los casos y se establece la obligación de aplicar el principio de coexistencia de causales y analizarlo en todos los casos.

22. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

Además del marco legal nacional, el sistema internacional de derechos humanos ha fijado estándares relevantes para esta barrera. En el caso *Norma vs. Ecuador*, el Comité de Derechos Humanos²³ conoció la situación de una niña de 13 años, víctima de incesto por parte de su padre, quien descubrió su embarazo en la semana 28. Al solicitar la interrupción del embarazo en un centro de salud público, el personal médico le indicó que ya era demasiado tarde por el número de semanas, negándole el acceso y obligándola así a llevar una maternidad forzada.

En este caso, el Comité sostuvo que los Estados deben garantizar el acceso al aborto terapéutico cuando la vida o la salud de mujeres y niñas se vean amenazadas, especialmente en contextos de violencia sexual, e instó a eliminar los obstáculos que impidan abortos seguros y legales. Recalcó además que, tratándose de niñas, el embarazo representa un riesgo elevado para su vida y su salud física, social y mental, y que la maternidad forzada afecta gravemente su proyecto de vida, dignidad y derechos fundamentales. Esta decisión ofrece un estándar internacional clave sobre el acceso a la interrupción legal del embarazo sin restricciones arbitrarias de tiempo.

Pese a estos estándares legales y de derechos humanos, esta práctica obstructiva persiste y opera como un mecanismo de exclusión, en lugar de brindar garantías de protección, especialmente para quienes se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad. De los 22 casos acompañados por Surkuna en 2024, 11 casos correspondieron a embarazos de hasta 12.6 semanas de gestación y la otra mitad (11 casos) tenían más de 12.6 semanas de gestación. Esta distribución equitativa demuestra que el acceso en semanas gestacionales avanzadas es una realidad, lo que requiere que el sistema de salud garantice respuestas efectivas sin imponer barreras basadas en criterios arbitrarios de plazo.

En cuanto al acceso de estos casos a la interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación en el sistema de salud, la tabla 8 muestra que de los 22 casos acompañados por Surkuna, una persona recibió la negación con fundamento en el plazo gestacional. Este caso corresponde a un embarazo de 26 semanas, en el que, a pesar de configurarse la coexistencia de causales, el acceso fue rechazado por profesionales de salud con base en un límite de semanas no establecido en la normativa vigente. Este dato refleja que la aplicación arbitraria de barreras temporales persiste como una práctica excluyente que vulnera el derecho a la salud sexual y salud reproductiva.

23. Comité de Derechos Humanos, "Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 3628/2019, Caso *Norma vs. Ecuador*, 17 de enero de 2025, https://ccprcentre.org/files/decisions/CCPR_C_142_D_3628_2019_38705_S.pdf

Tabla 8. Relación entre semanas gestacionales y resultados de acceso a la IVE, con énfasis en barreras vinculadas al plazo gestacional (Surkuna, 2024)

Semanas gestacionales	Acceso	Negación	Desistió	Observaciones
Menos de 12.6 semanas	9	1	1	Ninguna negación ocurrió por plazo gestacional
Más de 12.6 semanas	8	1	2	Se negó el acceso por límite de semanas (1 caso)
Total	17	2	3	-

Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

A continuación se presenta la historia de Angélica, un caso acompañado por Surkuna en 2024. Su experiencia refleja cómo la aplicación restrictiva e ilegítima del límite gestacional se convirtió en una barrera que le impidió ejercer su derecho a interrumpir un embarazo no deseado, aun cuando su situación encajaba dentro del marco legal vigente. Este testimonio ilustra de manera concreta las consecuencias materiales, emocionales y vitales que estas prácticas generan en la vida de las niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar.

a) La historia de Angélica²⁴

Angélica, una niña de 12 años, residente de la ciudad de Quito, víctima de violación, detectó que estaba embarazada a las 26 semanas de gestación. Acompañada de su madre, buscó atención en un centro de salud público con la intención de acceder a la interrupción legal del embarazo por coexistencia de causales por toda la afectación a su salud y vida, física, psicológica y social que causaba llevar un embarazo no deseado a su edad. En el proceso de acceso, los médicos del centro de salud le negaron el acceso al procedimiento de interrupción del embarazo por el número de semanas de gestación, mencionando que: "ellos estaban para salvar vidas no para matar", esto hizo que ella no pueda acceder al servicio en el sistema de salud.

24. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

1.3. No aplicación de la coexistencia de causales

Una de las barreras identificadas en la práctica médica es la inaplicación del principio de coexistencia de causales, particularmente cuando se trata de interrupciones del embarazo por violación en etapas gestacionales mayores a 12.6 semanas. Tanto la Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Niñas, Adolescentes y Mujeres en Casos de Violación (LORIVE) como los Lineamientos para la Atención Integral y Acceso Efectivo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo establecen con claridad que:

Todo profesional de la salud tiene la obligación de implementar el principio de coexistencia de causales de acuerdo a lo determinado en el artículo 58 inciso h) de la ley Orgánica que Regula la interrupción Voluntaria del Embarazo en Niñas, Adolescentes y Mujeres en Casos de Violación (2), así como a evaluar los posibles riesgos para la salud (física, psicológica y social de la mujer, niña, adolescente o persona gestante para que reciba atención integral con base en las normativas vigentes emitidas por el MSP y considerando lo estipulado en el Código Orgánico Integral Penal artículo 150. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2023)

Esto significa que cuando se sobrepasa el límite de semanas previsto para la causal violación, debe ofertarse la realización de la interrupción del embarazo por causal salud y/o vida, reconociendo que un embarazo producto de violencia sexual genera afectaciones severas. Como se mencionó en el acápite anterior, este enfoque ha sido respaldado también por el Comité de Derechos Humanos, que en el caso *Norma vs. Ecuador*²⁵ estableció que los Estados deben garantizar el aborto terapéutico cuando la vida o la salud (física o mental) de una mujer o niña esté en riesgo, o cuando el embarazo implique sufrimientos, particularmente en situaciones de violación o incesto.

Además, la LORIVE contempla en el literal f) del artículo 58 que la inaplicación de este principio constituye una infracción, sancionada con multa de hasta diez salarios básicos unificados. A pesar de ello, en la práctica, muchos profesionales de salud niegan el acceso al procedimiento sin aplicar este principio, perpetuando así una barrera que vulnera la normativa vigente y los derechos fundamentales de las niñas y mujeres que desean interrumpir sus embarazos.

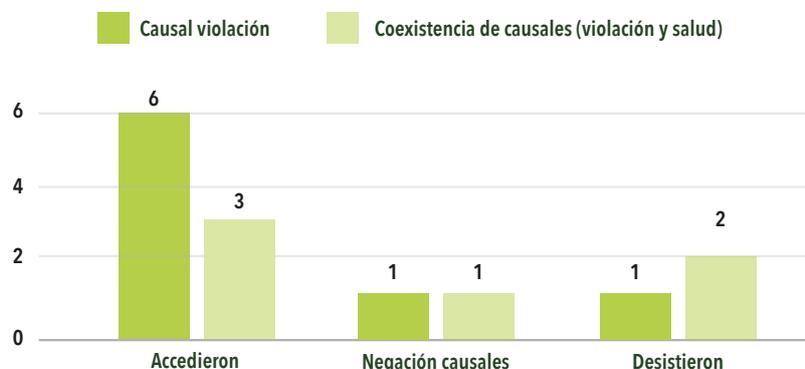
La no aplicación de la coexistencia de causales no solo constituye una omisión legal, sino una barrera estructural que invisibiliza las afectaciones integrales que enfrentan quienes cursan un embarazo producto de violencia sexual. Su consecuencia más grave es la imposición de maternidades forzadas, con impactos profundos en la salud, la autonomía y el proyecto de vida de las personas afectadas.

De los 22 casos acompañados por Surkuna en 2024, 14 correspondieron a personas que cursaban embarazos producto de violación. Esta cifra confirma que la violencia sexual es una de las principales razones por las que las niñas, adolescentes y mujeres solicitan el acceso a la interrupción legal del embarazo. Sin embargo, el análisis revela diferencias entre los casos tramitados exclusivamente por causal violación y aquellos en los que se activó la coexistencia de causales.

25. Comité de Derechos Humanos, "Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 3628/2019, Caso *Norma vs. Ecuador*, 17 de enero de 2025, https://ccprcentre.org/files/decisions/CCPR_C_142_D_3628_2019_38705_S.pdf

Gráfico 2. Resultados por tipo de causal en casos de violación (Surkuna, 2024)

Casos de violación acompañados por Surkuna en 2024 (22 en total)



Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

La gráfica muestra que en los 8 casos gestionados únicamente por causal violación, todos dentro del límite legal de 12.6 semanas, 6 accedieron al procedimiento, mientras que 1 caso fue negado (por otra barrera no vinculada al plazo) y 1 persona desistió del proceso. Por otro lado, en los 6 casos tramitados por coexistencia de causales –todos con embarazos de más de 12.6 semanas–, la proporción de acceso fue más baja: solo 3 personas accedieron, mientras que 2 desistieron y 1 fue negada con fundamento en la edad gestacional, a pesar de que se podía aplicar la coexistencia de causales.

Estos datos evidencian que, aunque la coexistencia de causales es una herramienta jurídica clave para garantizar el acceso en embarazos con más de 12 semanas, su aplicación en la práctica no está asegurada ni es uniforme. La interpretación restrictiva de esta figura y la omisión de una evaluación integral de la salud de las personas afectadas siguen operando como barreras de acceso, especialmente en los casos más complejos y urgentes.

Tal como se analizó en el acápite anterior, el caso de Angélica (presentado como ejemplo de la barrera basada en el plazo gestacional) también evidencia la inaplicación del principio de coexistencia de causales. A pesar de encontrarse en una situación que implicaba afectaciones a su salud física, social y mental, no se valoró su caso conforme a la causal salud, ni se activó el principio de interpretación integral, lo que derivó en la negación arbitraria del procedimiento.

1.4. Interpretación restrictiva de la causal salud

La normativa legal respecto a la interrupción del embarazo por causal salud establece que debe aplicarse una interpretación integral del concepto de salud. En particular, el artículo 3 de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador señala:

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado.

En este sentido, la causal salud debe ser comprendida de manera amplia y garantista, abarcando las dimensiones física, mental y social de forma articulada. Esta interpretación reconoce que un embarazo puede generar afectaciones múltiples a la salud de una niña, adolescente, mujer o persona con posibilidad de gestar, y que todas ellas deben ser consideradas para garantizar el acceso al procedimiento.

Sin embargo, en la práctica, una de las barreras recurrentes en la aplicación de esta causal es la interpretación restrictiva por parte de profesionales de salud, quienes tienden a limitar su análisis a diagnósticos clínicos graves o riesgos vitales. Esta práctica excluye afectaciones en la salud mental y social como la angustia, el sufrimiento psíquico o el impacto social, que también constituyen riesgos para la salud y deben ser consideradas conforme al marco normativo vigente. La causal salud debe interpretarse de forma amplia, integral y con enfoque de derechos humanos, incorporando no solo las afectaciones físicas, sino también las psicológicas y sociales que puedan comprometer la vida digna, la integridad y el bienestar de las personas con posibilidad de gestar.

En los acompañamientos realizados por Surkuna en 2024, se documentó un caso en el que la interpretación restrictiva de la causal salud derivó en una demora injustificada en la atención, a pesar de que existían condiciones claras para autorizar el procedimiento. Este caso demuestra que, aunque no se trata de una práctica generalizada, la aplicación limitada de esta causal sigue operando como una barrera concreta, especialmente en contextos institucionales donde prevalecen la desinformación, el estigma y la falta de formación en salud sexual y salud reproductiva.

b) La historia de Francisca²⁶

Francisca, de 28 años y residente en Cuenca, cursaba un embarazo de 16 semanas cuando, durante un chequeo de control prenatal en un centro de salud privado, se detectaron malformaciones fetales incompatibles con la vida. Ante la falta de instrumental en dicho establecimiento, se le indicó que acudiera a un centro de salud público. Allí, Francisca solicitó la interrupción del embarazo por causal salud. Además de otras dificultades –como la solicitud de su documento de identidad para continuar el trámite–, el caso no fue resuelto de forma inmediata.

El equipo médico convocó una mesa técnica para evaluar la solicitud, la cual fue instalada el sexto y último día del plazo legal previsto para resolver estos casos. Sin que se hubiera emitido aún una decisión formal, Francisca tuvo un aborto espontáneo.

26. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

1.5. Uso abusivo de la objeción de conciencia

Dentro del conjunto de barreras que restringen el acceso a la interrupción legal del embarazo en Ecuador, se identifica de forma reiterada el uso indebido o abusivo de la objeción de conciencia por parte de profesionales de salud.

En el plano constitucional, el artículo 66, numeral 12 de la Constitución de la República reconoce el derecho a la objeción de conciencia, pero establece que este no puede menoscabar otros derechos ni causar daño a las personas. En el ámbito de la salud, particularmente en lo relativo a la interrupción legal del embarazo, se reconoce el derecho de los profesionales de salud de atención directa a abstenerse de realizar este tipo de procedimientos por motivos de convicción personal, ética o religiosa, dentro de ciertos límites establecidos.

La Corte Constitucional (2022c), a través de la Medida Cautelar emitida en el Caso Nro. 93-22-IN, definió los parámetros para la aplicación de este derecho. Dichos criterios han sido recopilados y establecidos en los Lineamientos para la Atención Integral y Acceso Efectivo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo por Violación:

- Sólo pueden declararse objetores/as quienes participan directamente en el procedimiento médico.
- La objeción debe presentarse previamente, por escrito y mediante declaración juramentada.
- Los profesionales objetores no están exentos de brindar información clara y basada en evidencia, realizar diagnósticos, derivaciones, preparación del procedimiento o cuidados posteriores.
- En casos de emergencia o cuando no haya otro personal disponible, el objetor debe garantizar la atención.

Asimismo, se establece que no constituye objeción de conciencia válida: ocultar información, dilatar el procedimiento, exigir requisitos indebidos, romper el secreto profesional o negarse a atender por motivos discriminatorios (etnia, nacionalidad, orientación sexual, edad, etc.). Negarse a realizar la intervención en el sistema público mientras se la ofrece en el ámbito privado también se considera un uso ilegítimo.

Pese a este marco normativo, en la práctica persiste una interpretación arbitraria y laxa de la objeción de conciencia. Muchos profesionales se niegan a brindar atención sin haber declarado formalmente su objeción, generando negaciones directas, dilaciones injustificadas o referencias inefectivas. Esta práctica tiene efectos especialmente graves en zonas rurales o de difícil acceso, donde hay menos personal disponible y mayor dependencia de un único proveedor.

En estos contextos, la objeción de conciencia se convierte en una barrera estructural, que obliga a niñas, adolescentes y mujeres a trasladarse a otras ciudades, asumir costos económicos indebidos, o quedar fuera del plazo legal para acceder a la interrupción en casos de violación. El Ministerio de Salud no cuenta con mecanismos eficaces de monitoreo, control ni sanción, lo que favorece el incumplimiento sistemático de la ley.

A pesar de que el deber de derivación está reconocido como una obligación, no existen garantías claras ni operativas para su cumplimiento efectivo, y en la mayoría de los casos, los costos de esa derivación recaen sobre

las propias usuarias, contrariando la obligación legal de gratuidad y el precepto legal que establece que los costos de derivación deben ser cubiertos por el servicio de salud. En consecuencia, la objeción de conciencia continúa siendo aplicada de forma ambigua, sin regulación efectiva, y operando como una barrera real que vulnera derechos reconocidos por la Constitución, la ley y los estándares internacionales de derechos humanos.

A partir de los acompañamientos realizados por Surkuna en 2024, se identificó un caso en el que se manifestó el uso abusivo de la objeción de conciencia como barrera directa al acceso. La historia de Angélica, ya analizada en acápite anteriores, muestra cómo esta figura fue invocada de forma irregular por profesionales de salud que no habían declarado formalmente su objeción, y que además omitieron realizar una derivación efectiva y oportuna. Esta situación generó una dilación que resultó determinante en el desenlace del caso, consolidando una barrera institucional en abierta contradicción con el marco normativo vigente y con los principios de atención integral en salud sexual y salud reproductiva.

C. Barreras relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones legales del sistema de salud

Los profesionales de salud tienen obligaciones legales claramente establecidas en el marco normativo, especialmente en lo que respecta a la atención de niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar que solicitan acceder a la interrupción legal del embarazo.

En los acompañamientos realizados por Surkuna, se ha identificado de forma recurrente el incumplimiento de estas obligaciones, que se manifiesta en la falta de conocimiento del marco legal, del procedimiento médico y de las responsabilidades inherentes a la prestación del servicio. Además, se ha evidenciado una ausencia de transparencia activa, reflejada en la omisión de información sobre las causales legales y las rutas de acceso disponibles.

Este incumplimiento también adopta formas más graves, como prácticas de castigo o intimidación hacia las pacientes, sus familiares y hacia profesionales que garantizan el derecho al aborto, así como dilaciones injustificadas, fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia, y la negativa a recibir solicitudes sin justificación legal.

Estas prácticas no solo incumplen mandatos legales, sino que constituyen barreras estructurales que afectan directamente el acceso. Sus efectos recaen de forma más severa sobre quienes ya enfrentan condiciones de vulnerabilidad, reproduciendo desigualdades y profundizando el estigma en torno a la salud sexual y salud reproductiva.

2.1. Desconocimiento del marco legal, clínico y de obligaciones profesionales

La normativa legal ecuatoriana establece que los profesionales de salud tienen la obligación de conocer las causales legales que permiten el acceso a la interrupción del embarazo, el procedimiento médico correspondiente, y sus deberes legales y éticos en la atención de estos casos. Así lo señala la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico, publicada por el Ministerio de Salud Pública, en concordancia con el marco normativo nacional y los estándares internacionales de derechos humanos.

Como se expuso en el acápite del marco legal, el aborto es no punible en Ecuador cuando cuenta con el consentimiento de la paciente, y ha sido practicado por profesionales de salud en los siguientes casos:

- Cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la persona gestante.
- Cuando existe un riesgo para su salud física, mental o social
- Cuando el embarazo es consecuencia de una violación

En los dos primeros casos (salud y vida), no existe límite de semanas para acceder al procedimiento. Para la causal violación, el límite legal es de 12 semanas y 6 días, salvo en casos de mujeres con discapacidad. También es posible aplicar la coexistencia de causales, lo cual permite ampliar el acceso más allá de dicho plazo si existen afectaciones a la salud integral.

En cuanto al procedimiento médico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el aborto practicado dentro del marco normativo y siguiendo los protocolos clínicos adecuados, es un procedimiento seguro, menos riesgoso incluso que un parto natural. La Guía de Práctica Clínica del MSP (2015) establece los métodos apropiados según la edad gestacional, incluye un diagrama de manejo clínico y orienta las decisiones del equipo de salud con base en criterios técnicos y éticos.

Entre las obligaciones fundamentales del personal de salud se encuentran:

- Conocer las causales legales y los procedimientos médicos vigentes.
- Difundir información clara, veraz, científica y libre de estigma.
- Evitar cualquier forma de revictimización o intimidación.
- Garantizar una atención oportuna y sin demoras injustificadas.
- Derivar los casos de forma efectiva cuando no puedan ser atendidos directamente.
- Contar con instrumental y medicamentos necesarios.
- Explicar en qué consiste el procedimiento, tiempos estimados, efectos y cuidados posteriores.
- Cumplir con los principios de beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y secreto profesional.
- Notificar debidamente los casos de violencia sexual según establece la ley.

Pese a este marco normativo, en varios de los casos acompañados por Surkuna se ha documentado el incumplimiento de estas obligaciones. En particular, se identificó la entrega de información falsa, alarmista o incompleta, que constituye una forma de desinformación institucional. Entre los ejemplos más frecuentes se encuentran:

- Exageración de riesgos o secuelas del procedimiento.
- Desinformación sobre plazos o tiempos de recuperación.
- Uso de lenguaje culpabilizante o moralizante hacia las mujeres.

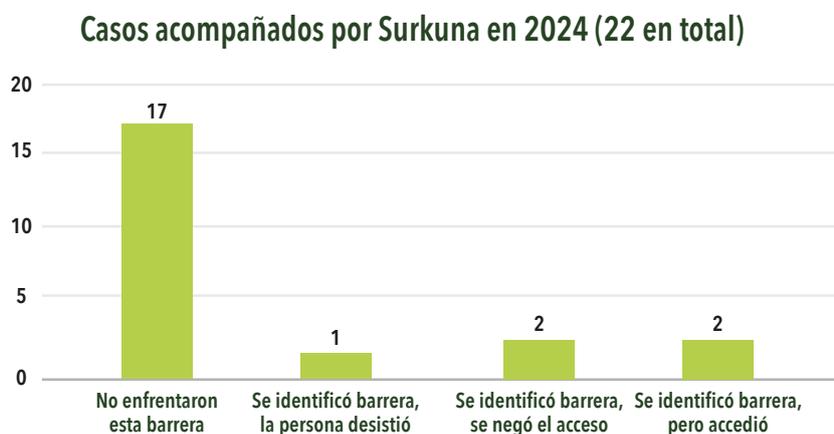
Estas prácticas obstaculizan el acceso pero además vulneran el derecho a la información veraz y a tomar decisiones informadas sobre la salud sexual y salud reproductiva. También se han reportado casos en los que

se utilizaron técnicas médicas inadecuadas o desactualizadas para la interrupción del embarazo, en contradicción con las guías nacionales e internacionales.

El uso de métodos no recomendados no solo constituye una infracción técnica, sino que puede provocar complicaciones físicas y sufrimiento innecesario, representando una forma de violencia institucional. Estas situaciones refuerzan el estigma, el miedo y la desconfianza hacia los servicios de salud, y configuran una barrera estructural.

El Gráfico 3 muestra el impacto del desconocimiento del personal de salud sobre el marco legal, el procedimiento médico y sus obligaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. De los 22 casos acompañados por Surkuna, en 5 casos se evidenció la presencia de prácticas que contravienen las obligaciones legales de información, atención o uso de técnicas adecuadas. Entre estos últimos, a 2 personas se les negó el procedimiento, 2 accedieron al procedimiento a pesar de la barrera, y 1 decidió desistir del proceso. Esta distribución demuestra que, aunque no se trata de la barrera más frecuente, cuando se presenta tiene efectos concretos y graves configurando un patrón de desinformación institucional que vulnera la autonomía y salud de las personas con posibilidad de gestar.

Gráfico 3. Impacto del desconocimiento de los profesionales de salud en el acceso a la interrupción del embarazo (Surkuna, 2024)



Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

Esta barrera se identificó en cinco historias: Eliana, Lucrecia, Francisca, Angélica y Elena. En todos ellos, se evidenciaron prácticas como la entrega de información incorrecta o incompleta, la implementación de procedimientos médicos inadecuados o desactualizados, y la ausencia de orientación clara y oportuna sobre las causales legales de acceso. Estas acciones generaron demoras, confusión o negaciones directas del servicio, obstaculizando el ejercicio del derecho a la interrupción legal del embarazo. De las 484 personas que contactaron a Surkuna en 2024 solicitando orientación sobre aborto, 211 (44%) personas optaron por otras formas de acceso, como el acompañamiento feminista.

A continuación, se presenta la historia de Lucrecia, que ilustra con claridad cómo esta barrera puede afectar el proceso de decisión y derivar en el desistimiento de la solicitud por parte de la usuaria.

a) La historia de Lucrecia²⁷

Lucrecia, mujer de 26 años residente de la provincia de Cotopaxi, tenía 12 semanas de gestación cuando conocimos su historia. Fue víctima de violación, al enterarse que estaba embarazada intentó acceder al sistema de salud para la interrupción del embarazo, donde le dieron información errónea del procedimiento médico diciéndole que no podía acceder, se negaron a recibir su solicitud de acceso a la interrupción sin explicación y generaron prácticas de castigo e intimidación. En el Hospital sostuvieron que ella no quería acceder al procedimiento y que no se trataba de un embarazo producto de violación pero su padre la estaba obligando, no obstante en comunicación directa con nuestra línea de acompañamiento, ella sostenía lo contrario. Todo este proceso produjo que ella desista del procedimiento y continúe con el embarazo.

2.2. Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales

La falta de transparencia activa en la difusión de información sobre el aborto puede constituir una violación al derecho a la salud, a la autonomía y al acceso a la información. (Surkuna 2022a) Diversos organismos, entre ellos el Comité de Derechos Humanos de la ONU, han advertido que la omisión o restricción de información sobre los derechos sexuales y salud reproductiva impide que las mujeres y personas con posibilidad de gestar tomen decisiones libres e informadas, afectando su dignidad y poniendo en riesgo su integridad.²⁸

En Ecuador, esta obligación ha sido reafirmada por la Corte Constitucional en la sentencia Nro. 34-19-IN/21, que establece parámetros para la difusión clara, accesible y oportuna de información sobre las causales legales de interrupción del embarazo. De igual forma, en el caso Norma vs. Ecuador²⁹, el Comité de Derechos Humanos subrayó el deber estatal de garantizar el acceso a información basada en evidencia, adecuada a la edad y disponible tanto dentro como fuera del sistema educativo formal.

A pesar de estas disposiciones, en la práctica persiste una ausencia de transparencia activa por parte del sistema de salud. Esta omisión impide el acceso efectivo a un servicio de salud sexual y salud reproductiva reconocido legalmente. La falta de información sobre los plazos legales, lugares donde se puede acceder al procedimiento, requisitos, proceso clínico o cuidados posteriores limita la capacidad de las personas para ejercer sus derechos de forma autónoma y segura.

27. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

26. Human Rights Watch, Ecuador: Memorando sobre estándares internacionales de derechos humanos en materia de aborto, 25 de abril de 2019, <https://www.hrw.org/es/news/2019/04/25/ecuador-memorando-sobre-estandares-internacionales-de-derechos-humanos-en-materia>.

27. Comité de Derechos Humanos, "Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 3628/2019, Caso Norma vs. Ecuador, 17 de enero de 2025, https://ccprcentre.org/files/decisions/CCPR_C_142_D_3628_2019_38705_S.pdf

Como consecuencia de la falta de información clara, muchas mujeres, niñas, adolescentes y personas con posibilidad de gestar optan por no acudir al sistema de salud público, incluso cuando sus casos se enmarcan dentro de las causales legales. En los casos acompañados por Surkuna, 10 personas enfrentaron esta barrera pero lograron acceder al procedimiento tras recibir información clara sobre sus derechos.

El Gráfico 4 muestra con claridad cómo la ausencia de transparencia activa en la difusión de información opera como un mecanismo estructural de exclusión. Este fenómeno no es marginal: refleja una desconfianza generalizada hacia el sistema público de salud, alimentada por el estigma, la revictimización y la falta de garantías. La falta de información no es una omisión técnica, sino una forma de violencia institucional que impide ejercer un derecho reconocido legal y constitucionalmente.

Gráfico 4. Impacto de la falta de información sobre aborto legal: decisiones ante la desconfianza institucional (Surkuna, 2024)



Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

Esta barrera se identificó en las historias de María José, Marlene, Martina, Ana María, Sara y Rosa, quienes desconocían inicialmente las condiciones legales para acceder a la interrupción del embarazo por causal salud. Por otro lado, Fernanda y Margarita, embarazadas producto de violencia sexual, no conocían que podían acceder a un aborto en caso de violación, mientras que Estefanía y Alejandra, también víctimas de violación, desconocían que podrían solicitar el procedimiento por coexistencia de causales y que esta figura es jurídicamente válida y aplicable en sus casos. Todas ellas, luego de ser informadas sobre sus derechos por parte de Surkuna, solicitaron el acceso a la interrupción legal del embarazo.

En todos estos casos, la falta de información estatal representó una barrera concreta y prevenible, que fue solventada mediante el acompañamiento brindado por Surkuna. Gracias a esta intervención, las diez personas lograron acceder a la interrupción legal del embarazo, reafirmando que la transparencia activa y el acceso a información basada en derechos son condiciones esenciales para garantizar el ejercicio de este derecho.

2.3. Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización hacia las pacientes, sus familiares y profesionales de salud que garantizan el acceso al servicio

En el ejercicio del derecho a la interrupción legal del embarazo, se han documentado prácticas por parte de profesionales de salud que buscan castigar o intimidar a las personas solicitantes, a sus familiares o incluso a quienes dentro del sistema garantizan el acceso al servicio. Estas prácticas se manifiestan a través de malos tratos, amenazas de denuncia, discursos moralizantes, estigmatización y en algunos casos, la presentación de denuncias formales contra las pacientes o personal sanitario. Frecuentemente están acompañadas de expresiones basadas en creencias religiosas, estereotipos de género o valoraciones sobre la moralidad de las decisiones reproductivas, contraviniendo la normativa legal vigente y, en muchos casos, configurando formas de violencia gineco-obstétrica.

La investigación publicada por Surkuna (2024a), concluyó que el sistema de salud opera como un canal de punitivismo estatal, al reproducir patrones socioculturales que refuerzan la violencia de género y la desigualdad. Los hospitales se convierten así en espacios disciplinadores, especialmente para mujeres jóvenes, pobres, rurales o con antecedentes de violencia, quienes enfrentan estigmatización y criminalización cuando acuden por atención en salud sexual y salud reproductiva.

Human Rights Watch (2021) en su investigación demuestra que la mayor cantidad de denuncias contra mujeres por aborto en Ecuador se dan desde el sistema de salud, la experiencia de SURKUNA confirma este hecho, siendo que solo en 2024 brindó defensa legal en cinco casos de criminalización iniciados por denuncias del personal médico de instituciones públicas, lo cual evidencia que estas prácticas no son hechos aislados, sino parte de un patrón sistemático de violencia institucional. Esto genera desconfianza en el sistema de salud, pues como se ha mencionado en anteriores secciones, 211 (44%) personas decidieron buscar otras alternativas debido a la desconfianza que les genera el sistema de salud, aunque tienen la posibilidad de optar por este.

El gráfico 5 muestra cómo las prácticas de castigo e intimidación por parte de profesionales de salud impactaron el acceso a la interrupción legal del embarazo en los casos acompañados por Surkuna en 2024. De los 22 casos, 2 personas fueron objeto de intimidación o tratos punitivos que resultaron en la negación del acceso, y otras dos personas desistieron del procedimiento ante el hostigamiento institucional. Solo una persona accedió al servicio luego de haber enfrentado esta barrera. Estos datos lejos de representar hechos aislados, demuestran que estas prácticas configuran una política de exclusión encubierta bajo actos individuales del personal de salud, y deben ser leídas como parte de un patrón estructural de criminalización y disciplinamiento del ejercicio de los derechos reproductivos.

Gráfico 5. Impacto de las prácticas orientadas al castigo e intimidación en el acceso a la interrupción legal del embarazo (Surkuna, 2024)



Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

A continuación, se presenta la historia de Luna, una de las personas acompañadas por Surkuna en 2024, cuya experiencia visibiliza con claridad la barrera de prácticas orientadas al castigo e intimidación por parte del personal de salud hacia quienes solicitan la interrupción legal del embarazo.

a) La historia de Luna³⁰

Luna tenía 14 años cuando llegó a los servicios de Surkuna, en mayo de 2024, víctima de violencia sexual, residente de una zona rural de Quito, con 18 semanas de gestación, decide solicitar la interrupción del embarazo por coexistencia de causales. No obstante le dijeron que no podían proveer el servicio porque eran muchas semanas de gestación. Por falta de confianza en el sistema, el estigma que existe hacia las mujeres que deciden interrumpir el embarazo, decidió desistir de continuar con el proceso.

2.4. Dilación injustificada de la prestación del servicio

Una barrera recurrente identificada en los casos acompañados por Surkuna en 2024 fue la dilación injustificada en la atención de solicitudes para la interrupción del embarazo, ya sea por causal salud, vida o violación. Según la normativa vigente³¹, los establecimientos de salud están obligados a garantizar la atención en un plazo máximo de 6 días para las causales salud y vida, y de 4 días para la causal violación.

30. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

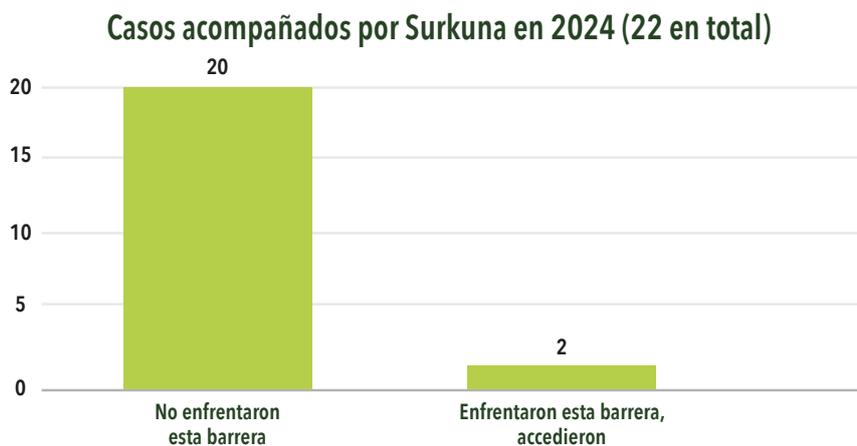
31. Lineamientos para la Atención Integral y Acceso Efectivo a la interrupción Voluntaria del Embarazo por violación. Febrero 2023.

El incumplimiento de estos plazos representa una vulneración directa a las obligaciones legales, éticas y técnicas del personal de salud, y genera un impacto grave en los derechos de niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar. Estas demoras no sólo prolongan el sufrimiento emocional de quienes solicitan el procedimiento, sino que también incrementan la complejidad del servicio de salud que debe brindarse.

Además, esta barrera puede llevar al desistimiento del procedimiento o la búsqueda de un aborto fuera del sistema de salud, ya sea por agotamiento emocional, temor a una respuesta negativa, pérdida de confianza en el sistema o falta de acompañamiento durante la espera. Así, la dilación actúa como una forma encubierta de exclusión, que posterga o impide el ejercicio de un derecho que debería garantizarse de forma oportuna, clara y sin obstáculos innecesarios.

De los 22 casos acompañados por Surkuna en 2024, en 2 de ellos se identificó esta barrera. En ambos, la atención fue finalmente garantizada, pero solo después de que se activaron mecanismos externos de acompañamiento e incidencia para superar la dilación institucional.

Gráfico 6. Impacto de la dilación injustificada en el acceso a la interrupción legal del embarazo (Surkuna 2024)



Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

A continuación la historia de Mónica, da cuenta de cómo la dilación injustificada afectó su acceso a la interrupción legal del embarazo.

a) La historia de Mónica³²

Mónica, una niña de 12 años, mestiza, víctima de violación y residente en Lago Agrio, solicitó la interrupción de su embarazo de 15 semanas de gestación en un hospital público. Su solicitud se fundamentó en la coexistencia de causales, y debía ser respondida en un plazo máximo de 6 días, conforme a los Lineamientos para la Atención Integral y Acceso Efectivo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo por Violación, pero esto no ocurrió. Ante esta situación, Surkuna presentó una queja administrativa ante el hospital y la respuesta fue emitida después de 8 días, superando el plazo establecido. Posteriormente, se brindó el acceso a la interrupción del embarazo.

32. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

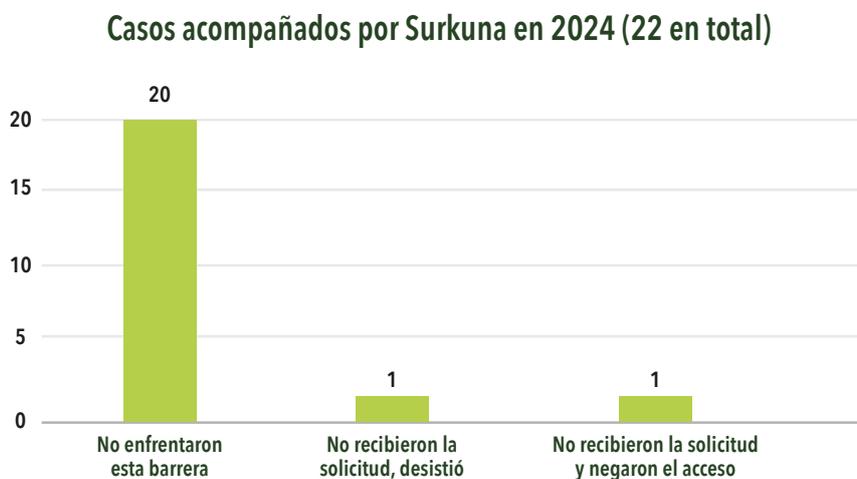
2.5 Negación de recibir la solicitud para el acceso a la interrupción del embarazo

Como se ha señalado anteriormente, toda solicitud de acceso a la interrupción legal del embarazo, sea verbal o escrita, debe ser recibida y tramitada por el personal de salud, conforme a los plazos establecidos en la normativa vigente: 6 días para las causales salud y vida, y 4 días para la causal violación.

Sin embargo, en algunos de los casos acompañados por Surkuna se identificó que profesionales de salud se negaron a recibir formalmente la solicitud presentada por niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar, alegando razones institucionales, falta de procedimientos internos o criterios personales no contemplados en la normativa. Esta negativa impide iniciar el proceso dentro de los plazos legales, genera incertidumbre, retrasa el acceso y expone a las solicitantes a mayores riesgos físicos y emocionales.

Además, estas acciones configuran una omisión deliberada de obligaciones institucionales, que profundiza la revictimización, desinformación y criminalización del ejercicio de derechos reproductivos, y contribuye a consolidar un entorno de exclusión en el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Gráfico 7. Impacto de la negación de recepción de solicitudes en el acceso a la interrupción legal del embarazo (Surkuna, 2024)



Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

El gráfico muestra que, de los 22 casos acompañados por Surkuna en 2024, hubo dos personas afectadas por la negación de la recepción de la solicitud por parte de profesionales de salud. Si bien estos casos son pocos en número, revelan una barrera estructural mucho más extendida y silenciosa: el riesgo de que miles de mujeres y personas con posibilidad de gestar ni siquiera logren iniciar el proceso porque sus solicitudes no son recibidas ni registradas. Esta práctica omisiva vulnera el derecho a la atención oportuna, impide el acceso dentro de los plazos legales, y reproduce el estigma institucional hacia quienes buscan interrumpir un embarazo. Al no documentarse ni dejar huella, esta barrera opera como un mecanismo de exclusión encubierta que debilita la garantía del derecho al aborto legal, seguro y digno.

A continuación se detalla uno de los casos para visibilizar cómo opera esta práctica en el sistema público de salud y sus afectaciones.

a) La historia de Isabel³³

Isabel, es una adolescente de 16 años y fue víctima de violación. Se autoidentifica como montubia, residente de la provincia de Cotopaxi. Tenía 8 semanas de gestación producto de violencia sexual. Cuando asistió al Hospital de su ciudad para solicitar la interrupción voluntaria del embarazo por causal violación, le indicaron que debía presentar la denuncia del delito del que había sido víctima, pese a existir medidas cautelares de la Corte Constitucional que suspende el pedido de requisitos para el acceso al procedimiento.

Ella contaba con la denuncia, no obstante, el personal médico se negó a recibir la solicitud y brindar el servicio de interrupción del embarazo en caso de violación, sin brindar ningún tipo de justificación. Surkuna presentó una queja administrativa en contra del Hospital y sugirió a Isabel movilizarse a la Capital ecuatoriana para realizar nuevamente la solicitud en otro centro de salud público. Isabel, por sus propios medios, se movilizó y recibió atención médica para el acceso a la IVE en casos de violación en un segundo centro de salud.

2.6. Fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia

Esta barrera se configura cuando existen deficiencias en los procesos de derivación entre establecimientos de salud, lo cual afecta directamente el acceso oportuno a la interrupción legal del embarazo. En el marco normativo ecuatoriano, el sistema de salud está obligado a garantizar un proceso de referencia y contrarreferencia ágil, articulado y respetuoso de los derechos de las personas usuarias y cubrir todos los gastos que requiera la realización de estas derivaciones. Sin embargo, en los casos acompañados por Surkuna, se ha identificado que esta obligación no siempre se cumple.

Entre las fallas documentadas se encuentran: demoras injustificadas en la derivación, falta de acompañamiento efectivo entre niveles de atención, ausencia de información clínica adecuada en la referencia, no cobertura de los gastos desde el sistema de salud y falta de seguimiento para confirmar que la persona efectivamente acceda al servicio en el establecimiento receptor. Estas fallas provocan revictimización, ya que obligan a las solicitantes a repetir su historia clínica o relato de violencia ante múltiples equipos de salud, afectando su dignidad, su derecho a la confidencialidad y su estabilidad emocional.

Además, la falta de articulación entre unidades de salud prolonga los tiempos de espera, genera incertidumbre y puede ocasionar negación por plazos o derivados de prácticas establecidos, especialmente en casos de causal violación o afectación a la salud mental. Esta barrera, aunque administrativa en apariencia, se traduce en una

33. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

forma concreta de exclusión del derecho a la salud sexual y salud reproductiva. Aunque la normativa indica que las demoras administrativas no deberían obstaculizar el acceso al servicio, en la práctica, una vez superadas las 22 semanas de gestación, los procedimientos dejan de realizarse, desconociendo el marco legal vigente. Esta barrera fue identificada en 1 caso, el cual se presenta a continuación para evidenciar cómo las fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia pueden obstaculizar el acceso oportuno a la interrupción legal del embarazo.

a) La historia de Lucía³⁴

Lucía, de 32 años de edad, mestiza, residente de la capital ecuatoriana, con 21 semanas de gestación, en uno de los chequeos de control se descubre que el feto tenía malformación genética de su corazón, Lucía solicita la interrupción del embarazo por causal salud, de la cual en el primer centro de salud le refieren que no realizan esos procedimientos por no contar con el instrumental necesario y le indican que vaya a otro centro de salud tipo B, más grande, sin ninguna carta y/u oficio de referencia, sin asegurarse que acceda al segundo centro de salud y teniendo que repetir una vez más el detalle de su diagnóstico. Al ser solventada esta barrera, Lucía pudo acceder a la interrupción del embarazo.

2.7. Falta de instrumental médico y medicamentos en los servicios de salud

Una barrera identificada en los acompañamientos realizados por Surkuna es la falta de disponibilidad de instrumental médico y medicamentos necesarios para la realización del procedimiento de interrupción del embarazo en los establecimientos de salud pública. Esta carencia impide la garantía efectiva del derecho al aborto legal, al dificultar o postergar la atención.

La Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico, publicada por el Ministerio de Salud Pública, establece con claridad los procedimientos, insumos y medicamentos requeridos según las condiciones clínicas y la edad gestacional de la paciente. Los métodos reconocidos en la normativa incluyen:

Métodos quirúrgicos de AT: utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo; incluyen la aspiración al vacío (AMEU) y la dilatación y curetaje.

Métodos farmacológicos de AT: utilización de drogas farmacológicas (misoprostol, oxitocina) para finalizar un embarazo.³⁵

La falta de acceso a estos recursos esenciales no solo constituye un incumplimiento de la normativa técnica vigente, sino que también vulnera el derecho a una atención médica adecuada, segura y oportuna. En algunos casos, esta carencia obliga a derivar a las pacientes a otros centros (agravando los tiempos de espera) o incluso

34. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

35. Guía Práctica Clínica. 2015.

a cancelar el procedimiento por no contar con los insumos necesarios, generando un riesgo grave para la salud física y emocional de las personas solicitantes. A continuación, se presenta el esquema oficial del manejo clínico del aborto terapéutico, según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica del MSP:

Figura 1. Esquema oficial del manejo clínico del aborto terapéutico



Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Aborto Terapéutico

Este esquema recogido en la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Aborto Terapéutico, establece las rutas de atención según la edad gestacional, e indica con claridad los instrumentos, medicamentos y procedimientos requeridos para realizar una interrupción segura del embarazo. Por tanto, la indisponibilidad de estos insumos o la inobservancia del protocolo constituyen una violación directa a la normativa vigente y una forma de negligencia institucional que afecta la atención en salud sexual y salud reproductiva.

En los casos acompañados por Surkuna durante 2024, se identificaron al menos dos situaciones en las que la falta de instrumental médico y medicamentos adecuados representó una barrera concreta para el acceso a la interrupción legal del embarazo. Los casos que ya ha sido abordados anteriormente en otras barreras corresponden a: Lucía, con 21 semanas de gestación y un diagnóstico fetal de malformación cardíaca, no fue atendida porque el centro de salud al que acudió le negó la atención, entre otras razones, por no contar con el instrumental necesario y fue derivada verbalmente de un centro de salud a otro sin respaldo formal ni coordinación, lo que retrasó su atención. Francisca, mujer migrante con 16 semanas de gestación y un diagnóstico similar, enfrentó la negativa de atención en un centro privado por falta de medios técnicos, y posteriormente fue derivada a un hospital público donde, además de exigir documentos no requeridos por ley, su caso fue atendido con una demora injustificada. En ambos casos, accedieron a la interrupción legal del embarazo, pero la falta de condiciones técnicas adecuadas generó dilaciones, revictimización y vulneraciones a sus derechos.

D. Barreras relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones legales del sistema de justicia y protección

En el proceso de acceso a la interrupción legal del embarazo confluyen diversos actores institucionales. Además del sistema de salud, el sistema de justicia y protección cumple un rol clave en la garantía de derechos de niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar, especialmente en contextos de violencia sexual o vulnerabilidad.

Este sistema está conformado por entidades como la Fiscalía General del Estado, la Defensoría Pública, las Juntas Cantonales de Protección de Derechos, comisarías, tenencias políticas, el MIES, la Defensoría del Pueblo y el Ministerio de Educación, entre otras instituciones que integran el Sistema Nacional Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

La normativa nacional (en especial la LORIVE) establece obligaciones específicas para cada una de estas instituciones, entre las que se destacan:

Tabla 9. Obligaciones del sistema de salud y del sistema de justicia y protección con las víctimas de violencia

Ministerio de Salud Pública (Art. 30)	Fiscalía general del Estado (Art. 31)
<ul style="list-style-type: none"> No revictimizar a las usuarias ni exigir la repetición constante de sus testimonios; 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar información clara y accesible sobre el aborto en casos de violación y sobre servicios de apoyo, adaptada a la edad y situación de las víctimas.

- Brindar información clara, oportuna y basada en evidencia sobre el procedimiento médico;
- Garantizar la confidencialidad y el secreto profesional;
- Informar de los plazos legales: 4 días para la causal violación y 6 días para las causales salud y vida;
- Garantizar derivaciones efectivas en el sistema de salud sin generar obstáculos, cuando se requieran servicios de mayor complejidad;
- Interpretar de forma amplia y garantista las causales de salud y vida, incluyendo salud mental y social.
- Brindar acceso a abortos en las causales legales.

Defensoría Pública (Art. 32)

- Brindar información y asesoría jurídica sobre el aborto por violación y todas las opciones disponibles, a niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes.
- Coordinar con el sistema de salud y la Fiscalía para garantizar el acceso efectivo al aborto legal y a la justicia.
- Capacitar a su personal en atención a víctimas de violencia sexual, aborto por violación y objeción de conciencia.
- Asegurar derivaciones rápidas al sistema de salud, sin demoras ni obstáculos.
- Patrocinar legalmente a víctimas de violación para garantizar el acceso al aborto.
- Defender a las mujeres en caso de denegación del servicio, mediante acciones judiciales que garanticen sus derechos a la salud, la justicia y la reparación.

Juntas Cantonales de Protección, los y las Tenientes Políticos, las y los Comisarios Nacionales de Policía del Sistema Nacional Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Art. 34)

- Informar a mujeres y personas gestantes sobre el aborto por violación y los servicios públicos y privados disponibles para su acompañamiento.
- Coordinar con el sistema de salud para asegurar atención inmediata y conforme a la ley en casos de violación.
- Denunciar delitos de violación
- Capacitar regularmente a autoridades y personal del sistema en atención adecuada a víctimas de violencia sexual.
- Sensibilizar al personal institucional para eliminar estereotipos, estigmas y tratos discriminatorios en la atención a víctimas.

- Coordinar con el sistema de salud para facilitar el acceso a la justicia y garantizar acompañamiento adecuado.
- Asegurar espacios seguros y privados para que las víctimas puedan presentar sus denuncias sin ser revictimizadas.
- Capacitar a su personal en atención a víctimas de violencia sexual y en el acceso al aborto por violación, evitando prácticas revictimizantes.
- Garantizar derivaciones rápidas al sistema de salud, en un plazo máximo de 24 horas desde la denuncia.

Juntas Cantonales de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (Art. 33)

- Informar a niñas y adolescentes sobre instituciones y programas disponibles para víctimas de violación.
- Garantizar el acceso de víctimas de violación en casas de acogida a procedimientos de aborto legal.
- Emitir medidas de protección administrativas inmediatas, según el caso, y gestionar su confirmación judicial.
- Vigilar el cumplimiento efectivo de las medidas de protección, activando mecanismos de garantía.
- Denunciar los presuntos delitos de violación.

Defensoría del Pueblo (Art. 35)

- Brindar asesoría e información sobre el aborto por violación y los programas de acompañamiento disponibles, públicos y privados.
- Patrocinar acciones legales para proteger los derechos de las víctimas en casos de mala atención.
- Emitir medidas de cumplimiento obligatorio para garantizar el acceso al aborto.
- Incluir en sus programas de formación contenidos sobre derechos humanos relacionados con el aborto.
- Realizar investigaciones defensoriales ante posibles vulneraciones de derechos.
- Vigilar el debido proceso en procesos judiciales o administrativos relacionados con estos casos.
- Solicitar medidas cautelares para proteger el ejercicio del derecho al aborto.
- Ejecutar otras acciones de su competencia que asistan a víctimas de violencia sexual.

Ministerio de Inclusión Económica y Social (Art. 36)

- Coordinar con el sistema de salud y la Fiscalía para facilitar el ingreso a casas o centros de acogida de niñas, mujeres y personas gestantes en situación de riesgo por violencia sexual.
- Garantizar que los espacios de acogida estén adaptados a las necesidades y condiciones de vulnerabilidad de las usuarias.
- Capacitar al personal de acogida en atención a víctimas de violencia sexual, evitando la revictimización.
- Informar a las personas acogidas sobre el acceso al aborto por violación.
- Asegurar derivaciones sin demora tanto a servicios de salud como a programas públicos o privados de apoyo integral.

Ministerio de Educación (Art. 37)

- Incluir en protocolos escolares mecanismos de detección de violencia sexual, para que el personal docente pueda identificar y actuar ante estos casos.
- Capacitar al personal docente en el uso de rutas y protocolos para la detección, abordaje y derivación de casos de violencia sexual en el sistema educativo.
- Asegurar la derivación oportuna de niñas y adolescentes embarazadas producto de violación a servicios de salud y programas de apoyo públicos o privados.
- Promover la articulación con el sistema de protección y justicia, garantizando acompañamiento integral y sin demoras para las víctimas.

Elaboración: equipo técnico de Surkuna.

A pesar de este marco normativo, en los casos acompañados por Surkuna se han evidenciado múltiples incumplimientos. Las personas usuarias, en su mayoría, desconocen estas obligaciones institucionales, lo que limita su capacidad para exigir derechos y detectar prácticas negligentes o violatorias. Esta falta de información y de acompañamiento convierte al sistema de justicia y protección (en lugar de ser garante) en un nuevo escenario de barreras estructurales.

El caso Norma vs. Ecuador ilustra con claridad este problema. En su decisión, el Comité de Derechos Humanos señaló que los Estados deben no solo prevenir los embarazos forzados, sino también garantizar el acceso a la justicia y a la salud sexual y salud reproductiva de quienes enfrentan estas situaciones. Esto implica proteger a las niñas y mujeres de la revictimización por parte del personal médico, judicial u otras autoridades, y asegurar el acceso efectivo al aborto legal cuando así lo determinen las causales.

3.1. Desinformación, entrega de información falsa o incompleta

Esta barrera se configura cuando profesionales del sistema de justicia y protección no brindan información clara, completa y basada en evidencia sobre las causales legales y el procedimiento de acceso a la interrupción del embarazo. En algunos casos, incluso se proporciona información falsa o contradictoria, generando confusión, desconfianza y temor en quienes buscan ejercer este derecho.

Tal como se señaló en el acápite anterior, muchas niñas, adolescentes, mujeres y personas con posibilidad de gestar desconocen sus derechos, y son precisamente las instituciones del sistema de justicia y protección las llamadas a garantizar el acceso a información adecuada, con enfoques de derechos humanos, interinstitucionalidad y atención prioritaria. La omisión de esta obligación no solo representa una barrera de

acceso, sino que puede constituir una infracción. La desinformación institucional desincentiva el acceso al sistema de salud público y refuerza el miedo, la inseguridad o el estigma en torno al aborto legal. Esta situación, lejos de ser aislada, demuestra cómo el silencio o la omisión también operan como formas de violencia institucional, que impiden el ejercicio efectivo de derechos garantizados por la ley.

De los 22 casos acompañados por Surkuna en 2024, esta barrera se identificó en el caso de Isabel³⁶, una adolescente de 16 años, montubia, residente en la provincia de Cotopaxi. Ella fue víctima de violación y con 8 semanas de gestación, acudió a la Fiscalía a interponer una denuncia, pero no recibió información sobre su derecho a acceder a la interrupción del embarazo ni fue derivada al sistema de salud, lo que retrasó su proceso y generó incertidumbre. A pesar de ello, con acompañamiento adecuado, logró posteriormente acceder al procedimiento. Su historia refleja cómo la falta de información oportuna y adecuada puede convertirse en una barrera estructural al acceso.

3.2. Fallas en el sistema de derivación

Esta barrera se refiere a las deficiencias en la derivación oportuna y efectiva al sistema nacional de salud por parte del personal del sistema de justicia y protección, tanto en casos de causal salud y vida, como en casos de causal violación.

La Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Niñas, Adolescentes y Mujeres en Casos de Violación (LORIVE) establece de forma expresa las obligaciones de la Fiscalía General del Estado en esta materia. El artículo 31 dispone, entre otras responsabilidades:

- Desarrollar canales y mecanismos de coordinación con la autoridad sanitaria nacional para facilitar el acceso a la justicia y a los servicios de salud;
- Asegurar una derivación sin dilaciones, pronta y eficaz, en un plazo máximo de 24 horas, hacia los establecimientos del sistema nacional de salud.

Sin embargo, en la práctica, estas disposiciones no se cumplen de forma sistemática. En los casos acompañados por Surkuna se han identificado situaciones en las que la derivación no se realizó, se demoró más allá del plazo establecido, o no se brindó información adecuada sobre el proceso de acceso al aborto legal. Esta omisión configura una barrera grave que impide la activación del sistema de salud, vulnera el derecho a la atención integral y puede derivar en la pérdida de oportunidad para acceder al procedimiento dentro de los plazos legales. Uno de los casos que ejemplifica esta barrera es el de Isabel, que fue abordado anteriormente.

3.3. Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización

A través de las acciones de acompañamiento y patrocinio legal en casos de criminalización, realizado por Surkuna se han documentado casos en los que las usuarias fueron amenazadas con denuncias penales, expuestas a malos tratos, forzadas a entregar versiones de los hechos sin garantías mínimas y, en ciertos casos

36. Esta historia fue abordada en acápite anteriores.

sin respeto al debido proceso. Estas prácticas, contravienen principios fundamentales de la normativa nacional e internacional en materia de derechos humanos, como la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a la defensa y la presunción de inocencia. Estas formas de hostigamiento generan un entorno de temor institucional que desalienta la búsqueda de atención médica y obstaculiza el acceso a servicios esenciales de salud sexual y salud reproductiva.

La investigación sobre estereotipos (Surkuna 2024a) da cuenta de que la criminalización del aborto en el país se intensificó a partir de la vigencia del Código Orgánico Integral Penal (COIP) en 2014, transformándose en una política represiva sostenida por el aparato estatal. El análisis revela que el sistema de justicia está atravesado por discursos de género, clase y etnia, y que estos operan en la práctica judicial, policial y médica a través de figuras morales como la de la "buena madre". Esta figura es utilizada como estándar punitivo que criminaliza a mujeres que no responden al mandato materno tradicional, sobre todo cuando muestran indiferencia frente a su estado de gestación.

Aunque los casos acompañados por Surkuna en 2024 no fueron solicitudes de acompañamiento para la interrupción del embarazo, sí se prestó defensa legal en procesos de criminalización, evidenciando que el sistema de justicia continúa reproduciendo prácticas que vulneran derechos y profundizan la violencia institucional. Estas acciones constituyen una barrera estructural que trasciende el acceso al servicio médico, afectando directamente el derecho a vivir libres de estigmas, prejuicios y persecución penal por decisiones reproductivas.

A continuación, se presentan las historias de Lola y Paloma, dos casos acompañados legalmente por Surkuna que evidencian cómo las prácticas de castigo, intimidación y criminalización por parte del sistema de justicia y protección afectan tanto a las personas que solicitan la interrupción del embarazo como a quienes garantizan su acceso.

a) La historia de Lola³⁷

Lola, médica ginecóloga de un hospital público de la Amazonía ecuatoriana, brindó atención a María, una mujer embarazada producto de violencia sexual. Tenía 10 semanas de gestación y recibió el procedimiento de interrupción del embarazo de acuerdo a la normativa legal y las obligaciones enmarcadas en la ley. Una semana después de haber brindado el servicio, fue convocada por Fiscalía General del Estado para rendir su versión libre y voluntaria dentro del caso por aborto consentido que Fiscalía estaba investigando en su contra y la de María, la mujer a la cual atendió.*

37. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

b) La historia de Paloma³⁸

Paloma, adolescente de 18 años y estudiante de bachillerato técnico. Tenía un embarazo no deseado, que producía graves afectaciones a su salud mental. Luego de ser atendida por un aborto espontáneo, el personal del centro de salud que la atendía llamó a la Policía y denunció a Paloma, alegando que se había producido el aborto. Esto violó el principio de confidencialidad y secreto profesional. La Policía acudió al centro de salud para tomar la versión a Paloma, sin defensa legal, mientras se encontraba en proceso de aborto en curso; luego procedió a realizar un allanamiento arbitrario en su casa “en búsqueda de pruebas”. Sin ninguna autorización legal, le ordenaron a la madre de Paloma acompañarlos y abrir la puerta de su casa.

V. Conclusiones

Sobre el marco legal y contextual del acceso al aborto en el Ecuador:

- Entre 2014 y 2024, al menos 542 mujeres fueron criminalizadas por aborto consentido, muchas de ellas en situaciones de pobreza o tras emergencias obstétricas en servicios públicos.
- A pesar de que el aborto está despenalizado en tres causales desde 1938, el acceso efectivo sigue siendo profundamente limitado. En los últimos diez años, los abortos médicos (causales previstas en la normativa) se han mantenido, representando únicamente entre el 6% y el 3% del total de egresos hospitalarios relacionados con aborto registrados cada año.
- La ausencia de registros claros por parte del Ministerio de Salud, sumada a las barreras evidenciadas y la persistencia de denuncias contra mujeres en contextos de pobreza y vulnerabilidad, evidencia una desconexión entre el reconocimiento formal del derecho y su garantía real.
- El informe evidencia múltiples falencias que limitan el acceso real a los servicios de salud sexual y salud reproductiva: uso de tecnología obsoleta como el legrado uterino, desconocimiento del manejo clínico en abortos avanzados, falta de lineamientos claros para la causal salud, carencia de capacitación continua, y la persistencia de prejuicios morales entre profesionales de salud.

38. El nombre ha sido modificado para proteger la identidad de la persona acompañada.

Sobre la caracterización de las niñas, adolescentes y mujeres acompañadas por Surkuna:

- Surkuna recibe de forma sostenida un flujo significativo de llamadas relacionadas con solicitudes de información sobre aborto, con un promedio de 484 llamadas al año, es decir, más de 40 al mes.
- Durante 2024, 484 personas solicitaron información sobre aborto pero 211 (44%) optaron por otras formas de acceso, como el acompañamiento feminista, a pesar de encontrarse dentro de las causales legales. En otras palabras, muchas personas que cumplen con los requisitos legales para acceder a un aborto seguro, prefieren no acudir a los servicios públicos debido a las múltiples barreras que enfrentan.
- En el período correspondiente a los años 2021 a 2024, Surkuna recibió 95 solicitudes de acompañamiento para el acceso a la interrupción legal del embarazo, por las diferentes causales legales: vida, salud y violación.
- En los últimos años, las solicitudes de acompañamiento para el acceso a la interrupción legal del embarazo han mostrado una diversificación importante. Esta ampliación responde al fortalecimiento de estrategias de información, formación y acompañamiento impulsadas por Surkuna, que han permitido visibilizar las distintas causales legales más allá de la violación.
- Más de la mitad de los casos acompañados en el periodo 2021 a 2024, correspondieron a niñas y adolescentes menores de 18 años.
- La mayoría de los acompañamientos realizados por Surkuna en el periodo 2021 a 2024, se concentraron en la provincia de Pichincha, con 51 casos que representan el 54% del total. Esto puede responder a que la organización brinda atención a nivel nacional pero la sede se encuentra en la ciudad de Quito, lo que influye en una mayor concentración de casos registrados en esta zona. Esta centralidad geográfica, junto con la mayor operatividad de los servicios de salud en centros urbanos en comparación con zonas rurales o periféricas, condiciona tanto la recepción de solicitudes como las posibilidades de acompañamiento efectivo en otras provincias.
- En el periodo 2021 a 2024, un 43% de las solicitudes de acompañamiento se presentaron durante las primeras 12 semanas y 6 días de gestación, lo que representa 41 casos. Mientras que un 54% solicitaron acompañamiento cuando cursaban más de 12 semanas y 6 días de gestación (51 personas).
- Un 40% (38) de los casos acompañados en el periodo 2021-2024 solicitaron acompañamiento por la causal violación, más de la mitad correspondieron a niñas y adolescentes menores de 19 años.

- Entre 2021 y 2024, el 17% (16 casos) de las personas acompañadas por Surkuna no lograron acceder al procedimiento en el sistema de salud. De estos casos, 13 correspondían a personas mayores de 20 años. Ante la negativa institucional, todas ellas debieron recurrir a redes feministas para acceder a servicios seguros, lo que evidencia la persistencia de barreras estructurales incluso en contextos que, en principio, no deberían presentar mayores obstáculos para el ejercicio de este derecho.

Sobre la existencia del delito de aborto consentido como barrera estructural

- La persistencia del delito de aborto consentido en el Código Orgánico Integral Penal constituye una de las principales barreras estructurales para el acceso efectivo a la interrupción legal del embarazo en el Ecuador. Aunque existen causales legalmente previstas, la existencia misma del tipo penal genera una zona de ambigüedad jurídica que habilita interpretaciones restrictivas, refuerza el temor a la criminalización y perpetúa prácticas institucionales de castigo y desinformación.
- Un marco legal que habilita y penaliza simultáneamente el aborto configura un escenario de inseguridad jurídica incompatible con los estándares de derechos humanos, y no garantiza un acceso digno, claro y libre de violencias a este servicio esencial de salud.

Sobre las barreras relacionadas con la interpretación restrictiva del marco legal

- De los 22 casos acompañados por Surkuna en 2024, al menos 4 enfrentaron exigencias de requisitos ilegales como barrera de acceso. De estos, 3 lograron acceder a la interrupción legal del embarazo, mientras que una persona desistió del proceso debido a los obstáculos enfrentados.
- De un total de 22 casos acompañados por Surkuna en 2024, 11 correspondieron a embarazos de hasta 12.6 semanas de gestación y la otra mitad, tenían más de 12.6 semanas de gestación. A una persona se le negó el acceso a este procedimiento fundamentada en el plazo gestacional. Este caso corresponde a un embarazo de más de 23 semanas, en el que, a pesar de configurarse la coexistencia de causales, el acceso fue rechazado por profesionales de salud con base en un límite de semanas no establecido en la normativa vigente.
- En 2024, 14 casos (de un total de 22) correspondieron a personas que cursaban embarazos producto de violación. Esta cifra confirma que la violencia sexual es una de las principales razones por las que las niñas, adolescentes y mujeres solicitan el acceso a la interrupción legal del embarazo.
- En 2024, hubo 8 casos gestionados únicamente por causal violación, todos dentro del límite legal de 12.6 semanas, 6 accedieron al procedimiento, mientras que un caso fue negado al no recibirle la solicitud en el sistema de salud y otra persona desistió del proceso.

- En cuanto al acceso por coexistencia de causales en 2024, la proporción de acceso fue más baja. De los 6 casos tramitados por esta causal porque se trataban de embarazos de más de 12.6 semanas, solo 3 personas accedieron, mientras que 2 desistieron y a una persona se le negó el procedimiento con fundamento en la edad gestacional, a pesar de que se podía aplicar la coexistencia de causales.
- En el acompañamiento realizado por Surkuna en 2024, se documentó un caso en el que la interpretación restrictiva de la causal salud derivó en una demora injustificada en la atención, a pesar de que existían condiciones claras para autorizar el procedimiento.
- A partir de los acompañamientos realizados por Surkuna en 2024, se identificó un caso en el que se manifestó el uso abusivo de la objeción de conciencia como barrera directa al acceso.

Sobre las barreras relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones legales del sistema de salud

- En 2024, 5 de los casos acompañados por Surkuna revelaron la presencia de prácticas que contravienen las obligaciones legales de información, atención o uso de técnicas adecuadas.
- En 2024, 10 personas acompañadas que enfrentaron la barrera de falta de transparencia activa, lograron acceder al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo tras recibir información clara sobre sus derechos, por parte de Surkuna.
- Durante 2024, 5 de las niñas, adolescentes y mujeres acompañadas fueron objeto de prácticas de castigo e intimidación por parte de profesionales de salud. Dos resultaron en la negación del acceso, otras dos desistieron del procedimiento ante el hostigamiento institucional. Solo una persona accedió al servicio luego de haber enfrentado esta barrera.
- En 2024, en 2 casos acompañados se identificó la dilación injustificada. En ambos, la atención fue finalmente garantizada, pero solo después de que se activaron mecanismos externos de acompañamiento e incidencia para superar la dilación institucional.
- En 2024, 2 de las niñas, adolescentes y mujeres que fueron acompañadas enfrentaron la negación de la recepción de la solicitud por parte de profesionales de salud. De estos, 1 persona recibió una negación formal y tuvo que acudir a otra ciudad para recibir este servicio de salud, y la otra desistió del proceso ante la falta de respuesta institucional.
- El caso de Lucía evidencia la presencia de barreras relacionadas con las fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia, así como también la falta de instrumental médico en el servicio de salud. En su caso el personal médico informó que no realizaban procedimientos de aborto por no contar con el instrumental necesario indicándole que acuda a otro centro de salud sin ninguna carta y/u oficio de referencia.

Sobre las barreras relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones legales del sistema de justicia y protección

- La entrega de información falsa e incompleta en el sistema de justicia y protección, así como las fallas en el sistema de derivación se manifestaron en el caso de Isabel, quien al ser sobreviviente de violación y estar embarazada en consecuencia de la agresión, no recibió información sobre el acceso al aborto ni fue derivada al servicio de salud.
- Las historias de Lola y Paloma, dos casos acompañados legalmente por Surkuna por amenaza de criminalización, evidencian cómo las prácticas de castigo, intimidación y criminalización por parte del sistema de justicia y protección afectan tanto a las personas que solicitan la interrupción del embarazo como a quienes garantizan su acceso.

VI. Recomendaciones

A la Corte Constitucional del Ecuador

- Priorizar la causa 22-24-IN y eliminar el delito de aborto consentido del Código Orgánico Integral Penal (COIP), en coherencia con los principios constitucionales de dignidad, igualdad, no discriminación y el derecho a la salud; porque la existencia misma del tipo penal continúa operando como una barrera estructural que impide el acceso efectivo a los servicios de interrupción legal del embarazo, incluso en los casos en que este se encuentra despenalizado.
- Resolver de manera urgente y con enfoque de género y derechos las acciones de inconstitucionalidad presentadas contra artículos de la LORIVENAM, evitando que medidas cautelares prolongadas sustituyan indefinidamente decisiones de fondo y generen incertidumbre jurídica en la prestación del servicio de aborto legal.
- Desarrollar estándares jurisprudenciales robustos sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, incorporando el principio de no regresividad, el enfoque interseccional y el deber del Estado de remover barreras estructurales, como parte del bloque de constitucionalidad y del control de convencionalidad.

Al Sistema de justicia y protección:

- Fortalecer los mecanismos de derivación inmediata y eficaz al sistema de salud, garantizando que toda víctima de violencia sexual reciba información oportuna y sea referida en un máximo de 24 horas, como lo establece la ley, con acompañamiento integral y sin dilaciones.
- Capacitar de forma continua y obligatoria al personal judicial y de protección en normativa nacional e internacional sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, con enfoque de género, niñez y

no revictimización, para erradicar prácticas de castigo, culpabilización o intimidación hacia las personas que solicitan una IVE.

- Establecer protocolos interinstitucionales claros y exigibles, que aseguren la coordinación entre Fiscalía, Defensoría del Pueblo, servicios de salud y redes de protección, priorizando la atención integral, segura y libre de estigmas en casos de aborto legal.

Al Sistema de salud

- Implementar procesos obligatorios de formación y actualización continua para el personal médico y administrativo, centrados en el marco legal vigente, las medidas cautelares emitidas por la Corte Constitucional, los estándares internacionales y los derechos de las personas gestantes, incluyendo la interpretación amplia de la causal salud.
- Reconocer su rol dentro del continuum de criminalización que opera en torno al aborto en el país y asumir medidas concretas el respeto al secreto profesional y la confidencialidad en salud.
- Actualizar protocolos, garantizar el acceso a insumos y medicamentos seguros, capacitar al personal en todas las causales legales, y eliminar prácticas obsoletas que perpetúan la violencia gineco-obstétrica.
- Generar un proceso integral de fortalecimiento técnico, operativo y ético de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, en particular aquellos relacionados con la atención a personas que solicitan la interrupción del embarazo.
- Garantizar la recepción y trámite de toda solicitud de interrupción del embarazo, sin requisitos ilegales ni demoras, mediante protocolos institucionales claros, con monitoreo permanente del cumplimiento de los plazos legales (6 días para salud y vida, 4 días para violación).
- Sancionar las prácticas de objeción de conciencia institucional, intimidación, desinformación, negación del servicio y violencia obstétrica, creando mecanismos de control y denuncia accesibles para las usuarias, e impulsando una cultura institucional basada en el respeto a los derechos reproductivos.

VII. Bibliografía

- Comité de Derechos Humanos. 2025. Dictamen aprobado por el Comité respecto de la comunicación núm. 3628/2019: Norma vs. Ecuador. CCPR/C/142/D/3628/2019, 17 de enero: https://ccprcentre.org/files/decisions/CCPR_C_142_D_3628_2019_38705_S.pdf.
- Comité de los Derechos del Niño. 2023. Dictamen aprobado por el Comité en virtud del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones: Caso Camila vs. Perú. CRC/C/94/D/136/2021, 13 de junio. https://www.law.utoronto.ca/sites/default/files/documents/reprohealth/un_crc_peru_2023_camila_spanish.pdf.
- Ecuador Corte Constitucional del Ecuador. 2022a. Sentencia No. 41-22-IN, 3 de junio. <https://n9.cl/h2hcr>.
- Ecuador Corte Constitucional del Ecuador. 2022b. Sentencia No. 76-22-IN, 11 de noviembre. <https://clinicajuridicafeminista.cepamgye.org/wp-content/uploads/2022/11/a4367a2f-7ad0-4b91-a86b-081186d61dde.pdf>.
- Ecuador Corte Constitucional del Ecuador. 2022c. Sentencia No. 93-22-IN, 16 de diciembre. <https://clinicajuridicafeminista.cepamgye.org/wp-content/uploads/2022/12/e2NhcBldGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOic4YTgyMzU1MC0wMGU2LTQwZjQtOWUyMC1lMWNjMmM3M2U4YzIucGRmJ30-2.pdf>.
- Ecuador Corte Constitucional del Ecuador. 2023a. Sentencia No. 30-23-IN, 21 de agosto. <https://www.corteconstitucional.gob.ec/kilur-archivo/resumen-causa-no-30-23-in/>.
- Ecuador Corte Constitucional del Ecuador. 2023b. Sentencia No. 31-23-IN, 20 de julio. https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcBldGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOidhZDNlMjgwNS01NzU4LTRiOGltYmViYi1mYTc0YWlyMGJhNzcucGRmJ30=.
- Ecuador Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423, 22 de diciembre de 2006.
- Ecuador Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial Suplemento, 2 de octubre de 2014.
- Ecuador Ley Orgánica que regula la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes, mujeres en casos de violación. Segundo Registro Oficial Suplemento, 29 de abril de 2022.
- Ecuador Fiscalía General del Estado. 2025. Respuesta a solicitud de información realizada por Surkuna. Número de requerimiento SAIP-2025-0000009014, 13 de febrero.

Ecuador Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2023. "Defunciones Generales". Ecuador en Cifras. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>.

Human Rights Watch. 2019. Ecuador: Memorando sobre estándares internacionales de derechos humanos en materia de aborto, 25 de abril. <https://www.hrw.org/es/news/2019/04/25/ecuador-memorando-sobre-estandares-internacionales-de-derechos-humanos-en-materia>.

Human Rights Watch. 2021. "¿Por qué me quieren volver hacer sufrir?": El impacto de la criminalización del aborto en Ecuador. Human Rights Watch, Washington D.C. 14 de julio. <https://www.hrw.org/es/report/2021/07/14/por-que-me-quieren-volver-hacer-sufrir/el-impacto-de-la-criminalizacion-del>.

Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. 2022. Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. ISBN: 978-958-59387-8-6.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2015. Guía de Práctica Clínica de atención del aborto terapéutico. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2023. Lineamientos para la Atención Integral y Acceso Efectivo a Interrupción Voluntaria del Embarazo por Violación. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2023/03/Lineamientos-para-la-Atencion-Integral-y-Acceso-Efectivo-a-Interrupcion-Voluntaria-del-Embarazo-por-violacion-1.pdf>

2025. Informe solicitud de información Surkuna. Informe MSP-DNPS-2025-GIPSM-0015. Dirección Nacional de Promoción de la Salud, 28 de febrero. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021. "Aborto". <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>.

2022. Directrices sobre la atención para el aborto. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362897>. Surkuna, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos. 2022a. Leyes y sombras del aborto en Ecuador: análisis jurídico del delito de aborto consentido y sus efectos sobre el acceso al aborto legal. Quito: Surkuna. <https://saludreproductivavital.info/wp-content/uploads/leyes-y-sombras-del-aborto-Ecuador.pdf>.

2022b. Destruir el acceso al aborto legal con cada acompañamiento. Quito: Surkuna. <https://surkuna.org/recurso/informe-destrabar-el-acceso-al-aborto-legal-con-cada-acompanamiento/>.

Surkuna, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos. 2024a. Estereotipos de género en el juzgamiento del delito de aborto consentido en el Ecuador. Quito: Surkuna. <https://surkuna.org/recurso/investigacion-estereotipos-de-genero-en-el-juzgamiento-del-delito-de-aborto-consentido-en-el-ecuador/>.

2024b. Demanda de inconstitucionalidad del artículo 149 del COIP: Criminalización del aborto consentido. Quito: Surkuna. <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2024/05/demanda-despenalizacion-del-aborto-1.pdf>.

Surkuna, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos, Fundación Lunita Lunera, Colectivo La Moviada Antirracista, Coalición de Mujeres Esmeraldeñas (COFESME), y Alianza por los Derechos Humanos Ecuador. 2024c. Informe alternativo para el 114.º período de sesiones del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas: Ecuador. Quito.

Anexos

a) Solicitudes de acceso por causales y estado de acceso de los casos acompañados en 2024.

CAUSAL	2024					
	Solicitudes en el sistema de salud público	Accedieron	Negación	Desistieron	Porcentaje de acceso	Porcentaje de negación o desistir
Salud	8	8	0	0	36%	0%
Violación	8	6	1	1	27%	9%
Coexistencia de causales	6	3	1	2	14%	14%
Total	22	17	2	3	77%	23%

Elaboración: Equipo técnico de Surkuna.

b) Solicitudes por la causal salud y su relación con la situación y barrera de acceso:

	SEUDÓNIMO	SITUACIÓN DE ACCESO	BARRERA IDENTIFICADA
1	María José	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
2	Francisca	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de requisitos que generan obstáculos Interpretación restrictiva de la causal salud: demora en la atención. Desconocimiento del marco legal, clínico y de obligaciones profesionales. Falta de instrumental médico y medicamentos en los servicios de salud
3	Marlene	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
4	Ana María	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
5	Lucía	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> Fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia Falta de instrumental médico y medicamentos en los servicios de salud
6	Sara	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
7	Martina	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
8	Rosa	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales

Elaboración: Equipo técnico de Surkuna.

c) Solicitudes por la causal violación y su relación con la situación y barrera de acceso:

	SEUDÓNIMO	SITUACIÓN DE ACCESO	BARRERA IDENTIFICADA
1	Aylin	Accedió	Ninguna
2	Patricia	Accedió	Ninguna
3	Fernanda	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
4	Margarita	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
5	Isabel	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> ● Solicitud de requisitos que generan obstáculos ● Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización hacia las pacientes, sus familiares y profesionales de salud que garantizan el acceso al servicio ● Negación de recibir la solicitud para el acceso a la interrupción del embarazo ● Desinformación, entrega de información falsa o incompleta ● Falla en el sistema de derivación
6	Eliana	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> ● Solicitud de requisitos que generan obstáculos ● Desconocimiento del marco legal, clínico y de obligaciones profesionales ● Dilación injustificada de la prestación del servicio
7	Lucrecia	Negaron	<ul style="list-style-type: none"> ● Desconocimiento del marco legal, clínico y de obligaciones profesionales ● Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización hacia las pacientes, sus familiares y profesionales de salud que garantizan el acceso al servicio (no se derivó a Hospital de Latacunga) ● Negación de recibir la solicitud para acceso a interrupción del embarazo
8	Valeria	Desistió	Ninguna

Elaboración: Equipo técnico de Surkuna.

d) Solicitudes por causal de coexistencia y su relación con la situación y barrera de acceso:

	SEUDÓNIMO	SITUACIÓN DE ACCESO	BARRERA IDENTIFICADA
1	Estefanía	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
2	Alejandra	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de transparencia activa: no difundir activamente información de las causales
3	Mónica	Accedió	<ul style="list-style-type: none"> ● Dilación injustificada de la prestación del servicio
4	Angélica	Negaron	<ul style="list-style-type: none"> ● Limitación de la prestación de salud con fundamento en la edad gestacional ● No aplicación de la coexistencia de causales ● Uso abusivo de la objeción de conciencia ● Desconocimiento del marco legal, clínico y de obligaciones profesionales ● Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización hacia las pacientes, sus familiares y profesionales de salud que garantizan el acceso al servicio
5	Luna	Desistió	<ul style="list-style-type: none"> ● Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización hacia las pacientes, sus familiares y profesionales de salud que garantizan el acceso al servicio
6	Elena	Desistió	<ul style="list-style-type: none"> ● Solicitud de requisitos que generan obstáculos ● Desconocimiento del marco legal, clínico y de obligaciones profesionales ● Prácticas orientadas al castigo, intimidación y amenaza de criminalización hacia las pacientes, sus familiares y profesionales de salud que garantizan el acceso al servicio.

Elaboración: Equipo técnico de Surkuna.

