



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS
CARRERA DE DERECHO

La despenalización del aborto en Ecuador ¿Cómo debe pensarse la subsecuente política pública en salud?

Proyecto de Investigación previo a la obtención del Título de:
ABOGADO

Autor: Jairo Yojhar Quevedo Enríquez

Tutor: María Carolina Baca Calderón

Quito, marzo 2019.

DEDICATORIA

Le agradezco a mi familia por ser el pilar fundamental en mi vida, darme los valores éticos y morales necesarios para ser una buena persona, por su apoyo, consejos y ayuda durante mi etapa universitaria. Quiero hacer énfasis en que no fue fácil para ti mamá haberme aguantado en mis peores y mejores momentos, pero a ti te debo todo y gracias a ti me he convertido en un buen hombre.

RESUMEN

En el Ecuador se vive un momento trascendental, a partir del proyecto de ley reformativa al Código Orgánico Integral Penal, ya que ésta plantea ampliar las causas al aborto no punible establecido en el artículo 150 del precitado cuerpo normativo. Las causales que se debatieron en fueron presentadas por la presidenta de la Comisión Especializada Permanente de Justicia y Estructura del Estado al Pleno de la Asamblea Nacional. El 5 de febrero de 2019, se concluyó el informe del primer debate y se devolvió a la Comisión para que haga las correcciones correspondientes y comience a trabajar en el informe para segundo debate. Con estos antecedentes se han delimitado una política pública que ayude a ejercer los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que se enmarquen en esas causales.

Palabras claves: Derechos sexuales y reproductivos, Naciones Unidas, interés superior del niñas y adolescentes, mujeres, aborto, interrupción voluntaria del embarazo.

ABSTRACT

Ecuador is living an important moment since there is a project to reform the Code of Criminal Integral that propose to increase the causes for not punishable abortion contained in the article 150 of the same Code. The causes that were debated were the one presented by the president of the Permanent Specialized Commission of Justice and Structure of the State to the Plenary of the National Assembly. On February 5, 2019, the report of the first debate was concluded and returned to the Commission to make the corresponding corrections and start working on the report for the second debate. With this background, a public policy has been defined that helps to exercise the sexual and reproductive rights of women who are framed in these causes.

Keywords: Sexual and reproductive rights, United Nations, best interests of girls and adolescents, women, abortion, voluntary interruption of pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación parte del momento político y social que vive el Ecuador con el proyecto de Ley Orgánica Reformativa al Código Orgánico Integral Penal, que tiene como uno de sus principales proyectos, la ampliación de casos al aborto no punible y, por lo tanto, el posible escenario de su práctica a través una política pública.

Todo esto se da gracias al empoderamiento de grupos feministas que luchan por la protección de sus derechos sexuales y reproductivos en un Estado democrático, lo que ha puesto al aborto, en la mesa de debate en los países donde no es permitido. Tipificar este acto y sancionarlo con pena privativa de la libertad no ha sido la solución al problema de vulneración de derechos fundamentales. Por el contrario, se ha convertido en un condicionante para que niñas, adolescentes y mujeres recurran a clínicas clandestinas e inseguras para realizarse un aborto, con secuelas en el órgano reproductor, hasta la pérdida de la vida.

Ante los índices tan altos de muertes por abortos clandestinos alrededor del mundo, Naciones Unidas a través de órganos como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en adelante (CEDAW) establece, que las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a quienes se someten a dichas intervenciones, constituyen un obstáculo para el acceso a la atención de salud. Más adelante, en la Declaración sobre el proceso de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) más allá del 2014, la CEDAW manifiesta que los Estados Parte deben legalizar el aborto al menos en los casos de violación, incesto, peligro contra la vida o salud de la madre, malformación fetal, especialmente en casos de complicaciones derivadas de un aborto en condiciones de riesgo.

En Uruguay, después de varios intentos fallidos, en el año 2012 después del debate en el Senado se votó favorablemente la Ley de interrupción voluntaria del embarazo y su posterior entrada en vigencia, por la que, a través del sistema nacional integrado de salud, garantiza a las niñas, adolescentes y mujeres el acceso gratuito y seguro para realizarse un aborto. Algo que en la práctica tuvo varios obstáculos, ya que no se tomó en cuenta el conservadurismo arraigado de varios de sus ciudadanos. Esto se vio plasmado en la

objeción de conciencia presentada por gran parte del personal médico en varios departamentos, lo que tuvo que ser resuelto por el Tribunal contencioso Administrativo que da nuevos parámetros para la atención.

Por otro lado, en nuestro país ante la heterogeneidad de los componentes del sistema penal ecuatoriano, que no respondía a una sola línea de pensamiento, al tener fines y normas contradictorias. Se propuso configurar un verdadero cuerpo legal integral que unifique a los anteriores y se apegue a la realidad social, durante su expedición se planteó la posibilidad de ampliar el artículo 150 sobre el aborto no punible en su numeral segundo, algo que no tuvo mucha acogida por la postura política conservadora que predominaba en la Asamblea Nacional, por lo que se prefirió proteger la vida desde la concepción y mantener la postura del anterior cuerpo normativo. Desde la entrada en vigencia del Código Orgánico Integral Penal en el año 2014, varios asambleístas, autoridades públicas, académicos y representantes de la sociedad civil han presentado observaciones y proyectos de leyes orgánicas para reformar el mismo.

Dentro de las reformas se encuentran las explicaciones de los casos que se enmarcarían en el aborto no punible como uno de los proyectos presentados por la Comisión Especializada Permanente de Justicia y Estructura del Estado al pleno de la Asamblea. Entre sus fundamentos más fuertes están los informes periódicos octavo y noveno combinado de Ecuador en 2015. La CEDAW recomienda en sus observaciones finales, que despenalice el aborto en casos de violación, incesto y malformaciones graves del feto, de conformidad con la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité, sobre la mujer y la salud y la recomendación hecha por el Comité de Derechos del Niño de UNICEF en 2017, así como velar por las niñas para que tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos el aborto terapéutico, y estudie la posibilidad de despenalizar el aborto, prestando especial atención a la edad de la niña embarazada y los casos de incesto o violación sexual.

La Asamblea Nacional concluyó el 5 de febrero de 2019 su informe de primer debate, este fue devuelto a la Comisión para que haga las correcciones correspondientes y comience a trabajar en el informe para segundo debate, donde los grupos sociales tienen la expectativa de que se mantengan las causales para el aborto no punible aprobadas en el primer informe.

Con esa expectativa se plantean los lineamientos de una política pública en salud tomando como referencia las experiencias vividas en Uruguay y Colombia.

Para la formulación de una política pública, se debe delimitar su contenido y alcance. Por tratarse de la salud de niñas, adolescentes y mujeres en estado de gestación que se enmarcan en las causales al aborto no punible. El Estado deberá formular problemas a resolver, desarrollar las posibles soluciones a las mismas, plasmar los ejes en los que se fundamenta e implementar sistemas de salud rápidos, accesibles y seguros. El Ministerio de Salud Pública, será el encargado de evaluar la efectividad de la política pública y el correcto ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
Capítulo Primero	8
El aborto	8
1.1 Historia y definiciones de aborto	8
1.2 Posturas ideológicas en el debate sobre el aborto	12
1.3 Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres	16
1.4 Marco de protección jurídica de los derechos sexuales y reproductivos desde los organismos de Naciones Unidas	20
1.5 Los límites a la protección jurídica del <i>no nacido</i>	23
Capítulo segundo	27
Lecciones aprendidas de la experiencia en Uruguay	27
2.1 Uruguay primer país en Sudamérica en despenalizar el aborto	28
2.2 Panorama legal del aborto luego de la entrada en vigencia de la ley N° 18.987 . 31	
2.2.1 Delitos por aborto en el Código Penal uruguayo y la diferencia entre legalización y despenalización del aborto	32
2.2.2 Prestación del servicio de salud y objeción de conciencia de los médicos	36
2.3 Aspectos más importantes de la experiencia uruguaya	40
2.3.1 Aborto quirúrgico y por pastillas, pos y contras	41
2.3.2. Controles posteriores a la interrupción voluntaria del embarazo	43
Capítulo tercero	44
Despenalización del aborto en el Ecuador y la formulación de una política pública ... 44	
3.1 Debate legislativo sobre la despenalización del aborto.	44
3.2 Qué son y para qué sirven las políticas públicas	50
3.3 Lineamientos de la política pública de salud para el acceso al aborto por causales en el Ecuador	55
a) Fundamentos de la política pública	55
b) Formulación de política pública	58
c) Implementación de la política pública	62
d) Seguimiento y evaluación de la política pública	65
Conclusiones	68
Recomendaciones	70
Referencias Bibliográficas	71

Capítulo Primero

El aborto

La primera parte de la investigación se enmarcarán aspectos históricos y definiciones que han dado diferentes autores sobre el aborto, con dichos antecedentes se van a determinar dos posturas ideológicas contrapuestas, por un lado la Iglesia Católica y su influencia dentro de la sociedad fundada en el poder de Dios y el castigo que recibirán las personas que atenten contra la vida humana, protegida desde la concepción, y por el otro lado, el movimiento de mujeres que lucha por el reconocimiento y respeto de sus derechos sexuales y reproductivos como parte de la autonomía de sus cuerpos, con el fin de decidir cuándo y cuántos hijos tener.

Es pertinente desarrollar cada una de estas posturas con la finalidad de esclarecer cuáles son los argumentos que cimientan la protección de la vida desde el momento de su viabilidad o de su concepción, para posteriormente determinar si el feto puede ser considerado como sujeto de derechos. Debido al gran debate existente sobre qué derecho priorizar al momento de legalizar el aborto, Naciones Unidas a través de sus observaciones y recomendaciones ha dejado claro que el derecho a la vida que debe preponderar es el de la madre gestante y no la del feto, exhortando a los Estados parte a que adecuen sus ordenamientos jurídicos en protección de la madre, además de que se despenalice el aborto por lo menos en ciertos casos.

1.1 Historia y definiciones de aborto

El aborto durante el transcurso de la historia ha tenido diferentes connotaciones dentro de las culturas y civilizaciones, es así que en Egipto en el año 1500 a.C. el Papiro de Ebers, ya menciona recetas para detener el embarazo, incluía la fruta inmadura de la acacia, dátiles y cebollas trituradas con miel, mientras que en la antigua Grecia y Roma el aborto estaba permitido, pues el Derecho Romano no consideraba al no nacido como persona, la única regulación estricta en esas sociedades, era el derecho de propiedad del hombre sobre

el fruto del vientre de la madre, en una sociedad patriarcal dirigida por el *pater familias* que tenía *vitae necisque potestas* o poder de vida o muerte:

Adicionalmente, la concepción que domina toda la antigüedad en los pueblos orientales, en Grecia y aún en Roma es *Pars Viscerum Matris*, es decir que el feto es parte del cuerpo de la mujer, y como ella pertenecía al padre, esposo o Estado, esto se extendía a su vientre (Garrido, 1995).

Platón manifestó en su obra la República, que el aborto debería prescribirse en caso de incesto o cuando los padres fueran personas de edad; en tanto Aristóteles y otros filósofos, lo recomendaban como fórmula para limitar las dimensiones de la familia. Aquí se consideraba al feto como parte de la madre, y era ella quien podía disponer al arbitrio de su cuerpo, mientras que uno de los conjuntos de leyes más antiguos como el Código de Hammurabi, ya contenía la tipificación del aborto como hecho jurídico, pero no penaba el hecho per se, sino a quien se lo había ocasionado (Abad, 2002, p. 129)

Por otro lado, Jane Hurst explica, que la Iglesia Católica no siempre tuvo un concepto claro sobre el aborto, es así que uno de sus primeros documentos el *Didache*, escrito cerca del año cien de la era cristiana, condena el aborto como “No matarás al feto por aborto, ni destruirás a la criatura recién nacida”, definición que no es aceptada en su mayoría por los teólogos, al no dejar claro en qué momento, del principio del embarazo, el aborto se convertía en un homicidio.

También explica que, en el año 1140 d.C., Gracian compiló la primera colección de leyes canónicas que la Iglesia aceptó como autoridad interna, este código incluía el canon Aliquando, que prescribía “*el aborto es homicidio solo cuando el feto ya se ha formado*”, por lo tanto, si el feto todavía no es un ser humano formado, el aborto no es homicidio. La mayoría de los teólogos durante siglos enseñaron que el feto no era un ser humano con un alma humana hasta al menos 40 días después de la concepción. No es hasta después de la publicación de la Apostólica Sedes de Pío IX en 1869, que se empieza a considerar la práctica abortiva como un pecado grave y causa excomunión, opinión que ha sido parte de la disciplina oficial eclesiástica (Hurst, 1998, pp. 16-18).

La Iglesia Católica, y en general la religión, tomó gran relevancia en la esfera social y política dentro de los Estados a partir del feudalismo, convirtiendo el aborto en un asunto de teología y moral, condenando su práctica. Para el siglo XIX, las leyes de casi todos los

países prohibían el aborto inducido, con sanciones a quien se sometiera a él y a quien lo practicara. Tales disposiciones no impidieron que esta práctica creciera y así aumentara la mortalidad materna (Vicuña, 2012, p. 262).

Después de varios años bajo este régimen teológico, la Unión Soviética se convirtió en el primer Estado que a través de su legislación legalizó el aborto en 1920, en uno de sus decretos de la salud femenina “*declaró no sancionable al aborto atendido por un médico y en un hospital*”, con el fin de evitar más muertes de mujeres en clínicas clandestinas cada año, creó sistemas de salud adecuados y seguros para la realización de esta práctica, además de un control del número de interrupciones voluntarias al embarazo, concluyendo que la represión legal de esta operación no conduce a ningún resultado positivo dentro de la sociedad (Ocón, 2017, p. 47).

Mientras que en Estados Unidos el Tribunal Supremo de Justicia mediante sentencia Roe vs. Wade de 1973, emitió un precedente histórico al declarar que existe un derecho constitucional de las mujeres embarazadas para abortar, dividiéndolo en tres periodos de tres meses; en el primer trimestre la mujer tiene derecho a abortar libremente, tras haber obtenido la autorización médica correspondiente, en el segundo se le otorga al Estado la potestad de regular la cuestión, permitiendo abortar en caso de que exista algún riesgo para la salud de la madre, en el último la viabilidad del feto, adquiere relevancia la potestad de los Estados para proteger la potencial vida humana, prohibiéndose todo aborto (Corte Suprema de Justicia de los EE.UU, 1973).

Para entender el problema jurídico que gira en torno al aborto es necesario plasmar varias definiciones que se han generado por tratadistas y letrados, para tener una postura clara sobre qué ideología, sea conservadora o liberal, tiene mejores fundamentos en “la protección del que está por nacer” o en “los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”, dejando aún lado la carga emocional inherente que tiene este tema. Tomando en cuenta que muchos países europeos ya han tenido una transición en su normativa legal para regular la problemática de salud pública que había generado los abortos clandestinos a través de su legalización.

Guevara, citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS), define al aborto como “la expulsión o extracción de un embrión o feto que pesa 500 g o menos” (Guevara, 2016).

El tratadista Francesco Carrara, define el aborto como “la muerte dolosa del feto en el útero, o su violenta expulsión del vientre materno, de la cual haya derivado la muerte del feto” (Goldsztem, s.f., p. 61) . Por otra parte, la Corte Suprema de la República de Chile, el 6 de junio de 1955 lo definió como:

“Toda maniobra destinada a interrumpir el embarazo impidiendo que llegue a su término natural, independientemente de que el feto se haya o no desprendido del cuerpo de la madre, siendo lo esencial que se le haya privado de vida, aunque sea dentro del seno materno.”

Entonces se puede definir al aborto como la interrupción del embarazo, en el cual se da por terminada la vida del feto de forma natural o a través de mecanismos que logren su expulsión del vientre materno.

El aborto se divide en dos categorizaciones, el espontáneo, que se da cuando se produce por alguna patología del concebido o de algún progenitor, independiente de la voluntad de ellos o de terceros, por lo que no hay responsabilidad directa al respecto; y el inducido, que trata de aquel resultante de maniobras destinadas directamente a provocar la muerte del no nacido (Besio, Chomalí, Neira, & Vivanco, 2008, pp. 6-7).

Para Giuseppe Savagnone el aborto espontáneo es la “expulsión del feto de menos de 500 gramos de peso, en ausencia de maniobras facilitadoras. Este tipo de aborto es el que está por aparte de la voluntad de la madre, es un embarazo no viable” (S. López, 2014). Este se provoca de forma natural sin empleo de medicamentos o intervención quirúrgica, después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente.

Por su parte, la FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) define al aborto inducido como la: “Interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica después de la implantación y antes de que el *conceptus* (el producto de la concepción) sea viable de manera independiente” (Faundes & Barzelatto, 2005).

El aborto inducido se divide a su vez en: libre, eugenésico y terapéutico; el primero se fundamenta en el derecho que tienen las mujeres de interrumpir voluntariamente su embarazo durante un momento determinado de la gestación, que suele fijarse en torno a las doce primeras semanas del embarazo. El segundo es aquel que pretende la interrupción

voluntaria del embarazo al predecir con probabilidad o certeza que el feto nacerá con una malformación, defecto o enfermedad (Villela Cortés & Linares Salgado, 2015). Un ejemplo de éste, es la Ley española de aborto de 1985, la cual indica que se puede realizar esta práctica “cuando la continuación del embarazo resulte en el nacimiento de un ser con malformación física o defecto mental grave, siempre que se haga antes de la 22 semana y que el dictamen previo a la práctica del aborto sea emitido por dos especialistas” (Legislativo España, 2010).

Por último, el aborto terapéutico es el recomendado por un médico ginecólogo al observar que la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o deteriorar gravemente su salud y el médico no tenga alternativa al no poder salvar a ambos (Villela Cortés & Linares Salgado, 2015). Consiste en la interrupción del embarazo en un estado de inviabilidad del feto o embrión, dado que este embarazo está causando un deterioro grave de la salud de la madre, le puede causar daños severos e irreversibles que pueden producirle la muerte (Insunza F, Behnke G, & Carrillo T, 2011). En Ecuador, el aborto terapéutico está permitido con el fin de proteger la vida de la madre gestante, siendo una excepción a la regla general que sanciona a las prácticas abortivas con pena privativas de la libertad, tal como lo establece el artículo 150 numeral primero Código Orgánico Integral Penal (Ecuador. Leyes y Reglamentos, 2014).

La importancia de distinguir las clases de aborto que existen, ayuda a determinar en el aborto espontáneo, la voluntad de la mujer o pareja no es la de terminar en embarazo, sino que se da por causas naturales mientras que, en el aborto inducido, existe la posibilidad de realizarse un aborto libre, otros en los que, por malformaciones fetales o peligro de la vida o salud de la madre, se sugiere dar por terminado el embarazo. La voluntad de realizarse o no esta práctica abortiva, es muy importante para los Estados conservadores que limitan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a través de su normativa penal vigente, ya que, de hacerlo la mujer adecua su conducta al tipo penal y deberá ser sancionada por su acto contrario a derecho.

1.2 Posturas ideológicas en el debate sobre el aborto

Dentro de la interminable lucha ideológica por saber si el aborto debe o no ser sancionado por las leyes de cada país, es primordial distinguir los fundamentos que

cimentan la postura conservadora y cómo ha logrado trascender en la esfera política, social y cultural en la mayoría de países de América Latina y el Caribe, manteniendo un *statu quo* apegado a la religión y de protección del que está por nacer; de la misma forma la postura liberal ha logrado persuadir dentro de estas esferas, con un discurso distinto apegado al reconocimiento de la autonomía de la mujer y su derecho a decidir sobre su cuerpo como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.

La ideología conservadora, considera al aborto como un crimen, asesinato o un homicidio, razón por la que las leyes no pueden ir en contra de los derechos del que está por nacer, pues esta práctica es reprochable. Su caracterización contradice el hecho de que el aborto está permitido legalmente por la mayoría de estados, al menos en dos circunstancias.

Alfonso Navarro tiene una carga inminentemente emotiva:

“Unas voces, las homicidas, tejieron mil y una añagazas para dar muerte al niño cuando apenas empezaba a soñar con el vientre cálido de su madre adolescente. Dicen que los fetos sueñan en el seno materno. No sé si este niño (me hubiera gustado llamarlo por su nombre) señor alguna vez en todos aquellos y aquellas que movieron las cuatro columnas del firmamento con el único empeño de aniquilarlo, de convertirlo en un frío y cruento dígito de las estadísticas del aborto” (Taracena, 2005, p. 21).

De igual forma, expresa Heberto Peterson Legrand en el periódico la Crónica de la Baja California sostuvo: “¿Qué vamos a proteger a la madre y ser cómplices para aniquilar al bebido dentro del vientre, al que no se puede defender?” (Taracena, 2005, p. 21)

Se observa que los discursos planteados por los tratadistas que defienden la vida del que está por nacer, son netamente moralistas y apelan a la sensibilidad de las personas, para lograr transferir el debate a un campo moral y religioso dentro de la esfera social.

Los conservadores se plantean diferentes puntos para trascender, el primero se basa en argumentos *pivote* que son esenciales para el desarrollo discursivo y no pueden faltar sin que se desmorone la estructura interna del discurso, su argumentación es escasa y redundante, por eso la condición sine qua non es aceptar que “el aborto es siempre un crimen”. Un segundo punto es la utilización de la personificación del objeto discursivo “feto”, manifestando que es igual a un ser humano ya formado; por último, el tercer punto

es la caracterización de forma negativa a quienes defienden la posibilidad del aborto legal (Morales, 2013, p. 71).

Otra estrategia utilizada por grupos conservadores pródiga en protestas públicas, es la utilización de imágenes de fetos que han sido abortados, con el fin de producir nostalgia e indignación en la esfera social y tener un argumento contundente al caracterizar el aborto como “un asesinato” complementándolo con la idea que el feto es una criatura indefensa y débil, frente a los actos reprochables de una sociedad sin moral.

La Iglesia Católica ha desarrollado a lo largo de los años lo que se denomina la Doctrina Social de la Iglesia, es decir, un conjunto de valores, creencias, y prácticas que regulan y condicionan el comportamiento de aquellos que profesan la fe católica no solo en el orden espiritual sino también condicionando esferas de diversa índole como la familia, el cuerpo, las relaciones sociales, educación, sexualidad, entre otros (Mariana Rocca.2015). Pío XII mediante el Acta Apostolicae Sedis de 1951 manifestó “que nunca hay razón para quitar una vida humana inocente. Una criatura, aún no nacida, es una persona con el mismo grado y por la misma razón que la madre” (Hurst, 1998, p. 28).

Los conservadores apelan a la palabra de Dios y a los documentos de la Iglesia Católica como fuente de legitimación de sus argumentos sobre el aborto. Esta ideología toma fuerza al enfatizar la protección de la vida humana desde la concepción condenando así el aborto en todas sus formas, al calificar las prácticas abortivas como un crimen que atenta con la vida del que está por nacer, yendo en contra de los designios de Dios. En la Novena que se hace cada año, se rezan oraciones pro vida pidiendo al *padre celestial*, perdone a las naciones que han aprobado la matanza de millones de niños inocentes, jugando con su religión y fe al hacerlos creer que el aborto va en contra de los designios de Dios (Women for faith & family, 2018).

Debido a la gran influencia de la Iglesia Católica en sociedades laicas como la ecuatoriana, que más fácil persuadir a la sociedad creyente con oraciones pro vida en protección del que está por nacer y reprochar actos que vayan en contra de la palabra de Dios, con el fin de crear estereotipos sociales que criminalicen las prácticas abortivas.

Por otro lado, la ideología liberal nace ante la indignación de miles de mujeres al sentirse afectadas y desprotegidas ante las leyes que castigan las prácticas abortivas con pena privativa de la libertad, considerar al feto como sujeto de derechos prioritario, el

reproche que genera realizarse una práctica abortiva en una sociedad conservadora y el poco interés de los agentes estatales por solucionar la problemática de salud pública existente que gira en torno al aborto. Los movimientos feministas, luchan para que la mujer sea considerada como eje principal del debate, por ello, manifiestan que el feto pertenece al vientre materno y, por lo tanto, está dentro de su autonomía decidir no continuar con el embarazo, tomando en cuenta, que la vida que se debe proteger es el de la madre gestante y no la del feto (González, 2010, pp. 114-115).

Parte de su fundamento es que los abortos provienen de todos los niveles socioeconómicos, de todos los grupos culturales y etnias, de zonas rurales o urbanas y abarcan todo el espectro de la edad reproductiva, además las razones para realizarse un aborto son similares en todo el mundo, es así que un reporte del Instituto Alan Guttmacher, especializado en el estudio del aborto a nivel mundial, señala que las mujeres acuden al aborto para evitar la maternidad o posponer la maternidad, por condiciones económicas, por problemas con su pareja, por motivos de salud, por la edad, por coerción de terceros, etc., dejando en claro que el aborto se encuentra en todas las esferas de la sociedad y que ninguna mujer está exenta de realizárselo alguna vez (Taracena, 2005, p. 29).

Bejarano establece que “la criminalización del aborto es una forma de violencia sobre el cuerpo de las mujeres, pues limita su autonomía como sujeto y las supedita a la familia y a los hijos” (Bejarano Celaya & Acedo Ung, 2014), este control y disciplinamiento sobre los cuerpos de las mujeres ha sido ejercido históricamente para mantener el orden patriarcal, al limitar sus derechos sexuales y reproductivos a través de leyes y prejuicios sociales.

Uno de los argumentos más fuertes de los conservadores es considerar al feto como un ser humano ya formado sin tomar en cuenta que la gestación dentro del vientre materno se divide en varios periodos: cigoto, blastocito, embrión (sin posibilidad de supervivencia si no se implanta en el útero), feto a partir del tercer mes de embarazo, con un sistema nervioso formado; y el nacimiento, que depende de la viabilidad de la vida extrauterina del ser nacido, además de los acontecimientos naturales no consentidos por la madre como el aborto espontáneo que se da en cualquier periodo del embarazo. Darle la categoría de persona al feto, hace más difícil discernir a quién se debe salvar y a quién se debe dejar morir, sobre todo, si el feto ocupa normalmente, en un esquema conservador, la situación

de víctima o parte más débil y el derecho a decidir de la mujer sobre su cuerpo pasa a un segundo plano (Viteri, 2018, p. 54).

La interrupción intencional del embarazo no puede ser considerada como un crimen, asesinato u homicidio que debe ser penalizado, sino como un derecho que tienen las mujeres de decidir sobre embarazos no deseados, tomando en cuenta que la vida potencial debe ser protegida por el estado desde el momento que es posible su viabilidad, es decir el momento del embarazo en el cual existe una posibilidad razonable de supervivencia continua del feto fuera del útero, es por ello que varios países de Europa occidental y EE.UU permiten a las mujeres realizarse abortos libremente hasta esto hasta las 12 semanas de embarazo(Campos, 2015, pp. 27-30).

De no existir la viabilidad extrauterina del feto, es imposible hablar de una persona humana. Es por ello, que los cuerpos penales tipifican y sancionan al aborto de manera distinta a los delitos de asesinato u homicidio, ya que el requisito sine qua non para estos, es terminar con la vida de otra persona.

Además, los grupos de mujeres luchan por la eliminación de la penalización y criminalización de la interrupción del embarazo, criticando el sistema de persecución y judicialización de los estados con altas creencias conservadoras, que no han logrado erradicar las prácticas clandestinas y continúan limitando la autonomía sobre el cuerpo de las mujeres, la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos, la falta de justicia social y la violencia de género.

1.3 Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres

Para que los derechos sexuales y reproductivos de la mujer sean reconocidos como parte de su autonomía, se debe partir de la igualdad de género, que solo se alcanza en el momento que todas las personas son tratadas por igual dentro de una sociedad, sin importar las diferencias biológicas existentes entre hombres y mujeres, para que puedan tener las mismas oportunidades de avanzar en el ámbito de su elección.

Lastimosamente, la crítica principal que hacen los grupos de mujeres es la visión androcéntrica que se tiene dentro de las sociedades, al considerar que la sexualidad de la mujeres debe estar regulada o aprobada, implicando que su aprobación dependa de su desenvolvimiento en el marco del matrimonio atado a la reproducción y a una maternidad

construida como vocación, imponiéndole a la mujer responsabilidades y roles domésticos que limitan su función al ámbito productivo, restringiendo su tiempo para involucrarse en tareas no vinculadas al hogar. Cuando la mujer trata de romper estos esquemas de género y salir adelante por sus propios medios en puestos públicos y privados, se vio infravalorada en su trabajo, expuesta a discriminación o violencia sexual (Salgado, 2008, pp. 13-14).

La Recomendación General N° 21 del CEDAW, establece que la obligación que recae en la mujer de tener hijos y criarlos, afecta sus derechos a la educación, al empleo y a otras actividades referentes a su desarrollo personal, además de imponerle una carga de trabajo injusta (CEDAW, 1994).

Por tal motivo, es obligación de los estados, crear mecanismos que protejan a la mujer de las restricciones sociales, económicas o culturales que interfieran en las decisiones sobre su cuerpo, como un paso fundamental para promover la igualdad de género, que les garantice el acceso universal a servicios de salud, información y educación de calidad, con autonomía en sus derechos sexuales y reproductivos.

Vidal y Carrasco, citando a Gabarra, indican que los derechos reproductivos y sexuales son aquellos que “reconocen la facultad de las personas para tomar decisiones libres respecto a su capacidad reproductiva y su vida sexual” (Vidal, Carrasco, & Pascal, 2004). Los derechos sexuales garantizan que cada persona tenga acceso a las condiciones que permitan la realización y expresión de sus sexualidades, de manera libre de coerción, discriminación o violencia, y dentro de un contexto respetuoso de la dignidad, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación, teniendo en cuenta que la sexualidad comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, etc. (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2016).

La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones, su ejercicio se funda en la posibilidad de decidir tener relaciones sexuales con o sin fines de procreación, de una manera libre y con la utilización de métodos anticonceptivos que los prevengan de enfermedades de transmisión sexual (La Federación Internacional de Planificación de la Familia, 2009, pp. 16-17).

Mientras que, los derechos reproductivos hacen énfasis en la libertad que tiene la mujer o la pareja para decidir cuándo y cuántos hijos desean tener, el tipo de familia que

desean formar, además del acceso a información y planificación, todo esto a través de métodos anticonceptivos y abortos legales. Su ejercicio, se funda en la decisión de tener un hijo a través de cauces naturales o con la utilización de técnicas de reproducción asistida, como lo son la inseminación artificial, la fecundación in vitro y la maternidad subrogada, además de los servicios de salud pre y post embarazo (Garbay, 2006).

Existen varios tratados internacionales que incluyen los derechos sexuales y derechos reproductivos, entre los más importantes están: la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW); el segundo reconoce específicamente que los Estados están obligados a incluir asesoría sobre planificación familiar en el proceso educativo y a garantizar los derechos de las mujeres, sobre su decisión libre y voluntaria del número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, además de tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos. La restricción de estos derechos fundamentales de la mujer, puede entenderse como una causa y una consecuencia de la desigualdad de género (La Federación Internacional de Planificación de la Familia, 2015, p. 10).

Estos convenios internacionales han sido suscritos por la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, en protección a los derechos humanos universales que ostentan las mujeres, son de aplicación directa y deben ser incorporados en el ordenamiento jurídico interno, conforme al derecho, es así que, los estados que criminalizan el aborto y las técnicas de reproducción asistida, vulneran el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres al establecer barreras que impiden la utilización de servicios de salud y el acceso equitativo a los servicios integrales, además de las disposiciones punitivas hacia las mujeres que se han sometido a prácticas abortivas.

Los órganos internacionales de derechos humanos han calificado las leyes que penalizan el aborto como discriminatorias y como un obstáculo para que las mujeres tengan acceso a atención médica, a través de sus recomendaciones han solicitado a los Estados eliminen todas las disposiciones legales que vulneren o restrinjan sus derechos sexuales y reproductivos como parte de su autonomía (De la Peña, 2018).

Se toman estas consideraciones a nivel internacional, con la finalidad de proteger la salud física, psíquica y emocional de las mujeres que han sido víctimas de violaciones y como consecuencias han quedado embarazadas, teniendo que llevar en su vientre una criatura que fue producto de un acto reprochable, y que por lo general, las conlleva a recurrir a clínicas clandestinas para realizarse abortos inseguros que pueden acabar con sus vidas o tener afectaciones en su salud para siempre, sin tomar en cuenta las sanciones legales que pueden tener si son descubiertas, todo esto, debido a que la mayoría de ordenamientos jurídicos restringen casi en su totalidad las prácticas abortivas, solo siendo legales en casos terapéuticos y eugenésicos, lo que limita y vulnera sus derechos sexuales y reproductivos, a la salud, a decidir y la vida. (Pérez, Lloret, & Solís, 2017, pp. 31-34).

Se debe tomar en cuenta dentro de la vulneración de estos derechos, a las adolescentes que han quedado embarazadas por causas de violación y darles un trato especial, debido a que los riesgos de muerte asociado al embarazo son dos veces mayores entre las adolescentes de 15 a 19 años y cinco veces superior entre 10 y 14 años en comparación con las mujeres mayores de 20 años, esto debido a que son más frecuentes las hemorragias durante el primer trimestre del embarazo, la anemia, la desnutrición, la obstrucción o retraso del parto, el bajo peso al nacer y la toxemia del embarazo. Es así que, en Ecuador alrededor de 17.448 niñas menores de catorce años parieron en Ecuador entre 2009 y 2016, de acuerdo con la base de datos de Estadísticas Vitales y Nacimientos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), siendo el 80% a causa de violaciones sexuales, en su mayoría cometidas por un familiar cercano (Acosta & Aguilar, 2018).

Un efecto adicional del embarazo de adolescentes menores a 14 años es el incremento de posibilidades de sufrir diferentes manifestaciones de fístula obstétrica, que es una disfunción de salud grave derivada de un parto a una edad temprana, que puede provocar incontinencia urinaria o fecal, la excoriación de la vulva, la amenorrea secundaria, e incluso que las mujeres que sobreviven a un trabajo de parto prolongado y obstruido también pueden sufrir daños nerviosos locales. (Defensoría del Pueblo Colombia, 2006, pp. 160-162).

Es menester del estado garantizar el interés superior y el proyecto de vida de las menores de edad que han quedado embarazadas a causa de violaciones, a través de sistemas de salud adecuados para su correcta intervención, con el fin de evitar que su derecho a la

salud se vea afectado a futuro por un parto a temprana edad, además de ayuda psicológica que les permita sobrellevar la situación vivida, teniendo en cuenta que tienen una protección adicional por ser seres humanos en formación.

Por último, en la Observación General N° 28 sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, el Comité de Derechos Humanos advirtió que los Estados al imponer a los médicos y a otros funcionarios de la salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos, trasgrede sus derechos al tener una indebida intromisión en su vida privada (Comité de Derechos Humanos, 2000). Algo que debería ser tomado en cuenta por el Estado ecuatoriano y su normativa legal, ya que por disposición expresa los médicos deben notificar estos casos a la Fiscalía, iniciar una investigación y posteriormente sancionar a las mujeres que se lo realizan, sin tomar en cuenta su estado de salud posterior al aborto. Según datos otorgados por la fiscalía provincial de Pichincha el 90% de las mujeres que enfrentan juicios por abortar son denunciadas por los médicos que las asisten al momento de presentar complicaciones obstétricas (Reyes & Ortiz, 2017).

Los estados deben buscar nuevos mecanismos que ayuden a resolver la problemática que gira alrededor de esta práctica sin repercutir sobre otros derechos fundamentales de las mujeres, con el fin de garantizar y promover el ejercicio universal de sus derechos sexuales y reproductivos sin discriminación alguna.

1.4 Marco de protección jurídica de los derechos sexuales y reproductivos desde los organismos de Naciones Unidas

Los órganos internacionales de derechos humanos han calificado las leyes que penalizan el aborto como discriminatorias, al ser un obstáculo para que las mujeres tengan acceso a atención médica segura y gratuita, esto se debe a que, entre los años 2010 a 2014 se produjeron alrededor de todo el mundo 25 millones de prácticas abortivas en condiciones de riesgo, siendo América Latina el continente que tiene uno de los índices más alto, ya que de cada mil mujeres, cuarenta y cuatro se realizan estas prácticas, convirtiendo los abortos clandestinos en problemáticas de salud pública dentro de los estados que tiene leyes restrictivas (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La legalización de la interrupción voluntaria del embarazo y su posterior reforma legal, necesita de soportes que garanticen el acceso a un aborto seguro y sin discriminación

a las mujeres, ya que en los países donde el aborto es legal, aún siguen existiendo abortos en una menor cantidad, por lo general, de mujeres de escasos recursos económicos o de menores de edad que no han obtenido el consentimiento de sus padres o tutores, para acceder a esta práctica. Por ello, el deber del Estado va más allá de la legalización y el control de los sistemas de salud pública, ya que debe proporcionarle a las beneficiarias un acceso universal a este servicio, profesionales de la salud capacitados, infraestructura sanitaria y la implementación de programas que ayuden a eliminar el estigma social que persiste sobre las mujeres que abortan dentro de la sociedad, además de prevenir retrocesos frente a estos derechos (Instituto Guttmacher, 2018).

Los mecanismos de control de los tratados internacionales de derechos humanos, al emitir sus observaciones, recomendaciones y sentencias, demarcan obligaciones que deben adoptar los Estados para la protección de los derechos fundamentales de sus ciudadanos, en este sentido, son organismos que interpretan el alcance de las obligaciones internacionales. Por ello, se tomarán como referencia algunas observaciones y recomendaciones que se han hecho a favor de la despenalización del aborto:

El ex Relator Especial sobre el derecho a la salud, Anand Grover manifiesta que las leyes que penalizan el aborto “atentan contra la dignidad y autonomía de la mujer al restringir gravemente su libertad para adoptar decisiones que afecten a su salud sexual y reproductiva” (Grover, 2011).

En la misma línea, el Relator Especial sobre la tortura de Naciones Unidas señaló que las restricciones en el acceso al aborto permitido por ley infringen la prohibición de la tortura y malos tratos, es así que, exhorta a todos los Estados cuya legislación nacional autoriza los abortos en diversas circunstancias a “velar por la disponibilidad real de los servicios sin consecuencias adversas para la mujer o el profesional de la salud” (Méndez, 2016).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación en Contra de las Mujeres, hace una distinción entre legalizar el aborto en ciertos casos y eliminar todas las disposiciones punitivas, estableciendo que los Estados parte deben legalizar el aborto al menos en casos de violación, incesto, amenazas contra la vida y/o la salud de la madre, o en casos de severa malformación fetal, así como también proporcionar a las mujeres el acceso a servicios posteriores al aborto que sean de calidad, especialmente en casos de complicaciones

derivadas de un aborto en condiciones de riesgo, por otra parte, también solicita a los Estados Parte la eliminación de medidas punitivas para las mujeres que se someten a abortos, por transgredir derechos fundamentales de las mujeres (Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s.f.b).

El Comité de los Derechos del Niño ha recomendado que los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto, independientemente de si el aborto es legal o no. Haciendo énfasis, en el derecho del niño a acceder a la información sin el consentimiento de sus padres o tutores, para someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, “como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad” (Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s.f.a).

La postura de Naciones Unidas y sus organismos, con respecto a la criminalización del aborto dentro de los ordenamientos jurídicos de cada país, descarta el carácter absoluto de sujeto de derechos del *nasciturus*, dándole valor primordial a los derechos de la mujer, particularmente cuando está en juego su vida, salud, dignidad y autonomía, y más aún si se trata de mujeres menores de edad.

Dentro de los porcentajes de muerte por prácticas abortivas clandestinas, se encuentran las niñas y adolescentes, que han sido víctimas de violaciones y que debido a su edad se encuentran bajo la patria potestad de sus padres o tutores, lo que genera una limitación al estar bajo la autoridad y decisión de otros, es por ello que el Comité de los Derechos de los Niños, solicita a los Estados que tengan en consideración otorgarle a los menores de edad, facultades según la evolución de sus capacidades, tratando de extender sus derechos para el acceso a información sin el consentimiento de sus padres o tutores, en caso de solicitar los servicios de salud sexual y reproductiva en hospitales o centros de salud, así como métodos anticonceptivos que las protejan de enfermedades de transmisión sexual o de embarazos no deseados, además de prácticas abortivas seguras.

La obligación de los Estados Parte, recae en garantizar el goce absoluto de los derechos humanos fundamentales de las niñas, adolescentes y mujeres, al permitirles acceder a sistemas de salud pública seguros, garantizar su derecho a decidir cuándo y

cuántos hijos tener, su derecho a la vida privada y familiar, el goce de su derecho sexual con o sin fines de procreación de una manera libre, el respeto de su derecho reproductivo y la utilización de técnicas de reproducción asistida con el fin de evitar malformaciones genéticas en los fetos. Además, de adoptar medidas para eliminar las leyes y de disposiciones legales que sancionen, criminalicen o discriminen a la mujer, por actos que solo les competen a ellas resolver como parte de su autonomía.

1.5 Los límites a la protección jurídica del *no nacido*

La controversia más importante dentro del debate por la legalización o despenalización del aborto, es determinar en qué momento comienza la vida humana, es así que, los próvida y partidarios de la postura conservadora, han defendido que está empieza desde el momento de la concepción y que el marco jurídico de protección de derechos parte desde ahí, mientras que posturas más liberales han manifestado que se puede considerar vida humana desde su viabilidad, esto quiere decir desde que el embrión se implanta en el útero y pasa a desarrollarse como feto, desde ese momento existe una posibilidad razonable de supervivencia continua fuera del útero materno. Otros partidarios de esta postura consideran que la vida humana comienza solo cuando el recién nacido es separado por completo de su madre (Trejo, 2010, pp. 7-11).

Existen tres modelos importantes al momento de considerar al no nacido como sujeto de derechos en el plano jurídico, el primero es el anglosajón, que niega la condición de sujeto de derechos al embrión al considerarlo un objeto de experimentación, es así que la legislación americana permite la congelación de embriones y la utilización científica de los mismos, que puede ser utilizado con fines eugenésicos o para la curación de enfermedades genéticas y degenerativas, a través de la clonación terapéutica que tiene como fin destruir el embrión creado para la obtención de células madre.

Por otra parte, el modelo alemán tiene una posición intermedia al establecer que las técnicas de fecundación asistida únicamente son lícitas si no hay otro modo de combatir la infertilidad, o contra enfermedades hereditarias que han ocasionado malformaciones en el feto, prohibiendo tales técnicas para fines de investigación. Por último, el modelo iberoamericano, que le da el carácter de persona al embrión, lo considera sujeto de

derechos, haciendo imposible prevalecer la autonomía que tiene la madre sobre su cuerpo, al condicionar sus derechos sexuales y reproductivos a un embrión que puede o no ser viable (Fernández, 2009, p. 97).

Es así que, varios de los ordenamientos jurídicos de los países de Latinoamérica y el Caribe, como Ecuador, Nicaragua, República Dominicana, entre otros establecen que la vida debe ser protegida desde la concepción, por ser considerado como sujeto de derechos. Sin embargo, una gran parte de la doctrina legal, reconoce dos excepciones que harían pensar que la vida del feto puede ser ponderada por un interés jurídico más grande, la primera sería el aborto eugenésico, el padre o la madre, tienen la posibilidad de decidir, si continúan o no con el embarazo, en el caso de que el feto se encuentra con malformaciones genéticas graves. La segunda sería el aborto terapéutico, se prepondera la vida de la madre que está en riesgo antes que la del feto que está por nacer. En ambos casos se puede dar por terminada la vida del feto en cualquier etapa del embarazo.

Citando a José Carlos Abellán el embrión humano “es una persona y por lo tanto posee, como los demás seres humanos, una autonomía intrínseca” (Fernández, 2011) , esto quiere decir que, a pesar de que el embrión se encuentre en el vientre materno, ella no debe pasar por encima de su autonomía ni tomar decisiones que no le corresponden, ya que el embrión humano representa una vida biológica distinta de la madre, única e irrepetible.

Es por ello, que se dará una recapitulación del status jurídico que otorga el ordenamiento jurídico ecuatoriano. La norma suprema, en su artículo 45 en su parte pertinente dice que “El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.” Para que esta protección sea materializada en la realidad social, fue necesario que el legislador armonice todas sus leyes infra constitucionales (Asamblea Constituyente Ecuador, 2008).

Por tal motivo, el Código Civil ecuatoriano que tiene gran influencia del Derecho Romano, también habla en su título segundo sobre el principio de la existencia de la persona, es así que en su artículo 60 dice que “El nacimiento de una persona fija el principio de su existencia legal, desde que es separada completamente de su madre”, en caso de que muera en el vientre materno, se reputará no haber existido jamás. En complemento, el artículo 61 establece mecanismos para que un juez emita providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido, siempre que crea que de

algún modo pelagra, con lo que el legislador asegura que la vida sea protegida desde la concepción.

Adicionalmente, el Código de la Niñez y Adolescencia en su artículo 20, que hace referencia al derecho a la vida, dice que “los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde la concepción, siendo obligación del Estado, sociedad y familia asegurar su supervivencia y desarrollo” (Pareja Montesinos, 2008, pp. 33-37).

Mientras que el verbo rector *proteger* en los delitos de aborto, se mantuvo en la promulgación del nuevo Código Orgánico Integral penal en el año 2013, pese a los debates realizados en el legislador para que sea modificado en ciertas partes, con lo cual, se prohíbe esta práctica desde el artículo 147 al 149, se protege la vida desde la concepción y conserva la postura del anterior Código Penal (Vásconez & Mena, 2017).

Por otro lado, nuestra Constitución de la República establece en su artículo 424 que los tratados internacionales que reconozcan derechos humanos más favorables prevalecerán sobre cualquier otra norma, con este precepto, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), en su artículo 6.1, establece el derecho a la vida como algo inherente a la persona humana y que nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente, por tal motivo, los estados no pueden pretender tratar al no nacido como persona humana y otorgarle el mismo nivel de protección, además que el Comité de la CEDAW, deja en claro que los principios fundamentales de igualdad y no discriminación exigen privilegiar los derechos de la mujer embarazada sobre el interés de proteger la vida en formación (Centro de Derechos reproductivos, 2015).

Siguiendo esa línea, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso “Artavia Murillo vs Costa Rica”, manifestó que:

“No es procedente otorgar el estatus de persona al embrión. Entendió que el embrión no tiene capacidad autónoma de desarrollarse como individuo y, por ende, no puede reconocerse la existencia de un sujeto de derechos. Por el contrario, el objeto directo de protección del artículo 4.1 de la CADH es la persona gestante” (Centro de estudios legales y sociales, 2015).

Jurisprudencia de vital importancia, para reconocer que el derecho a la vida, que debe ser protegido por los Estados, es el de la mujer gestante y no la del embrión, ya que no tiene la capacidad autónoma para desarrollarse como individuo, esto significa que no tiene el mismo valor jurídico que el de una persona o un recién nacido y por lo tanto, no es sujeto

de derechos, pero esto no quiere decir que quedará en desprotección, ya que los ordenamientos jurídicos deben considerar al embrión como un interés estatal legítimo, diferente a quien ostenta la titularidad del derecho a la vida, esto se da recalcando que todo intento por protegerlo debe ser armonizado con los derechos fundamentales de otras personas, un ejemplo positivo y que se da en nuestro país, es la pensión de alimentos que recibe la madre durante el embarazo, con la finalidad de garantizarle los mecanismos adecuados para su protección.

Por otro lado, también existen leyes y políticas públicas negativas, como en Italia antes del 2012, que prohibía la realización de técnicas de reproducción asistida, preponderan el interés de protección del no nacido, transgrediendo los derechos sexuales y reproductivos de la madre, su derecho a decidir y su derecho a la vida privada y familiar, a través de la siguiente sentencia.

La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en el “caso Costa y Pavan vs. Italia” del año 2012, se resuelve la vulneración a derecho a la vida privada y familiar de una pareja que se le había prohibió realizarse fertilización *in vitro*, al considerar la falta de coherencia en la política italiana sobre técnica de reproducción asistida, ya que se pueden utilizar estos tratamientos de fertilidad para las parejas que han tenido dificultades para concebir hijos o desean evitar la transmisión de características genéticas a sus hijos (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2012).

Esta decisión es de vital importancia para determinar desde qué momento empieza la vida, ya que en la fecundación *in vitro* se extraen los ovocitos de la mujer, se analiza en un laboratorio cuáles están más maduros para inseminarlos, los encuban y posteriormente los evalúan para verificar su fecundación, de ser exitoso el tratamiento, se transferirá el embrión más óptimo al vientre materno para su gestación, tomando en cuenta que para la medicina en general, los embriones no revisten el carácter de personas, ya que tan solo el 20% de ellos serán viables, algo que es tremendamente discutido por la postura conservadora, al considerar que estos tratamientos atentan contra la vida humana, pero considero que va más allá, pues de ser aceptado estos tratamientos por todos los países se iría abajo uno de sus fundamentos más fuertes, que la vida empieza desde la concepción (MedlinePlus, 2018).

Capítulo segundo

Lecciones aprendidas de la experiencia en Uruguay

La lucha realizada por los grupos sociales feministas, para que el aborto pueda ser reconocido dentro del ordenamiento jurídico interno uruguayo fue larga. En un Estado donde la religión católica y la protección del no nacido eran más importantes que los derechos de la madre, era difícil que sea aceptado un proyecto de ley que despenalizaría esta práctica ya que iba en contra de la ética y moral. Después de varios intentos fallidos, la sociedad fue naturalizando este tema, lo que permitió que deje de ser un tabú y generar conciencia sobre la importancia que conlleva despenalizar esta práctica.

Además, el meollo del asunto a discutir eran las condiciones en que las mujeres abortan, mas no agravar las sanciones punitivas por realizarse esta práctica, puesto que las mujeres recurren a clínicas clandestinamente, lo que puede agravar su situación al poner en riesgo su vida o salud. Puede verse que, los registros existentes en los países que han adoptado leyes de interrupción del embarazo, muestran una respuesta positiva para resolver el problema, permitiéndoles a las mujeres ir a un centro de salud gratuito, seguro, eficaz y oportuno que minimice el margen de muertes maternas.

Es por ello, que el 22 de octubre de 2012 se promulgó la Ley N° 18.987 “Interrupción voluntaria del embarazo”, protegiendo la autonomía de la mujer sobre su cuerpo. Dentro de la esta ley, aún se establecen sanciones penales en caso de que no se cumplan con los requisitos establecidos en la misma, además permite a las instituciones públicas ejercer su objeción de ideario y al personal médico la objeción de conciencia.

Este último, generó que Ley N° 18.987 no pueda ser materializada en todo el territorio nacional debido a que, en departamentos como Salto, el cien por ciento de médicos ginecólogos se declararon objetores de conciencia, lo que limitó el ejercicio del

derecho de interrumpir un embarazo no deseado de las mujeres. Por otra parte, las pacientes que, si lograron ejercer este derecho, contaron con el asesoramiento necesario para elegir entre el aborto quirúrgico o por medicamento, su pros y contras, un método anticonceptivo posterior a esta práctica que la prevenga de embarazos no deseados y los controles posteriores que debe hacerse la mujer con su médico tratante.

2.1 Uruguay primer país en Sudamérica en despenalizar el aborto

En Uruguay con la promulgación del Código Penal de 1934, existió un precedente histórico al no tipificar el aborto en la norma, algo que apenas duró tres años, debido al fuerte conservadurismo social. Por lo que, en el año 1937 se aprobó la ley 9.763 con 25 votos a favor de los legisladores, penando el aborto con pena privativa de la libertad (Luzzi, 2012).

En el año 1985 grupos feministas conjuntamente con legisladores, presentaron un proyecto de ley con perspectiva liberal de descriminalización del aborto que se ajuste a la realidad social, dicho proyecto no prosperó, haciendo que en 1993 se presente un segundo proyecto de descriminalización del aborto, excepto en caso de aborto forzado, siendo aceptado por el Comité de Bioética un año después, pero nunca fue llevado al plenario para su debate (Correa & Pecheny, 2016, pp. 40-41).

Después en 2002, la Comisión Especial de Género y Equidad de la Cámara de Representantes, presentó el proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva ante la Cámara de Senadores de la República Oriental del Uruguay, la cual establecía que el Estado debía garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población, a través de políticas de educación sexual, estrategias de prevención del embarazo no deseado mediante métodos anticonceptivos, la promoción de maternidad y paternidad elegida, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación, y posterior a este plazo las mujeres pueden realizarse esta práctica en caso de riesgo de vida y salud de la mujer o malformación fetal que haga imposible la vida extrauterina.

Esto con el fin de prevenir más muertes de mujeres en clínicas clandestinas, ya que 1 de cada 3 muertes maternas ocurridas entre 1997 y 2001, fueron por causa de complicaciones de abortos practicados en condiciones de riesgo, llegando a considerar al aborto como un grave problema social de salud pública. Pese a estos antecedentes, el

senado después de dos años de debates decidió no aceptar el proyecto con 13 votos a favor y 17 en contra (Abracinskas, 2004, p. 22).

Ante la poca intervención estatal durante esos dos años de debate, el grupo *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, integrado por ginecólogos, epidemiólogos, parteras, enfermeras, asistentes sociales y psicólogos, llevó a cabo acciones a partir de 2002 para el desarrollo e implementación de normativas de atención sanitarias y medidas de protección materna frente al aborto, constituyendo una guía de acción para el personal de la salud para la atención pre y post-aborto, esto con el fin de insertar un modelo de reducción de riesgos dentro del marco legal vigente hasta el momento (Briozzo, 2002, pp. 109-110).

Durante el periodo presidencial de Tabaré Vázquez de 2005 a 2010, se dejó clara la postura conservadora frente a los posibles proyectos de ley de despenalización del aborto que fueran presentados durante su periodo, amenazando que daría uso a su prerrogativa constitucional del veto en caso de ser aceptada esta propuesta por el Senado.

En el año 2006 las senadoras de la fuerza de gobierno impulsaron el proyecto de Ley integral de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva, la cual pasó a consideración de la Comisión Especial de Salud Pública del Senado y durante un año recibieron distintas organizaciones que se expresaron a favor y en contra del proyecto, en octubre de 2007 se habilitó su discusión en el plenario, sin recibir el apoyo suficiente por el senado, el proyecto debió volver a la comisión para que le realizaran modificaciones al primer capítulo, posteriormente se dio dos sesiones y se aprobó la misma (A. López & Abracinskas, 2009, p. 15).

En ese momento empezó la reconsideración del proyecto en el pleno del Senado. La Cámara Alta lo aprobó con 18 votos a favor, el proyecto paso a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, que tras 13 sesiones de estudio del proyecto realizó un informe en mayoría a favor del mismo y empezó su discusión en la Cámara Baja, que con un margen mínimo de un voto aprobó el proyecto con modificaciones, luego volvió al Senado y con 17 votos a favor aprobaron el mismo. Apenas tres días después de que se votara favorable el proyecto de ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, el Presidente Tabaré Vázquez a través del poder ejecutivo vetó parcialmente los capítulos que establecían la despenalización del aborto, con el

argumento que no se puede desconocer la vida humana desde la etapa de gestación. El veto se mantuvo, por no alcanzar los votos necesarios para levantarlo en la Asamblea General (Johnson, Rocha, & Schenck, 2013, pp. 57-58).

Con las elecciones presidenciales de 2010 en Uruguay, el binomio presidencial ganador fue José Mujica y Danilo Astori, pertenecientes a la fuerza política Frente Amplio, que tenía dentro de sus propuestas la legalización del aborto, además había conseguido tener mayoría en ambas cámaras. Esta nueva postura política fomentó a la senadora socialista Mónica Xavier presentar un nuevo proyecto de ley de legalización del aborto, basada en la premisa de derechos y autonomía reproductiva de la mujer, que le garantice el acceso libre y sin requerir razones taxativas a la interrupción del embarazo en el sistema de salud pública hasta la semana doce de gestación, esta incluyó el principio de objeción de conciencia individual y la provisión de los servicios de personal no objetor.

El proyecto de ley fue aprobado el 27 de diciembre de 2011 por el Senado con 17 votos a favor y 14 en contra, se dio paso a la Cámara de Diputados para su debate final, en el que Frente Amplio no contó con la mayoría necesaria para su aprobación aun teniendo mayoría propia en la cámara, a falta de un voto se emprendió una negociación con Iván Posada del Partido Independiente, que había presentado su propio proyecto en materia de aborto, el cual aceptó votar positivamente siempre y cuando, se incluyan las disposiciones de su proyecto, que parten del supuesto de aborto legal como un mal menor y de última instancia.

Pese a que esto disgustó a las organizaciones feministas y a la sociedad civil favorable al aborto legal, el 25 de septiembre de 2012 se aceptó el proyecto con 50 votos a favor y 49 en contra, posteriormente se devolvió al Senado para que lo ratifique con las modificaciones negociadas, se promulgó el 22 de octubre de 2012 la Ley N° 18.987 “Interrupción voluntaria del embarazo” (Correa & Pecheny, 2016, pp. 47-51).

Este logro en el ámbito jurídico uruguayo, marco un precedente en la región, al convertirse en el primer Estado en legalizar el aborto, con el fin de promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer como parte de su autonomía, darle solución a la problemática de salud pública en la que se había convertido y tener un registro más exacto de esta práctica por año.

2.2 Panorama legal del aborto luego de la entrada en vigencia de la ley N° 18.987

Esta ley se dictó en el marco del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como deberes que el Estado debe resguardar frente a su ciudadanía. Con la entrada en vigencia de la N° 18.987, se le permite a la ciudadana uruguaya acercarse a un centro de salud pública y solicitar realizarse una interrupción voluntaria del embarazo, siempre y cuando cumpla con todos los requisitos establecidos en la misma.

Esta misma ley establece en su artículo 2, las sanciones punitivas que tendrá la mujer o el tercero que intervenga en esta práctica por no haber cumplido previamente los requerimientos señalados, hace referencia a los artículos 325 y 325 (bis), capítulo IV del Código Penal uruguayo, que fue promulgado a través de la Ley 9.763 de 1938.

Por otro lado, se determinan las estrategias políticas que han sido utilizadas por los grupos feministas en el ejercicio de sus derechos a ser escuchadas por el Estado, para resolver el problema de salud pública en el que se ha convertido el aborto. Por lo general, presentan proyectos de ley ante el legislador, con el fin de que se legalice totalmente o se despenalice en ciertos casos, poniendo como referencia los países donde es aceptada esta práctica y su índice de muerte materna es muy bajo (Maglio, 2013).

Es importante que la solución dada a esta problemática sea apegada a la realidad social de un estado y pueda ser implementada de manera progresiva en las diferentes instituciones públicas, con el fin de evitar posibles obstáculos que limiten la prestación del servicio de salud y el correcto ejercicio de su derecho a interrumpir el embarazo, otorgado de manera gratuita y segura. La ley N° 18.987 desde su entrada en vigencia se ha encontrado con varios inconvenientes, que no fueron tomados en cuenta por el legislador durante su promulgación, casos como que aún en ciertos departamentos existe un pensamiento conservador referente a este tema y que tanto las instituciones de salud como su servicio médico se negaría a prestar el servicio, por ir en contra de su objeción de conciencia o de ideario, preponderando su ética y moral sobre la de la salud física y psicológica de la paciente, otro inconveniente es la falta de controles posteriores a la interrupción del embarazo, ya que la paciente no recibe los cuidados necesarios ni el asesoramiento de métodos anticonceptivos que le ayuden a evitar embarazos no deseados a futuro (Mujer y Salud en Uruguay, 2017, pp. 7-8).

2.2.1 Delitos por aborto en el Código Penal uruguayo y la diferencia entre legalización y despenalización del aborto

El Código Penal uruguayo, en el artículo 325 sanciona el aborto consentido de la mujer con pena en un centro de rehabilitación social de tres a nueve meses, de igual manera el artículo 325 (bis) sanciona la colaboración de un tercero que con actos principales o secundarios ayude a la mujer a realizarse un aborto, de seis a veinticuatro meses, por último, el artículo 325 (Ter) sanciona el aborto que se realice sin consentimiento de la mujer, con dos a ocho años de penitenciaría, en caso de lesión grave o gravísima posterior a esta práctica, la pena será dos a cinco años de penitenciaría en el 325 (bis) y de tres a nueve años en el caso 325 (Ter), de igual forma si ocurre la muerte de la mujer, la pena será de tres a seis años y de cuatro a doce años de penitenciaría consecutivamente (El Senado y la Cámara de Representantes, 1938).

Estas sanciones penales dejaron de ser aplicables en el año 2012, siempre y cuando se cumpla con los parámetros establecidos en la Ley N° 18.987 “Interrupción voluntaria del embarazo”, esto es: que la mujer se realice la interrupción voluntario del embarazo en las primeras doce semanas de embarazo, el segundo es la consulta con un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la ginecología, de la psicología y de la asistencia social, garantizar que disponga de la información para la toma de una decisión consciente y responsable, posteriormente la mujer gestante tendrá un periodo de reflexión de cinco días, en el cual decidirá si ratifica su voluntad de interrumpir el embarazo mediante consentimiento informado o continuar con su embarazo.

Adicionalmente, la misma ley en su artículo sexto establece tres casos en las cuales no son exigibles estos requisitos: cuando el embarazo es resultado de una violación el plazo para interrumpir el embarazo se extiende a catorce semanas previa denuncia, por malformaciones en el feto incompatibles con la vida extrauterina y al existir riesgo grave para la salud de la madre, para las dos últimas no se requiere plazo. De no cumplir con todos los requisitos antes señalados, la Ley N° 18.987 prescribe en su artículo segundo, que serán sancionados con pena privativa de la libertad de acuerdo a los artículos 325 y 325 (bis) del Código Penal uruguayo (Mujer y Salud en Uruguay, 2012).

Pedirle a una mujer que ha sido víctima de violación, una denuncia ante autoridad judicial o policial para poder interrumpir su embarazo dentro de sus catorce semanas de

gestación, vulnera su derecho al goce máximo de su salud física y mental, ya que las mujeres no ven al sistema estatal como una ayuda para resolver su enigma interno sino más bien, como un medio social para ser criticadas y re victimizadas por una sociedad conservadora y patriarcal¹ que no las considera como iguales. Sin considerar que los procesos penales deben seguir un trámite de recolección de información que retrasa su posibilidad de realizarse la interrupción voluntaria del embarazo, existiendo la posibilidad de que la mujer sobrepasa las catorce semanas y tenga la obligación de sufrir en su cuerpo las consecuencias de la violación, del que han sido víctimas dando a luz un hijo no deseado, provocándole daños psicológicos y morales de por vida, al vulnerarles sus derechos a la salud, dignidad y a no estar sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Entonces, la Ley N° 18.987 restringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como parte de la autonomía sobre su cuerpo, al establecer en su artículo tercero requisitos previos para acceder a un sistema seguro de salud pública, que le proporcione todos los medios para su interrupción voluntaria del embarazo.

Por otro lado, es necesario diferenciar entre legalización y despenalización del aborto. Las organizaciones feministas y grupos sociales en favor de la interrupción voluntaria del embarazo han planteado diferentes soluciones para resolver la problemática de salud pública en la que se ha convertido el aborto, por causa de legislaciones represivas que limitan el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo, constituyendo un factor determinante en el índice de muerte materna por operaciones en clínicas clandestinas inseguras como única salida a un embarazo no deseado.

Los proyectos de ley, para la legalización del aborto, generalmente han sido utilizados por varios grupos feministas alrededor de Sudamérica, para que sea aceptada esta práctica dentro de sus ordenamientos jurídicos. Como ejemplo, está la Ley N° 18.987 “Interrupción voluntaria del embarazo” uruguaya, que reguló el aborto y los requisitos que deben cumplir las mujeres para no acabar en los centros de rehabilitación social.

La ley fue estructurada de la siguiente manera: (i) Los principios generales en los que se cimienta la protección de los derechos sexuales y reproductivos. (ii) La no penalización del aborto siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos. (iii) Se

¹ Sociedad patriarcal, pone al hombre y sus prejuicios sociales como el centro de todo, poniendo a la mujer en un estado de desigual, al limitar sus derechos y libertades, reprochando sus actos.

establece un plazo máximo para que las mujeres pueden realizarse esta práctica dentro de las doce semanas de gestación, medicamente se dice que el embrión no es viable hasta que se implante en el útero materno, además se estandariza un procedimiento. (iv) Se establece los deberes que tienen los profesionales de salud ante la solicitud de Interrupción voluntaria del embarazo. (v) Debe existir un sistema de salud público que garantice a todas sus ciudadanas el acceso gratuito y seguro a esta práctica. (vi) Los casos excepciones en los que se puede realizar el aborto en cualquier fase del embarazo. (vii) La opción de que las menores de edad puedan realizarse estas intervenciones, esto debido al alto índice de embarazos adolescentes, en caso de ser violada por un familiar o una persona de su mismo círculo social, la menor puede dirigirse ante un juez para que solvante su solicitud. (viii) En caso de las incapaces judiciales se necesitará el consentimiento de su curador y la venia del juez, siempre respetando la decisión de la mujer de tener su hijo. (xi) La objeción de conciencia de los médicos tratantes. (x) El Ministerio de Salud Pública llevará un registro estadístico del número de mujeres que acceden a este servicio.

Esta estrategia política ha permitido que los grupos feministas y la sociedad, en general, planteen la despenalización del aborto total o parcialmente, trasladando el debate al órgano legislativo, para que después del análisis correspondiente voten a favor o en contra de la misma. De ser aceptada, el órgano ejecutivo tiene el deber de materializar la ley a través de la implementación de políticas públicas que le garanticen a la mujer un acceso gratuito y seguro a los centros de salud estatales, además de llevar un registro de los índices de mortalidad materna posterior a la entrada en vigencia, que demuestre la efectividad que ha tenido en el ámbito social.

Otro mecanismo para que esta práctica sea aceptada en la esfera social, es la despenalización del aborto a través jurisprudencia emitido por el máximo órgano de interpretación de la Constitución de cada país. En el año 2006 se emitió la sentencia C-355 de la Corte Constitucional sobre la liberalización del aborto en Colombia, en la cual se resuelve que la interrupción del embarazo se debe producir en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico. (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico. (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin

consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. Adicionalmente le permite a las niñas menores de catorce años realizar esta práctica al considerar que negárselo configuraría en una discriminación irrazonable, ya que debe entenderse que su capacidad de gestar demuestra un grado de madurez que debe implicar la capacidad de expresar su voluntad sobre la interrupción o no del embarazo (Corte Constitucional Colombiana, 2006).

En este caso la Corte Constitucional colombiana, hizo un análisis de exequibilidad de las leyes que prohíben el aborto en su Código Penal, después de la revisión, se llegó a la conclusión de que son los artículos 123 y 124 de la precitada norma vulneraban los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, por lo que en su resolución procedió a declararlos INEXEQUIBLES, por contrariar los preceptos constitucionales y considerar que el derecho a la vida que debe ser protegido es el de la madre gestante.

Mientras que, en Ecuador pese a los intentos realizados para que el aborto sea despenalizado, por lo menos en ciertos casos, no ha existido un proceso constitucional igual a los dos anteriores mecanismos planteados que ayuden a que esta práctica sea aceptada en la esfera social. Es por ello que determinados grupos en pro de derechos de las mujeres han presentado propuestas a la Comisión de Justicia de la Asamblea para la reforma del artículo 150 del COIP, que establece los casos al aborto no punible. En enero de 2019 entró a debate en la Asamblea Nacional del Ecuador la posibilidad de reformar el mencionado artículo, para que se incluyan las malformaciones del feto que no hagan viable su vida y la violación, incesto, estupro, inseminación no consentida. De esta manera se ampliarían los casos permitidos para esta práctica, que al momento solo cuenta con dos: (i) en caso de que la vida o la salud de la mujer embarazada se encuentra en peligro; (ii) por consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental (El Comercio, 2018).

Los grupos de defensa de derechos humanos de las mujeres, fundamentan la necesidad de despenalizar el aborto, principalmente, en las estadísticas realizadas por diferentes organismos internacionales, nacionales y no gubernamentales, como la Comisión Especial de Estadísticas de Género en Ecuador, que realiza el indicador del porcentaje de las mujeres que han vivido violencia sexual por parte de cualquier persona a lo largo de su vida, que a través de una ficha metodológica delimitó su ámbito de estudio para mujeres de 15 años en adelante. Una vez reunida la información desde 2011 hasta 2016 se pudo

concluir que de cada cien (100) mujeres ecuatorianas, veinte (20) han sido víctimas de violencia sexual (Comisión especial de estadísticas de género, 2016).

Debido a que en Ecuador el aborto es sancionado con pena privativa de libertad, no se puede delimitar cuántas mujeres se realizan esta práctica en clínicas clandestinas y cuántas de ellas mueren por esta misma causa, pero lo que es seguro es que su penalización no impide que siga sucediendo, lo que sí logra es exponer a las mujeres gestantes a múltiples peligros para su salud, su integridad física y hasta su vida.

Por último, en Argentina a través de la reforma del Código Penal de 1921, se permitió el aborto en los siguientes casos: si representa un riesgo para la vida de la persona gestante; si representa un riesgo para el bienestar físico, emocional y social de la persona gestante; si es producto de una violación.

En complemento, en el 2012, la Corte Suprema de la Nación a través del fallo F.A.L., demarcó ciertas pautas para el correcto cumplimiento de este artículo, al exhortar a los estados provinciales a implementar sistemas de salud rápidos, accesibles y seguros para llevar adelante las interrupciones legales de embarazos (Aborto sin Barreras, 2018).

Ante la necesidad de que el aborto sea legal en todos los casos, los defensores de los derechos de las mujeres han planteado 8 proyectos de ley de interrupción del embarazo desde el año 2007, todos han sido rechazados por el Senado, el más reciente de agosto de 2018, en el cual prevaleció el discurso moralista “*el aborto es matar, y acá se trata de salvar las dos vidas*” de los grupos conservadores que conformaban (Pardo, 2018).

El escenario social y política en el cual se presentan

2.2.2 Prestación del servicio de salud y objeción de conciencia de los médicos

Para poder determinar cuan eficiente ha sido la ley de interrupción voluntaria del embarazo de octubre de 2012 en Uruguay, es necesario hacer un análisis de la prestación de servicios de los hospitales y personal médico encargados de proporcionar a las mujeres gestantes uruguayas un acceso gratuito, seguro y eficaz del mismo.

Es por ello que, desde su entrada en vigencia se pudo denotar un conflicto normativo por la poca delimitación del instituto jurídico de objeción de conciencia y de ideario, esto debido a que no existe un concepto claro del mismo, lo que ha permitido dejar a la amplia subjetividad de los profesionales de la salud y representantes de las instituciones

del Sistema nacional integrado de salud demarcar según sus creencias éticas y morales los motivos por los cuales no están de acuerdo con realizar esta práctica.

De la lectura del artículo 10 de la Ley que hace referencia a la objeción de ideario, en su parte pertinente dice “Todas las instituciones del Sistema nacional integrado de salud tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la presente ley”, el Estado uruguayo exhorta a las instituciones de salud pública a establecer condiciones técnico profesionales y administrativas que posibiliten a sus usuarias el acceso a dichos procedimientos dentro de los plazos establecidos.

En caso de que instituciones de salud privada hayan tenido objeción de ideario preexistente a la presente ley, que básicamente es la negativa de las entidades prestadoras de servicios a no querer llevar a cabo una acción que vaya en contra de sus valores, tienen la obligación de buscar la forma en que sus pacientes puedan acceder a estas prácticas sin restricciones. Dichas entidades pueden presentar una solicitud escrita explicando porque no van a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, además de dejar claro en que parte de sus estatutos se determina su prohibición, esta facultad se encuentra en el decreto reglamentario 375/012, la misma será resuelta mediante acto administrativo del Ministerio de Salud Pública y producirá efectos jurídicos al solicitante (Adriasola, 2013).

Si la institución médica logra acceder a la tutela de su objeción de ideario, tendrá la obligación de derivar a la paciente a otro centro de salud que preste el servicio objetado, correr con todos los gastos que ocasione el procedimiento y respetar la libertad de conciencia moral y ética de sus dependientes (Juvenal, 2013).

Por otra parte, el artículo 11 hace referencia a la objeción de conciencia, autoriza al personal médico que labora en la Administración Pública y se desempeña en hospitales públicos, a no dar cumplimiento a esta acción por considerar que se puede ver afectada sus creencias éticas y morales. Adicionalmente, el Estado expide un decreto que reglamenta la ley de “interrupción voluntaria del embarazo” en el cual delimita entre otras cosas que el médico ginecólogo solo puede hacer uso de su objeción de conciencia al momento de realizar el legrado o recetar el medicamento para abortar.

Algo que no fue muy bien visto en el departamento de Salto, donde la totalidad de los ginecólogos de servicio público invocaron objeción de conciencia y lideraron acciones legales contra su aplicación, por considerar que restringe ilegítimamente el ejercicio de su

derecho a la objeción de conciencia, como parte de su dignidad humana. Por tal motivo, en el año 2014 más de dieciocho médicos ginecólogos en su mayoría de Salto, interpusieron un recurso ante el Tribunal Contencioso administrativo para anular 11 de los 42 artículos del mencionado decreto. En agosto de 2015, el órgano de justicia se pronunció al fallar de manera definitiva a favor de 7 de los 11 artículos que se solicitaban anular, con lo cual no estarán obligados a participar en la primera consulta de la mujer con un equipo interdisciplinario y a firmar el correspondiente formulario ni derivar a la paciente a otro especialista pero si le deberá informar las alternativas al aborto, como la adopción (Gold, 2015).

Este fallo es altamente controversial, ya que solo responde al máximo ejercicio potestativo de objeción de conciencia y no toma en cuenta los derechos a terceros que se pueden ver vulnerados, en caso de que una paciente en estado de gestación perteneciente al interior que acude al centro de salud de su localidad para ser atendida y posteriormente practicada su interrupción voluntaria del embarazo, se encuentra con el impedimento de que el personal médico especialista no la va tratar porque iría en contra de sus creencias.

De esta manera la obligación de prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo, ha quedado en manos exclusivamente de las Instituciones de salud pública, que deben organizar el personal médico especialista no objetor para que atiendan a la usuaria en su solicitud y que esta se vea satisfecha con servicio. En caso de carecer del mismo tendrán la obligación de contratar personal y en última instancia derivar a la usuaria a otro centro de salud, sin tomar en cuenta que el 80 por ciento de los profesionales de la salud de las zonas rurales o del norte del país rechazan la prescripción de fármacos para interrumpir el embarazo (Román, 2018).

Hay un pequeño porcentaje de profesionales de la salud que consideran al aborto como una conducta moralmente reprochable que puede trasgredir su conciencia moral y que, en consecuencia, no deberían ser forzados a atender a mujeres gestantes que decidan realizarse esta práctica, medicarlas con pastillas como el misoprostol que se utiliza hasta la 12 semana de embarazo o realizarles un legrado.

En un Estado democrático como el uruguayo, es menester crear un contexto imparcial fundado en valores sociales, para que los ciudadanos puedan tener diferentes puntos de vista sobre un mismo tema, sin que su ideología se encuentre sesgada con

concepciones conservadoras que recriminan ciertos comportamientos. Esto con la finalidad de que se garantice el artículo 7 de la Constitución uruguaya, que hace referencia a la protección del goce de los derechos fundamentales y a sus limitaciones que se dan en casos excepcionales, deben ser interpretadas como garantía de los derechos y ser imprescindibles para armonizar derechos humanos entre sí, debidamente fundamentada en razones de interés general y no particular (Asiaín, 2016).

Es por ello, que a pesar que la objeción de conciencia no existe como tal en el ordenamiento jurídico, este forma parte de principios fundamentales como la dignidad humana y la libertad ideológica, religiosa o de conciencia, y estos a la vez forman parte de los derechos inherentes a la persona humana, que están dirigidos al respeto y garantía del libre goce de sus derechos individuales, deben estar armonizados y ser de aplicación directa en el ordenamiento jurídico interno, por ser Derechos Humanos fundamentales (Juvenal, 2015, pp. 197-199).

La objeción de conciencia no acarrea sanción legal alguna. Implica una forma de desobediencia jurídica, conforme la cual, ante el supuesto de obediencia a la ley como conducta debida y esperada, el objetor no la acata, en virtud de un imperativo ético o moral, que le impone una conducta o una abstención contraria a lo que la ley ordena. Al permitir su ejercicio se garantiza a los médicos ginecólogos la tutela de sus libertades de expresión.

Pesé a que estas creencias morales y éticas forman parte de la libertad y dignidad humana individual, no se las puede considerar como absolutas ya que debe tener afinidad con los otros derechos, de no ser así se convierte en un limitante para las demás personas (Colegio Médico del Uruguay, 2013).

Para ello, parte de la premisa que “dejar de cumplir los deberes legales no sólo contradice la función pública, sino que puede implicar lesionar derechos a terceros”, por lo que al permitir la misma, el Estado se encontraría al servicio de la moral religiosa de los médicos y no al servicio de la población. Por lo que, la solución que emite el Tribunal Contencioso Administrativo a favor de la libertad de objeción de conciencia del personal de la salud en contra de la Ley N° 18.987 “Interrupción voluntaria del embarazo”, no toma en cuenta que la intimidad y la salud de la mujer se ve trasgredida al ser pasada a otro médico tratante o derivada a otro centro de salud para poder ejercer su derecho, esto debido a que

se encuentra en una situación vulnerabilidad y debe ser atendida con la brevedad que amerite (Casas & Lawson, 2016, pp. 155-158).

Adicionalmente, no se toma en cuenta que es obligación de las instituciones públicas estatales y de personal de salud, cumplir con la ley que ha sido aprobada y materializar la misma, con el fin de que sus ciudadanas puedan acceder a un servicio de salud que garantice su oportuna prestación de servicios y la permanente disponibilidad del personal. Algo que fue imposible en el departamento de Salto, ya que el cien por ciento de los médicos ginecólogos de dicha localidad se negaron a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, lo que puso en peligro el cumplimiento de la ley dentro de los plazos determinados, además de obligar a la mujer gestante a trasladarse a Montevideo capital del Uruguay para realizarse esta práctica, que en principio debió ser garantizada por todos los órganos públicos de salud a nivel nacional (Muñoz, 2018).

Con esto se puede determinar que existe un conflicto entre el derecho a la objeción de conciencia médica y el derecho de la paciente a recibir el tratamiento correspondiente, tomando en cuenta que no cabe la primera si con ello se vulneran derechos reconocidos a las mujeres por la ley, ya que se debe hacer un ejercicio de ponderación de derechos, en la cual el Estado debe llegar a la conclusión que pesa más la salud, integridad física y al bienestar futuro de la mujer o la libertad de no prestar un servicio de salud que no está justificado cuando el objetor antepone la paz de su conciencia al bienestar físico y mental de su paciente (Ortiz, 2018, pp. 278-279). Por lo que la resolución del Tribunal Contencioso administrativo en Uruguay, no toma en cuenta muchos factores de la objeción de conciencia que han vulnerado el derecho a la salud de las mujeres y en casos extremos su vida misma.

2.3 Aspectos más importantes de la experiencia uruguaya

La Ley N° 18.987 “Interrupción voluntaria del embarazo”, cuenta con filtros que aseguran a la mujer solicitante un procedimiento seguro, voluntario y con la privacidad correspondiente.

Procedimiento de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	
<i>Las mujeres gestantes, deberán</i>	Consulta con un equipo médico interdisciplinario.

<i>expresar de forma libre y voluntaria su deseo de abortar.</i>	Consultarle a la mujer acerca de su co-progenitor
	Contar con la información necesario para poder reflexionar sobre las ventajas y desventajas de esta práctica. (Plazo de 5 días)
	Consulta con un médico ginecólogo, para determinar según sus semanas de embarazo o patologías médicas, el procedimiento a seguir.
<p>Dos tipos de intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Receta de medicamentos abortivos, a ser suministrados en el domicilio de la paciente. 2. Agendar una intervención quirúrgica en las instituciones del sistema nacional integrado de salud. 	

Estos pasos materializan un correcto ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la esfera social. Por último, las pacientes deben realizarse controles pos aborto y recibir el asesoramiento en anticoncepción para evitar embarazos no deseados en un futuro. Esta consulta por lo general se la realiza 10 días después de la interrupción, con el mismo médico que la guio durante todo el procedimiento, a modo de control y orientación. Cabe recalcar, que las mujeres, acompañantes y profesionales involucrados que realicen esta práctica fuera de las instituciones nacional integrado de salud o no cumplan con los plazos y requisitos establecidos, quedan fuera del amparo de la ley y, por lo tanto, podrán ser sancionados por el delito de aborto (Mujer y Salud en Uruguay, 2017, p. 4-10).

Para conocer más a fondo los puntos esenciales de la experiencia uruguaya durante este periodo de 6 años desde la entrada en vigencia de la Ley 18.987, se toman dos aspectos: el aborto quirúrgico o por medicamento y los controles posteriores a la interrupción voluntaria que debe hacer la mujer.

2.3.1 Aborto quirúrgico y por pastillas, pos y contras

Existen dos métodos o técnicas médicas que se pueden utilizar para interrumpir el embarazo, el uso de cada una de ellas depende del tiempo de embarazo, las patologías médicas que puedan influir en esta práctica y del personal médico capacitado. Por lo

general, el aborto realizado dentro del primer trimestre del embarazo, esto es antes de las 12 semanas de gestación, es más seguro, independientemente del método que sea hayan utilizado, sea por la receta de pastillas o por operaciones sencillas que generalmente no requieren hospitalización. En todos los procedimientos el especialista que practique la intervención debe tomar en cuenta la historia clínica completa de la mujer y hacer una evaluación del caso.

Cuando el embarazo supera las 12 semanas de gestación, son más frecuentes las complicaciones médicas que se puedan generar durante la operación, en este segundo trimestre del embarazo por lo general no se le receta medicación, debido a la mayor sensibilidad del útero. Es por ello, que las prácticas que se realizan con posterioridad a este tiempo, son excepciones donde es más fácil determinar malformaciones genéticas graves o los casos de que la vida de la madre está en riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Primero, el procedimiento por medicamentos, básicamente es una serie de pasos que debe seguir la paciente a través de las indicaciones que le da el médico tratante. El sistema nacional integrado de salud por medio del manual de práctica clínica para un aborto seguro, estandarizó qué pastillas deben ser utilizadas en este método de interrupción voluntaria, las dosis del mifepristona 200 mg y el misoprostol 800 o 400 dependerán de las semanas de gestación en las que se encuentre la mujer, el uso de esta segunda pastilla puede ser administrado en el domicilio de la paciente, siempre que tenga claro los pasos a seguir y los contactos de los prestadores de salud en caso de inquietudes o complicaciones, o se la puede tomar en dentro de las dependencias sanitarias que le asegurarán un acceso a servicios higiénicos privados mientras se espera la expulsión del feto.

Los beneficios de realizarse un aborto por medicamento es que es menos invasivo que el quirúrgico ya que no se necesita administrar anestesia y la introducción de artefactos en su órgano reproductor. Lastimosamente tiene más efectos negativos que positivos, pues la paciente puede tener dolor fuerte, calambres, sangrado continuo, fiebre (las dosis repetidas de misoprostol pueden provocar elevación de la temperatura), náuseas, vómito y diarrea, hasta el momento de la evacuación uterina o la expulsión del feto. Adicionalmente, la paciente tiene que regresar al prestador de salud en un lapso de 15 días para un revisión de rutina y confirmar si el tratamiento ha sido efectivo, de no ser el caso se tendrá que hacer

nuevos chequeos y verificar cual fue la causa del problema (Rostagnol, Viera, Grabino, & Mesa, 2011, pp. 27-28).

Por otra parte, los procedimientos quirúrgicos deben cumplir ciertos requisitos dentro del centro de salud para proceder con la práctica abortiva. Estos se encuentran plasmados en el precitado manual de práctica clínica para un aborto seguro, que establece dos formas en las cuales los médicos ginecólogos pueden tratar a la paciente, el primero es el aspirado por vacío manual o AVM en sus siglas, esta emplea un aspirador portátil para generar un vacío, que se adosa a la cánula de 4 a 14 mm de diámetro, succionando el feto y la placenta. El segundo, es el aspirado por vacío eléctrico o AVE por sus siglas, esta emplea una bomba eléctrica para generar un vacío y puede alojar una cánula de entre 14 y 16 mm de diámetro, cumple la misma función.

Los beneficios de realizarse este método quirúrgico, es que es más rápido, se realiza dentro de las dependencias sanitarias, existe la posibilidad de que se le coloque un dispositivo intrauterino durante la operación, existe bajo riesgo de lesión uterina, la eficacia del procedimiento es muy alta, los tiempos del aborto son controlados por la clínica y el prestador de servicio de salud. A diferencia del procedimiento por medicamentos, este tiene muy pocos efectos negativos, en los cuales la mujer puede presentar dolor y sangrado leve (Organización Mundial de la Salud, 2014).

2.3.2. Controles posteriores a la interrupción voluntaria del embarazo

Esta última fase que ha presupuestado el legislador a través de la Ley 18.987, no ha podido ser tan eficaz como las anteriores, debido a que, según datos del Ministerio de Salud Pública, casi un tercio de las pacientes no llegan a hacerse los controles posteriores. Lo que puede llegar a ser algo problemático, debido a que pueden poner en peligro su salud, además de no recibir el correspondiente asesoramiento en anticoncepción. La organización no gubernamental feminista mujer y salud en Uruguay, por medio de su observatorio nacional realizó un monitoreo en 10 de los 19 departamentos del país, encontrando variaciones entre las instituciones públicas monitoreadas, ya que hay prestadores de salud que registran altos porcentajes de captación en esta consulta, mientras que otros presentan porcentajes mucho más bajos Según datos del ministerio de salud pública, el 84% de las mujeres que asisten a los controles posteriores al aborto, salen de la consulta con un método anticonceptivo (Mujer y Salud en Uruguay, 2017).

El manual de práctica clínica para un aborto seguro, aconseja a los servidores de salud que les informen a las pacientes sobre la importancia de utilizar algún método de anticoncepción luego de la práctica abortiva, con el fin de reducir los riesgos de embarazos no deseados. La mujer que esté interesada en este servicio, debe tener toda la información necesaria que la ayude a elegir cuál de ellos es el más apropiado para satisfacer sus intereses. Este asesoramiento debe ser tomado con el médico tratante que le ayudará a evitar posibles casos fallidos, por causa de una incorrecta utilización o porque el método no es lo suficientemente eficaz, cabe recalcar que la decisión de que anticonceptivo utilizar corresponde única y exclusivamente a la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Capítulo tercero

Despenalización del aborto en el Ecuador y la formulación de una política pública

3.1 Debate legislativo sobre la despenalización del aborto.

Con el posicionamiento de Rafael Correa Delgado como presidente de la República del Ecuador en 2007 y con él, su partido político Alianza País, se impuso una ideología llamada revolución ciudadana, que buscaba un cambio radical, profundo y rápido de las estructuras hegemónicas del país. Para lograr esta meta, inició el proceso de reforma de la Constitución Política de 1998, es así que, el 30 de noviembre de 2007 inició la Asamblea Constituyente en Montecristi conformada por 130 asambleístas de las diferentes provincias del país. Durante este periodo, los movimientos de mujeres intentaron posicionar en el debate político la despenalización del aborto por violación, como un tema a ser tomado en cuenta en la reforma, para que sea tratado dentro de los derechos sexuales y reproductivos, ya que también estaba en la mesa de discusión, la garantía de la protección de la vida desde la concepción.

Por ser un tema de gran conmoción social, los grupos feministas pretendieron evitar que este tema recaiga en el escenario público, pero esto no tuvo ningún efecto positivo ya

que, al tener conocimiento de esto, los autodenominados *pro vida*, como la Conferencia Episcopal Ecuatoriana y el movimiento evangélico, enviaron un delegado hasta la ciudad de Montecristi para reunirse con los asambleístas y solicitarles que el tema sea reconsiderado y que se garantice el derecho a la vida desde la concepción, algo que compaginaba con la fe católica y su cercanía con la Iglesia católica que tenía el Rafael Correa (Viteri, 2018, pp. 57-59).

Con esto, los asambleístas en su mayoría del partido político Alianza País, decidieron apoyar la postura del respeto a la vida desde la concepción, recibiendo total apoyo por parte del jefe de Estado. Pese a que la despenalización del aborto no entró en la agenda política de Montecristi, se marcó un precedente que ayudaría a entender cómo se llegó a convertir en un problema social, que se abrió un espacio en la agenda política del Código Orgánico Integral Penal (COIP) en el año 2013. Finalmente, el 25 de octubre de 2008 la Asamblea Constituyente concluyó con sus funciones y la nueva Constitución empezó a regir.

No obstante, después de unos años ejerciendo sus funciones el economista Rafael Correa Delgado, en aras de cumplir los lineamientos políticos de la Revolución ciudadana y el buen vivir, a través del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, se presentó el proyecto del COIP en 2011 ante el presidente de la Asamblea Nacional, pedido que fue sustentado en el numeral 2 del artículo 134 de la Constitución de la República y en el número 2 del artículo 54 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa, al considerar que los componentes del sistema penal ecuatoriano, no respondían a una sola línea de pensamiento por contener fines y normas contradictorias. Una vez aceptada la propuesta, el 19 de octubre de 2011 la Comisión Especializada Permanente de Justicia y Estructura del Estado, conformó tres subcomisiones para trabajar sobre el proyecto (Astudillo, 2018, pp. 60-62).

Estas subcomisiones estaban encargadas de revisar cada uno de los capítulos del COIP que se les había encomendado, posteriormente entregaron un informe final y en el caso de existir recomendaciones estas, debían ser propuestas sobre los artículos que constaban en el informe. Una vez remitida la información, el 13 de junio de 2012, la Comisión aprobó el informe para primer debate del COIP en la Asamblea Nacional. Así, finalmente, en la sesión No. 174 del pleno, que inició el 28 de junio de 2012 y terminó el

17 de julio de 2012, se dio el primer debate del proyecto. Dentro de esta fase, se dio el análisis del artículo que hacía referencia a los casos de aborto no punible, específicamente en su numeral segundo, que permitía esta práctica en caso de violación a una mujer idiota o demente. Con el correspondiente debate de los asambleístas, se llegó al consenso de cambiar las palabras idiota o demente por discapacidad mental.

Las subcomisiones encargadas presentaron este cambio dentro de su informe, el 04 de octubre de 2013, fecha en la cual fue aprobado y se dio el visto bueno para pasar al segundo debate. Este se instaló en el pleno de la Asamblea Nacional el 09 de octubre de 2013, un día después la asambleísta Paola Pabón, quien había tenido acercamientos con organizaciones feministas y pertenecía a un grupo de asambleístas oficialistas pro despenalización del aborto conformado por Rosana Alvarado, Soledad Buendía y Gina Godoy, propuso una moción para pasar a una votación inmediata respecto para cambiar el literal 2 del artículo 149 “si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental” por “si el embarazo es consecuencia de una violación”. Al poner la moción fue tomada por el presidente Rafael Correa como un acto de “traición y deslealtad”, lo que fue manifestado públicamente; él nunca aprobaría la despenalización del aborto así sea aceptada por el legislativo y, en ese caso, prefería renunciar a su cargo (El Mundo, 2013). Tras la intervención del Presidente, la asambleísta retiró la moción al siguiente día y así la discusión en torno a la despenalización del aborto para casos de violación en la Asamblea Nacional, llegó a su fin.

Posteriormente, el 29 de octubre del mismo año, la asambleísta Paola Pabón y dos de sus compañeras fueron sancionadas por el Comité de ética del partido oficialista, inhabilitándolas de sus funciones legislativas durante 30 días, por no haber respetado expresos acuerdos con los demás asambleístas de su partido, con lo que se garantizó que el tema de la despenalización del aborto no vuelva ser tratado por el pleno, y se envió un mensaje a los demás asambleístas sobre el amplio poder coercitivo del jefe de Estado en las decisiones que son tomadas fuera de su lineamiento político.

En este sentido, el contexto en el cual se desarrolló el debate de la despenalización del aborto dentro del COIP, respondió a un escenario en el cual Alianza País tenía ventajas políticas frente a otros partidos y movimientos políticos en el Ecuador, con lo que se dejó

claro una vez más, la postura de protección de la vida desde la concepción y un arraigado pensamiento conservador (Astudillo, 2018).

Finalmente, el 17 de diciembre de 2013 se terminó el segundo debate, con la votación final, se remitió el documento aprobado al poder ejecutivo, para que sea revisado y en caso de tener observaciones o inconformidades, el Presidente, haga uso del veto. Una vez acabado el procedimiento correspondiente, el 10 de febrero del 2014, el COIP se publicó en el Registro Oficial, su entrada en vigencia fue en plazo de 180 días, es decir el 10 de agosto de 2014.

Desde entonces, varios asambleístas, autoridades públicas, académicos y representantes de la sociedad civil han presentado observaciones y proyectos de leyes orgánicas para reformar el COIP. El Consejo de Administración Legislativa, que es el órgano encargado de la revisión y calificación de los proyectos de ley, remitió los que cumplían los requisitos a la Secretaria General de la Asamblea Nacional para que está, a través de memorandos, le haga conocer a la presidenta de la Comisión Especializada Permanente de Justicia y Estructura del Estado, los unifique y les dé el tratamiento correspondiente.

Son 39 proyectos de ley que consta en el informe para primer debate de las reformas al COIP, uno de ellos, es el propuesto por el ex Defensor Público, Ernesto Pazmiño Granizo, quien presentó cuatro cambios importantes, que son: regularizar las penas pequeñas, la lucha efectiva contra la corrupción, despenalización del aborto cuando el embarazo es fruto de una violación, legitimar el uso del cannabis y marihuana para fines medicinales. Para los fines de la investigación, solo nos basaremos en el punto tres y la propuesta de ampliar los casos al aborto no punible del artículo 150 del COIP, violación en contra de cualquier mujer y no solo en casos de una mujer con discapacidad mental. Se considera que el Estado no debe criminalizar a una mujer que aborta cuando su embarazo ha sido producto de una violación sino más bien, respetar el derecho constitucional de las mujeres a decidir sobre su salud sexual y reproductiva, particularmente cuando la violación se da dentro del entorno familiar (Pazmiño, 2016).

Al respecto, la Comisión ha tomado en cuenta la recomendación realizada por la CEDAW en las observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Ecuador en 2015, en su párrafo 33, numeral 74, literal c, que dice:

“Despenalice el aborto en casos de violación, incesto y malformaciones graves del feto, de conformidad con la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité, sobre la mujer y la salud”, lo que constituye un avance en el proceso de reconocimiento y garantía de los derechos humanos de las mujeres a través de la historia. Así mismo, el Comité de Derechos del Niño de UNICEF, recomendó en el año 2017 al Ecuador en su sesión 2251^a “Velar por que las niñas tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos el aborto terapéutico, y estudie la posibilidad de despenalizar el aborto, prestando especial atención a la edad de la niña embarazada y los casos de incesto o violación sexual”.

Estas recomendaciones reflejan la preocupación de los organismos de derechos humanos respecto de los posibles incumplimientos de las disposiciones previstas en los instrumentos internacionales de derechos humanos de los cuales Ecuador es parte, por cuanto la legislación vigente podrá agravar la situación de mujeres que han sido víctimas de delitos sexuales como violación. Para el análisis de la necesidad de la reforma también se consideró lo expresado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Rosendo Cantú vs México, en el cual el delito de violación anuló el derecho a tomar libremente las decisiones respecto de con quien tener relaciones sexuales y además limitó a la víctima su facultad de concebir o no.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, realizada en 1994, admitió que el aborto sea considerado como un serio problema de salud pública. Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud así como la Organización Mundial de la Salud, a través de un boletín informativo, han manifestado que: Una de cada cuatro mujeres que se someten al aborto en condiciones de riesgo esta propensa a desarrollar discapacidad temporal o permanente que requiere atención médica (Comisión Especializada Permanente de Justicia y Estructura del Estado de la Asamblea Nacional, 2018). Según datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el 15,6% de las muertes maternas están relacionadas con abortos en condiciones no seguras.

En lo concerniente a las disposiciones Constitucionales, en el informe para primer debate se observa que el artículo 66 numeral 10 garantiza y reconoce el derecho de las personas a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántos hijos tener, de igual forma en su numeral 3

literales a ,b, c, reconoce y garantiza a las personas el derecho a la integridad personal, se prohíbe la tortura y se obliga al estado a adoptar medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia. En la misma línea el artículo 46 numeral cuarto, se dispone la obligación del estado en adoptar medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, etc. Adicionalmente, el artículo 11 numeral 6, establece que todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles y de igual jerarquía, por lo que en caso de conflicto se deberá ponderar cual derecho es superior. Por tal motivo, es menester de los asambleístas determinar qué derecho va preponderar, la protección de la vida desde la concepción o la no revictimización de la víctima, la prohibición de la tortura, el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener, con la finalidad de garantizar los derechos humanos en todos los casos.

En sesión de 19 de diciembre de 2018, la Comisión Especializada Permanente de Justicia y Estructura del Estado de la Asamblea Nacional, después de análisis correspondiente, aprobó el informe para primer debate de la Ley Orgánica Reformativa del COIP. Esta nueva postura, se fundamenta en dos aspectos importantes a ser tomados en cuenta: El primero que se deriva de la elección de Lenín Moreno, como nuevo presidente y la instauración del diálogo con todos los sectores de la sociedad. El segundo aspecto, es que la mayoría absoluta del partido político Alianza País, liderado por ex presidente Rafael Correa Delgado, en la Asamblea Nacional, terminó en mayo de 2017 y con este, la imposición conservadora y apegada a la iglesia que limitó el debate de temas de relevancia social. Un claro ejemplo del cambio positivo, es la asambleísta Marcela Aguiñaga Vallejo, quien en 2013 mostró su oposición a despenalizar el aborto, mientras que en el 2018 ratificó su postura conservadora, no obstante, mostró apertura para debatir el aborto por violación como un problema de salud pública y de derechos humanos.

Con estos antecedentes, la posibilidad de ampliar las causales al aborto no punible está cada vez más cerca. Por ello, la presente investigación demarca los lineamientos de una política pública que permita la materialización de estas reformas en el ordenamiento jurídico. Teniendo en cuenta que el pleno de la Asamblea Nacional, concluyó el debate sobre el primer informe, el 5 de febrero de 2019 y ahora la Comisión debe comenzar a trabajar en el informe para segundo debate, donde los grupos sociales tienen la expectativa

de que se mantengan las causales para el aborto no punible aprobadas en el informe para primer debate.

3.2 Qué son y para qué sirven las políticas públicas.

Las políticas públicas nacen de la necesidad que tiene un estado democrático de resolver los problemas de sus ciudadanos para acceder a todos los servicios, a través de soluciones planteadas por los órganos estatales en el ámbito de sus competencias, y así manejar asuntos de interés general, orientar la gestión del gobierno y alcanzar sus objetivos.

Para la tratadista Bárbara Nelson, las políticas públicas, surgen a partir de las preocupaciones existentes alrededor de los asuntos públicos y de las maneras en las cuales estos afectan a las personas y tratan de ser resueltos por las autoridades de gobierno (Cedeño, 2018, p. 7).

Roth sostiene que, una política pública existe siempre y cuando instituciones estatales asumen total o parcialmente la tarea de alcanzar objetivos estimados como deseables o necesarios, por medio de un proceso destinado a cambiar un estado de las cosas percibido como problemático (Roth, 2002, p. 27).

De la misma forma, Contento manifiesta que las políticas públicas son:

“respuestas del Estado ante situaciones problemáticas, pueden ser inscritas en la agenda política y tener origen en fuentes externas o internas” y que “la política pública señala las coordenadas de cómo un gobierno manifiesta su rol en la política social, industrial, económica, financiera, etc.”(Contento, 2017, p. 14).

Las funciones de las políticas públicas van cambiando en la medida en que el estado modifica su manera de legitimar el discurso, ya que dispone de las mismas, por tener razones o argumentos racionales que incluyen, tanto la presunción de que se comprende un problema como de que se tiene una solución. Es por ello, que se realizan planificaciones o estrategias en el área territorial o social, para determinar la política a implementar a través de los servicios públicos. Esto se refiere a recursos burocráticos sustanciales en términos de personas y dinero o por regulaciones, a través de sistemas como el tributario, que requieren menos recursos. El análisis de las políticas públicas, emplea metáforas o modelos como recursos para explorar lo desconocido, ya que se empieza una investigación profunda del porqué las leyes que rigen el comportamiento humano no han sido capaces de resolver el

problema social que se está generando o que pretendía solucionar, por lo que se utilizan métodos cuantitativos y cualitativos para reunir o interpretar datos, que le faciliten al investigador o al grupo de investigadores información sobre qué medidas deben ser tomadas como medio de solución (Wayne, 2007, pp. 35-36).

Las políticas públicas pueden ser inscritas en la agenda política y tener origen en fuentes internas o externas para lograr su cometido, las primeras hacen referencia al gobierno, las instituciones estatales, ministerios, etc., encargadas de concentrar toda su atención en el estado, siendo el instrumento o el aparato por el cual pasan las decisiones y se llevan a cabo las acciones, predominando sobre los demás escenarios de la acción pública y convirtiéndose en un gestor, o en el transmisor, de las acciones dirigidas a resolver problemas que se presentan en la sociedad. Por otro lado, las externas hacen referencia a la ciudadanía, la sociedad civil, grupos de presión, entre otros, centran su mirada en el papel del individuo y de los grupos de la sociedad para demandar respuestas o acciones concretas por parte del Estado. Como consecuencia de estos enfoques contrapuestos, que limitan o restringen el actuar estatal o ciudadano, nace un enfoque mixto, que trata de combinar los esfuerzos de los dos enfoques previos, intentando tomar en consideración, todas las distinciones y variaciones que existen al interior de ellos, en su explicación de la acción pública y de las políticas públicas, para llegar a un acuerdo y que estos sean plasmados en la esfera social (Cedeño, 2018, pp. 10-12).

El énfasis de las políticas públicas, es la demanda que tiene el estado de elegir los problemas que coadyuvarán a enriquecer las metas y aplicar una objetividad escrupulosa, como la máxima habilidad técnica al ejecutar los proyectos convenidos, se debe considerar la totalidad del contexto de los eventos significativos, esto es, pasados, presentes y prospectivos en los que está inmerso, para dar una solución pegada a la realidad social, garantizando no solo la dignidad humana en la teoría y en la práctica sino que también una democracia participativa (Wayne, 2007, pp. 52-53).

Según Luigi Ferrajoli y la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana, las políticas públicas se han convertido en herramientas para *garantizar* los derechos de personas en condición de debilidad manifiesta, ante las lagunas jurídicas que se pueden generar por las leyes emitidas por el legislativo, que no llegan a ser materializados en la esfera social. Es necesario, partir de un concepto proveniente del derecho constitucional e

internacional de Derechos Humanos, que definen a la garantía en general, como un conjunto coherente de mecanismos de defensa de los derechos constitucionales.

De esta premisa Ferrajoli, clasifica a la garantía de derechos constitucionales en garantías primarias o sustanciales, que consisten en obligaciones de prestar o prohibiciones de lesionar, que los poderes públicos o particulares están jurídicamente obligados a efectos de proteger los derechos constitucionales, es aquí donde se encuentran plasmadas las políticas públicas, que serán expedidas por el legislativo y desarrolladas e implementadas por el ejecutivo, con el fin de solucionar los problemas existentes en los diferentes ámbitos, sea salud, educación, defensa nacional, etc. Por otra parte, las garantías secundarias, son obligaciones a cargo de los órganos judiciales encargados de aplicar las sanciones o de declarar la anulación, ya se trate en el primer caso de actos ilícitos o en el segundo de actos inválidos que violan los derechos subjetivos y con ello, lo relativo a las garantías primaria. Por ejemplo, el *habeas corpus* solo procede cuando el estado ha privado de la libertad a un ciudadano injustamente (Nogueira, 2003, pp. 101-103).

Ambas garantías se han convertido en un sistema complejo de técnicas que igualmente obligan a todos los órganos públicos e incluso a los particulares, al cumplimiento y protección de derechos constitucionales, tomando en cuenta que, en ciertos derechos como los sociales, las garantías primarias tienen prioridad sobre las jurisdiccionales.

De igual manera, el máximo órgano de interpretación de la constitución colombiana, a través de sus sentencias, ha determinado dos facetas en los derechos fundamentales, la primera es de abstención y se refiere a la protección del contenido del derecho impidiendo que terceros lo trasgredan y la segunda de acción que ordena contar con mecanismos idóneos para garantizar su goce efectivo. En este escenario la Corte entiende que el diseño de políticas públicas está dirigido al segundo propósito, es decir a la satisfacción de la faceta asistencial, prestacional o programática de los derechos. Mediante sentencia T-595-02, por primera vez la Corte relacionó explícitamente las políticas públicas con la protección de los derechos, al resolver la situación de una persona con discapacidad que hacía uso del transporte público Transmilenio, al sostener que la integración social de personas como el accionante *constituye un problema público que ha de ser atendido mediante una política pública.*

También dispone tres elementos mínimos que deben ser tomados en cuenta: i) que la política efectivamente exista; ii) que la finalidad sea garantizar el goce efectivo del derecho; y iii) que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública permitan la participación democrática.

Adicionalmente, la Corte analiza las garantías primarias enmarcadas en la constitución colombiana, que obliga al órgano legislativo diseñar la política pública y al ejecutivo a implementar y evaluar las mismas, con el fin de garantizar el goce efectivo de derechos. Así mismo, se extrae la obligación de desarrollar políticas públicas, respecto a sujetos tradicionalmente marginados o discriminados, es así que, el inciso segundo del artículo 13 de la Constitución colombiana se afirma que el Estado debe promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, por lo que el constituyente ha ordenado el diseño de una política pública orientada a lograr su rehabilitación, integración social y procurarles la atención especializada que sus necesidades demanden. (Cano, 2014, pp. 440-445).

En nuestro país, se ha profundizado en el estudio y atención política de las garantías constitucionales exclusivamente en las llamadas garantías secundarias que están encomendadas a tribunales superiores o específicamente constitucionales y su objetivo, básicamente, es establecer mecanismos de control y reparación en aquellos casos en los que las garantías jurisdiccionales ordinarias han resultado insuficientes o en los que la vulneración de los derechos puede atribuirse a actuaciones u omisiones del legislador. Estos se encuentran prescritos en el artículo 6 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional, que establece la acción de protección, el hábeas corpus, la acción de acceso a la información pública, el hábeas data, la acción por incumplimiento, la acción extraordinaria de protección y la acción extraordinaria de protección contra decisiones de la justicia indígena, como medios de protección eficaz e inmediata de derechos (Grijalva, 2007, pp. 8-10).

Pero al igual que en Colombia, nuestra constitución también establece a las políticas públicas y la manera en la que deberán ser usadas, es así que en su artículo 11 numeral 2 dispone que todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades y, para *garantizar* esto, dice que el Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se

encuentren en situación de desigualdad. En el numeral 8 del mismo artículo, prescribe que el contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio.

Por otro lado, el artículo 85 de la Constitución, garantiza los derechos, de acuerdo con las siguientes disposiciones:

1. Se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos, y se formularán a partir del principio de solidaridad.

2. Cuando los efectos de la ejecución de las políticas públicas o prestación de bienes o servicios públicos vulneren o amenacen con vulnerar derechos constitucionales, deberá reformularse o se adoptarán medidas alternativas que concilien los derechos en conflicto.

3. El Estado garantizará la distribución equitativa y solidaria del presupuesto para la ejecución de las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos (Constitución Ecuador, 2008).

Con estos antecedentes jurídicos, se determina que nuestra Constitución establece como garantías primarias de los derechos fundamentales a las políticas públicas y la obligación del Estado a través de sus órganos de generar condiciones necesarias para el pleno ejercicio y reconocimiento de los derechos de sus ciudadanos en los diferentes ámbitos sociales.

En caso de reformarse el artículo 150 del COIP, se abre la posibilidad de que el Estado se enfrente al problema de falta de acceso universal a la atención de salud, por no tener los medios necesarios, eficientes y efectivos para atender a las mujeres que se encuentran dentro de las causales al aborto no punible, lo que significaría que el Estado vulnere los derechos a la integridad personal, libertad, igualdad y autonomía. Por eso, es necesario que el órgano legislativo disponga a los órganos competentes de la función ejecutiva, el diseño e implementación de una política pública, que *garantice* el ejercicio de los derechos que giran en torno a la despenalización del aborto por violencia sexual.

3.3 Lineamientos de la política pública de salud para el acceso al aborto por causales en el Ecuador

a) Fundamentos de la política pública:

La política pública debe estar basada en la realidad social, experiencias vividas de sus ciudadanas y por las particularidades propias de un estado democrático, multiétnico y pluricultural como el nuestro, con el objetivo de que las niñas, adolescentes y mujeres ejerzan de manera plena sus derechos sexuales y reproductivos, que se han visto afectados por la diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, centros de salud adecuados, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna y el acceso a métodos anticonceptivos (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2017, p. 19).

Para el caso particular, se fija la atención en la mortalidad materna y el embarazo adolescente, que son un grave problema social que refleja el grado de desarrollo del país, además, se convierte en un indicador de evaluación del desempeño de los sistemas de salud de los países y en especial de los países en vías de desarrollo, donde las razones de las altas tasas de mortalidad materna se encuentran estrechamente relacionadas con la pobreza, inequidad y la exclusión social por razones económicas, culturales y de género, entre otras. La mayoría de muertes maternas se producen en las mujeres que viven en zonas rurales o urbano-marginales empobrecidas, que muchas veces carecen de servicios básicos y saneamiento ambiental, deficientes de vías de acceso y unidades educativas (Bustamante, 2011, p. 6).

En Ecuador, según el sub-registro de información sobre las muertes maternas, estas se incrementaron del 15% en el año 2008 al 50% en el año 2010, dentro de las causas se encontraban las relacionadas con el aborto, dando como resultado que el 60% de abortos correspondieron a espontáneos y el 23% a inducidos, tan solo el 34% fue practicado en alguna institución, el resto en lugares considerados inseguros, del análisis de los mismos, el 83% de las muertes pudieron ser evitables. Según datos obtenidos del Anuario de Egresos Hospitalarios 2014, el total de abortos registrados en el país asciende a 22.986, entre abortos especificados, abortos médicos y abortos no especificados, el aborto no especificado representa el 68.6% de los egresos hospitalarios por esta causa, a pesar de los datos señalados existe un alto sub-registro de esta práctica que aún se encuentra en la

clandestinidad, esto es debido al aborto ilegal, es por ello que pueden variar las cifras al existir duplicidad de datos, por el mal llenado del formulario hospitalario, el lugar de ocurrencia, entre otras, provocando que no exista una cifra real de muertes maternas atribuidas a aborto o sus complicaciones, lo que se torna en una tarea muy difícil de recolección de información (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2017, p. 23).

En ese escenario, el Ministerio de Salud Pública emitió en el año 2014 la norma técnica de atención integral en violencia de género, que obligó a los funcionarios de salud a aplicar un *tamizaje* a todas las pacientes, realizando preguntas que podrían identificar que una persona está viviendo violencia de género, lo cual no tuvo mucha acogida en los servidores de salud que prefirieron mirar y callar para no verse involucrados en los procesos legales.

Por otra parte, para el año 2010, diez de cada mil niñas y adolescentes tuvieron egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio, de las cuales se registró 25 muertes por estas causas y otras 150 se ignora su causa (Instituto ecuatoriano de estadísticas y censos, 2010). El Estado ecuatoriano, en el año 2012, para evitar más embarazos adolescentes, implementó la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), su objetivo era brindar educación, consejería en sexualidad y planificación familiar para la población en general a través de trabajo con padres de familia y de hablemos de sexualidad en familia, sin ningún tabú para que los jóvenes estén informados de lo que quieren saber y como resolver lo que están pensando (PLAN V, 2017).

Alrededor de 17.448 niñas menores de catorce años parieron en Ecuador entre 2009 y 2016, de acuerdo con la base de datos de Estadísticas Vitales y Nacimientos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), lo que da un promedio por año de 2.181 niñas menores de catorce que parieron en el sistema de salud pública, todas ellas víctimas de violencia sexual, por su edad, de conformidad con el COIP. Según datos del Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP) el *80 % de embarazos en niñas menores de catorce es producto de violencia sexual* y las demás fueron consecuencia al menos de estupro, pero casi ninguna de ellas figura en los registros estatales como víctimas de violencia de género, lo que impide que accedan a atención, reparación y justicia. Esto se demuestra en los registros entre el 2013 y 2016, que apenas reporta 232 consultas preventivas examen y

observación que dieron como consecuencia a denuncia de violación a niñas menores de catorce años en el MSP, un bajo número comparado con las 8.677 niñas que esos mismos años parieron producto de violación, pero que fueron recibidas ni tratadas como víctimas de violencia de género y que además fueron tuvieron un trato discriminatorio por parte del personal de salud (Acosta & Aguilar, 2018).

Estas niñas fueron registradas como madres y reciben la misma atención que las más de 280.633 mujeres adultas que dan a luz cada año en Ecuador, lo que imposibilitó darles un trato diferenciado para comprender cuál fue la causa de su embarazo y determinar a través del órgano competente al causante. La mayoría de violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes es perpetrada en la esfera familiar y en el entorno cercano, según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, provocando que después de parir tenga que volver a casa y continúen con el círculo, naturalizando estos actos con el pasar de los años y sin tener protección por parte del Estado.

Ante esta problemática el MSP creó las *salas de primera acogida*, con la finalidad de atender de forma diferenciada casos de violencia de género. En el país existen apenas quince salas, que funcionan en hospitales de trece provincias; cuentan con una médica perito, psicólogo y trabajador social, allí llegan decenas de pacientes diariamente. En Quito, funciona la Sala de Primera Acogida del Hospital Enrique Garcés, desde donde, en el 2015, notificaron a la justicia 415 casos de violencia de género, contra mujeres, niñas, niños, pero del seguimiento de las mismas, se pudo determinar que en su mayoría son archivadas (Acosta & Aguilar, 2018).

Según la Fiscalía General del Estado, entre 2015 y 2017 se registraron 27.666 denuncias sobre delitos sexuales en todo el país, apenas 4.854 fueron hechas por niñas y adolescentes que pudieron romper el silencio familiar, social e institucional y de las cuales se ha judicializado apenas la mitad, de estas, solo 817 casos tienen sentencias condenatorias, mientras que, en 271 casos el agresor fue absuelto (el Telégrafo, 2017).

En el año 2017, la Ministra de Salud a través de un memorando llamó la atención del personal médico del servicio público al recordarles la obligación que tienen los establecimientos de atender de manera oportuna a las mujeres que lleguen con procesos de aborto en curso o con consecuencias de aborto ya realizados, para precautelar su derecho a

la vida, sin que esto implique de manera alguna la legalización de los casos de aborto sancionados en el Código Orgánico Integral Penal, ya que la atención de salud es un derecho para todos, infractores y no infractores, además exhorta a los profesionales de la salud brindar la atención médica necesaria en los establecimientos a los casos de interrupción del embarazo y sus complicaciones, siempre en sujeción a la legislación vigente (Espinoza, 2017).

En el Ecuador, según el último informe del Ministerio de Salud Pública realizado en el 2018, la muerte materna por aborto ascendió al 15,6% de todas las muertes, ocupando el quinto lugar de todas las causas de muerte y el tercero de las causas de muerte materna (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2018). Bajo esta premisa, el aborto constituye un grave problema que puede terminar con la vida de quienes optan por esta opción en condiciones de riesgo, donde influyen múltiples causas determinantes de tipo médico, social y cultural que incide sobre la salud de la mujer, su familia y su comunidad. Adicionalmente, es el Estado quien debe tomar en cuenta que el costo promedio de evitar un embarazo no intencionado es de USD 114, mientras que atenderlo se estimó en USD 612, algo que ayudaría a crear o complementar áreas necesarias para el correcto ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (PLAN V, 2017).

b) Formulación de política pública

Para delimitar el contenido de la política pública en salud que atendería la realidad social de la despenalización del aborto, cuyo debate está en la Asamblea Nacional con la reforma del COIP, es pertinente desarrollar los ejes en los cuales se fundamenta.

El derecho a la salud es uno de los ejes en el escenario de la despenalización del aborto por violencia sexual. El preámbulo de la Constitución de la OMS, concibe a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12 numerales 1 y 2, prescribe que “los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y

mental, y deberán adoptar medidas para asegurar su plena efectividad” (Naciones Unidas, 1976).

En complemento, la Observación 14 del Comité de los DESC sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud establece que “El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”. La efectividad de este derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como *la formulación de políticas en materia de salud*, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS, la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Así, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Es por ello, que se debe garantizar la disponibilidad en los hospitales y centros de salud para que las mujeres sean atendidas por un grupo interdisciplinario especialista en la materia. El servicio debe ser accesible, de forma gratuita. El aborto no punible para niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia sexual, debe ser entendido en las diferentes esferas sociales, con especial atención a los sectores más vulnerables y marginados de la población, para lo cual es necesario que a través del MSP, se evalúe si los centros de salud en zonas rurales se encuentran con recursos humanos, técnico y financieros para realizar este procedimiento, de no ser el caso, abastecerlos con los implementos necesarios y la correspondiente capacitación del personal de salud. Adicionalmente, se deberá contar con infraestructuras que tengan acceso adecuado para personas con discapacidad y que estas se encuentran al alcance geográfico de todos los sectores de la población, particularmente, para el caso de niñas, adolescentes y mujeres enmarcadas en las causales al aborto no punible.

Otro punto que debe ser puesto a disposición de las pacientes, es el acceso a toda la información por parte de los prestadores de la atención y servicio de salud, sobre su estado de salud durante el procedimiento de interrupción de embarazo, además los establecimientos y personal médico estatal, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, esto quiere decir, respetar la confidencialidad y tener la sensibilidad para tratar a menores de edad o mujeres que han sido víctimas de violencia de

género. Con el personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario con funciones actualizadas, en buen estado y en condiciones sanitarias adecuadas, se cumplirá con el deber del estado de garantizar el derecho a la salud de calidad (Comité de Derechos Humanos, 2000, pp. 4-5).

El segundo eje, es el derecho a la salud sexual y reproductiva, el cual viene intrínsecamente relacionado con el primero. Fue definido en la Declaración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, como "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos". Se encuentra contenido dentro del ya mencionado artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y ha sido desarrollado en la Observación 22 del Comité de los DESC relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, que lo define como "el acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que asegure a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva" (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016, pp. 2-3).

Esto hace referencia a que las niñas, adolescentes y mujeres, tiene el derecho a elegir con que persona tener relaciones sexuales de manera libre y voluntaria, a utilizar métodos anticonceptivos que prevengan enfermedades de transmisión sexual, a decidir cuándo y cuántos hijos tener, a elegir el tipo de familia que desean formar, y, además tener el acceso a información.

Con esto el Estado debe garantizar y sobre todo respetar este derecho, a través de la concientización social por medio de programas y campañas que den información, por ejemplo, sobre las malformaciones que hacen inviable la vida del feto; situaciones que ponen en peligro la vida de la madre; y la gravedad física, legal y emocional de los embarazos por violación, al ser un acto que transgrede el cuerpo de la mujer. La información que brinde el Estado a la ciudadanía, debe aclarar qué son los procedimientos de aborto, cómo proceden y que garantizan la ponderación el derecho más importante, que es la vida e integridad de la madre que ha sido víctima de un delito.

Otro eje, es el interés superior de las niñas y adolescentes que han sido víctimas de violaciones, por lo general por parte de personas que son parte de su núcleo familiar o

entorno cercano. La Convención sobre los derechos del niño en su artículo 3.1 establece que, todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, deben tener una consideración primordial para atender el interés superior del niño (Naciones Unidas, 1990). En concordancia, con el artículo 44 de la Constitución del Ecuador, que en su parte pertinente, dice que el Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad (Constitución Ecuador, 2008).

Esto consiste en que a la niña o adolescente, se le debe otorgar un trato preferente, acorde con su caracterización jurídica en tanto sujeto de especial protección, de forma tal que se garantice su desarrollo integral y armónico como miembro de la sociedad, por tal motivo, el MSP debe crear salas de primera acogida exclusivamente para niñas y adolescentes debido a que su trato es diferenciado en protección a su desarrollo futuro, adicionalmente los profesionales de salud por medio del tamizaje y posterior chequeo, deben determinar la existencia de un embarazo por violación y denunciar a la Fiscalía General del Estado para que inicie la investigación correspondiente.

Un punto medular de la política pública, es la autorización para realizar el legrado a una menor de edad sin autorización de los representantes legales, teniendo en cuenta que la mayoría de casos de violencia sexual son perpetradores en el entorno familiar o cercano, es decir, la autorización tendría que darla quién presuntamente podría ser el agresor o quién no tomó acciones para proteger a la víctima, por lo que solo se garantiza la atención médica inmediata si prevalecen los derechos de las niñas o adolescentes de conformidad con su interés superior, su opinión y decisiones, con el acompañamiento, contención y asesoría adecuada a su edad, además de existir un informe médico que evidencie la necesidad de realizar el aborto, con el fin de precautelar su salud y evitar secuelas en su órgano reproductor. Es así que el legrado se realizará sin autorización de los padres, siempre que la víctima del delito haya contado con el acompañamiento necesario según su edad y madurez, haya tomado por sí misma la decisión y tenga el informe médico.

El último eje, es el derecho a la vida digna de las niñas, adolescentes y mujeres que mueren cada año, no solo en clínicas clandestinas e inseguras sino también en los centros de salud públicos que no las atendió de manera oportuna y las dejaron morir desangradas. El derecho a la vida se encuentra plasmado de la Declaración Universal de Derechos Humanos en el artículo 3: todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (Naciones Unidas, 2015), de igual manera la Constitución, plasma en el artículo 66 numeral 2, que se reconoce y garantiza a la persona el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación, nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, etc.

Entonces, este derecho comprende, además de no ser privado de la vida de manera arbitraria, la obligación del estado a no impedir el acceso a condiciones que le garanticen una existencia digna. Por ello, en los casos de violencia sexual en contra de las niñas, adolescentes y mujeres que tengan como resultado un embarazo, es importante que este sea despenalizado en el ordenamiento jurídico con el único fin de garantizarles sus derechos fundamentales, por medio de órganos de justicia eficientes, que protejan a las víctimas, no las revictimicen durante el proceso de investigación, que no dejen en la impunidad estos actos y que sancionen a los responsables.

En complemento, las instituciones públicas como el MSP deberán garantizar a las niñas, adolescentes y mujeres el acceso oportuno al servicio de salud en caso de aborto por violación, con atención y cuidado urgente por parte de los profesionales de la salud, aun cuando lleguen con indicios de haberse realizado un aborto; las casas de salud deben registrar la causa de ingreso y sus síntomas, asegurando un procedimiento ágil que no ponga en riesgo su vida y evite decesos.

c) Implementación de la política pública

La política pública, además de contar con recursos financieros y humanos necesarios, debe tener planes a corto, mediano y largo plazo, de capacitación y concientización del personal médico y administrativo. Por otro lado, se deben crear salas de primera acogida para menores de edad, tener el abastecimiento de insumos y equipamiento médico necesarios para realizar abortos en hospitales y centros de salud pública con

especial énfasis en zonas rurales, para lograr el acceso y ejercicio de los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres que están dentro del marco de las causales al aborto no punible del COIP.

Para garantizar la eficacia de la prestación de servicios, se tomará como referencia los lineamientos establecidos por la Corte Constitucional Colombia para los mismos casos que se están debatiendo en la Asamblea Nacional, las pacientes deben cumplir ciertos requisitos dependiendo de la causal en la que se encuentre su situación, con el fin de evitar futuras dilaciones que puedan constituir vulneraciones de derechos.

En caso de que *el embarazo ponga en peligro la vida o la salud de la mujer*, se debe cumplir con el requisito de presentar un certificado de un médico ginecólogo, que a través de los chequeos correspondientes haya determinado que la continuidad del embarazo puede ser perjudicial para ella, con el cual, la mujer podrá hacerse el aborto desde el conocimiento de este hecho, cabe recalcar que es la mujer quien decide el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar. En esta primera causal la voluntad de la madre de continuar o no con el embarazo condicionará el resto del procedimiento, de ser positiva su decisión, el profesional de la salud se debe limitar a darle recomendaciones sobre cómo llevar de mejor manera su embarazo.

En el segundo caso, cuando sea por *malformaciones del feto incompatibles con la vida*, de igual forma la mujer gestante debe tener un certificado médico expedido por un profesional de la salud, en el cual se especifique el problema congénito del feto que hace inviable su vida, este documento será suficiente para que pueda realizarse el aborto en cualquier etapa del embarazo.

Adicionalmente, en caso de que la mujer se haya realizado esta práctica por una de las causas antes señaladas, el médico tratante podrá, previa solicitud de la paciente asesorarla en métodos que han sido catalogados como eficaces para embarazarse y pasos a seguir durante la etapa de gestación.

En caso de *acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto*, es obligación del profesional de la salud que conoce del caso, denunciar ante la Fiscalía General del Estado el cometimiento de este delito, en caso de que la víctima no lo haya

realizado antes, con esto la mujer podrá ser beneficiaria, si así lo ha decidido, del servicio de aborto en cualquier etapa del embarazo.

En caso de adolescentes entre 15 a 17 años, se hará el tamizaje correspondiente por el personal de la salud, quienes determinarán indicios de la existencia de violencia sexual, la cual deberá ser denunciada a la Fiscalía General del Estado para el inicio de la investigación correspondiente.

Por último, las menores de 14 años que lleguen en estado de gestación a los centros de salud pública, se presumirá jurídicamente que fueron víctimas de violencia sexual, según lo determina el artículo 171 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), el personal de salud debe hacer la denuncia a la Fiscalía General del Estado para su investigación, se realizará el legrado sin necesidad de la autorización de los padres o tutores, siempre y cuando sea esta la voluntad de la menor de edad (Ministerio de Salud Pública Colombia, 2016).

El motivo por el cual no sería necesaria la autorización de los representantes legales de la menor de edad para realizarse un aborto por violación, es debido a que la mayoría de violaciones son cometidas por personas que se encuentran dentro del núcleo familiar, lo que hace imposible que estas sean denunciadas inmediatamente, muchas de las veces por miedo o por la naturalización de las situaciones de violencia, lo cual trasgrede la primera esfera de protección de la víctima para su desarrollo digno e integral en la familia, por lo que el Estado es el obligado a intervenir de forma inmediata para garantizar el interés superior de las niñas y adolescentes.

La interrupción voluntaria del embarazo en caso de menores de edad, se debería programar dentro de un plazo razonable de 5 días desde la consulta médica, con el fin de evitar barreras o dilaciones que retrasen el proceso, pongan en riesgo su vida y sobre todo, la víctima tenga tiempo de tomar una decisión razonada. En complemento, el personal de la salud tratante deberá asesorar a la paciente sobre métodos anticonceptivos que puede utilizar acuerdo a su edad y desarrollo.

Por último, ningún profesional de la salud debería alegar objeción de conciencia antes o durante el procedimiento de aborto. Si lo hace, será siempre que no vulnere derechos fundamentales de las niñas, adolescentes o mujeres. Por ejemplo, en Uruguay, el profesional de la salud debe llenar un formulario motivando las razones por las cuales no

prestará la atención médica, este se revisará por la máxima autoridad de la entidad pública quien resolverá sobre la pertinencia del mismo, en caso de no estar de acuerdo con la resolución, el médico tratante podrá seguir un procedimiento por la vía judicial. La objeción de conciencia, no debería ser presentada de manera colectiva ni institucional como ocurrió en Uruguay, ya que se debe justificar personalmente y por escrito los motivos que soporten la decisión del médico.

Estos parámetros son los que deberían enmarcan el escenario de las causales al aborto no punible que se incluirían en el artículo 150 del COIP. Cada caso deberá tener un tratamiento específico y especializado en el MSP, además de mantener un registro de las niñas, adolescentes y mujeres que accedieron a esta práctica, sin verse vulnerados sus derechos por creencias religiosas o éticas que limiten su ejercicio.

d) Seguimiento y evaluación de la política pública

Para esta etapa final de la política pública, se tomaron como referencias las interrupciones voluntarias del embarazo implementadas por los Estados colombiano y uruguayo, en aras de materializar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia sexual

En el caso colombiano, se permite el aborto por las mismas causales que se están debatiendo en la Asamblea Nacional. Desde el año 2006 hasta la actualidad, se han hecho informes para determinar la eficacia y materialidad de la sentencia C- 355/06 en los establecimientos de salud a través de personal médico capacitado. Se calcula un total de 10.514 interrupciones voluntarias del embarazo, con las más altas condiciones de seguridad y avances técnicos en la atención, al realizar 348 abortos de segundo y tercer trimestre de gestación, sin embargo, a pesar de los avances por proteger los derechos de la mujer, la cifra aún está lejos de satisfacer los mismos, debido a que se estima que en el país se practican alrededor de 400,000 abortos anualmente, muchos de ellos se enmarcan dentro de las causales permitidas para esta práctica pero que por razones externas prefieren hacerlo en la clandestinidad, lo que día a día ponen en riesgo la vida de las mujeres (Profamilia, 2017, pp. 5-16).

En el primer caso, cuando el embarazo constituye un peligro para la vida o la salud de la mujer, se encontró que los médicos prestadores del servicio les dicen a las pacientes

que no están lo suficientemente enfermas o que deben esperar a que tenga lugar una junta médica para tomar una decisión sobre su caso, cuando la sentencia establece que esas juntas no son necesarias, el único requisito que la Corte fijó fue la presentación de una certificación médica. En el segundo caso, malformaciones del feto que son incompatibles con la vida, se solicita pasar por un comité de expertos, cuando es suficiente con que un médico expida un certificado, demostrando los problemas congénitos del feto. Por último, el acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto, en la que se necesita la copia de la denuncia para realizarse el aborto, se vio limitado debido a que en Colombia solamente se denuncia el 30 por ciento de los actos de violencia sexual mientras que el 70 por ciento queda oculto porque muchas veces el agresor es cercano a la víctima (Sentido, 2016).

Estas razones que son externas a la voluntad de la mujer de realizarse o no el aborto, debieron ser solucionadas con la creación de una ley que delimite con claridad el alcance de la sentencia C- 355/06 y su correcto ejercicio, pero el órgano legislativo ha hecho caso omiso a esta solicitud.

Por otro lado, con un espectro de legalización del aborto total, el Ministerio de Salud Pública del Uruguay, según registros entre 2013 y 2016, realizó 34.589 interrupciones legales de embarazo. El servicio de salud para interrupción voluntaria del embarazo se implementó a nivel nacional de forma gratuita en el sistema de salud pública y con la creación de un manual se estandarizó un procedimiento para esta práctica, pese a esto, existió preocupaciones por parte del Estado por la persistencia muy reducida de esta práctica en la clandestinidad, debido a que después de aprobada la ley, murieron dos mujeres, una en 2013 que nunca recurrió a los servicios legales y la otra en 2016, que sí consultó en los servicios, pero tenía 13 semanas de embarazo por lo que recurrió a una práctica insegura y murió por septicemia (Mujer y Salud en Uruguay, 2017).

Con el pasar de los años se fue incrementando las prácticas del aborto a medida que los servicios se instalaron, la población se informó sobre su disponibilidad en el SNIS, aumentó la confianza en la confidencialidad de la atención, se reguló la falta de personal médico por objeción de conciencia con la contratación de nuevos profesionales, se tuvo disponibilidad de equipos de aborto en todos centros de salud, lo cual resultó en una tasa

promedio de abortos de 11,5 por cada mil mujeres, que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos con autonomía sobre su cuerpo.

Debido a que el caso colombiano contiene las mismas causales por aborto no punible que se están debatiendo en Ecuador, se evaluará ex antes la política pública que se tendría que implementar con la reforma al COIP. Tomando en cuenta los obstáculos que han surgido durante la materialización del mismo. Como primer parámetro, el órgano de evaluación de resultados de la política pública será en MSP, quien se encargará de reunir la información correspondiente y determinar si se está cumpliendo con los objetivos planteados, de no ser así, se tomarán medidas para mejorar el funcionamiento del programa y el impacto hacia la población beneficiaria.

Como segundo parámetro, el MSP deberá crear un protocolo de atención para todas las instituciones y servidores de salud, en el cual se plasmarán los requisitos y procedimientos para realizarse el aborto no punible, con la finalidad de evitar irregularidades durante la prestación del servicio, adicionalmente, deberá contar con los pasos a seguir del personal médico, en caso de tener objeción de conciencia, por ejemplo, este no debería ser presentado en conjunto, su fundamentación no debe vulnerar derechos fundamentales, su actuación no puede agravar la salud de la paciente y a quién le corresponde brindar la atención médica, mientras se resuelve la objeción de conciencia. Este protocolo de atención adicionalmente deberá contener, los pasos a seguir para que el personal de salud presente las denuncias por los delitos de violación que llegaron a su conocimiento.

Por último, el MSP deberá presentar un estudio que demuestre en qué hospitales y centros de salud pública, existe mayor confluencia de menores de edad con síntomas de embarazo por violación y la necesidad de la creación de salas de primera acogida, con un equipo interdisciplinario que ayudará física y psicológicamente a las menores de edad a superar los traumas ocasionados por la violencia sexual.

Conclusiones

- La jurisprudencia emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *Artavia Murillo vs Costa Rica*, desvirtúa el argumento moral y teológico de grupos conservadores que protegen la vida desde la concepción, al establecer que el embrión no tiene la capacidad de desarrollarse como individuo, y que es viable a partir de su implantación al útero materno. El derecho a la vida que se deben proteger es el de la madre gestante.
- La escasa preocupación de los Estados Latinoamericanos, por dar solución al problema de salud pública que gira alrededor al aborto, ha provocado que Naciones Unidas a través de sus órganos, recomiende que los Estados Parte legalizar esta práctica por lo menos en ciertos casos como violación, peligro contra la vida o salud de la madre y malformación fetal. Adicionalmente, solicita la eliminación de medidas punitivas al aborto, con el único fin de proteger derechos fundamentales de las niñas, adolescentes y mujeres.
- En los países donde el aborto es legal, se ha demostrado que los índices por muerte materna se han reducido drásticamente. Es el caso de Uruguay, que después de la entrada en vigencia de la ley de interrupción voluntaria del embarazo, se garantizó el acceso universal a este servicio de manera segura y gratuita, con lo que según datos de su Ministerio de Salud Pública en el año 2016 se realizaron alrededor de 10 mil abortos y tan solo se registró una muerte materna realizada a esta causa.
- La experiencia uruguaya nos demostró que pese los avances en su normativa legal vigente, aún existían indicadores de persistencia de esta práctica en la clandestinidad. Lo que obligó al Estado a planificar e implementar programas que ayuden a superar los obstáculos que se generaron en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, garantizándoles a sus ciudadanas un acceso a servicios de salud adecuados, promoción de esta práctica, un personal de salud no objeto capacitado y le correspondiente equipo médico.
- La objeción de conciencia fue uno de los obstáculos en el camino de la legalización del aborto en Uruguay, ya que muchos médicos hicieron uso de esta figura jurídica al considerar que sus creencias éticas y morales estaban por encima de los derechos

de sus pacientes, sin tomar en cuenta que sus creencias pese a ser parte de sus derechos a la libertad y dignidad humana, no son absolutos y deben tener afinidad con los otros derechos.

- La penalización del aborto en Ecuador constituye una forma de vulneración de derechos a la salud, a una vida libre de violencia, a la autonomía, a la intimidad, a tomar decisiones libres, a la vida privada y familiar, a la no discriminación, a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes, al limitar de manera inapropiada su capacidad para planificar sus vidas.
- La maternidad forzada de niñas, adolescentes y mujeres por causa de una violación, se configura como tortura, al tener que criar un hijo que le recordará toda su vida el acto reprochable del que fue víctima.
- Según datos de estadísticas vitales y nacimientos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), alrededor de 2.181 niñas menores de catorce fueron víctimas de violaciones en su mayoría por algún miembro de su entorno familiar y fueron obligadas a parir un hijo no deseado, afectando a su interés superior y proyecto de vida.
- La ampliación de las causales al aborto no punible, viabiliza la posibilidad de realizarse esta práctica, mas no garantiza el correcto ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, adolescentes y mujeres. Por lo que es necesario la creación de políticas públicas que garantice el ejercicio de estos derechos y la estandarización de un procedimiento sin dilaciones.
- La efectividad de la política pública, se evaluará dependiendo de los objetivos planteadas previamente a su implementación. Estos dependerán del acceso universal y sin discriminación de las niñas, adolescentes y mujeres que se acerquen a cualquier institución de salud pública a ejercer su derecho de interrumpir su embarazo si se enmarca en una de las causales al aborto no punible.

Recomendaciones

- El primer paso para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como parte de su autonomía, es la lucha constante por el reconocimiento de los mismos. Es por ello que después de tantos años, se está debatiendo en la Asamblea Nacional el proyecto de reforma al artículo 150 del COIP, que ampliará las causales al aborto no punible.
- Ampliar las causales al aborto no punible solo fija el punto de partida, de un Estado ecuatoriano que deberá planificar y presupuestar todos los gastos necesarios para la implementación de una política pública que le permita a las niñas, adolescentes y mujeres ejercer su derecho a interrumpir su embarazo. Durante la práctica se podrá evaluar los obstáculos se han generado en la prestación de servicio de salud.
- Es menester de los grupos feministas y la sociedad civil seguir luchando por el reconocimiento sin limitaciones del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Para que ninguna mujer vuelva a utilizar clínicas clandestinas que ponen en riesgo su vida y salud.

Referencias Bibliográficas

- Abad, D. D. M. (2002). Algunos aspectos históricos-sociales del aborto.
- Aborto sin Barreras. (2018). Aborto Sin Barreras. Recuperado 19 de enero de 2019, de <http://abortosinbarreras.org>
- Abracinskas, L. (2004). 63% a favor Ley de Salud Reproductiva. Recuperado de <https://www.cotidianomujer.org.uy/2004/dossieraborto.pdf>
- Acosta, A., & Aguilar, L. (2018). Las niñas invisibles de Ecuador. Recuperado 8 de enero de 2019, de <https://wambra.ec/las-ninas-invisibles-ecuador/>
- Adriasola, G. (2013). La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo: ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias? *Revista Médica del Uruguay*, 29(1), 47-57.
- Asiaín, C. (2016). Objeción de conciencia y libertad de conciencia: Normativa vigente en la salud en Uruguay. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-61932016000200001
- Astudillo, C. (2018). *La despenalización del aborto como problema público y político: contienda y debate legislativo del COIP en Ecuador 2013*. FLACSO, Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/13601/2/TFLACSO-2018CFAA.pdf>
- Bejarano Celaya, M., & Acedo Ung, L. G. (2014). Cuerpo y violencia: regulación del aborto como dispositivo de control a las mujeres. *Región y sociedad*, 26(ESPECIAL4), 261-283.

- Besio, M., Chomalí, F., Neira, J., & Vivanco, Á. (2008). *Aborto “terapéutico”*. Chile. Recuperado de https://www.ucsc.cl/wp-content/uploads/2014/03/20090422_abortoterapeutico.pdf
- Briozzo. (2002). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/dpmc/biblioteca/libros/aborto.pdf>
- Bustamante, V. (2011). Tendencia y magnitud de la mortalidad materna en general y específicamente de las muertes certificadas por aborto y sus complicaciones (diagnosticos 003-008 cie 10) en los servicios públicos de salud del Ecuador. Recuperado de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D572.pdf
- Caiza, J. (2015). *La legalización y despenalización del aborto en casos de violación en una mujer lúcida, aplicada al Código Orgánico Integral Penal Ecuatoriano*. Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Campos, S. (2015). “*Yo aborto, tú abortas ¿Todas callamos?*” Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138594/Yo-aborto-tu-abortas-todas-callamos.pdf;sequence=1>
- Cano, L. (2014). La narrativa de las políticas públicas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana, *I*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/papel/v19n2/v19n2a04.pdf>
- Casas, L., & Lawson, D. (2016). *Debates y reflexiones en torno a la despenalización del aborto en Chile*. Chile. Recuperado de http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/Publicaciones/Libros/ABORTO_DEBATESYREFLEXIONES/Objeciondeconciencia.pdf

CEDAW. (1994). Recomendaciones generales CEDAW. Recuperado 8 de enero de 2019, de https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CEDAW/00_4_obs_grales_CEDAW.html

Cedeño, E. (2018). *Las políticas públicas de infraestructura para servicios Básicos de la administración 2014-2019 del gobierno Autónomo descentralizado municipal del cantón Chone. Análisis de dichas políticas dirigidas a los barrios urbano marginales de la ciudad*. Central del Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15718/1/T-UCE-0013-CSH-001P.pdf>

Centro de Derechos reproductivos. (2015). *El derecho a la vida de quién? Derechos de las mujeres y protecciones prenatales en el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho comparado*. Recuperado de [https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/RTL_spanish_4%2015%20\(2\)_1.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/RTL_spanish_4%2015%20(2)_1.pdf)

Centro de estudios legales y sociales. (2015). *Derechos sexuales y reproductivos*. Argentina. Recuperado de <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/Derechos-sexuales-y-reproductivos.pdf>

Colegio Médico del Uruguay. (2013). OPS/OMS Uruguay - Aborto: Declaración Preliminar del Colegio Médico del Uruguay. Recuperado 21 de enero de 2019, de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=630:aborto-declaracion-preliminar-colegio-medico-uruguay&Itemid=340

Comisión especial de estadísticas de género. (2016). *Homologación del cálculo indicador del porcentaje de las mujeres que han vivido violencia sexual por parte de*

- cualquier persona a lo largo de su vida*. Ecuador: INEC. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sistema_Estadistico_Nacional/Comisiones/Genero/Resoluciones/3.%20Violencia_Sexual.pdf
- Comisión Especializada Permanente de Justicia y estructura del Estado de la Asamblea Nacional. (2018). *Informe para primer debate del Proyecto de Ley Orgánica Reformatoria del Código Orgánico Integral Penal*. Quito, Ecuador.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- Comité de Derechos Humanos, O. G. (2000). Biblioteca de los Derechos Humanos de la Universidad de Minnesota. Recuperado 7 de enero de 2019, de <http://hrlibrary.umn.edu/hrcommittee/Sgencom28.html>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2016). Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. Recuperado de https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf
- Constitución Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador de 2008. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6716.pdf>
- Contento, D. (2017). *La política pública de inclusión de los jóvenes en el mercado laboral: estudio del programa mi primer empleo en la provincia de Loja (2010 – 2011)*. Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.iaen.edu.ec/xmlui/handle/24000/4657?show=full>
- Correa, S., & Pecheny, M. (2016). *Abortus interruptus*. Uruguay. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/11/aqu%C3%AD.pdf>

Corte Constitucional Colombiana. (2006). C-355-06 Corte Constitucional de Colombia.

Recuperado 19 de enero de 2019, de

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Corte Suprema de Justicia de los EE.UU. Wade vs Roe, No. 410 U.S. 113 (1973).

De la Peña, A. Iniciativa con proyecto de decreto por el que adiciona el artículo 4 de la

Constitución, en materia de derecho a la salud e interrupción voluntaria del

embarazo. (2018). Recuperado de

http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2018/08/asun_3726645_20180801_1533136989.pdf

Defensoría del Pueblo Colombia. (2006). *Caracterización de las niñas, niños y*

adolescentes desvinculados de los grupos armados ilegales: Inserción social y

productiva desde un enfoque de derechos humanos. Bogotá, Colombia. Recuperado

de https://www.unicef.org/colombia/pdf/co_resources_ID7_capt_seis.pdf

Ecuador. Leyes y Reglamentos. (2014). *Código orgánico integral penal*. Quito: Ministerio

de Justicia, Derechos Humanos y Cultos.

El Comercio. (2018). La despenalización de aborto vuelve al debate en la Asamblea

Nacional. Recuperado 19 de enero de 2019, de

<https://www.elcomercio.com/actualidad/despenalizacion-aborto-debate-asamblea-coip.html>

El Mundo. (2013). Rafael Correa amenaza con dimitir si se aprueba la despenalización del

aborto | Noticias | elmundo.es. Recuperado 13 de febrero de 2019, de

<https://www.elmundo.es/america/2013/10/11/noticias/1381509096.html>

El Senado y la Cámara de Representantes. (1938). Ley 9.763. Recuperado 14 de enero de

2019, de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5774847.htm>

- el Telégrafo. (2017, diciembre 12). Fiscalía recibió 714 denuncias por delitos sexuales en el ámbito educativo desde 2015. Recuperado 28 de febrero de 2019, de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/12/fiscalia-recibio-714-denuncias-por-delitos-sexuales-en-el-ambito-educativo-desde-2015>
- Espinoza, V. (2017). Ministerio de Salud aclara los alcances de memorando sobre atención de mujeres que llegan con abortos en curso y secuelas de abortos – Ministerio de Salud Pública. Recuperado 25 de febrero de 2019, de <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-aclara-los-alcances-de-memorando-sobre-atencion-de-mujeres-que-llegan-con-abortos-en-curso-y-secuelas-de-abortos/>
- Faundes, A., & Barzelatto, J. (2005). *El drama del Aborto*. Paidós Argentina.
- Fernández, D. G. (2009). El embrión humano o nasciturus como sujeto de derechos, (17), 18.
- Fernández, D. G. (2011). Protección jurídica del embrión humano.
- Garbay, S. (2006). Derechos sexuales y derechos reproductivos en la normativa constitucional e Internacional. *Revista electrónicas Aportes Andinos*, (15), 1-9.
- Garrido, J. (1995). El aborto en la Historia. Recuperado de http://www.academia.edu/25028180/EL_ABORTO_EN_LA_HISTORIA
- Gold, N. (2015). Gobierno pierde juicio y médicos podrán negarse a tareas abortivas. Recuperado 21 de enero de 2019, de <https://www.elobservador.com.uy/nota/gobierno-pierde-juicio-y-medicos-podran-negarse-a-tareas-abortivas-2015821500>
- Goldsztem, N. (s.f). aborto (Concepto e Historia), 61-62.
- González, C. (2010). *Salud sexual, salud reproductiva y aborto, ¿qué derechos?* I. U. Derechos Humanos UCM. Recuperado de

https://books.google.com.ec/books?id=M_ethUydmQ8C&pg=PA115&lpg=PA115&dq=que+la+vida+potencial+debe+ser+protegida+por+el+Estado+desde+el+momento+que+es+posible+su+viabilidad&source=bl&ots=pMyhm3Wzgz&sig=GDsiwwbASxkzSwN3HglBOsxdxmY&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwihh76qit3fAhVj0FkKH7NAmEQ6AEwAnoECAgQAQ#v=onepage&q=que%20la%20vida%20potencia l%20debe%20ser%20protegida%20por%20el%20Estado%20desde%20el%20momento%20que%20es%20posible%20su%20viabilidad&f=false

Grijalva, A. (2007). *El Tribunal Constitucional, el Congreso y la Jurisdicción Ordinaria en el Desarrollo de las Garantías de los Derechos Constitucionales en Ecuador*.

Quito, Ecuador. Recuperado de

<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5052/1/PI-2007-2-Grijalva-El%20tribunal.pdf?fbclid=IwAR1kp7PeOrnUD0S5smvrLPwq-0vBZE0FOVqM-pMkT7iGysF8r3WSoExJhG8>

Grover, A. (2011). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (No. A/66/254). Naciones Unidas. Recuperado de

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/61/PDF/N1144361.pdf?OpenElement>

Guevara, P. (2016). *Manejo del Aborto*. Salvador. Recuperado de

https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion20052016/MANEJO-DE-ABORTO.pdf

Hurst, J. (1998). *La Historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica*. Mexico.

Recuperado de <https://programaddsrr.files.wordpress.com/2013/05/la-historia-de-las-ideas-sobre-el-aborto-en-la-iglesia-cate3b3lica-lo-que-no-fue-contado.pdf>

- INFO_Adolescents_WEB_SP.pdf. (s. f.). Recuperado de
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Adolescents_WEB_SP.pdf
- Instituto ecuatoriano de estadísticas y censos. (2010). *Embarazo Adolescente Mujeres entre 12 y 19 años de edad*. INEC. Recuperado de
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2012/embarazos_adolescentes1.pdf?fbclid=IwAR2epmn1q54NWGHxNJo_FwKJKVbDRMtOjq2FQBM1INykThiM6bvaU3Q-IVY
- Insunza F, A., Behnke G, E., & Carrillo T, J. (2011). Enfermedad hemolítica perinatal: manejo de la embarazada RhD negativo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(3), 188-206. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262011000300010>
- Johnson, N., Rocha, C., & Schenck, M. (2013). *La inserción del Aborto en la Agenda político-pública uruguaya 1985-2013*. Montevideo. Recuperado de
<https://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/pdf/aborto15web.pdf>
- Juvenal, J. (2013). Reflexiones sobre la objeción de conciencia e ideario en el Uruguay a partir de las leyes 18.987 y 18.473, 33-56.
- Juvenal, J. (2015). La objeción de conciencia. su régimen jurídico vigente en Uruguay, con especial referencia a su ejercicio por los funcionarios públicos, 7. Recuperado de
<http://revistaderecho.um.edu.uy/wp-content/uploads/2016/03/JAVIER-Juvenal-M.-la-objecion-de-conciencia.-u-regimen-juridico-vigente-en-uruguay-con-especial-referencia-a-su-ejercicio-por-los-funcionarios-publicos.pdf>
- La Federación Internacional de Planificación de la Familia. (2009). *Derechos Sexuales: una declaración del IPPF*. Recuperado de

https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf

La Federación Internacional de Planificación de la Familia. (2015). *Salud y derechos sexuales y reproductivos: la clave para alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres*. Recuperado de

https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_2020_gender_2015_spa_web.pdf

Legislativo España. (2010, marzo 4). LEY ESPAÑOLA SOBRE LA IVE. Recuperado 7 de enero de 2019, de <http://www.abortoinformacionmedica.es/2010/03/04/ley-espanola-sobre-la-ive/>

López, A., & Abracinskas, L. (2009). *El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*. Recuperado de

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/A%C3%B1o-3.-N%C2%BA-3.-L-G%C3%93MEZ-Alejandra-y-ABRACINSKAS-Lili%C3%A1n-2009-Debate-social-y-pol%C3%ADtico-sobre-Ley-de-SSR.pdf>

López, S. (2014). *La despenalización del aborto con ocasión de una violación*. Rafael Landívar, Mexico. Recuperado de

<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2014/07/01/Lopez-Sara.pdf>

Luzzi, L. (2012). En 1933 Uruguay legalizó el aborto y desató el debate social. Recuperado 26 de enero de 2019, de <https://www.elobservador.com.uy/nota/en-1933-uruguay-legalizo-el-aborto-y-desato-el-debate-social-201292921180>

Maglio, sergio. (2013). Aborto despenalizado en Uruguay: La nueva ley y los desafíos para el trabajo social.

MedlinePlus. (2018). Fecundación in vitro (FIV). Recuperado 8 de enero de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007279.htm>

- Méndez, J. (2016). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* (No. A/HRC/31/57). Naciones Unidas.
Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10361.pdf>
- Ministerio de Salud Pública Colombia. (2016). Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. Recuperado 26 de febrero de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. Recuperado de <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2018). *Mortalidad evitable - gaceta de muerte materna SE32*. Quito, Ecuador. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-32-MM.pdf>
- Morales, I. M. G. (2013). Tramas argumentales en el debate legislativo sobre el aborto. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (43), 84. <https://doi.org/10.29340/43.109>
- Mujer y Salud en Uruguay. (2012). Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (22/10/2012). Recuperado 14 de enero de 2019, de <http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/normativa-sanitaria-14/>
- Mujer y Salud en Uruguay. (2017). *Servicios legales de aborto en Uruguay Logros y desafíos de su funcionamiento* (p. 12). Uruguay. Recuperado de http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2018/04/Folleto-OBS_6-4-2018.pdf

- Muñoz, A. (2018, mayo 7). A cinco años de la aplicación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado 10 de febrero de 2019, de <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2018/5/a-cinco-anos-de-la-aplicacion-de-la-ley-de-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>
- Naciones Unidas. (1976). ACNUDH | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado 26 de febrero de 2019, de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Naciones Unidas. (1990). ACNUDH | Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado 26 de febrero de 2019, de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- Naciones Unidas. (2015, octubre 6). La Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado 26 de febrero de 2019, de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Nogueira, H. (2003). *Teoría y dogmática de los derechos fundamentales*. México.
- Ocón, A. (2017). *El aborto: aspectos filosóficos, éticos y jurídicos*. Complutense de Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/43243/1/T38908.pdf>
- Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (s.f.a). Aborto. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB_SP.pdf
- Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (s.f.b). Adolescentes. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Adolescents_WEB_SP.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Uruguay. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2017). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. Recuperado 7 de enero de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
- Ortiz, G. (2018). *Aborto y Objeción de conciencia*. Mexico. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4732/18.pdf>
- Pardo, D. (2018, agosto 9). 4 claves que explican por qué ganó el rechazo a la nueva ley del aborto en Argentina (y qué tendrán que hacer sus promotores para volverlo a plantear). Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45124523>
- Pareja Montesinos, M. (2008). La despenalización del aborto consentido en la legislación ecuatoriana. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/388>
- Pazmiño, E. (2016). *Proyecto de Ley Orgánica Reformatoria al Código Orgánico Integral Penal*. Quito, Ecuador: Defensoría Pública. Recuperado de <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/1513/1/26.-%20Presentacio%CC%81n%20reforma%20COIP.pdf>
- Peréz, Y., Lloret, Y., & Solís, K. (2017). *Llover sobre mojado*. Perú. Recuperado de <http://www.caps.org.pe/wp-content/uploads/2017/03/Libro-Llover-sobre-mojado-final-baja-1.pdf>

- PLAN V. (2017). Las crudas cifras del costo del embarazo adolescente en Ecuador.
Recuperado 25 de febrero de 2019, de
http://www.planv.com.ec/historias/sociedad/cradas-cifras-del-costo-del-embarazo-adolescente-ecuador?fbclid=IwAR35WQMuzyMn4JJeLT0w3_vJPj9lp7mJ5ViS1QarA50NhtniSN-xYk4a3N0
- Profamilia. (2017). *Informe anual de actividades*. Colombia. Recuperado de
<http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/04/INFORME-PROFAMILIA-2017.compressed.pdf>
- Reyes, S., & Ortiz, S. (2017). 184 mujeres, enjuiciadas por el delito de aborto consentido.
Recuperado 7 de enero de 2019, de <https://www.elcomercio.com/actualidad/184-mujeres-enjuiciadas-delito-aborto.html>
- Román, V. (2018). El debate alrededor de la objeción de conciencia médica y el aborto: ¿beneficia o perjudica a las mujeres? Recuperado 21 de enero de 2019, de
<https://www.infobae.com/salud/2018/06/27/el-debate-alrededor-de-la-objecion-de-conciencia-medica-y-el-aborto-beneficia-o-perjudica-a-las-mujeres/>
- Rostagnol, S., Viera, M., Grabino, V., & Mesa, S. (2011). Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU AL misoprostal. Recuperado de
<https://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/48018/1/transformaciones-y-continuidades-de-los-sentidos-del-aborto-voluntario-en-uruguay.pdf>
- Roth, A.-N. (2002). *Políticas Públicas: Formulación, Implementación y Evaluación* (Aurora). Bogotá, Colombia.

- Salgado, J. (2008). *La reapropiación del cuerpo: derechos sexuales en Ecuador*. Editorial Abya Yala. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/223/1/SM80-Salgado-La%20reapropiaci%C3%B3n%20del%20cuerpo.pdf>
- Sentiido. (2016, mayo 9). Aborto en Colombia, ¿qué ha pasado desde 2006? Recuperado 27 de febrero de 2019, de <https://sentiido.com/aborto-en-colombia-que-ha-pasado-desde-2006/>
- Taracena, R. (2005). El aborto a debate: Análisis de los argumentos de liberales y conservadores. *Desacatos*, (17), 15-32.
- Trejo, L. (2010). *Aborto y Libertad: un problema de política pública*. Recuperado de <http://www.fes-sociologia.com/files/congress/10/grupos-trabajo/ponencias/434.pdf>
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Caso Costa y Pavan contra Italia (2012). Recuperado de http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2035/jurisprudencia_tribunal-europeo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Un nuevo informe destaca las variaciones a nivel mundial en la incidencia y seguridad del aborto. (2018, marzo 19). Recuperado 7 de enero de 2019, de <https://www.guttmacher.org/es/news-release/2018/un-nuevo-informe-destaca-las-variaciones-nivel-mundial-en-la-incidencia-y>
- Vásconez, B., & Mena, M. (2017). La situación jurídica del nasciturus en el Ecuador su tutela efectiva en los sistemas internacionales de derechos humanos. Recuperado de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2304/1/Situaci%C3%B3n.pdf>
- Vicuña, B. V. (2012). Aborto inducido. *Anales de la Universidad de Chile*, (3), ág. 259-270. <https://doi.org/10.5354/anuc.v0i3.21740>

- Vidal, F., Carrasco, M., & Pascal, R. (2004). *Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: derechos sexuales y reproductivos?: un estudio de correlaciones en ocho regiones del país*. Santiago: Universidad ARCIS / FLACSO/Vivo positivo.
- Villela Cortés, F., & Linares Salgado, J. E. (2015). Diagnostico genético prenatal y aborto: Dos cuestiones de eugenesia y discriminación. *Revista de Bioética y Derecho*, (24), 31-43. <https://doi.org/10.4321/S1886-58872012000100004>
- Viteri, M. (2018). *El aborto en Ecuador: sentimientos y ensamblajes*. Ecuador: FLACSO Ecuador.
- Wayne, P. (2007). *Políticas Públicas: Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas* (primera edición). Mexico. Recuperado de https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/1097951/mod_resource/content/1/Parsons%20Wayne%20-%20Políticas%20Publicas.pdf
- Women for faith & family. (2018). Novena pro vida.