

Situación del aborto en el Ecuador, una perspectiva desde el marco legal y de salud.

En base a la revisión del marco normativo de aborto en el Ecuador, de los lineamientos de la OMS para el aborto seguro realizados en el año del 2022, hemos realizado este informe que tiene como objetivo aportar a la comprensión del marco legal de aborto en Ecuador, desde la perspectiva de la visibilización de la existencia de normas, leyes y protocolos.

Este estudio identificará y reflexionará sobre los cambios y persistencias existentes en la regulación de acceso al aborto en Ecuador durante la pandemia de COVID-19 y en las afectaciones que la misma ha causado en materia de acceso a servicios de salud para esta práctica, y recogerá todos los cambios normativos realizados a partir de la expedición de la sentencia 34-19-IN y acumulados, que despenalizó el aborto por causal violación en abril del 2021.

Esta análisis se realizará desde una perspectiva feminista y de salud pública, es decir se analizará el marco normativo desde la prioridad que el mismo da a los deseos, demandas y necesidades de las mujeres y personas abortantes, desde los estándares nacionales e internacionales en materia de aborto y derechos humanos y desde las Directrices sobre la atención del aborto de la Organización Mundial de la Salud año 2022(OMS).

Metodología

Este informe presenta resultados de un proceso de revisión documental de las normas nacionales, incluyendo leyes, actos administrativos, guías y otros documentos oficiales expedidos por el Ministerio de Salud Pública, la Asamblea Nacional, la Corte Constitucional entre otras autoridades en Ecuador, respecto al aborto. Mismos que fueron analizados a la luz de un enfoque feminista, de derechos humanos y de salud pública con el objetivo de dar cuenta de sus alcances en función de barreras, brechas y buenas prácticas.

Se utilizaron como ejes transversales para este análisis varias preguntas de investigación orientadas a evaluar esta regulación en base los parámetros recomendados por la OMS en sus últimas directrices, a estándares de derechos humanos e igualdad y a una perspectiva feminista. Igualmente se utilizaron diez categorías analíticas compartidas y diseñadas por parte de el Consorcio Latinoamericano del Aborto Inseguro (CLACAI), para realizar un estudio regional que nos permita comparar las legislaciones de los diversos países, que es parte de la Iniciativa *La Salud Reproductiva es vital* de la cual Surkuna hace parte desde su inició en 2020.

Estas preguntas analizaron y categorías analizan la forma como se reconoce al aborto en esta legislación (derecho/servicio), la perspectiva del abordaje del mismo (si contempla enfoques de igualdad), los modelos de regulación existentes, los ámbitos de aplicación de las normativas, el personal que puede brindar los servicios, y los criterios existentes para la atención.

Igualmente, el análisis se enfoca en mostrar las implicaciones específicas de la forma como está regulado el aborto para otros derechos de las mujeres como la salud, la autonomía, el

derecho a gozar de los avances científicos, el derecho a la información, el derecho a la confidencialidad y al secreto profesional en salud, desde la perspectiva de deberes y obligaciones estatales en la provisión de servicios y de la implementación concreta de los marcos normativos existentes.

El aborto en el Ecuador desde la perspectiva de salud

En el Ecuador la constitución reconoce al derecho a tomar decisiones sobre su vida reproductiva como un derecho constitucional en el artículo 66.10. De forma concordante con esto este instrumento normativo establece en el artículo 32, que la garantía del derecho a la salud como una obligación del estado que debe garantizarse entre otras mediante “programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva”, estableciendo también que para la prestación de los mismos se deben respetar “los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

Igualmente, el artículo 362 de la constitución reconoce a la atención en salud como un servicio público, y establece que se debe garantizar “el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes”.

Igualmente, en el artículo 332 el Estado garantiza el respeto de los derechos reproductivos de las personas trabajadoras y en el artículo 363 se garantiza como responsabilidad del estado la formulación de políticas públicas en salud; el aseguramiento de acciones y servicios de salud sexual y salud reproductiva, la salud integral y vida de las mujeres, y la garantía de la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces.

La constitución no establece ninguna normativa específica sobre el tema de aborto, no obstante el mismo debería ser comprendido como un derecho en base a lo establecido en el artículo 66.10, pues es una de las formas a través de la cual se garantiza el derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción.

Igualmente, la constitución de la república reconoce a la información como un derecho (art. 18) de todas las personas. Estableciendo que esta información debe ser veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, pública. Reconoce el derecho de las personas a acceder a bienes y servicios públicos y privados de calidad, con eficiencia, eficacia y buen trato, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características (artículo 66.15), y el derecho a recibir la información necesaria y oportuna para tomar decisiones en salud (artículo 362).

En la constitución también está establecido como derecho la confidencialidad en salud y el consentimiento informado. Sobre el primero el artículo 66 contiene 3 literales, el 66.11, 66.19 y 66.20, todos ellos reconocen a la información personal entre ella la información en salud y sobre vida sexual como confidencial y privada, supeditado el manejo de la misma a la autorización de la persona o la ley y estableciendo también el derecho a la privacidad, intimidad y vida privada. La autonomía en las decisiones en salud y el consentimiento informado también son reconocidos como derechos fundamentales (artículo 66.10 y 362).

Nuestra constitución también reconoce el de que las personas tienen derecho a gozar de los beneficios y aplicaciones del progreso científico y de los saberes ancestrales (artículo 25); los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad, intergeneracionalidad, discapacidad y movilidad humana, y al país como un Estado plurinacional e intercultural.

En el Ecuador existen varias normativas que regulan al aborto como un servicio de salud, las principales son la Ley Orgánica de Salud, La Ley Orgánica para regular el acceso al aborto por violación para niñas, adolescentes y mujeres, la Política de Salud Sexual y Salud Reproductiva, el Plan Nacional de Prevención del embarazo en niñas y adolescentes y la Guía de práctica clínica del aborto terapéutico.

La Ley Orgánica de salud (en adelante LOS), contiene normativa que entiende al aborto como un problema de salud pública (artículo 21), como una emergencia obstétrica (artículo 22 y 29) y como un servicio excepcional (art.29). Sobre la consideración del aborto en condiciones de riesgo como un importante problema de salud pública, la ley establece como obligaciones estatales a: 1. la realización de acciones integrales para la prevención, 2. el acceso a servicios sin costo, y 3. a la necesidad de generar acciones integrales que abarquen soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida (Ley orgánica de salud, artículo 21); cuando se habla de abortos en curso o inevitables, la ley reconoce al aborto como un servicio prioritario que requiere atención de emergencia y ante el cual no se pueden negar servicios, ni supeditarlos a cobros económicos (Ley orgánica de salud, artículo 22 y 29); y, cuando se habla de abortos legales, la ley los comprende como un servicio de salud excepcional limitado por las causas de no punibilidad establecidas en la ley penal (Ley orgánica de salud, artículo 29).

La redacción de estos artículos muestra el estigma existente en el tratamiento del aborto como un servicio de salud, pues se pone énfasis en la atención excepcional de las causales legales, aun cuando desde una perspectiva de derechos humanos estas son amplias.

Esto pues en Ecuador es legal la realización de aborto por causal salud, vida y violación, y nuestra ley contempla una comprensión amplia de la salud a la cual entiende como:

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

Esta redacción muestra también que el aborto en Ecuador es concebido como un servicio de salud excepcional y de emergencia (cuando existen complicaciones), y no como un derecho, siendo considerada su atención como un medio para evitar algún daño mayor como la muerte o la complicación en salud de alguna mujer o persona abortante, razón por la que no se pueden negar servicios cuando el aborto es inevitable, pero tampoco se pueden hacer abortos sino de manera excepcional. Igualmente, a pesar de mencionarse la necesidad de generar estrategias integrales de atención al aborto inseguro como un problema de salud pública, la mención a estas estrategias es demasiado general y no consiste en ninguna acción concreta.

En la ley orgánica de salud se contemplan también los siguientes derechos sin discriminación: respeto a su dignidad, autonomía, privacidad, intimidad, cultura, prácticas, usos culturales, derechos sexuales y reproductivos; derecho a la información, asesoría y consejería, incluyendo información en lenguas materna para pueblos y nacionalidades indígenas; derecho a una historia clínica única y a la confidencialidad de la información en ella contenida: ejercer la autonomía de su voluntad, a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento; Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud; y, vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios mediante mecanismos de participación.

Otra ley importante en materia de aborto, es la Ley para regular el acceso al aborto voluntaria en caso de violación para mujeres y niñas. Esta ley fue elaborada en base a una resolución de la Corte Constitucional en la sentencia 34-19-IN y acumulados y fue expedida en el registro oficial suplemento número 53 del 29 de abril del 2022.

Esta ley tiene varias normativas contradictorias, pues la misma es el resultado de la modificación del texto legal trabajado por la defensoría del pueblo y la asamblea nacional desde un enfoque de derechos de las mujeres. El presidente de la república la modifica con un enfoque que prioriza la protección de fetos y embriones sobre las mujeres. Esa ley reconoce al aborto como un procedimiento de salud para asesinar al nasciturus, no como un derecho. Lo cual otorga a la ley una perspectiva reduccionista en cuanto a la garantía de los derechos humanos de las mujeres, niñas y personas gestantes, existiendo múltiples acápites en que la ley prioriza la protección y cuidado de la vida desde la concepción sobre los derechos humanos de las mujeres.

Esta ley además, introduce **graves restricciones al derecho a decidir** sobre sus cuerpos y sus funciones reproductivas y a **no sufrir injerencias arbitrarias en la vida privada** de las mujeres y personas abortantes víctimas y sobrevivientes de violencia sexual pues se establece que para el consentimiento informado debe darse información que enfatice los riesgos de un aborto, el estado de desarrollo del feto e información sobre otras opciones como la adopción, en lugar de la información técnica sobre el funcionamiento del procedimiento que se base en la evidencia científica y en lo establecido en las guías de práctica clínica. El énfasis en este tipo de información tiene el claro objetivo de disuadir a las mujeres a partir de la desinformación para desistir del proceso de aborto, vulnerando las condiciones básicas del consentimiento informado establecidas en estándares internacionales como la información integral como condición previa del consentimiento.

La ley además establece que los profesionales de salud, deben ofrecer como primera opción aquella que a su criterio evidencia mejores resultados y que el médico sepa efectuar. Una regulación de esta naturaleza, prioriza la comodidad de los profesionales de salud sobre la voluntad, salud, integridad y autonomía de las mujeres.

La ley desconoce el derecho de las niñas y adolescentes a tomar decisiones sobre su salud y su cuerpo y reproduce conceptos caducos que corresponden a una aproximación civilista de la capacidad, restringiendo la posibilidad de que las niñas y adolescentes tomen decisiones sobre sus embarazos productos de violación y exponiéndoles tanto a maternidades forzadas

como a abortos forzados, ambas practicas reconocidas como por el derecho internacional de derechos humanos como graves vulneraciones¹.

Esta normativa en la actualidad se encuentra suspendida pues la corte constitucional en su admisión de la demanda 42-22-IN considero que los mismos podrían representar un riesgo para los derechos humanos de las mujeres, niñas y personas gestantes menores de edad

La ley desconoce también los derechos de las mujeres y personas gestantes con discapacidad a decidir de forma autónoma sobre su salud y su cuerpo. Al efecto señala que se debe subrogar el consentimiento cuando se trate del embarazo producto de una violación en mujer o persona gestante con discapacidad, lo que expondría a las víctimas a maternidades forzadas y abortos forzados, ambas prácticas consideradas por el derecho internacional de derechos humanos como graves vulneraciones.

Por otro lado, esta ley impone importantes barreras que obstruyen el ejercicio del derecho a la salud en su dimensión de la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad. Pues la Ley favorece un uso excesivo y abusivo de la objeción de conciencia. Esto por cuanto se habilita que los establecimientos de salud privados se declaren objetores, reconociendo a una institución como titular de un derecho constitucional personalísimo; que puedan declarar objeción de conciencia colectiva incluso en servicios públicos; al no incluir una obligación de todos los servicios de salud de contar con personal no objetor. Lo anterior deja abierta la posibilidad de la obstrucción del acceso a estas prácticas por parte del personal sanitario y de la vulneración del derecho a la salud, al no existir accesibilidad, calidad, disponibilidad y aceptabilidad en los servicios en todos los territorios. Esto ocasionará que en lugares donde existe limitado acceso a servicios de salud, no se asegure disponibilidad para el acceso y que las mujeres tengan que viajar grandes distancias, incurrir en gastos y tomen más tiempo para acceder al servicio, generando desigualdad entre víctimas, al tiempo que deja fuera del acceso al servicio a las más vulnerables (obstáculos, distancias o tiempos).

La ley establece requisitos onerosos para las víctimas de violencia sexual, al señalar la necesidad de presentar una denuncia, de que se suscriba una declaración jurada o la realización de un examen médico, bajo juramento del personal de salud, previo a acceder a la interrupción del embarazo por violación. Requisitos que constituyen una grave barrera de acceso al servicio y que no están pensados en función de garantizar los derechos de las niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes víctimas de violación.

La ley plantea un plazo sumamente limitado y restrictivo de 12 semanas para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, al tiempo que flexibiliza el plazo máximo de prestación del servicio que establecía el proyecto original, facultando el retardo en el servicio por falta de personal, de insumos o de cualquier situación administrativa.

La Ley plantea que se requiere una ecografía para poder acceder al proceso de aborto, misma que debe ser realizada por un médico cirujano, aspecto que desconoce la realidad de los servicios de salud en Ecuador, en particular que los médicos que realizan ecografías generalmente tienen otra especialidad, no la de cirujano y que es poco probable que cualquier médico cirujano conozca cómo realizar una ecografía y pueda determinar de forma exacta la edad gestacional.

La ley implica un desconocimiento grave al contenido constitucional y convencional del derecho al secreto profesional. Esto toda vez que el veto privilegia el deber de denuncia por sobre el derecho al secreto profesional y la confidencialidad en salud en circunstancias donde los estándares internacionales en materia de derechos humanos han señalado como fundamental para la garantía del derecho a la salud que se mantenga la confidencialidad en el ámbito sanitario. Esto como bien lo ha reconocido la Corte constitucional en la sentencia 34-19-IN/21 y acumulados, tiene fuertes impactos en la vida de las mujeres y otras personas gestantes víctimas de violación embarazadas ir buscan acceso a servicios para interrupción de un embarazo, pues las disuade de asistir a los mismos para atenciones posteriores a las 12 semanas por miedo a ser criminalizadas, al considerar el equipo de salud que su historia de violencia sexual no es suficientemente fuerte o consistente y no contar con ninguno de los requisitos anteriormente mencionados.

Por estas razones, que se desprenden de un análisis general, esta ley implica en la práctica que gran cantidad de mujeres serán privadas de su posibilidad de decidir autónomamente si continuar o interrumpir un embarazo producto de violación y de acceder a servicios en el sistema de salud, lo cual hará que muchas de ellas busquen procedimientos clandestinos. Aspecto que fue reconocido por la Corte Constitucional en la sentencia 034-19-IN/21 y acumulados donde la Corte estableció que la falta de acceso a servicios de salud para la atención a un aborto por causal violación propicia que las mujeres busquen servicios clandestinos e inseguros, lo que las expone a la “afectación grave de su salud e incluso a la muerte”¹.

Es importante señalar que estos aspectos de la ley son abordados por los últimos lineamientos de la OMS, quien aconseja que se actúe en sentido contrario, pues reconoce que los mismos constituyen graves obstáculos en el acceso a atención integral en materia de aborto. Al respecto la OMS, establece que estas barreras pueden provocar retrasos críticos en el acceso al tratamiento y exponen a las mujeres y las niñas a un mayor riesgo de aborto no seguro, estigmatización y complicaciones de salud, al tiempo que aumentan las interrupciones en su educación y su capacidad para trabajar.

Estas recomendaciones clínicas son fundamentales pues sistematizan toda la mejor evidencia en materia de aborto pero también recomiendan eliminar los obstáculos normativos innecesarios desde el punto de vista médico para el aborto seguro, como la penalización, los tiempos de espera obligatorios, autorizaciones de otras personas o instituciones y los límites sobre el momento del embarazo en que se puede realizar un aborto. En este sentido, es importante señalar que la OMS establece que los plazos en materia de aborto son inadecuados y generan graves barreras de acceso y desigualdades en salud, que las denuncias o exámenes médicos sobre violencia sexual también se consideran fuertes barreras que atentan contra los derechos de las víctimas de violencia sexual como la no revictimización, que la vulneración del secreto profesional no se constituye únicamente como un acto desaconsejado por la OMS, sino que en general el mismo constituye incluso un delito pues merma el acceso a servicios de salud; que la objeción de conciencia no debe obstruir el acceso a servicios de salud y que OMS por tanto desaconseja que la objeción de conciencia en salud pueda ser

¹ Sentencia Nro. 034-19-IN/21 y acumulados.

colectiva o institucional², por lo que esta ley iría contra las mejores prácticas existentes en salud y por lo tanto vulneraría la sentencia constitucional que le da origen.

En cuanto a los aspectos positivos la ley contiene la obligación de difusión de la misma y de generación de una política pública, la obligación de implementación de la coexistencia de causales, la generación de mecanismos específicos de participación como comités de usuarias de la ley y la obligación de que todas las instituciones vinculadas informen sobre la ley y tengan competencias específicas en la ejecución de la misma.

Otra normativa importante sobre aborto es el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021³, en este el aborto es concebido igualmente como un riesgo que debe evitarse a partir de la anticoncepción y la adecuada información sobre sexualidad; como una práctica cotidiana, pues el Plan menciona datos de prevalencia del aborto tanto espontáneo como provocado; un problema de salud pública relacionado a la muerte materna y a la discapacidad; como un servicio de salud que puede brindarse en casos excepcionales; como un efecto o consecuencia de la violencia contra las mujeres y, como un servicio de salud de emergencia (cuando existen complicaciones). No obstante, debemos señalar que durante el desarrollo del plan se evidencia una intencionalidad de lograr que el aborto sea atendido con enfoque de derechos humanos, con perspectiva intercultural y que efectivamente se garanticen servicios, razón por la cual se desarrollan lineamientos estratégicos, líneas de acción e indicadores relacionados con aborto. Aun así, no existe la comprensión del aborto como un derecho, ni tampoco la especificación de cómo se garantizará el respeto de los enfoque interseccionales que se aplicarán con excepción del caso de niñas y adolescentes quienes tiene un lineamiento concreto.

El tratamiento al aborto esta incluido dentro del lineamiento Estratégico 7, Garantizar la maternidad segura y la salud neonatal a través de la promoción, prevención y atención integral en salud, en las líneas de acción 7.1, Fortalecer la promoción, prevención y atención integral para garantizar la maternidad segura y la salud neonatal, con pertinencia intercultural en el SNS, que tiene como indicadores y 7.2, Garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situación de aborto terapéutico o por violación en caso de discapacidad mental.

En la línea 7.1, el aborto tiene dos indicadores:

- 7.1.9. la cobertura de atenciones efectivas con calidad a las complicaciones derivadas del aborto, en cumplimiento a la normativa vigente y en el marco de los derechos humanos.
- 7.1.10. Referencias cumplidas efectivas para la atención de las complicaciones derivadas del aborto en cumplimiento a la normativa vigente y en el marco de los derechos humanos.

Estos indicadores, nos permiten afirmar que existe un interés del Estado de medir el cumplimiento de la normativa existente en casos de aborto, pero también de garantizar que

2

³ El Plan se encuentra en proceso de actualización, no obstante el Ministerio de Salud Pública ha establecido que el Plan sigue vigente mientras dure este proceso y se emita nueva normativa.

se brinde a las mujeres en esta situación una atención digna y basada en derechos. El indicador combina variables cuantitativas y cualitativas, con el objetivo de ir más allá del registro de números de casos y dar cuenta de la calidad de la atención. El problema del mismo es que no existen formas de verificación sobre el llenado de los indicadores que permitan constatar, por ejemplo, si realmente existió un trato empático, y que a pesar de la gran cantidad de datos reportados en el indicado esta realidad se contrasta con las experiencias de violencia obstétrica de las mujeres y con las denuncias por aborto que se producen desde el sistema de salud.

El lineamiento 7.2., también es relativo al aborto y contempla un indicador exclusivamente sobre acceso al aborto legal.

- 7.2.1. Porcentaje de establecimientos de salud que implementan la GPC de aborto terapéutico.

Este indicador es interesante pues permite medir en que servicios de salud se está proveyendo la práctica de abortos terapéuticos (por causal salud, vida y violación), no obstante, el mismo no permite determinar la forma como se da esta atención, la diferencia entre el número de solicitudes y el de casos donde la respuesta es favorable, ni tampoco permite medir la calidad de la atención.

Los tres indicadores de la sección 7, no contemplan criterios de interseccionalidad, que permitan dar cuenta de las diversas realidades que viven las mujeres, aunque el indicador de establecimientos de salud que proveen la practica permite mirara en que lugares el aborto terapéutico es accesible y en que lugares no lo es.

Igualmente, en este plan encontramos mención al aborto en lineamiento estratégico 8, relacionado con la atención a adolescentes: Fortalecer la oferta de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes en el sistema nacional de salud, mismo que en lineamiento 8.2., Asegurar a los y las adolescentes el acceso a servicios de salud integral en salud sexual y salud reproductiva en dos indicadores:

- 8.2.1. Porcentaje de eventos obstétricos (parto, cesárea, aborto) en adolescentes de 10 a 14 años.
- 8.2.2. Porcentaje de eventos obstétricos (parto, cesárea, aborto) en adolescentes de 15 a 19 años atendidos en el SNS.

Si bien es interesante que existan indicadores concretos para niñas y adolescentes, lamentablemente los mismos son únicamente cuantitativos, lo cual no permite valorar la atención desde criterios de calidad y respeto a los derechos humanos.

Además de estos indicadores, existen varios relacionados con atención posterior a emergencias obstétricas que hacen mención al aborto, pero únicamente como una forma de emergencia existente y como un procedimiento que se debe prevenir mediante determinados procedimientos como la anticoncepción y otros.

El plan contempla una explicación de cada indicador en la que contiene la definición de aborto, una definición de aborto inseguro, una definición de complicaciones derivadas con

aborto. También algunas definiciones más específicas como aborto diferido, aborto retenido, aborto no especificado de acuerdo a lo establecido en el manual CIE 10. De estas definiciones es importante rescatar para cumplir con el objetivo de este análisis, que la definición de aborto contempla un límite gestacional que no está reconocido por ningún organismo de salud y que, es contrario a lo establecido por la OMS en sus últimos lineamientos. Asimismo, el concepto de aborto en condiciones de riesgo hace referencia al lugar donde se realiza, como un lugar sin condiciones médicas mínimas, ignorando que actualmente varios organismos de salud recomiendan como seguro el aborto autoinducido en casa. No obstante, hay que reconocer que esta normativa es anterior a la expedición de los lineamientos de la OMS del 2022 y que en ella se entrevé la intencionalidad de que el aborto pueda ser tratado como un servicio de salud esencial en cumplimiento de normas e incluso indicadores.

El plan igualmente hace referencia al derecho de las mujeres de gozar del avance científico, a la importancia de una atención de calidad y con respeto a la dignidad y derechos de las mujeres, a enfoques interseccionales y al respeto de la confidencialidad de la salud de las usuarias. Pero como se ha dicho anteriormente los indicadores que usa en general no permiten mirar cómo se implementarán estos enfoques y tienen la limitación de que la única vía por la que se obtiene la información es a partir del reporte de las y los profesionales de salud, quienes difícilmente podrían evaluar su trabajo de forma objetiva en cuanto a la calidad.

Otro instrumento normativo importante para entender la forma como se maneja el aborto el Ecuador desde una perspectiva de salud son las Guías de Práctica Clínica. En nuestro país existen dos guías de práctica clínica de aborto: la Guía de diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, que data del año 2013 y la Guía de aborto terapéutico, impresa en el año 2015.

Estos son instrumentos que recopilan las mejores prácticas existentes alrededor del aborto, y las categorizan de acuerdo al tipo de evidencia existente.

La Guía de práctica clínica⁴ (GPC) diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, nuevamente se refiere al aborto en condiciones de riesgo como un grave problema de salud pública, pero en este caso el instrumento intenta dar cuenta de la relación entre el aborto y las necesidades insatisfechas de planificación familiar, así como de las afectaciones diferenciadas que tiene para las diversas mujeres de acuerdo a sus condiciones socio-económicas y la dificultad que experimenten de acceso a los servicios de salud. Este instrumento también establece una relación entre la falta de visibilización de los abortos y el estigma existente sobre el mismo, planteándose la necesidad de que los equipos de salud cuenten con herramientas de manejo del aborto con calidad, desde una perspectiva de atención integral y prevención, evitando manejos inseguros y garantizando la salud sexual y salud reproductiva actual y futura. Esta guía plantea también que la atención al aborto debe enmarcarse en el respeto de los derechos sexuales, derechos reproductivos y de los derechos humanos, pero también como una estrategia que permita la consecución de los objetivos de desarrollo nacional e internacional y el buen vivir.

⁴ En adelante nos referiremos a las Guías de Práctica Clínica como GPC o Guía.

La Guía explica la forma en que pueden utilizarse los diversos métodos para interrupción del embarazo, dando la misma importancia y eficacia tanto a métodos quirúrgicos como medicamentosos, reconociendo de estos últimos no solo su alto nivel de eficacia, sino la posibilidad de que sean administrados por proveedores de nivel bajo o medio, el hecho de que no requieren de infraestructuras hospitalarias complejas, ni de anestesia. Este instrumento contiene las definiciones de aborto, amenaza de aborto, aborto en curso (inevitable), aborto incompleto, aborto completo, aborto diferido, aborto séptico y aborto terapéutico, aborto recurrente y aborto en curso. La definición de aborto lamentablemente es restrictiva en cuanto a tiempo gestacional, pues se basa en una definición anterior de la OMS lo cual responde también a la época en que fue elaborada la guía, no obstante, la definición de aborto terapéutico es amplia e incluye dentro del concepto de causal salud o vida, tanto a la salud mental de la mujer como a casos de malformaciones.

La Guía también contiene una descripción de los diversos tipos de aborto y las características que puede usarse para reconocerlos, incluyendo tanto una descripción técnica como gráfica de los mismos, varios cuadros de evidencias y recomendaciones y finalmente una sección donde se comparan los métodos disponibles para el tratamiento del aborto en estos casos, sus ventajas e inconvenientes. La guía recomienda fuertemente el uso de AMEU y Misoprostol para la realización de abortos, y la sustitución progresiva de métodos como la legra.

Varias de las recomendaciones, evidencias y buenas prácticas recogidas parten de un enfoque interseccional y de derechos humanos, y pretenden garantizar una atención integral a las mujeres en esta situación. Encontramos recomendaciones importantes en cuanto a la información y asesoría, de acuerdo a estas la información debe ser objetiva, basada en evidencia científica, completa y actualizada; y las mujeres deben ser informadas sobre el aborto como un procedimiento *“seguro, en el cual las complicaciones y la mortalidad son raras en cualquier edad de la gestación, siempre que se realice por un profesional calificado”*.

La Guía igualmente contiene recomendaciones y buenas prácticas que tienen como objetivo evitar la discriminación y garantizar la atención sin restricciones a todas las mujeres, con un enfoque de género y cultural, que además considere sus situaciones y condiciones específicas. Me parece fundamental resaltar la existencia de una buena práctica que recomienda garantizar la atención a las mujeres sin importar su estado civil o el número de abortos que ha tenido previamente y otra que establece que en caso de ser requerido por la mujer ella tiene derecho a ser atendida por personal de salud de su mismo sexo.

La Guía plantea también la necesidad de que el aborto sea tratado como una atención prioritaria y de emergencia, sin dilaciones ni demoras. Establece a la confidencialidad de la información como un derecho fundamental de las pacientes que debe garantizarse en todo el proceso y que está respaldada por la evidencia científica. Establece que la evidencia científica ha desmentido que el aborto cause impactos en la salud mental de las mujeres y recomienda ofertar a las pacientes anticoncepción, profilaxis y tamizaje de ITS postaborto.

La Guía de práctica clínica del aborto terapéutico por su parte, regula las causales legales existentes en nuestro país para la realización de un aborto: salud o vida y violación. Como la guía data del año 2015, y el aborto por violación se despenalizó para todas las mujeres en el

año 2021, la guía habla únicamente de aborto por causal violación para mujeres con discapacidad mental y no incluye los lineamientos contenidos en la ley que fue emitida en el año 2022. Su actualización es urgente y en el momento se encuentra justamente en desarrollo.

Esta guía contempla un concepto amplio de salud, entendida como el máximo estado de bienestar física, mental y social, y establece que un aborto por causal salud o vida debe realizarse para prevenir cualquier daño o peligro a la salud integral de las mujeres, niñas o personas gestantes. Establece que son las mujeres quienes deben elegir el riesgo que están dispuestas a correr en un embarazo y que son ellas quienes deben elegir tanto el procedimiento con el cual se realiza el aborto como la realización o no del mismo.

Este instrumento contiene las definiciones de Aborto, aborto terapéutico, edad gestacional, salud, peligro, persona con discapacidad mental, persona con discapacidad, métodos quirúrgicos y métodos medicamentosos. La definición de aborto lamentablemente es restrictiva en cuanto a tiempo gestacional, pues como la otra guía se basa en en una definición anterior de la OMS, no obstante la definición de aborto terapéutico es amplia que incluye la salud y la vida, pero mucho más reducida que la contenida en la guía de tratamiento del aborto espontáneo.

Esta guía establece recomendaciones, evidencias y buenas prácticas. Estas están divididas en 7 secciones: 1. Asesoramiento frente al aborto terapéutico, 2. Provisión de servicios, 3. Manejo Inicial, 4. Preparativos para el procedimiento, 5. Métodos recomendados para la realización de un aborto terapéutico, 6. Complicaciones del aborto terapéutico, y 7. Criterios de referencia y contrarreferencia.

En las recomendaciones se establece la necesidad de informar adecuadamente sobre el procedimiento recalcando que el mismo tiene bajos riesgos, que el retraso del proceso y la falta de apoyo del proveedor tienen consecuencias adversas para la salud de la mujer, se señala también que se debe informar sobre la obligación de confidencialidad que tiene el servicio de salud, que deben disponerse de formatos en diversos idiomas y formatos incluyendo a formatos específicos para mujeres con discapacidad de acuerdo a la misma, y que se deben proveer asesoría postaborto sobre lactogénesis y anticoncepción y promoción de una vida sexual segura y libre de violencia. Se establece que se debe contar con personal culturalmente sensible que tenga un trato confidencial y respetuoso de los derechos y dignidad de las mujeres, con personal femenino en caso de este requerido, garantizar la no discriminación por ningún motivo en el acceso al aborto terapéutico y deben garantizar la referencia oportuna.

También se establece como recomendación que las mujeres que tengan un aborto terapéutico no estén hospitalizadas conjuntamente con las mujeres que están en postparto, que se indaguen situaciones de riesgo como violencia basada en género y que las mujeres que hayan tenido un aborto con misoprostol hasta las 9 semanas puedan tener un alta temprana.

En lo anexos encontramos entre otros instrumentos un algoritmo para el manejo del aborto terapéutico que resume la forma como este debe ser abordado y los métodos a usarse en cada edad gestacional, un anexo sobre los medicamentos avalados por la guía que incluye al

misoprostol y dos rutas para realización del aborto terapéutico que contiene flujogramas sencillos.

En contraste con lo contenido en esta norma es importante señalar que en Ecuador se realizan muy pocos procedimientos de aborto terapéutico, siendo que en el año 2021 únicamente se registraron 750 egresos hospitalarios por esta causa lo que equivale al 3,8% de atenciones relacionadas con aborto en el país⁵. Lo cual implica que existe una aplicación restrictiva de la causal, esto se ve reforzado por el análisis que hemos realizado en el sistema de salud según el cual la mayoría de profesionales de salud consideran que la causal salud o vida solo puede aplicarse en caso de riesgo vital⁶.

Otro instrumento normativo importante en materia de aborto es el Modelo de asesoría en Salud Sexual y Salud Reproductiva el cual establece los lineamientos para brindar este tipo de información en el sistema Nacional de salud, incluyendo todas las prestaciones de SSYSR, sin ahondar en detalles de cómo debe ser la asesoría en cada caso. Este modelo establece los enfoques para la asesoría en SSYSR (género, interculturalidad, intergeneracionalidad, derechos y sexualidad integral), un marco conceptual para la asesoría en salud sexual y salud reproductiva que incluye los conceptos de asesoría, consentimiento informado, derechos sexuales y derechos reproductivos, educación, identidad de género e identidad sexual, información, salud, salud sexual y salud reproductiva, sexualidad, orientación sexual y violencia basada en género.

El concepto de salud que usa el manual es amplio, pues comprende a la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales”. Este concepto permea a la comprensión del manual de la salud sexual y la salud reproductiva, comprendiendo a la segunda como “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad”⁷.

La guía permanentemente posiciona a la asesoría como un procedimiento que debe empoderar a las personas sobre su salud y capacitarlas para tomar decisiones, rechazando cualquier postura paternalista donde se oriente a la persona a determinadas decisiones, en este sentido la guía considera a la información, a la confidencialidad en salud y al consentimiento informado como derechos fundamentales y como obligaciones del personal de salud.

⁵ Inec 2022, Anuario de camas y egresos hospitalarios 2021 Ecuador, disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>

⁶ Entrevistas profesionales de salud SURKUNA 2021.

⁷ Ministerio de Salud Pública. Asesoría en salud sexual y reproductiva. Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Promoción de la Salud; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Finalmente, la guía contempla una sección de asesoría por ciclos de vida y a grupos de población, que incluye una sección específica de asesoría a adolescentes, a mujeres en el climaterio y menopausia, a hombres durante la andropausia, a adultos mayores, a personas con discapacidad, durante el embarazo y posparto, a población de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero (LGBTI), a población intersexual, y a mujeres que viven violencia de género.

Otro instrumento importante en materia de aborto, es el Cuadro de medicamentos básicos⁸ que es un instrumento que contiene los medicamentos esenciales en el país, mismo que deben estar disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en formas farmacéuticas apropiadas y con calidad garantizada. Este cuadro contiene al misoprostol como un medicamento básico en el sistema de salud para uso obstétrico, dentro de las indicaciones aprobadas se encuentra su uso en los tres niveles de atención en salud, de vía oral o vaginal.

La norma de atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos⁹, contempla el tema de aborto como una complicación ante la cual es importante indagar sobre violencia, especialmente cuando es repetitivo o cuando han existido relaciones sexuales después de un aborto reciente, todo esto en consideración de que las mujeres embarazadas son una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad frente a la violencia basada en género.

Igualmente, en Ecuador existen otros instrumentos normativos importantes en relación al tema de aborto legal que es relevante considerar, estos instrumentos están planteados para poblaciones específicas: adolescentes, personas con discapacidad y personas LGTBI+.

En el caso de adolescentes existen tres instrumentos importantes: el Plan Nacional de Prevención del embarazo en adolescentes y niñas 2018-2025 (PINEDA), los lineamientos para garantizar el acceso a servicios de salud integrales y amigables para adolescentes, y la Guía de supervisión en salud para adolescentes. También existe normativa sobre anticoncepción y creación de clubes y otras actividades de promoción en salud para adolescentes.

El PINEDA parte de un análisis del embarazo no intencionado en niñas y adolescentes, desde una perspectiva que recalca su alta frecuencia y el costo para el estado tanto médico directo como social de no prevenir estos embarazos, resaltando al aborto legal o terapéutico como un método efectivo a usarse en estos casos. El plan contiene una sección que da cuenta de los vínculos entre el embarazo en adolescentes tempranas y niñas (10 a 14) y la violencia sexual, nuevamente mirándolos como problemas importantes de salud pública y justicia social que requieren soluciones integrales, y otra de aborto en adolescentes y niñas donde se recuperan las cifras oficiales existentes y se reflexiona sobre el aborto en condiciones de riesgo como un problema.

⁸ CONASA, 2019. Cuadro de Medicamentos básicos 10 edición. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/cuadro-nacional-de-medicamentos-basico-cnmb/>

⁹ Ministerio de Salud Pública. Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. Norma técnica. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2019. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

El plan es general e intersectorial por lo que no contempla una estrategia específica de aborto, no obstante, dentro de salud el tema es considerado como importante por lo que se ha realizado una normativa en proceso de aprobación que contiene lineamientos para la asesoría y el procedimiento para brindar acceso a abortos legales en niñas y adolescentes. Igualmente, el equipo del PINEDA acompaña técnicamente la resolución de solicitudes de abortos legales en niñas con el objetivo de lograr un acceso amplio y basado en derechos, aunque hasta la actualidad esto no se ha logrado sino en pocos casos.

La GPC de supervisión de adolescentes, parte de la perspectiva de que la salud va más allá de la enfermedad y tiene que facilitar un abordaje integral de las situaciones de salud que atraviesan las y los adolescentes, en ese sentido contempla el tema de asesoría integral en temas de sexualidad y reproducción, de confidencialidad en salud y también varios ejemplos explicativos de cómo lidiar con situaciones complejas, incluyendo situaciones de aborto. Sin embargo, la guía no tiene un acápite concreto sobre temas de aborto en adolescentes.

En el caso de personas con discapacidad, existe el Manual de atención integral en salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad, el mismo que establece que se deben tomar medidas para evitar abortos y maternidades forzadas, así como esterilizaciones en personas especialmente en aquellas con discapacidad mental, y que se debe atender a las mujeres con discapacidad que lo requieran de acuerdo a lo establecido en la GPC de aborto terapéutico.

En el caso de personas LGTBIQ+ existe el manual de supervisión en salud para personas LGTBI, mismo que considera la importancia del uso del enfoque de género en la atención de las personas de la comunidad LGTBI. El Manual no obstante no incluye ninguna alusión específica al tema de aborto.

Sobre secreto profesional en materia de aborto existen varias directrices en salud que establecen que se debe tratar a mujeres con complicaciones obstétricas y aborto con dignidad, respetando la confidencialidad de su información en salud y que en caso de descubrirse un aborto provocado, el servicio de salud no debe denunciar en cumplimiento de la normativa existente sobre secreto profesional. Además, existe un reglamento denominado “Reglamento para el manejo de la Confidencialidad en el Sistema Nacional de Salud”, emitido mediante acuerdo ministerial 000052160-A-2014, mismo que establece la obligación de guardar confidencialidad sobre la información en salud de las y los pacientes incluyendo su historia clínica y cualquier otro documento relacionado.

El aborto en el Ecuador desde la perspectiva legal penal

En Ecuador la constitución reconoce a los derechos sexuales y derechos reproductivos en el artículo 66 inciso 9 y 10, estableciendo específicamente sobre los segundos lo siguiente “10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener”. La constitución también reconoce el cuidado y la protección de la vida desde la concepción en el artículo 45, no obstante esto no es prohibitivo de la habilitación del aborto como un derecho, pues al tratados, sentencias, convenciones, observaciones parte del derecho internacional de derechos humanos son una parte fundamental bloque de constitucional, y esto implica que este cuidado

y protección debe ser supeditado a la protección de los derechos de la mujer embarazada y que no se contrapone al establecimiento del aborto como un derecho.

En este sentido, constitucionalmente al reconocerse los derechos a las mujeres a tomar decisiones sobre su vida reproductiva, cualquier normativa que limite este derecho podría ser considerada inconstitucional, incluyendo aquella que penaliza el aborto. No obstante, hasta la actualidad se mantiene vigente una normativa legal que data de 1937 y que establece a la no punibilidad del aborto como una excepción cuando existen determinadas causales.

Es decir, el Ecuador tiene un modelo de causales, donde la regla general es la penalización de aborto consentido y la excepción su no punibilidad en los casos donde la vida o salud de la mujer corren peligro y cuando existe violación. Esta última causal fue introducida en el año 2021 por una sentencia de la corte constitucional del Ecuador, 34-19-IN y acumulados, que establece que el aborto consentido cuando el embarazo sea producto de violación no podrá ser penalizado ni para las mujeres, ni para los profesionales de salud.

El código penal ecuatoriano contempla al aborto dentro del capítulo segundo que trata de los delitos contra los derechos a la libertad en la sección primera que contiene los delitos contra la inviolabilidad de la vida, sección que también contiene los delitos de homicidio, asesinato, y femicidio. El mismo contempla la penalización de tres tipos de aborto, el aborto con muerte (art.147), el aborto no consentido (art. 148) y el aborto consentido (art. 149).

El primer tipo penal aborto con muerte contempla la penalización de aquellos procesos de aborto donde existe la muerte de una mujer como consecuencia de los métodos empleados, el mismo penaliza esta muerte con una pena de 7 a 10 años cuando existió consentimiento de la mujer para el aborto y de 13 a 16 si no existió consentimiento de la mujer.

El segundo tipo penal, contempla el aborto no consentido, que penaliza a la persona que obligue, fuerce o haga abortar a una mujer que no lo ha consentido en este caso la pena privativa de la libertad es de 5 a 7 años, e incluso se contempla sanción cuando ha existido tentativa.

En el artículo 149, se penaliza el aborto consentido, contemplándose dos situaciones cuando una persona haga abortar a una mujer que ha consentido en ello y cuando una mujer cause su aborto o permita que otro la cause. En el primer caso la pena contemplada es de 1 a 3 años de pena privativa de libertad y de 6 meses a 2 años en el segundo. El segundo inciso de este artículo es por el que generalmente se sanciona a las mujeres que han causado su propio aborto en Ecuador o a aquellas que llegan a hospitales con abortos espontáneos y que tienen actitudes sospechosas para los profesionales de la salud. En los procesos penales contra las mujeres por aborto se observa alta carga de estereotipos de género e irrespeto del debido proceso, lo cual conduce a la condena constante de mujeres por esta causa aun cuando no existan pruebas de que se hayan provocado un aborto, las pruebas hayan sido obtenidas de forma ilegal o no sean admisibles.

La mayoría de mujeres criminalizadas por aborto son denunciadas desde los servicios de salud, lo cual vulnera el deber de secreto profesional e incluso constituye un delito en Ecuador. No obstante, este delito violación de secreto profesional nunca es judicializado.

La vulneración del secreto profesional como delito está establecida en el artículo 179 del código integral penal y es entendida como la revelación de un secreto cuya divulgación puede causar daño por parte de una persona que ha teniendo conocimiento del mismo por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, la misma está sancionada con una pena privativa de la libertad de 6 meses a 1 año.

De acuerdo a nuestra legislación, también existe la obligación legal por parte de profesionales de salud y funcionarios públicos de denunciar el conocimiento que tengan de delitos (art. 422), no obstante, el mismo código establece que de esto se exceptúan los casos donde exista secreto profesional (art. 424), en los cuales la declaración de la persona portadora del secreto no sería admisible ni siquiera en juicio (art. 503). Como mencionamos anteriormente esta normativa es ignorada en el sistema de justicia, que permanentemente actúa facilitando la judicialización de mujeres.

Es importante señalar que existe dos artículos más que suelen utilizarse para judicializar mujeres en casos de abortos cuando existen productos grandes, el uno es el artículo 140 que establece la tipificación del asesinato y el artículo 145 que establece la tipificación del homicidio culposo. Esto pues en base al uso de la docimasia pulmonar, prueba altamente cuestionada por la cantidad de falsos positivos que produce, se distinguen entre nacidos vivos y óbitos fetales, cuando se determina un supuesto nacido vivo la mujer es judicializada por homicidio culposo o asesinato de acuerdo a las circunstancias del caso. Enfrentando penas de prisión de 3 a 29 años y seis meses con agravantes.

Algunas reflexiones importantes sobre el aborto en Ecuador

En Ecuador si bien en estos años (10 años) han existido importantes avances en materia de aborto, como la despenalización del aborto por causal violación, la generación de la GPC de aborto terapéutico y la GPC de aborto espontáneo, la inclusión del aborto dentro del Plan Nacional de salud sexual y salud reproductiva, todavía es mucho lo que falta por hacer para lograr que efectivamente el aborto sea considerado como un derecho, y deje de ser visto como un pecado, un acto inadecuado o un delito.

Si bien la Corte constitucional del Ecuador considero que el uso del derecho penal, para regular el acceso de las mujeres a abortos por causal violación no era una estrategia adecuada y que debía más bien prevenirse la violencia sexual y trabajarse en materia de educación sexual y anticoncepción. Este reconocimiento no se extendió al aborto voluntario a pesar de que la corte tenía la potestad de hacerlo en base a un análisis por conexidad, lo cual muestra que en el país todavía nos falta avanzar efectivamente para lograr que el aborto sea considerado un tema de salud pública y de justicia social que debe ser abordado por medios no penales.

En cuanto al aborto domiciliario, fuera del sistema de salud, es importante aclarar que en Ecuador es permitido pues no existe normativa que lo prohíba e incluso de acuerdo a la evidencia se podrían realizar los procedimiento de aborto legal de forma ambulatoria, no obstante esta no es una práctica común en el sistema de salud, que tiende a incluso dar días de hospitalización por abortos tempranos realizados con misoprostol. Esto depende de la voluntad y capacitación de cada profesional, pues también tenemos registros de abortos que

se han resuelto de forma ambulatoria con asesoría y acompañamiento telefónico por parte del equipo de salud. Lo cual nos permite afirmar que el manejo ambulatorio del aborto es un procedimiento en proceso de implementación, pero que no cuenta con mucha aceptación, ni se considera una opción segura de aborto.

En cuanto al acompañamiento comunitario como una opción segura para aborto, es nula la reflexión al respecto del mismo tanto en la normativa como en el sistema de salud y en el sistema legal. Esto a pesar de que en Ecuador se brinda información, asesoría y acompañamiento para el aborto inducido desde 2008 por parte de redes feministas. En Ecuador tampoco se contempla formación o promoción de organización que acompañen aborto.

Es importante señalar que a pesar de que tenemos importantes normativas sobre derechos de las mujeres y personas gestantes que requieren un aborto, su implementación es limitada y la tendencia a un trato en base a derechos humanos del aborto depende fundamentalmente de la tendencia del gobierno de turno, lo cual constituye un problema dado el posicionamiento conservador de muchas de las autoridades o políticos de nuestro país. En este sentido es fundamental que el tema de aborto siga siendo un tema central en la agenda de derechos y en la opinión pública para lograr que cada vez tengamos más gente que trabaje a favor de estos derechos.

Siendo fundamental de igual manera que la agenda legislativa contemple como prioridades en materia de reforma legal, la modificación del código penal para despenalizar totalmente el aborto, y la reforma de la ley de aborto para adaptarla a los estándares existentes en materia de derechos humanos.

Igualmente, es fundamental que se ponga en conocimiento de la Corte Constitucional acciones que permitan valorar la constitucionalidad de la normativa relativa al aborto especialmente de aquella que genera barreras y brechas de acceso a los servicios y que es contraria a los estándares nacionales, internacionales y a las directrices de la OMS.

Bibliografía:

- Constitución de la República del Ecuador, 2008.
- Código Integral penal, 2014.
- Ley Orgánica de Salud, 2006.
- Ley Orgánica que regula la interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación en niñas y mujeres, 2022.
- CONASA, 2019. Cuadro de Medicamentos básicos 10 edición. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/cuadro-nacional-de-medicamentos-basico-cnmb/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo , 2017, Quito, Ecuador. Prevencio_n-de-Embarazo.pdf
- Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2018-2025.

- Ministerio de Salud Pública. Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. Norma técnica. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2019. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. Asesoría en salud sexual y reproductiva. Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Promoción de la Salud; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad”. Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización- MSP; 2017 Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. Salud en adolescentes. Guía de Supervisión. Dirección Nacional de Normatización, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Reglamento de Manejo de la Información confidencial en el sistema nacional de salud.