



INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR MALFORMACIONES FETALES EN EL ECUADOR Y BASES LEGALES EN COMPARACIÓN CON OTROS PAÍSES

TERMINATION OF PREGNANCY DUE TO FETAL MALFORMATIONS IN ECUADOR AND LEGAL BASIS IN COMPARISON WITH OTHER COUNTRIES

Verónica de Lourdes López Alvarado^{1*}
E-mail: veronica.lopez@ucacue.edu.ec
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9855-8739>
María Auxiliadora Santacruz Vélez¹
E-mail: maria.santacruz@ucacue.edu.ec
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9617-7289>

¹Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

*Autor para correspondencia

Cita sugerida (APA, séptima edición)

López Alvarado, V. L., & Santacruz Vélez, M. A. (2026). Interrupción del embarazo por malformaciones fetales en el Ecuador y bases legales en comparación con otros países. *Universidad y Sociedad* 18(1). e5651.

RESUMEN:

El aborto inseguro en Latinoamérica continúa siendo un problema de salud pública; se estima que hasta un 15% de las muertes maternas se producen por esta causa. Se analizaron las bases legales de Colombia, Argentina, España y Ecuador, describiendo las causales vigentes y los protocolos, enfatizando en la causal de aborto por malformaciones fetales incompatibles con la vida. En cuanto al análisis, Colombia es un pionero en Latinoamérica al extender las causales, y el plazo en cuanto a la edad gestacional. En cuanto a malformaciones incompatibles con la vida, esta causal está permitida sin límite de edad gestacional. España tiene, al igual que Argentina, el aborto libre hasta las 14 semanas. En cuanto a malformaciones incompatibles con la vida, tiene un protocolo amplio para determinar en qué casos realizar la interrupción. Argentina y Ecuador no mencionan el aborto eugenésico como causal, en casos puntuales, se toma en cuenta la salud psicológica para proceder.

Palabras clave:

Aborto eugenésico, Malformaciones, Interrupción del embarazo, Aborto legal, Edad gestacional.

ABSTRACT:

Unsafe abortion in Latin America continues to be a public health problem, with estimates suggesting that up to 15% of maternal deaths are caused by this issue. The legal frameworks of Colombia, Argentina, Spain, and Ecuador were analyzed, describing the current grounds for abortion and protocols, with an emphasis on abortion due to fetal malformations incompatible with life. In terms of the analysis, Colombia is a pioneer in Latin America in extending the grounds for abortion and the gestational age limit. In the case of malformations incompatible with life, this ground for abortion is permitted without any gestational age limit. Spain, like Argentina, allows abortion on demand up to 14 weeks. With regard to malformations incompatible with life, it has a broad protocol for determining in which cases to perform the termination. Argentina and Ecuador do not mention eugenic abortion as a cause, but in specific cases, psychological health is taken into account in order to proceed.

Keywords: Eugenic abortion, Malformations, Termination of pregnancy, Legal abortion, Gestational age.



INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, la sentencia 34-19N/21 y acumulados marca el inicio del proceso de la despenalización del aborto, recordando que, en el Código Penal, se admitía únicamente en casos de violación en pacientes con discapacidad (Corte Constitucional del Ecuador, 2021). Esto es de relevancia ya que se han venido dando procesos en torno a la sentencia, aún no claras frente a la Ley de Interrupción Voluntaria del aborto por violación, además en esta sentencia menciona dentro del aborto por malformaciones fetales incompatibles con la vida. En el año 2022, la Corte Constitucional no dio paso a dicho proceso debido a que no se encontraba bien argumentada, por ende, no se encuentra permitido. Esto genera un problema de salud, ya que muchas pacientes que presentan fetos incompatibles con la vida, no pueden realizar la interrupción por esta causal, lo que genera estrés en las pacientes, incremento del riesgo de complicaciones en embarazos de mayor edad, alteración del estilo de vida, depresión, entre otros problemas como polihidramnios, con riesgo de hemorragia.

En el presente trabajo se analizan el marco legal y protocolos de atención para interrupción legal del embarazo, en Colombia, Argentina y España, en comparación con la normativa vigente para el Ecuador.

Como es conocido, según datos de la Organización Mundial de la Salud, anualmente se realizan 73 millones de abortos, de los cuales se estima que un 45 % corresponde a abortos inseguros. En el Ecuador no está aprobada la interrupción del embarazo por causal malformaciones fetales. Según un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín (Jácome et al., 2020), realizado en óbitos fetales incluyendo datos de malformaciones congénitas presentadas en embarazos menores de 34 semanas de gestación identificadas por estudio ecográfico, cromosómico y de necropsia, en 276 óbitos se encontraron que 41 presentaron malformaciones, representando un 14,85%, de los cuales el hidrops representa el 41,46% (17; 41), de estos en el 53% (9; 17) se hallan malformaciones mayores y en el 47% (8; 17) otras malformaciones asociadas.

Se encuentran 17 cariotipos, 76,47% (13; 17) resultan anormales y 23,52% (4; 17) normales. Según estos resultados, es importante recalcar que las gestaciones con malformaciones encontradas en óbitos fetales representan un porcentaje importante, teniendo en cuenta que el hecho de presentar un óbito fetal conlleva en la madre una situación de estrés, depresión, riesgos obstétricos asociados a gestaciones de mayor edad gestacional que pueden tener complicaciones obstétricas.

No hay estadísticas claras de la tasa de malformaciones incompatibles con la vida en el Ecuador como tal, debido a la dificultad que se presenta para realizar un análisis posterior a las pérdidas gestacionales como los abortos diferidos, y la brecha en el diagnóstico prenatal temprano, pero si es claro el hecho de someter a una embarazada a mantener una gestación con un futuro incierto causa estrés, alteración de su calidad de vida, riesgos de su salud, entre otras situaciones que podrían evitarse al tener una base legal sólida, y protocolos para el personal sanitario para poder actuar de manera correcta frente a casos de malformaciones. En el caso de malformaciones congénitas, tomando en cuenta que, mediante estudios ecográficos, algunas se pueden diagnosticar de forma temprana, pero otras en el segundo trimestre en países como España permiten la interrupción hasta las 24 semanas de gestación, siempre que se determine que el producto no es viable y con consentimiento informado. En casos tardíos dependiendo del diagnóstico sea por ecografía o por cariotipo, incluso permiten realizar posterior a los plazos establecidos, como indica Cabero (2011), mediante junta médica, presentando de forma correcta los argumentos, de igual forma con el consentimiento informado pertinente. El aborto en el Ecuador es un tema controversial desde el punto de vista legal. Múltiples organizaciones feministas que buscan la lucha por los derechos humanos de las mujeres, niñas y adolescentes, diariamente buscan respuestas, solicitando que se revisen y se amplíe la ley para acceder a abortos seguros. Anteriormente el aborto no punible como consta:

Art. 150.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental. (Art. 150 del Código Integral Penal).

Debido a esto, en el año 2021, mediante la sentencia 34-19IN/21 y acumulados, se declara inconstitucional a la frase, mujer que padezca una discapacidad mental, dentro de los fundamentos de acción y pretensión por parte de las accionantes de la sentencia N° 34-19-IN consideran inconstitucional la frase “que padezca de discapacidad mental” (Corte Constitucional del Ecuador, 2021), contenida en el numeral 2 del artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal. Además, solicitan que “por el principio de unidad normativa”, después de la frase “una mujer que ha

consentido en ello” del artículo 149, debe incluirse: “excepto en caso de violación, incesto, malformación grave del feto y embarazo por inseminación forzada” (Ecuador. Asamblea Nacional, 2014), con lo cual se ampliarían las causales para poder acceder a un aborto seguro.

De la misma manera en cuanto a las malformaciones, se menciona que se vulnera el derecho a tomar decisiones libres, responsables y decidir cuándo y cuántos hijos e hijas tener. Conforme el art. 66 de la Constitución, numeral 9, respecto al derecho a la integridad personal, “el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual” (Ecuador. Asamblea Nacional Constituyente, 2008). El Estado promueve el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras”, para lo cual el Estado a través del Ministerio de Salud Pública, ha creado guías de práctica clínica para garantizar el acceso a la Salud como derecho fundamental. Dentro de estos, el Acuerdo Ministerial No. 0033 – 2017 (Argentina. Presidencia de la Nación, 2017), Plan nacional de salud sexual y salud reproductiva (Ecuador. Ministerio de Salud Pública, 2017), respecto a salud sexual y reproductiva, menciona: los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes.

Conforme el Art. 21 de la Ley Orgánica de Salud (2006) en donde se menciona que:

el Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. (Ecuador. Congreso Nacional, 2006).

El embarazo es un estado fisiológico el cual no está exento de complicaciones. Las hemorragias, los trastornos hipertensivos del embarazo y las infecciones constituyen las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. Al mencionar malformaciones fetales, según la Sociedad Española de Ginecología, desde un enfoque de Bioética, Cabero (2011), define: “aquellas anomalías que previsiblemente/habitualmente se asocian con la muerte del feto o del recién nacido durante el periodo neonatal, aunque en condiciones excepcionales la supervivencia pueda ser mayor”, en esta guía recalca la importancia de los Comités de Ética para la toma de decisiones, incluyendo una lista de enfermedades

consideradas incompatibles, en las cuales ya se puede ofertar a la madre embarazada la alternativa de la terminación del embarazo. La Organización Mundial de la Salud (2023), estima que en todo el mundo mueren anualmente 240.000 recién nacidos en sus primeros 28 días de vida por trastornos congénitos. Además, los trastornos congénitos provocan la muerte de otros 170 000 niños de entre 1 mes y 5 años de edad. Es conocido que las alteraciones congénitas contribuyen a discapacidad de larga duración, incrementan el costo a nivel de salud para las naciones, limitando el concepto de vida digna, afección del proyecto de vida, tanto para los familiares, como para las personas que presentan estas afecciones. Dentro de las principales causas de malformaciones que se presentan son los defectos cardíacos, defectos del tubo neural y síndrome de Down (OMS, 2023). Los factores de riesgo que se encuentran para presentar malformaciones congénitas están: factores genéticos, socioeconómicos y demográficos, edad materna, factores ambientales, y causas desconocidas. Un artículo publicado mencionado anteriormente (Jacome et al., 2020), en óbitos fetales, hace referencia a fetos muertos antes de que se produzca el parto, se encuentra que, de una muestra de 276, 41 presentan malformaciones fetales, siendo un 14 %. Tomando en cuenta estos datos, son gestaciones que avanzaron mucho, ya que fue el objetivo de estudio realizarlo en óbitos de 34 semanas, pudiendo complicar la salud materna tanto física, ya que se incrementa el riesgo de hemorragia posparto, polihidramnios, y afecciones psicológicas como trastorno de ansiedad y depresión.

Al realizar el presente análisis, se deja muchos interrogantes, ya que hace visible una realidad en el Ecuador sobre todo en cuanto a la legislación vigente, ya que impide que pacientes con fetos que presentan malformaciones incompatibles con la vida accedan a la terminación del embarazo, lo que trae consigo múltiples problemas sociales, al ser obligadas a mantener un embarazo con miedo e incertidumbre, teniendo en cuenta factores como la viabilidad del feto frente a la posibilidad de desarrollar complicaciones mayores con un embarazo de mayor edad gestacional.

En general, se ha visto que las legislaciones que penalizan el aborto, la imposición de la maternidad y el embarazo forzoso vulneran los derechos de las mujeres a decidir sobre sus cuerpo, vida y salud reproductiva, integridad física, su dignidad humana, etc. No queda exento de este concepto en caso de malformaciones fetales ya que implica mantener un embarazo con incertidumbre, afectando a las mujeres en múltiples esferas, tanto laborales, sociales y de impacto emocional.

En general a nivel mundial, el aborto fue un elemento de debate al despenalizar, considerando complejos de ética, ya que tiene connotaciones psicológicas, sociales, religiosas, entre otras. En países como Cuba, se debe tener en cuenta la conducta ética y bioética al realizar la asesoría frente al diagnóstico prenatal de malformaciones (Taboada, 2017).

Dentro de las bases legales respecto a la interrupción del embarazo en malformaciones fetales, Sentencia T-841 de la Corte Constitucional de Colombia (2011), establece que el riesgo a la salud mental de la mujer es motivo suficiente para llevar a cabo una interrupción del embarazo. De la misma manera la Sentencia del Tribunal Constitucional español en 1985 y la Sentencia de la Sala Constitucional nº 2792 (Corte Suprema de Costa Rica, 2004), han determinado que la Interrupción del embarazo sea aceptada a nivel constitucional, puesto que el proteger incondicionalmente la vida del nonato viola los derechos de la vida de la madre, persona nacida y constituida. Como ejemplo de legislaciones en donde se da prioridad a la salud y los derechos de la madre frente al nasciturus, que en este caso en particular su futuro no tiene un pronóstico favorable.

La Sentencia del Tribunal Constitucional considera que las disposiciones vigentes son incompatibles con la Constitución. Sin embargo, está obligado a realizar porque está bajo la jurisdicción del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

El objetivo del artículo es analizar la sentencia 34-19 IN y acumulados, que marca un cambio en cuanto a la ley de aborto no punible, revisar los protocolos y bases legales de Colombia, Argentina, España en cuanto al aborto seguro, las causales admitidas, para concretar en la causal de malformaciones incompatibles con la vida o aborto eugenésico (Corte Constitucional del Ecuador, 2021).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis descriptivo partiendo de la sentencia 34-19 IN y acumulados (Corte Constitucional del Ecuador, 2021), de la misma manera se analiza el marco legal y los protocolos de interrupción voluntaria e interrupción legal del embarazo en los países Colombia, Argentina y España. Se analiza en todos los casos la causal de aborto por malformaciones fetales incompatibles con la vida, los protocolos de aborto seguro y la aplicación clínica en los diferentes países. De los temas de relevancia, se encuentran similitudes en cuanto a las causales para interrupción legal del embarazo, como por causal salud, en donde se observa que no existe límite en ningún caso en cuanto a la edad gestacional. En cuanto a interrupción por causal violación, en el Ecuador se despenalizó, pero

se establece un límite de edad gestacional a 12 semanas. En cuanto a interrupción legal del embarazo por malformaciones fetales, en el Ecuador no menciona la ley, al igual que en Argentina. Colombia y España, admiten esta causal sin determinar edad gestacional. Sería interesante analizar a futuro en Colombia y Argentina, en donde se realizó un cambio en el marco legal reciente, en cuanto a cifras, reducción de abortos inseguros y morbilidad materna.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La sentencia 34-19-IN y acumulados marca un hecho histórico en la Jurisprudencia del Ecuador, despenalizando el aborto en casos de violación. Es el resultado de la lucha de múltiples colectivos feministas, grupos de protección de derechos sexuales y reproductivos, y organizaciones de derechos humanos y equidad de género (Corte Constitucional del Ecuador, 2021).

Fue presentada a la Corte Constitucional del Ecuador el 28 de abril de 2021, involucra múltiples demandas de inconstitucionalidad, debatiendo la despenalización del aborto por violación en mujeres sin discapacidad, pues en la Constitución ya contempla las mujeres con discapacidad, lo cual se considera discriminatorio, tomando en cuenta que muchas de estas mujeres además eran menores de edad sometidas a maternidad forzosa, alteración de su calidad de vida, deserción escolar, trabajo mal remunerado entre otras situaciones sociales de complejidad.

Dentro de las demandas, se analiza el Art. 150 del Código Integral Penal, puntualmente el numeral 2, en donde textualmente indica: El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca discapacidad mental. Al tener esta restricción, mantenía la sanción penal para todas las demás víctimas de violación que no tuvieran discapacidad mental, estableciendo privación de la libertad entre seis meses y dos años, y para el profesional de salud que ejerciera el art. 149 establecía penas entre siete y diez años de prisión.

Argumentos presentados

Esta sentencia se centró en despenalizar el aborto por violación, tomando en cuenta que la norma anterior del Código Orgánico Integral Penal (Ecuador. Asamblea Nacional, 2014), es discriminatoria para mujeres sin discapacidad, presentando, además:

- Violación al derecho a la igualdad: ya que se considera discriminatorio el someter a pacientes sin discapacidad a maternidad forzada, siendo considerada un trato cruel o hasta cierto punto una forma de tortura al considerar al embarazo una forma de revictimización.
- Vulneración de la autonomía reproductiva: uno de los puntos presentados a la Corte constitucional trata el aborto por malformaciones fetales incompatibles con la vida, que no tiene el análisis específico correspondiente, sin embargo, el hecho de vulnerar el derecho a la mujer a no tener la opción de decidir frente un embarazo no viable que puede traer consigo comorbilidades en la mujer afecta su autonomía.
- Afectación a la integridad personal: la maternidad forzada es considerada una grave afectación a la integridad personal en las mujeres, tomando en cuenta además la revictimización para las mujeres tras sufrir una agresión sexual, además, se ven obligadas a continuar con el embarazo.
- Conflicto de derechos constitucionales: ya que por un lado se plantea la protección a los bienes jurídicos de la mujer, definiendo a la salud como el completo bienestar físico, psicológico y emocional, tomando en cuenta muchos parámetros, y por otro lado al existir normas restrictivas que limitan su autonomía, libertad y dignidad. Además, plantea derechos del nasciturus sin existir un equilibrio dentro de la norma.

Dentro del análisis que se realiza, se analizan los derechos, tanto de las mujeres como el derecho a la vida, a la integridad personal, derecho a la igualdad y no discriminación y el derecho a la libertad reproductiva, frente al derecho a la vida desde la concepción, que protege en este caso al nasciturus. Tomando en cuenta la proporcionalidad, si bien es cierto un fin legítimo se encuentra el proteger la vida desde su concepción, la medida penal es desproporcionada, tomando en cuenta aspectos importantes como la maternidad forzada que afecta gravemente la autonomía de la mujer, considerando además que continuar con un embarazo producto de violación, de por sí ya es una forma de violencia institucionalizada para la mujer, como violencia de género.

Dentro de las decisiones la Corte constitucional declara inconstitucional la frase en una mujer que padezca discapacidad mental, contenida en el Art. 150, numeral 2 del Código Orgánico Integral Penal (Ecuador. Asamblea Nacional, 2014), permitiendo que la excepción de aborto no punible en casos de violación aplique sin restricción a todas las mujeres víctimas de este delito.

Se establece un plazo máximo de interrupción del embarazo a 12 semanas, a pesar del análisis realizado y las brechas que se presentan en ciertos grupos, sobre todo por el libre acceso a los servicios de salud. Se emite un

plazo a la Asamblea Nacional a regular el ejercicio de esta garantía constitucional en un plazo no mayor a seis meses.

Dispuso al Ministerio de Salud Pública, desarrollar en un plazo máximo de dos meses, protocolos de atención integral para garantizar la práctica segura y accesible de la interrupción del embarazo en los casos permitidos. A su vez, reconoció el derecho de los y las profesionales de la salud en cuanto a la objeción de conciencia, enfatizando que se debe contar con mecanismos para asegurar la atención de víctimas de violación.

La sentencia 34-19 IN y acumulados, marca un cambio trascendental en la jurisprudencia ecuatoriana, respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Ha ampliado la protección legal para miles de víctimas de violación que enfrentaban diferentes situaciones frente a mantener un embarazo no deseado o realizarse procedimientos clandestinos que ponían en riesgo la vida y la integridad, además del miedo a la sanción penal (Corte Constitucional del Ecuador, 2021).

Dentro del impacto jurídico, establece un nuevo estándar de interpretación constitucional sobre derechos reproductivos y protección a las mujeres víctimas de violencia. En cuanto al impacto en salud, disminución de la morbilidad materna sobre todo asociada a abortos clandestinos. Incorporación al país a la tendencia regional de ampliación de causales legales para interrupción del embarazo, y un impacto importante a nivel social, ya que se visibiliza la violencia sexual existente como un problema real presente que lleva consigo la afectación en la autonomía reproductiva de la mujer. Como se evidencia en el artículo ecuatoriano (Ruiz-Ruiz et al., 2023) en un análisis jurídico en base a la ley ecuatoriana, tomando en cuenta la afectación mental, psicológica y social, con enfoque de derechos humanos, es urgente replantear en el Código Orgánico Integral Penal, el argumento respecto a la interrupción legal del embarazo por malformaciones congénitas incompatibles con la vida.

Sin embargo, cabe destacar que a pesar de haberse mencionado la causal de aborto por malformaciones fetales no fue debatida de forma correcta, ya que se toma a la misma como afectación de la salud de la mujer de forma genérica, donde no visualiza el impacto en la salud de las mujeres, al ser sometidas a una maternidad forzosa de embarazos no viables, que en algunas ocasiones pueden llevar a complicaciones durante el embarazo en gestación avanzada, afectación de la vida digna, por lo que dicha causal no se encuentra plenamente aceptada, en ocasiones se plantea como salud materna sin embargo, al no estar normado, limita al gremio médico su ejecución.

Sentencia C-355 Y C-055 2022 Colombia

En el año 2000, la cumbre del Milenio de las Naciones Unidas acuerda disminuir la desigualdad y la pobreza en todas las regiones del mundo, reconociendo internacionalmente a la mortalidad materna como un indicador de desarrollo de un país. En algunos países en donde el aborto tiene restricciones, este se vuelve un privilegio de los ricos, que acuden a otros países desarrollados en donde se lo puede realizar, lo cual limita a las mujeres con escasos recursos a realizarse de forma insegura. Por lo mencionado, se puede observar que, en la mayor parte de los países en vías de desarrollo, como es el caso de Latinoamérica y el Caribe, no es casualidad que la mortalidad materna se concentre en grupos vulnerables reconocidos como son las adolescentes, mujeres pobres, indígenas, marginadas o desplazadas. Las estadísticas que menciona el documento, se evidencian que anualmente un 13% de causas de mortalidad materna hace referencia a abortos inseguro.

La Corte Constitucional de Colombia, mediante la sentencia C-355 (Corte Constitucional de Colombia, 2006) declara inconstitucional la prohibición absoluta del aborto, por cuanto se constituye en una violación a los derechos fundamentales de las mujeres, tomando en cuenta las causales:

Cuando la continuación del embarazo constituya un peligro para la vida o salud de la mujer, siempre que esté certificada por un médico. Es decir, aborto terapéutico.

Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.

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 un óvulo fecundado no consentido o de incesto. Como el caso de aborto por violación e inseminación forzada.

Mediante la Sentencia C-055 (Corte Constitucional de Colombia, 2022) además de despenalizar el aborto sin causal, permitiendo el derecho para la interrupción del embarazo hasta la semana 24. El análisis jurídico presentado para que se realice este cambio es considerar la vida como un bien jurídico que se debe proteger durante todas las etapas, pero no necesariamente con la misma intensidad, dando énfasis a las etapas más avanzadas del embarazo. Al considerar al aborto como delito es una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, que como consecuencia trae consigo la realización de forma insegura y clandestina, además de que la libertad de conciencia es un asunto personal,

que corresponde a la autonomía reproductiva. Como se puede observar, las causales vigentes en la ley colombiana respecto al aborto hacen que en teoría su acceso sea fácil, con la finalidad de la reducción de la mortalidad materna, el acceso al aborto seguro, la protección de los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, el derecho a la igualdad y a la dignidad humana. Sin embargo, se identifican algunos problemas sobre todo por el acceso a los servicios de salud, desconocimiento y la aplicación insuficiente de las causales, negación injustificada de los servicios, aplicación inadecuada de la objeción de conciencia, entre otros, que hacen que siga siendo un problema de salud.

La ampliación de las leyes, marca el inicio de avances en la equidad de género, disminuir la violencia contra la mujer y asegurar el acceso libre, respetando el principio de autonomía para la toma de decisiones respecto a su fertilidad.

Causal malformación fetal incompatible con la vida

De acuerdo con el lineamiento, la aprobación de esta causal se basa en que no se puede exigir a las mujeres la carga de un embarazo, a sabiendas de la inviabilidad del feto, ya que esto de acuerdo con el Comité de Derechos Humanos de la ONU, se considera trato cruel, inhumano y degradante con afectación de su dignidad como derecho fundamental. Aplica a malformaciones que, por la severidad, la vida fetal sea inviable, sin posibilidad a ser tratada.

El único requisito que menciona el protocolo es la certificación de la inviabilidad resultante de las malformaciones fetales emitida por un médico con la formación pertinente, bajo estrictos estándares de ética profesional.

En la práctica médica está plenamente reconocido que existen patologías fetales discapacitantes severas que permiten sobrevida por un tiempo corto o prolongado, que no es predecible, y depende puntualmente de cada caso, que no constituye dentro de esta causal. Sin embargo, no se puede ignorar la llamada coexistencia de causales, tomando en cuenta la afectación de la mujer en la esfera psicológica, para lo cual pone énfasis, el poder incluir dentro de la causal de salud.

Ley 25.673 Argentina

Argentina a través de la Ley 25.673 (Congreso de la Nación Argentina, 2002), implementa acciones a través de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, para promover el derecho en todo el país para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. La política sanitaria se enfoca a garantizar el acceso al aborto seguro. La Ley 27.610 fortalece los postulados de la ley 25.673,

y de las políticas públicas para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, con la finalidad de la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta causa.

Según el artículo 2 de la ley 25.672, tienen derecho a: decidir la interrupción del embarazo, acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, recibir atención pos aborto en los servicios del sistema de salud, y a prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y anticoncepción.

La Ley 27.610 reconoce el derecho a la interrupción del embarazo, concretamente en el art. 4, se admite la interrupción de la gestación hasta las 14 semanas. Se admite de forma libre sin causal.

Fuera del plazo establecido, se admite la interrupción: en caso de ser un embarazo resultado de una violación, y causal salud, si estuviera en peligro la vida.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Para la interrupción voluntaria del embarazo, esto puede ser solicitado por cualquier persona hasta las 14 semanas de gestación, requiere únicamente el consentimiento informado, no necesita explicar el motivo para el acceso, basándose en la Ley 27.610. Para estimar la edad gestacional el personal médico debe constatar por fecha de la última menstruación, el examen clínico o ecografía, según la disponibilidad para evitar demoras y garantizar la atención oportuna. Si bien es cierto que no es necesario registrar los motivos por los cuales se va a realizar la interrupción a la paciente, al momento de realizar la historia clínica es importante indagar si existe otro riesgo presente que afecte la salud física o emocional, sobre hechos de violencia, para realizar una evaluación y tratamiento de forma integral (Anzorena, 2023).

Interrupción legal del embarazo (ILE)

Dentro de esto se encuentra la interrupción del embarazo con causales, violación o causal salud.

En el caso de causal violación, la gestante tiene derecho a decidir sobre su embarazo o la interrupción, con el requerimiento y la declaración juramentada ante el personal de salud. En caso de niñas menores de 13 años, no es necesaria la declaración. No es exigible la denuncia policial o judicial para acceder a una ILE, sin embargo, si está ya realizada, se debe registrar una copia en la historia clínica. La norma pone énfasis en no retrasar los procesos por la toma de material forense. La declaración jurada es un documento simple, en donde se deja claro el embarazo producto de una violación, no requiere profundizar en las circunstancias del hecho o elementos de

prueba para poder realizarse. El personal sanitario debe informar a la mujer de su derecho a denunciar el hecho para investigación y sanción al agresor, ya que no inicia de oficio.

En el caso de causal salud, la gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo si está en peligro su vida o salud. El derecho a la salud, es reconocido de forma internacional como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y Culturales, que integra la Constitución argentina (Congreso de la Nación Argentina, 1994). Tomando en cuenta el concepto innato de salud, es el riesgo de afectación al bienestar físico, mental o social, por lo que legalmente un embarazo puede interrumpirse cuando cualquier parámetro de los mencionados se encuentra afectado.

El derecho a la salud, es un derecho fundamental, interdependiente con los derechos a la vida, autonomía, libertad, al libre desarrollo de la personalidad, dignidad, libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

En cuanto a la salud mental, en el derecho argentino está plenamente reconocido, por lo tanto, se enfatiza en la evaluación integral, ampliando el concepto antiguo de salud únicamente desde un concepto de ausencia de enfermedad. En cuanto a las situaciones en niñas y adolescentes, mencionan el hecho del incremento de morbilidad en este grupo de edad frente a un embarazo, ya que es plenamente reconocido que existen riesgos mayores de muerte materna, infecciones, eclampsia, parto prematuro y mortalidad neonatal.

Según el Fondo de Población de Naciones Unidas, el riesgo de muerte materna en menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor que en mujeres de mayor edad. En cuanto a salud mental, existen altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes embarazadas y en posparto, incluso el desarrollo de pensamientos suicidas en comparación con mujeres adultas.

Dentro del análisis, enfatizan lo siguiente: causal salud, en peligro para la vida o la salud, debe ser constatado en la atención médica, respetando el derecho a la salud, trato digno, acceso a la información y autonomía de las gestantes. La salud como concepto tiene varias dimensiones, no solo la ausencia de la enfermedad, sino de salud física, mental y social, de acuerdo con el derecho argentino, y concepto reconocido de forma internacional por la OMS. La afectación psicológica, merece una especial atención, sobre todo en pacientes con alteración de su estilo de vida, pérdida de la integridad personal y autoestima. Reconocer también el peligro a la salud como la posibilidad de afectación en salud, no de forma inmediata

o constatar una enfermedad, sino ante el potencial de afectación de la salud. Esto debe realizarse de forma clara sobre el tipo de peligro que la gestante está dispuesta a correr, para la toma de decisiones de forma autónoma.

En el caso de embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años, se puede plantear la interrupción bajo la causal salud, reconociendo el incremento de riesgo vital en la salud, en este grupo de edad.

Como podemos observar no existe causal de interrupción del embarazo por malformaciones fetales incompatibles con la vida, ya que al existir mayor libertad para realizar la interrupción antes de las 14 semanas pues no está plenamente reconocida de forma autónoma esta causal, sin embargo, en caso de realizarse el diagnóstico posterior a las 14 semanas, se toman en cuenta otros parámetros como la afectación de la gestante en la esfera de salud, tanto física, mental y social, como se encuentra descrito, y se lo realiza bajo esta causal plenamente justificada.

Ley 2/2010 y Ley 1/2023 España

El 4 de marzo del año 2010, se publica la Ley 2/2010, de Salud Sexual y reproductiva, concretamente la interrupción voluntaria del embarazo (España. Cortes Generales, 2010). El 3 de marzo del año 2023, se da un alcance a la Ley en donde se realizan cambios significativos, y modificaciones para la ampliación de la misma (España. Cortes Generales, 2023).

La Sociedad Española de Gineco Obstetricia (2017), a través de su comité de Bioética, establece un protocolo para establecer criterios basados en evidencia científica para la interrupción del embarazo en fetos con anomalía incompatible con la vida, y enfermedades graves e incurables en el momento de diagnóstico.

Interrupción voluntaria del embarazo

Conforme el Art. 14 de la Ley, que fue modificada parcialmente en febrero del 2023, sin embargo, esta permite la interrupción del embarazo por decisión informada, sin causal, siempre que la gestación se encuentre sea menor de 14 semanas. Anteriormente los requisitos que eran necesarios era que la mujer sea informada por parte del personal sanitario sobre sus derechos y ayudas, además el plazo de reflexión de tres días, esto fue modificado, al momento ya no requiere el tiempo reflexivo ni la información a la mujer, de igual manera no es necesario el consentimiento por parte de los padres en adolescentes menores de 16 años.

De acuerdo al Art. 15, contempla la interrupción del embarazo por causas médicas, cumpliendo algunos requisitos,

como la edad gestacional, la misma que no debe superar las 22 semanas. En cuanto a causal salud, debe existir un riesgo grave para la vida o salud de la embarazada, debe estar certificada con anticipación por un médico. En caso de que exista graves anomalías en el feto, y esto se encuentre certificado, con anticipación por un médico especialista. Y cuando se diagnostiquen anomalías fetales incompatibles con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable del feto, certificadas con anticipación por un médico especialista.

Cabe recalcar que en estas causales el primer dictamen se realiza por un médico con pertinencia para realizar el diagnóstico, y el procedimiento lo realiza otro especialista. En el caso de enfermedad incurable extremadamente grave e incurable del feto posterior, lo confirma un comité clínico.

En el caso de que se solicite realizar la interrupción más allá de las 22 semanas, en caso de malformaciones fetales y enfermedades incurables, la decisión se realiza mediante un comité clínico.

La guía de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia, con el fin de facilitar el funcionamiento de los Comités Clínicos, realiza un análisis de distintas circunstancias para poder clasificar como anomalía incompatible con la vida. En caso de existir patologías no incluidas, estas pasan a ser analizadas por los comités clínicos.

Anomalía fetal incompatible con la vida

La Sociedad Española de Gineco Obstetricia (2017) hace referencia a anomalías estructurales del feto, que se asocian a la muerte fetal, o del recién nacido durante el periodo neonatal. Dentro de estas se encuentran:

- Anomalías del sistema nervioso central: como la Anencefalia, exencefalia, acraneo, Hidranencefalia, holoprosencefalia alobar.

- Anomalías respiratorias y torácicas: Atresia laríngea, atresia traqueal, agenesia diafragmática y displasia esquelética letal con hipoplasia torácica y afectación precoz.

- Anomalías renales y otras: agenesia renal bilateral, patología renal bilateral, secuencia Potter y de comienzo temprano, ectopia cordis, pentalogía de Cantrell, síndrome de bandas amnióticas y Limb-body Wall complex.

Cromosomopatías: trisomía 18 (síndrome de Edwards), trisomía 13 (síndrome de Patau), trisomía 9 y las triploidías.

Enfermedad extremadamente grave o incurable en el momento del diagnóstico

Según Cabero (2011) son aquellas afecciones con alta probabilidad de muerte durante la gestación o al momento

del nacimiento, asociadas a un tiempo corto de supervivencia, o a su vez ser incapacitantes, sobre todo por la afectación del desarrollo neurológico, con la necesidad de atención especial extrema, dependencia para el desarrollo de la vida extrauterina.

Dentro de estas se encuentran:

-Malformaciones cardíacas: formas graves de anomalía de Ebstein, con insuficiencia tricúspidea severa y gran cardiomegalia, hipoplasia de cavidades izquierdas, isomerismo derecho, cardiopatías que acompañen de fracaso cardíaco o insuficiencia cardíaca, canal auriculoventricular completo, miocardiopatías disfunciones con fracaso cardíaco.

-Patologías neurológicas: Encefalocele, y anomalías que causan desestructuración del sistema nervioso central, hidrocefalia grave y progresiva, ausencia o hipoplasia grave de vermis cerebeloso, alteraciones graves del sistema nervioso como leucomalacia, esquerzencelfalia, lisencefalía, agenesia completa del cuerpo calloso.

-Tumoraciones con compromiso severo de estructuras vitales, hernia diafrágmatica severa, esclerosis tuberosa, hidropesía grave sin causa aparente.

De la misma forma se toma en cuenta es deseo de la mujer embarazada, siempre con prevaleciendo el interés superior, como se puede evidenciar en el artículo publicado por Reischer et al. (2025) hasta un 75% de pacientes con gestaciones que presentan anencefalía, solicitan la terminación del embarazo.

Debido a la complejidad, la guía recalca la importancia de los comités clínicos. Para ello destaca algunos aspectos, como el funcionamiento de los mismos debe equipararse al de los Comités de Ética Asistencial (CEAS), ya que como se menciona se discute la limitación terapéutica de algunas patologías que podrían encontrarse fuera de las listas mencionadas. Además, se analizan aspectos como evitar la obstinación terapéutica, o imponer tratamientos que ocasionan sufrimiento importante, sin la posibilidad de mejoría, ocasionando la prolongación de la agonía, desde el punto de vista ético, afectación de la dignidad humana para todo un entorno familiar. Para esto los Comités Clínicos deben realizar un análisis individual y global, valoración de la vida humana, considerando el valor que debe incluir a cierta calidad de vida, y un estudio posterior a la interrupción del embarazo, el estudio al producto por un patólogo experto, para poder realizar la adecuada asesoría sobre alternativas reproductivas a futuro.

Comités clínicos

Algunas situaciones que deben tomar en cuenta los Comités, para la toma de la adecuada decisión, son aspectos médicos, un diagnóstico cierto y adecuado que se haya empleado todos los medios para tener claro el diagnóstico, las posibilidades reales de tratamiento y alternativas, análisis de las consecuencias de cada decisión, es decir si se realiza o no la interrupción de la gestación.

De acuerdo con la calidad de vida, deben analizar de forma precisa si es previsible el tiempo de supervivencia, el tipo de dependencia y condiciones futuras que podrían presentarse.

Se pone especial importancia a consecuencias para la madre, la familia y factores psicosociales para la toma oportuna de la decisión, apoyándose en equipos multidisciplinarios, para prevenir la afectación de la calidad de vida, dignidad humana, y la agonía injustificada.

De acuerdo a los resultados obtenidos, analizando los protocolos y bases legales de Colombia, Argentina y España, además de la sentencia 34-19 IN y acumulados de nuestro país, se pueden tomar en cuenta algunas cosas para analizar. Primero, las diferentes causales vigentes para interrupción voluntaria del embarazo, y para interrupción legal del embarazo, en cada país analizado, y su similitud, la forma en la que cada país lo tiene protocolizado. A futuro sería interesante un análisis a nivel de los indicadores de salud, para ver si las leyes vigentes aportan a la disminución de la morbilidad de las mujeres, y su impacto a nivel social (Corte Constitucional del Ecuador, 2021).

Como similitud se puede encontrar que tanto España como Argentina cuentan con una normativa que permite la interrupción voluntaria del embarazo sin causal hasta las catorce semanas. Esto permite el acceso de forma libre, con la información completa, sin requerir ningún documento legal, únicamente el consentimiento. Colombia realizó la extensión del límite de la edad gestacional, pero a pesar de esto aún existen dificultades para la aplicación de la norma, ya que existe mucho desconocimiento por parte del personal sanitario, dificultad en el acceso a los servicios, objeción de conciencia, y retrasos en la atención por lo que la mortalidad por aborto inseguro sigue presente. En Argentina, por otro lado, existe aún desconocimiento, y algunos obstáculos, según Anzonera (2022), existen obstáculos, ya que existe desigualdad territorial para el acceso a los servicios de salud, además menciona temas relacionados con el personal sanitario,

como la falta de formación a los profesionales para poder aplicar la Ley, además el temor, resistencia y falta de información. En España, por otro lado, se describen problemas similares para la aplicación de la Ley y para el acceso efectivo de las pacientes a los servicios de salud. Se evidencian situaciones como el acoso de los grupos antiaborto en las instituciones públicas, temor, objeción de conciencia lo cual retrasa la atención efectiva por lo que se ha visto que la mayor parte de mujeres optan por atención de forma privada, lo cual limita por el factor económico como se refleja en muchos países, sobre todo en vías de desarrollo. Ver figura 1.



Fig 1. Cuadro comparativo de las causas para la interrupción de embarazo en los países estudiados.

Causal malformaciones fetales

El análisis del aborto por malformaciones fetales incompatibles con la vida, dentro de los protocolos y leyes analizadas, se puede observar que en el Ecuador el argumento presentado ante la Corte Constitucional fue insuficiente, por ello no tuvo un análisis, y por ende no se menciona en la Sentencia ni en la Ley. Sin embargo, al igual que en Argentina, lo tratan de analizar estos casos como causal de salud. Al ser tomado en cuenta como causal Salud, el concepto es bastante amplio, y dentro de los lineamientos para interrupción del embarazo no se encuentra claramente mencionado en casos de fetos incompatibles con la vida, ni el proceso para poderse realizar, ello es una limitante para el personal de salud y para las mujeres que presentan esta morbilidad. En Argentina, el protocolo para interrupción legal del embarazo, como causal Salud, toma en cuenta el concepto amplio de este, como el bienestar físico, psicológico, social, como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (2023) por tanto, a esta causal integran como parte de causal salud de la mujer, ya que indudablemente está presente prevalecer la salud psicológica de la mujer, su alteración de su proyecto de vida, afección y vulneración de la dignidad como derecho, entre otras mencionadas en la guía para poder realizar la interrupción de la gestación. Por otro lado, se puede evidenciar en España, desde el año 2010, cuenta con un protocolo completo analizado desde la Bioética, en donde el concepto de Malformaciones incompatibles con la vida se divide y se amplía en dos escenarios, que, vistos desde la parte médica, son muy importantes para la toma de decisiones.

En el primer escenario, se encuentran anomalías incompatibles con la vida extrauterina, claramente reconocidas, que, aunque se apliquen tratamientos, la condición médica es completamente desfavorable. En el segundo escenario, se encuentran enfermedades extremadamente graves e incurables al momento de su diagnóstico, lo cual cuenta con patologías que pueden ser analizadas mediante un comité clínico, ya que son fetos que pueden nacer, y tener una vida con un grado de discapacidad, de pronóstico impredecible o incierto, visto desde la parte médica.

En Colombia por su parte, el protocolo de interrupción legal del embarazo, concretamente por malformaciones fetales, cuenta con la aprobación siempre que este certificado por un médico especialista, lo cual plantea algunas interrogantes que en algún momento puede llevar a dificultades, como por ejemplo, ¿la certificación debe hacerlo únicamente un ginecólogo especialista en ecografía?, otra interrogante es ¿Qué medios diagnósticos podrían ser necesarios para el correcto diagnóstico?, únicamente ecografía o ser necesario cariotipo en líquido amniótico?, ello también puede

en su momento retrasar el tiempo para una decisión por parte de la mujer embarazada y por otro lado limitar el acceso a estas pruebas, tomando en cuenta que son exámenes que requieren entrenamiento, el costo y el acceso a nivel del sistema nacional de salud, y el modelo de atención. Un dato importante como se encuentra en un artículo publicado en Austria (Reischer et al., 2025) analiza que pacientes que se diagnostican con una adecuada técnica de ecografía en primer trimestre, se pudo tomar decisiones tempranas para la interrupción legal del embarazo, frente a diagnósticos tardíos en segundo trimestre lo cual requiere técnicas de feticidio intrauterino para posterior realizar la terminación, esto en las legislaciones analizadas no se menciona.

Es importante tomar en cuenta que las guías analizadas, mencionan la importancia en cuanto al manejo de la salud mental, sin embargo, sería vital analizar si estas se encuentran protocolizadas, debido a un estudio menciona que a pesar de que se realiza la interrupción del embarazo en fetos con malformaciones, un grupo grande de pacientes presenta incremento de síntomas depresivos posterior a la realización del aborto (Peng et al., 2025).

De todos los protocolos analizados, y las leyes, vigentes al momento, Colombia, es un pionero a nivel de América Latina, ya que tiene en vigencia causales para interrupción del embarazo, que permiten su acceso en edades gestacionales más avanzadas en comparación con Argentina y España. Por otro lado, Ecuador aún tiene una legislación restrictiva, en donde aún constan sanciones de tipo penal, siendo considerado delito, lo cual hace que siga el aborto clandestino un problema de salud. Si bien es cierto, la Sentencia 34-19 IN y acumulados (Corte Constitucional del Ecuador, 2021), marca un cambio importante, permitiendo despenalizar el aborto por violación, ya no siendo únicamente a personas con discapacidad, lo cual era considerado discriminación, aún limita la aplicación de la norma, debido a que no se encuentran en mención causales como malformaciones fetales incompatibles con la vida.

CONCLUSIONES

En conclusión, la Interrupción Legal del embarazo, y la interrupción voluntaria del embarazo, en los países de Latinoamérica siguen teniendo sus problemas a pesar de existir legislaciones que tienen ya un marco legal avanzado.

Se puede observar que no existen normativas claras para su aplicación como el caso del Ecuador, por lo que para el personal médico esto representa una dificultad ya que

genera temor por desconocimiento de la Ley, que impulsa en muchos casos a realizar objeción de conciencia.

En Ecuador, no se menciona la causal de malformaciones incompatibles con la vida, lo cual impulsa, al igual que en la legislación argentina, a tomar en cuenta la salud mental. Esto no siempre refleja la realidad. Por otro lado, al no permitir la interrupción del embarazo por malformaciones, lo que puede llevar a mantener gestaciones sin un futuro claro, obligando a las madres a ser sometidas a gestaciones sin pronóstico, pudiendo ser esto tomado en cuenta como afectación al proyecto de vida, dignidad humana, y tortura.

España cuenta con una normativa clara, para la interrupción del embarazo en fetos con malformaciones incompatibles con la vida, y en casos que no se encuentren registrados en la normativa se respeta la decisión del Comité Clínico, que evalúa de forma integral, permitiendo evitar errores y retrasos en la aplicación de la norma.

En cuanto al marco legal colombiano, este permite la interrupción del embarazo en malformaciones incompatibles con la vida, sin embargo, en el protocolo únicamente se basa en la certificación por parte de un médico especialista, no contempla los casos puntuales sujetos para interrupción, ello podría ser una limitante para el personal sanitario.

Se puede observar que existe una evolución en cuanto a derechos en salud sexual y reproductiva, a ritmos diferentes, evidenciándose restricciones en algunos países, que pone límites, lo cual permite una evolución lenta, tanto en leyes, como en reducción de morbilidad materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzorena, C. C. (2023). El derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina: obstáculos y desafíos de la política en acto a 18 meses de su implementación (2021-2022). *Salud Colectiva*, 19, e4613. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4613>
- Argentina. Presidencia de la Nación. (2017). Decreto 33/2017. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/157687/20170113>
- Cabero Roura, L. (2011). Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*, 54(2), 96–99. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-declaracion-comision-bioetica-sego-sobre-S0304501310004814>
- Congreso de la Nación Argentina. (1994). Constitución Nacional. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804>

- Congreso de la Nación Argentina. (2002). Ley 25.673. <https://www.argentina.gob.ar/nORMATIVA/nACIONAL/79831/texto>
- Corte Constitucional de Colombia. (2006). Sentencia C-355/06. <https://www.corteconstitucional.gov.co/sentencias/2006/C-355-06.rtf>
- Corte Constitucional de Colombia. (2011). Sentencia T-841. <https://www.corteconstitucional.gov.co/sentencias/2011/T-841-11.rtf>
- Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sentencia C-055. <https://www.corteconstitucional.gov.co/sentencias/2022/C-055-22.rtf>
- Corte Constitucional del Ecuador. (2021). Sentencia 34-19-IN/21. <https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-34-19-in-21/>
- Corte Suprema de Costa Rica. (2004). Sentencia 2792. <https://vlex.co.cr/vid/498633194>
- Ecuador. Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Ecuador. Asamblea Nacional. (2014). Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial Suplemento 180. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/03/COIP_act_feb-2021.pdf
- Ecuador. Congreso Nacional. (2006). Ley Orgánica de Salud [Ley 67]. Registro Oficial Suplemento 423. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2017). Plan nacional de salud sexual y salud reproductiva, año 2017-2021. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/public/PDF/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- España. Cortes Generales. (2010). Ley Orgánica 2/2010. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
- España. Cortes Generales. (2023). Ley Orgánica 1/2023. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>
- Jácome Espinoza, A. A., Hidalgo Yáñez, L. R., & Collaguazo González, D. C. (2020). Malformaciones congénitas en óbitos fetales. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM*, 19(2), 19-24. <https://revistahcam.ies.gob.ec/index.php/cambios/article/view/661>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Trastornos congénitos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
- Peng, H., Li, X., Zeng, L., Wang, Y., Wang, Y., Qin, C., & Chen, Y. (2025). Reciprocal relationship between abortion stigma and depressive symptoms among women who underwent termination of pregnancy for fetal anomalies: a cross-lagged panel study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07376-8>
- Reischer, T., Catic, A., Brennus, C., Göbl, C., & Yerlikaya-Schatten, G. (2025). The impact of prenatal ultrasound screening on termination of pregnancy with and without feticide: a retrospective analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 508. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07611-2>
- Ruiz-Ruiz, D. A., Merizalde-Avilés, M. L., & Romero-Fernández, A. J. (2023). Despenalización del aborto por malformaciones congénitas incompatibles con la vida. *IUSTITIA SOCIALIS*, 8(1), 1563–1571. <https://doi.org/10.35381/raci.v8i1.3333>
- Sociedad Española de Gineco Obstetricia. (2017). Manual básico de Obstetricia y Ginecología. https://comatronas.es/contenidos/2017/11/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf
- Taboada Lugo, N. (2017). Dilemas éticos en la interrupción del embarazo por malformaciones congénitas. *Humanidades Médicas*, 17(1). <https://www.medicgraphic.com/pdfs/hummmed/hm-2017/hm171c.pdf>