

La política es complicada,
la ciencia es concluyente:

El aborto terapéutico salva la vida de las mujeres



Argumentos desde la ciencia para entender la necesidad de garantizar la interrupción del embarazo cuando la salud y la vida de las mujeres están en riesgo.

El aborto terapéutico ante la objeción de conciencia

Guatemala es uno de los tres países de Centroamérica donde el aborto terapéutico es legal. El Código Penal guatemalteco, en su artículo 137, dice textualmente: "No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico; si se realizó sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido, para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos".

Sin embargo, el acceso a este derecho no está plenamente garantizado¹, por lo que las mujeres con embarazos de alto riesgo siguen estando expuestas a sufrir graves daños en su salud y, en el peor de los casos, a morir. El principal obstáculo que enfrentan las mujeres para decidir interrumpir o no un embarazo que amenaza sus vidas es el personal de salud que antepone sus creencias personales a su obligación de asegurar el bienestar de sus pacientes.

Tal situación provoca que niñas, adolescentes y mujeres que no desean continuar con sus embarazos de alto riesgo recurran a métodos inseguros o a personal no calificado para tal fin, lo que en muchos casos las lleva a sufrir hemorragias, infecciones y hasta la muerte. En Guatemala, que es uno de los países de América Latina y el Caribe con mayores niveles de desigualdad, esta situación afecta más a mujeres indígenas, a tal punto que la razón de

mortalidad materna (137 por cada 100 mil partos)² es tres veces mayor en dicha población.

Más allá de la moral o la religión

La objeción de conciencia es un derecho reconocido en leyes, códigos de ética y en sentencias o pronunciamientos de organismos regionales. En el caso del sector salud, este derecho establece que los profesionales de salud tienen la legítima opción de negarse a brindar ciertos servicios de salud que sean considerados contrarios a sus convicciones o creencias personales. No obstante, se han puesto limitaciones a este derecho, ya que esta opción no puede implicar la restricción al cumplimiento de derechos humanos, especialmente en la prestación de servicios de salud, ya que puede tener un impacto directo en el ejercicio de los derechos de otras personas.

La salud y la vida de miles de niñas, adolescentes y mujeres no puede estar sujeta a la voluntad o creencia de una persona. Es obligación de las y los especialistas en Ginecología y Obstetricia proveer la alternativa del aborto terapéutico en tiempo y forma; en tanto, el Estado debe velar porque este derecho sea del conocimiento y alcance de todas las ciudadanas, sin distinción de estado civil, raza o posición económica.

El aborto terapéutico salva la vida de las mujeres

¿Cuántas veces hemos escuchado que el aborto es un asesinato? ¿Cuántas veces hemos escuchado que el aborto es un procedimiento médico para preservar la salud y la vida de las mujeres?

Lamentablemente, la idea que reduce la interrupción del embarazo a un acto criminal se ha impuesto en los diferentes sectores de la sociedad, dejando casi enterrada la posibilidad de debatir sobre las condiciones para realizar un aborto.

Aunque la ciencia arroja suficientes argumentos que respaldan la práctica del aborto terapéutico, actualmente el acceso a este derecho tiene muchas limitantes en aquellos países donde está contemplado en las leyes y, en el peor de los casos, su práctica está totalmente prohibida.

Desde la sociedad civil que trabaja por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se hace un gran esfuerzo para generar un debate que conlleve a aclarar las creencias erróneas que hay en torno al aborto.

Parte de la estrategia es poner al alcance de todos y todas información basada en evidencia científica, por lo que en el presente documento se ofrecen respuestas a nueve mitos o creencias sin fundamento sobre el aborto terapéutico.

Esta publicación está basada en la investigación realizada por Jocelyn Viterna, profesora e investigadora de la Universidad de Harvard, y Natasha Reifenberg, investigadora de la Universidad de Notre Dame. La misma fue lanzada en julio de 2017 y dirigida especialmente a los diputados y diputadas de la Asamblea Nacional de El Salvador, quienes en ese momento debatían una reforma para reinstalar la causal del aborto terapéutico.

El documento original desmitifica diversas ideas que circulaban --y siguen circulando-- sobre el aborto terapéutico. Tiene como referencia evidencia basada en conocimiento científico que fue rigurosamente investigada y ampliamente referenciada, además que los datos fueron revisados y verificados por cuatro médicos obstetras especialistas.

La necesidad del aborto terapéutico

Mito #1: "Debido a los avances en la medicina, actualmente no existen condiciones médicas maternas donde el aborto es necesario"

Las afirmaciones que niegan la posibilidad del aborto terapéutico no están respaldadas por la ciencia, y esta es una de ellas.

Médicos e investigadores de todo el mundo han documentado una amplia gama de situaciones médicas en las que una mujer embarazada podría morir si no tiene acceso a un aborto.

Desgraciadamente, el embarazo no es un evento libre de riesgos, en particular para muchas mujeres con condiciones médicas crónicas.

El aborto terapéutico es un tratamiento internacionalmente reconocido para diversas condiciones, entre las que se encuentran^{3,4,5,6,7} :

- Embarazo ectópico
- Cáncer de mama
- Cáncer colorrectal
- Cáncer de tiroides
- Linfoma
- Lupus eritematoso sistémico
- Tuberculosis resistente a múltiples fármacos
- Pre-eclampsia
- Hipertensión pulmonar
- Colapso cardiaco
- Miocardiopatía dilatada
- Infecciones graves
- Epilepsia adversa al tratamiento
- Hipertensión crónica con daño en los órganos
- Infección en el saco amniótico

Pero ¿quiénes respaldan esto?

Estas son algunas de las organizaciones mundialmente reconocidas que sostienen que hay casos médicos en los que un aborto es necesario para salvar la vida de una mujer:

Asociación Médica Americana (AMA)⁸, Asociación Americana de Salud Pública (APHA)⁹, Asociación de los Profesionales de la Salud Reproductiva (ARHP)¹⁰, Asociación Global por la Salud Sexual (WAS)¹¹, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG)¹², Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG)¹³, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)¹⁴, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)¹⁵, Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁶, entre otras.



de la medicina, sigue existiendo un número significativo de situaciones en que una mujer embarazada morirá si no tiene acceso a un aborto terapéutico inmediato y seguro.

Mito #2: "El procedimiento de un aborto no es nunca necesario para salvar la vida de una madre"

Para muchas mujeres, el aborto no es algo que quieren, pero sí algo que absoluta e incuestionablemente necesitan. Veamos algunos casos puntuales y que se pueden presentar en cualquier mujer embarazada.

- Una mujer católica de Estados Unidos -- madre de cuatro hijos que estaba embarazada de gemelos-- padecía de un paro cardíaco. Si hubiera continuado con el embarazo siquiera por unos minutos más, su riesgo de morir habría sido "cerca del 100 por ciento". Una monja católica, directora del hospital, aprobó un aborto inmediato, para salvar la vida de esta mujer. Los médicos coinciden en que recurrir rápidamente al aborto terapéutico salvó la vida de la madre⁷.
- Cecily Kellogg, mujer de 44 años, tenía casi 23 semanas de embarazo de gemelos cuando desarrolló preeclampsia grave. Los exámenes médicos descubrieron que uno de los fetos ya había muerto, y el otro era demasiado frágil y pequeño para sobrevivir fuera del útero. Con insuficiencia renal avanzada y la presión arterial muy alta, el cuerpo de Cecilia no podía soportar la continuación del embarazo. Tampoco podía soportar la tensión de una cesárea o un parto inducido. Realizar un aborto terapéutico era la única opción para salvar la vida de Cecilia⁸.
- Jennifer Peterson estaba embarazada cuando se le diagnosticó cáncer de mama invasivo. Continuar con su embarazo había reducido drásticamente sus posibilidades de supervivencia, ya que el embarazo aumenta los niveles de estrógeno de una mujer y el

estrógeno hace que el cáncer crezca más rápido y más profusamente. Los médicos consideran la opción del aborto terapéutico como un procedimiento absolutamente necesario para la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama⁹. Jennifer pudo acceder a un aborto terapéutico y seguro, y el tratamiento del cáncer funcionó para salvar su vida¹⁰.

- Mikki Kendall tenía 20 semanas de embarazo de su tercer hijo cuando empezó a sangrar profusamente de su vagina. En el hospital, el médico confirmó que ella estaba sufriendo de un desprendimiento prematuro de placenta, una condición donde la placenta se separa de la pared del útero, causando la hemorragia profusa. El médico de Mikki indicó que ella casi se muere del desprendimiento, y que el aborto terapéutico salvó su vida¹¹.



Cuando la salud de una embarazada está en crisis, el aborto puede ser la única opción que un médico tiene para salvar su vida.

La salud y vida de la mujer primero

Mito #3: "Con cualquier problema grave de salud materna, la interrupción del embarazo se puede lograr mediante la inducción del parto o realizar una cesárea, salvando la vida de la madre y también la del bebé"

Cuando se trata de negar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se suelen argumentar opciones que, científica y humanamente hablando, son una grave amenaza para la salud y la vida de las mismas.

Lo primero que se debe aclarar sobre esta afirmación es que equivocado sugerir que hay alguna diferencia relevante entre un parto inducido antes de la viabilidad y un aborto: son lo mismo²².

Según lo declarado por los principales libros de medicina, el término "aborto inducido" se refiere a cualquier interrupción inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal por cualquier medio^{23,24,25,26}.

En realidad, la inducción del parto es una forma que toma el aborto terapéutico. En este caso, el médico administra misoprostol (Cytotec) en conjunción con mifepristona a la mujer embarazada, haciendo que el útero se contracte y la mujer entre en parto, entregando al feto no viable y la placenta²⁷.

Este procedimiento de inducir los dolores del parto para entregar un feto no-viable en presencia de un embarazo de alto riesgo no es el único método para realizar un aborto terapéutico, pero sí de uno de los más comunes, además de ser de los más recomendados por médicos²⁸.

Ahora bien, hay dos razones en concreto que hacen de esta una afirmación inexacta:

1. El bebé más prematuro que ha nacido y sobrevivido fue a las 22 semanas de gestación, y la gran mayoría de los bebés nacidos a las 22 semanas no sobreviven a pesar de importantes intervenciones médicas²⁹. Cada vez que un embarazo se interrumpe antes de las 22 semanas, el feto fallece.

2. Cuando la salud de una mujer está fallando, la realización de una cesárea o inducir artificialmente el parto es mucho más peligroso para su salud y su vida que la realización de un aborto, sobre todo si la mujer sufre de una condición médica crónica. Por ejemplo, si una mujer tiene una enfermedad cardíaca grave y un embarazo está causando que su corazón falle, entonces el acto de inducir el parto o la realización de una cirugía de cesárea de emergencia podría causar que su corazón deje de latir.



Cuando el embarazo se vuelve una sentencia de muerte para la mujer, un aborto puede salvar su vida, mientras que un parto por cesárea o un parto inducido artificialmente puede acelerar su muerte.

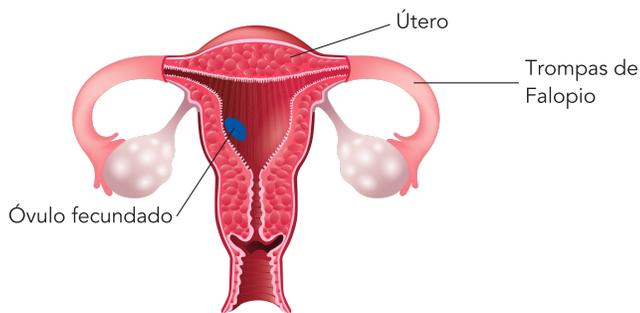
Mito #4: "Los embarazos ectópicos no son propensos a ser fatales para la madre, se debe esperar a que el niño esté bien desarrollado para que dé a luz"

Nuevamente nos topamos con una aseveración hecha a la ligera y con implicaciones graves para la salud y la vida de las mujeres con embarazos ectópicos.

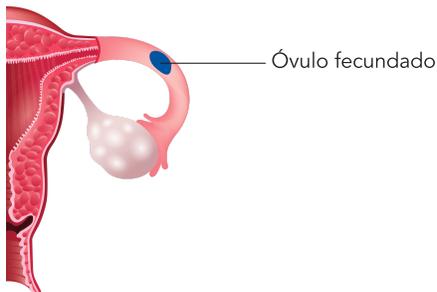
Para comprender mejor, es necesario saber en qué consiste un embarazo ectópico.

Un embarazo ectópico se da cuando el embrión se implanta fuera del útero, y casi siempre esto ocurre en el interior de las trompas de Falopio.

Embarazo normal



Embarazo ectópico



Si este tipo de embarazo no es tratado, el crecimiento del embrión hará que la trompa de Falopio se rompa, generalmente entre la sexta y décima semana del embarazo.

Esta ruptura siempre va a causar **una hemorragia interna masiva y una extensa infección** que, incluso con la mejor atención médica, puede causar la muerte de la mujer.

Los médicos de todo el mundo coinciden en que un embarazo ectópico "debe terminar tan pronto como sea posible para salvar la vida de la mujer"³⁰.

Estas son las opciones que recomiendan :

1. Una inyección de metotrexato, que es un fármaco que impide que las células embrionarias se dividan y termina el embarazo sin cirugía³¹.
2. Una cirugía laparoscópica para remover el embrión, dejando intacta la trompa de Falopio³².

Estos procedimientos no sólo salvan la vida de las mujeres, sino que también preservan sus trompas de Falopio y su potencial para tener hijos en el futuro.



Las principales organizaciones médicas y toda la investigación científica rigurosa, confirman que el único tratamiento médico posible para el embarazo ectópico es un aborto terapéutico.

Mito #5: "Un feto puede sobrevivir a un embarazo ectópico"

Para hacer frente a este argumento utilizado para negar los derechos reproductivos de las mujeres, se debe aclarar que hay varios tipos de embarazos ectópicos, entre ellos los tubáricos y del abdomen.

Embarazos ectópicos tubáricos

Es el más común; más del 95% de todos los embarazos ectópicos son tubáricos³³. Como señalamos antes, se produce cuando el embrión se implanta dentro de una trompa de Falopio.

Algunos opositores al aborto terapéutico proponen que es posible que los médicos transfieran el embrión desde la trompa de Falopio hasta el útero, de manera que el embarazo pueda desarrollarse normalmente.

Estas pretensiones son falsas. No hay en la historia de la medicina moderna ni un solo caso verificable de transferencia exitosa del embrión de la tuba uterina al útero³⁴.

En resumen, los embarazos ectópicos tubáricos no pueden llevarse a término y deben interrumpirse para evitar una rotura de la trompa de Falopio, situación potencialmente fatal para la mujer.

Embarazos ectópicos abdominales

Cuando los oponentes del aborto terapéutico hablan de los embarazos ectópicos que han resultado en el nacimiento de un bebé, siempre se están refiriendo a un embarazo ectópico abdominal.

Los embarazos ectópicos abdominales son mucho menos comunes que los embarazos ectópicos tubáricos.

Un embarazo ectópico abdominal se produce cuando el embrión se implanta en algún lugar dentro del abdomen de la mujer en lugar de hacerlo en el interior de su útero.

La tasa de mortalidad materna de un embarazo ectópico abdominal es 90 veces más alta que un embarazo normal, y 20 veces más alta que un embarazo tubárico³⁵.

Es importante destacar que es imposible terminar un embarazo abdominal avanzado con un aborto terapéutico.

Debido a que el feto ha crecido en el abdomen, y no en el útero, la única manera de salvar la vida de una mujer con un embarazo ectópico abdominal es extraer el feto a través de una cesárea.

Por eso, cuando los opositores del aborto terapéutico apuntan a "la capacidad de un niño para sobrevivir un embarazo ectópico", como una razón para prohibir el aborto terapéutico, están acudiendo a un argumento engañoso.

La única clase de embarazos ectópicos que resultan en el nacimiento de un bebé vivo son los embarazos ectópicos abdominales, y estos, debido a su ubicación en el abdomen, nunca pueden ser interrumpidos a través del aborto terapéutico. Ellos sólo pueden resolverse con una cesárea.



La medicina moderna aún no ha avanzado lo suficiente como para salvar un embarazo ectópico.

El aborto terapéutico como un derecho

Mito #6: "El aborto nunca debe ser legal, ya que causa daño físico y psicológico a corto y a largo plazo en las mujeres"

El aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros, con un riesgo mínimo de complicaciones que podrían necesitar la atención hospitalaria.

Siempre y cuando sea realizado por personal médico especializado, sobre todo en la etapa temprana del embarazo, un aborto es más seguro que el parto.

Igualmente, no hay pruebas científicas para apoyar el argumento que el aborto causa problemas en la salud mental de las mujeres. El "síndrome post aborto" no ha sido reconocido como un padecimiento por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Un extenso informe de la American Psychological Association (APA)—uno de los grupos de salud mental más influyentes en el mundo—no encontró ninguna prueba de problemas psicológicos ocasionados por haber tenido un aborto, luego de evaluar evidencia recogida durante 10 años.

De hecho, las mujeres que son obligadas a arriesgar sus vidas por un embarazo o dar a luz a un feto que morirá poco después del nacimiento por problemas incompatibles con la vida, son las más vulnerables a trastornos de estrés postraumático.

El embarazo no deseado supone una situación de estrés, ya que amenaza el proyecto de vida de la mujer y la enfrenta al riesgo de pobreza, violencia y discriminación³⁶.

Por ello, produce manifestaciones depresivas y ansiosas con un sustrato neurobiológico que pueden llevar a la mujer a la depresión postparto.

La depresión es una enfermedad del cerebro que produce incapacidad, tiene un curso recidivante y conlleva riesgo de suicidio.

Ninguna mujer puede ser obligada a asumir el riesgo de un padecimiento mental que altera el funcionamiento cerebral, que tiene síntomas que alteran su calidad de vida, su funcionamiento adaptativo laboral y familiar, y que la exponen a la muerte.



El acceso legal al aborto terapéutico protege tanto el estado físico de una mujer como su salud mental.

Mito #7: "El aborto es inhumano porque el feto experimenta dolor"

El consenso científico indica que ningún feto puede sentir dolor hasta las 29 semanas, o sea, el séptimo mes del embarazo^{37,38,39}.

La experiencia de dolor fetal ha sido malinterpretada por los oponentes al aborto sugiriendo la existencia de dolor en el feto. Las revisiones detalladas de la evidencia científica realizadas por equipos líderes de investigadores y médicos clínicos no respaldan dichas interpretaciones⁴⁰:

- Los estudios sugieren que las vías nerviosas asociadas con la percepción del dolor no están totalmente desarrolladas hasta bien avanzado el tercer trimestre^{41,42}. Existe cada vez más evidencia de que el feto nunca experimenta un estado de alerta real dentro del útero y de que se mantiene en un estado continuo similar a la inconsciencia durante el sueño o la sedación debido a la presencia del entorno químico⁴³.
- Si bien los opositores al aborto sostienen que el hecho de que los estudios encuentren una mayor cantidad de hormonas del estrés en el feto en respuesta a estímulos nocivos significa que el feto siente dolor, esto no es cierto. Esas mismas hormonas también pueden ser disparadas por el estrés durante situaciones que no son dolorosas y un estudio reciente no encontró ningún aumento en las hormonas del estrés en el feto después de la exposición a estímulos nocivos⁴⁴.

- Quienes están completamente en contra del aborto también afirman que el reflejo de retracción ante un estímulo táctil es evidencia de la percepción de dolor. Sin embargo, el reflejo de retracción ocurre incluso en fetos nacidos a término en respuesta a sensaciones táctiles no dolorosas y hasta con un contacto leve. Por lo tanto, la aparición de un reflejo de retracción en una ecografía representa más bien un reflejo que una respuesta al dolor⁴⁵.



Obligar a una mujer continuar un embarazo el mayor tiempo posible contra su voluntad, someterla luego al parto o cirugía para extraer el feto, solo para presenciar la muerte del feto poco después de su nacimiento, no solo es tortura para la mujer, sino que también puede prolongar la muerte fetal hasta que esté en fases de desarrollo posteriores y el propio feto pueda ser capaz de experimentar el dolor.

Mito #8: "El aborto terapéutico no debe ser permitido porque los médicos deben hacer su mejor esfuerzo para salvar a ambos (la mujer embarazada y el feto), dando igual atención a la madre y al niño"

La aplicación del aborto terapéutico para que una mujer con un embarazo de alto riesgo pueda sobrevivir, implica priorizar la vida de la mujer sobre el desarrollo del feto. Lo contrario --negar el aborto terapéutico-- conlleva priorizar el desarrollo del feto sobre la vida de la mujer. Entonces, no hay opción para el tratamiento "igualitario".

Sin embargo, puesto que el feto no puede sobrevivir fuera del útero ni desarrollarse dentro del útero de una mujer muerta, la decisión de priorizar al feto sobre la vida de la mujer resultaría en la muerte de ambos.

Los opositores del aborto terapéutico argumentan que "las mujeres cuyas vidas están en peligro por el embarazo deben estar bajo la constante vigilia de un hospital hasta que sus hijos se hayan desarrollado lo suficiente como para nacer vivos". Esto, en su opinión, es dar tratamiento igualitario tanto a la mujer como al feto.

No obstante, hay dos grandes problemas con esta argumentación:

1. En primer lugar, no hay ningún feto que sea viable fuera del útero hasta un mínimo de 22 semanas de embarazo. Cuando un embarazo provoca una emergencia potencialmente mortal, los médicos a menudo sólo tienen minutos u horas para interrumpir el embarazo y salvar la vida de la mujer. Esperar semanas o meses hasta que el feto alcance la viabilidad, sería una sentencia de muerte tanto para la madre como para el feto⁶.

2. Requerir que un médico espere hasta que su paciente haya alcanzado un estado grave de peligro físico antes de tomar acción es considerar predominante la vida del feto sobre la vida de la mujer, lo que vulnera los derechos fundamentales a la salud y a la vida.



La prohibición del aborto terapéutico representa una negación de los derechos a la salud y la vida de las mujeres. Incluso aquellos países que en su Constitución reconocen el derecho a la vida desde la concepción, contemplan el aborto terapéutico como un procedimiento para salvar la vida de las mujeres.

Mito #9: "La despenalización de aborto terapéutico provocaría que las mujeres quieran abortar por cualquier razón"

Por tratarse de un asunto de salud, muchas personas que están en contra del aborto, ven el aborto terapéutico como un derecho humano para las mujeres.

Grupos que se oponen al aborto terapéutico, tratan de confundir a la población asegurando que al permitirlo se está dando luz verde para asesinar bebés inocentes o a que las mujeres lo usen como método anticonceptivo.

Ese tipo de aseveraciones están completamente alejadas de la realidad. A continuación algunos hechos que demuestran lo contrario:

- El aborto es un procedimiento médico considerado fundamental y legal en el 97% de los países del mundo, donde está permitido si se presenta alguna de las siguientes circunstancias:
 - ✓ Cuando, de continuar con el embarazo, la vida de la mujer corre grave peligro, o se pone en riesgo su salud física o psicológica.
 - ✓ Cuando existe una elevada probabilidad de lesiones en el feto.
 - ✓ En casos de violación o incesto.
 - ✓ Por motivos económicos o sociales.
- Las tasas de aborto son similares en los países donde el aborto está fuertemente restringido y donde está permitido en términos legales amplios.

La tasa de aborto es de 37 por 1,000 mujeres en países que prohíben el aborto totalmente o que lo permiten solamente para salvar la vida de la mujer, y de 34 por 1,000 en países que permiten el aborto sin restricciones en cuanto a la razón, una diferencia que no es significativa¹⁷.



La legalización del aborto y el acceso a los servicios de aborto no promueven una mayor dependencia del aborto para el control de la fertilidad a largo plazo.

Conclusión

Los opositores del aborto terapéutico proponen reclamaciones científicamente cuestionables y médicamente desacreditadas para apoyar su causa.

No son capaces de reconocer que la prohibición total del aborto terapéutico pone la vida de las mujeres en peligro para proteger el feto: trata a la salud de la mujer como insignificante ante la posibilidad de salvar al feto.

A la luz de la evidencia científica y de las leyes que rigen al país, la sociedad debe dar el paso hacia una plena garantía de los derechos de las mujeres.

La responsabilidad de aplicar la norma técnica en torno al aborto terapéutico no está solo en manos del personal médico, sino de la sociedad en general.

Referir a fuentes de información científicas y jurídicas a quienes afirman que el aborto terapéutico es igual al aborto libre y ayudar a una mujer con un embarazo de alto riesgo para que obtenga atención profesional son pequeñas acciones que pueden hacer un gran cambio.

El cumplimiento de las leyes es un deber de todos y todas. Por eso ahora que las reglas del juego están claras, es momento de garantizar un acceso pleno y seguro al aborto terapéutico.



Referencias

1. Red de Periodistas Feministas de América Latina y el Caribe. Abortar en América Latina y el Caribe. Una región de acceso y muchos obstáculos. Disponible en: http://cosecharoja.org/wp-content/uploads/2019/09/ABORTO-Latinoamerica-y-Caribe_baja.pdf
2. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Situación de los Derechos Humanos en Guatemala. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2016/guatemala/guatemala.html>
3. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Relato Final del Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico. Lima: SPOG/PROMSEX; 2005.<http://www.rpmpes.ins.gob.pe/index.php/rpmpes/article/view/289/2191#tab1>
4. "Entidades clínicas para la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente". Ministerio de Salud de Perú, 27 Junio 2014. Web.
5. FLASOG, II Taller Latinoamericano sobre Aborto Legal por causales de salud; FLASOG, Mendoza-Argentina, Octubre 2008.
6. Abortions (Therapeutic and elective) (n.d.): 2-3. Oxford. UnitedHealthCare Oxford, 1 Oct. 2016. Web.
7. Heimburg, Angela, Marianne Mollman, and Janet Walsh. "My Rights, and My Right to Know". Human Rights Watch. N.p., 24 Junio 2016. Web. 02 Junio 2017.
8. Gurdman, Andrew W., MD. "High Court Protects Patients from Unjustified Government Intrusion." High Court Protects Patients from Unjustified Government Intrusion | American Medical Association. AMA, 27 Junio 2016. Web. 18 Junio 2017.
9. "Standards for Abortion Services". American Public Health Association. N.p., n.d. Web. Junio 2017.
10. "ARHP Position Statements". Association of Reproductive Health Professionals. N.p., n.d. Web. 18 Junio 2017.
11. "WAS Condemns Trump's Global Gag Rule on Abortion Services". World Association for Sexual Health (WAS). N.p., 27 Enero. 2017. Web. 18 Junio 2017.
12. "College Statement of Policy: Abortion Policy". American College of Obstetricians and Gynecologists. N.p., Nov. 2014. Web.
13. Diario, El Nuevo. "Médicos De C.A. Piden Restituir Aborto Terapéutico". El Nuevo Diario. N.p., 7 Mayo 2007. Web. 18 June 2017.
14. Távara Orozco, Luís, MD. "Grupo de trabajo para la prevención del aborto inseguro". Guías Y Posiciones Oficiales (2013): n. pag. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Web.
15. "FIGO Prevention of Unsafe Abortion Initiative." FIGO Prevention of Unsafe Abortion Initiative | FIGO. N.p., 2016. Web. 18 Junio 2017.
16. Matamala Vivaldi, María Isabel. "Género, Salud Y Derechos Sexuales Y 4_ Reproductivos De Las Mujeres En El Contexto De La Reforma". SexualReproductiveRights (n.d.): n.pag. Organización Panamericana De La Salud. Web.
17. Bradley, Barbara. "Nun Excommunicated For Allowing Abortion". NPR. NPR, nd Web. 20 Julio 2016. Disponible en: <https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=126985072>
18. Kellogg, Cecily. "How to Late-Term Abortion Saved My Life - Rewire." Rewire.Np 1 Julio 2009. Web. 20 Julio 2016.
19. Judy Foreman, When Drugs Are The Only Choice For A Mother-To-Be, Sept. 26, 2000, at

20. The National Cancer Institute, U.S. National Institutes of Health, General Information About Breast Cancer Treatment and Pregnancy (Dec. 3, 2010), at
21. Kendall, Mikki. "Abortion Saved My Life". Salon. N.p., n.d. Web. 13 Dic. 2016. .
22. Annas, George J.; Elias, Sherman (2007). "51. Legal and Ethical Issues in Obstetric Practice". In Gabbe, Steven G.; Niebyl, Jennifer R.; Simpson, Joe Leigh. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies* (5 ed.). Churchill Livingstone. ISBN 978-0-443-06930-7.
23. *Churchill's Medical Dictionary*. Churchill Livingstone. 1989.p. 3.ISBN 0443086915.
24. Cunningham, FG; Leveno, KJ; Bloom, SL; Hauth, JC; Rouse, DJ; Spong, CY, eds. (2010). "1. Overview of Obstetrics". *Williams Obstetrics* (23 ed.). McGraw-Hill Medical.ISBN 978-0-07-149701-5.
25. Los diccionarios médicos comparten esta definición como la "expulsión del útero de un embrión o feto antes de la etapa de viabilidad". Similarmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) definen el aborto inducido como la terminación del embarazo antes de un feto nacido que pesa menos de 500 g; *Stedman's Medical Dictionary* (27 ed.). Lippincott Williams & Wilkins.ISBN 0683400088.
26. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (31 ed.). Saunders.2007.ISBN 9781416023647.
27. "Abortion (Termination Of Pregnancy)". Harvard Health Publications. Harvard Medical School, Feb. 2013.Web. 20 Junio 2017.
28. Casey, Frances E., MD, MPH."Elective Abortion Treatment & Management". *Elective Abortion Treatment & Management: Medical Care, Surgical Care, Consultations*. Department of Obstetrics and Gynecology, VCU Medical Center, 31 Agosto. 2016. Web. 20 Junio 2017.
29. Matthew A. Rysavy, B.S., Lei Li, Ph.D., Edward F. Bell, M.D., Abhik Das, Ph.D., Susan R. Hintz, M.D., Barbara J. Stoll, M.D., Betty R. Vohr, M.D.,Waldemar A. Carlo, M.D., Eunice Kennedy Shriver NationalInstitute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. *N Engl J Med* 2015; 372:1801-1811May 7, 2015 DOI: 10.1056/ NEJMoa1410689.
30. "Ectopic Pregnancy". *Ectopic Pregnancy | Michigan Medicine*. N.p., n.d. Web. 21 June 2017.
31. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1997; 67:421-33. Comment in *Fertil Steril* 1997; 68:945-7.
32. Harding, Mary, MD. "Pregnancy. Ectopic Pregnancy Symptoms and Information". *Pregnancy. Ectopic Pregnancy Symptoms and Information | Patient*. Patient.info, n.d. Web. 21 Junio 2017.
33. *Resources. ASRM Patient Booklet: Ectopic Pregnancy*. American Society for Reproductive Medicine, 2014. Web. 13 Dic. 2016.
34. A algunos oponentes del aborto terapéutico legal que propagan estos mitos les gusta citar un artículo escrito en 1994 por un médico exitoso, Gedis Grudzinskas. El artículo dice que vale la pena investigar la posibilidad de trasplantar un embrión tubárico hacia el útero (Grudzinskas JG, Palomino M, Armstrong P, Lower A. Relocation of ectopic pregnancy to the uterine cavity: a dream or a reality? *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 651-3). Además, a estos oponentes les gusta citar tres artículos que supuestamente reportan sobre un trasplante exitoso de un embrión tubárico hacia el útero. Lo que no dicen los oponentes del aborto terapéutico es que el mismo Dr. Grudzinskas y su equipo intentaron varias veces hacer trasplantes de embriones tubáricos, y no fueron exitosos. Además, en una comunicación por correo electrónico con Viterna,el Dr.Grudzinskas escribió tenerrazones para creer que todos los reportes de trasplantes exitosos anteriores fueron falsificados. No cree que el primer artículo sea legítimo (Wallace CJ. Transplantation of ectopic pregnancy from fallopian tube in cavity of uterus [Letter]. *Surg Gynecol Obstet* 1917; 24: 578-9), porque Wallace reportó sobre un nacimiento que supuestamente ocurrió en un hospital en Duluth, Minnesota, pero el mismo hospital no tiene registrado

ningún nacimiento que encaja con lo documentado. No cree que el segundo artículo es legítimo, (Shettles LB. Tubal embryo successfully transferred in utero. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 2026-7), porque fue escrito por un médico conocido por manipular la verdad, quien hasta tuvo que resignar a su puesto por otro escándalo ético. De hecho, cuando el equipo de Grudzinskas intentó hablar con este segundo médico sobre su procedimiento de trasplantar el embrión tubárico, (el cual sospechosamente fue casi idéntico al procedimiento reportado en 1917), éste se negó a hablar con ellos. Y no hay ninguna duda que el tercer artículo citado (Pearce JM, Manyonda IT, Chamberlain GVP. Term delivery after intrauterine relocation of an ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 716-7) es un fraude. Una investigación determinó que ni la implantación ni el nacimiento realmente sucedieron, y que todo fue una fabricación de los médicos. El artículo fue retraído de la revista médica que lo publicó originalmente (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7947511>), y el médico Pearce perdió su trabajo por hacer la falsificación (Hall, Celia. "Consultant Sacked over Pregnancy Claims". *The Independent*. 23 Dic. 1994. Web. 16 Julio 2017.

35. Ghaneie, A., Grajo, J. R., Derr, C. and Kumm, T. R. (2015), Unusual Ectopic Pregnancies. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 34: 951–962. doi:10.7863/ultra.34.6.951
36. Rondón, Marta B.. (2015). Salud mental y aborto terapéutico. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500012
37. Lee, Ralston, Drey, Patridge, & Rosen. Fetal Pain: A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence. *Journal of the American Medical Association* 2005;294(8):947-954
38. Bellieni & Buonocore, Is Fetal Pain A Real Evidence?, 25 *J. Maternal-Fetal & Neonatal Med.* 1203, 1205 (2012).
39. "Women's Health Care Physicians". Response to Abortion Politician's Inaccurate Comments. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Oct.-Nov. 2012. Web. 20 Julio 2016.
40. Iniciativa de Aborto después del 1er trimestre. (2018). Dolor fetal, analgesia y anestesia en el contexto del aborto. *Ibis Reproductive Health*.
41. Fabrizi L, Slater R, Worley A, Meek J, Boyd S, Olhede S, Fitzgerald M. A shift in sensory processing that enables the developing human brain to discriminate touch from pain. *Current Biology*, 2011; 21 (18): 1552-8.
42. Derbyshire SW. Foetal pain? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2010; 24(5): 647–55.
43. Mellor DJ, Diesch TJ, Gunn AJ, Bennet L. The importance of awareness for understanding fetal pain. *Brain Research Reviews*, 2005;49(3):455–71.
44. Adama van Scheltema PN, Pasman SA, Wolterbeek R, Deprest JA, Oepkes D, De Buck F, Van de Velde M, Vandenbussche FPHA. Fetal stress hormone changes during intrauterine infusions. *Prenatal Diagnosis*, 2011;31(6):555–9.
45. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Fetal awareness review of research and recommendations for practice. London, UK: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; Marzo 2010.
46. Dickens, B. M., A. Faúndes, and R. J. Cook. "Ectopic Pregnancy and Emergency Care: Ethical and Legal Issues". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. U.S. National Library of Medicine, Julio 2003.
47. Instituto Guttmacher. (2018). Aborto inducido a nivel mundial. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

Esta publicación fue producida por:



Ipas CAM



Ipas_CAM



ipas_cam



ipascam.org