

La *política* es complicada;
la *ciencia* es concluyente:

El aborto terapéutico salva la vida de las mujeres

Informe elaborado por:

Jocelyn Viterna

Profesora, Universidad de Harvard

Natasha Reifenberg

Investigadora, Universidad de Notre Dame

La *política* es complicada; la *ciencia* es concluyente:

El aborto terapéutico salva la vida de las mujeres

Informe elaborado por:

Jocelyn Viterna

Profesora, Universidad de Harvard

Natasha Reifenberg

Investigadora, Universidad de Notre Dame



HARVARD UNIVERSITY
David Rockefeller Center
for Latin American Studies

19 julio 2017

Estimado Diputado/a,

Próximamente tendrá la oportunidad de votar por una reforma de ley que podría reinstalar la causal del aborto terapéutico en El Salvador. Queremos asegurarnos de que usted esté informado acerca de los hechos científicos antes de votar. Este folleto desmitifica diversas ideas que circulan en El Salvador acerca de la temática del aborto terapéutico. El folleto comunica evidencia basada en conocimiento científico que ha sido meticulosamente investigada y ampliamente referenciada. Además, los datos en este documento han sido revisados y verificados por cuatro médicos obstetras especialistas; tres que practican en El Salvador y uno que practica en los Estados Unidos. Es preciso señalar que, como académicas, estamos comprometidas con la creación de informes científicos imparciales.

El aborto es un tema polarizador, pero el aborto terapéutico es aceptado como un tratamiento esencial por la gran mayoría de la comunidad médica, y aun por muchas organizaciones “pro-vida”, alrededor del mundo. El Salvador pertenece a la minoría diminutiva de los países que se debate si se debería permitir o no que las mujeres mueran durante un embarazo que pone en peligro su vida.

Su voto tiene el poder de asegurarle a las mujeres salvadoreñas que sus vidas serán protegidas bajo la ley. Por eso, es sumamente importante informarse sobre lo que dice la evidencia científica antes de decidir su voto. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de los datos presentados en este folleto, por favor no dude en contactarnos. Nuestra información de contacto se encuentra abajo.

Sinceramente,

Jocelyn Viterna
Profesora e investigadora
Universidad de Harvard
jviterna@wjh.harvard.edu
Celular EEUU: +1-857-928-1197
Celular El Salvador: +503-7780-7525

Natasha Reifenberg
Estudiante e investigadora
Universidad de Notre Dame
nreifemb@nd.edu

Índice

Mito #1 (<i>“Debido a los avances en la medicina, actualmente no existen condiciones médicas maternas donde el aborto sea necesario”</i> .).....	2
Mito #2 (<i>“El aborto nunca es la última opción para un embarazo en crisis”</i> .)	4
Mito #3 (<i>“En cualquier problema grave de salud materna, la interrupción del embarazo se puede lograr mediante la inducción del parto o realización de una cesárea, salvando la vida de la madre y también la del bebé”</i> .).....	6
Mito #4 (<i>“Ninguna ley prohíbe que se le dé tratamiento a una mujer enferma y embarazada. Lo que sí existe son leyes que sancionen la negligencia médica”</i> .)	8
Mito #5 (<i>“Los embarazos ectópicos no son propensos a ser fatales para la madre ... el tratamiento de un embarazo ectópico debe esperar a que el niño esté desarrollado lo suficiente para que sea entregado”</i> .)	10
Mito #6 (<i>“El aborto terapéutico nunca debe ser codificado en la ley porque los médicos deben hacer su mejor esfuerzo para salvar a ambos pacientes [La mujer embarazada y el feto], dando igual atención a la madre y al niño”</i> .).....	12
Mito #7 (<i>“Se han reportan cientos de casos en donde bebés sobreviven embarazos ectópicos abdominales, de ovario y de trompa de Falopio”</i> .).....	14
Mito #8 (<i>“que los derechos de este nuevo ser humano están reconocidos y protegidos ya desde el momento de la concepción por la legislación salvadoreña (Constitución Política de El Salvador, Art. 1 Inc. 1)”</i> .)	16
Mito #9 (<i>“Jurídicamente, abrir la puerta con ese antecedente [el aborto terapéutico legal], abre la puerta para que cualquier mujer diga “estoy embarazada y esto es un riesgo, sáquenmelo”</i> .).....	18
Mito #10 (<i>“No se puede estar en contra el aborto” si se acepta la necesidad del aborto terapéutico”</i> .)	20
Conclusión	21
Referencias	22

La política es complicada; la ciencia es concluyente:

El aborto terapéutico salva la vida de las mujeres

Aunque el aborto continúa siendo un tema controversial, es necesario reconocer la relación entre el aborto terapéutico, la vida y salud de las mujeres cuando éstas son puestas en riesgo. Cuando se trata del aborto terapéutico, la ciencia indica una verdad clara y objetiva: *el aborto terapéutico legal y seguro salva la vida de las mujeres.*

Los opositores al aborto terapéutico, por supuesto, no están de acuerdo con ello. Pero, vale la pena preguntarnos ¿cómo enfrentarían sus argumentos ante la evidencia científica? Te invitamos a evaluar la evidencia por ti mismo:

Mito #1

“Debido a los avances en la medicina, actualmente no existen condiciones médicas maternas donde el aborto sea necesario” [1]

—*Human Life International*

Esta afirmación **no** está respaldada por la ciencia. Médicos e investigadores de todo el mundo han documentado extensamente una amplia gama de situaciones médicas en las que una mujer embarazada podría morir si no tiene acceso a un

aborto terapéutico. De hecho, el aborto terapéutico es un tratamiento internacionalmente reconocido para los siguientes factores de riesgo, entre otros:[2][3][4][5][6]

Algunos factores de riesgo que pueden requerir un aborto terapéutico

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Colapso cardíaco• Cáncer Colorrectal• Cáncer de mama• Cáncer de tiroides | <ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus avanzado con daño de órgano• Embarazo ectópico tubárico, ovárico o cervical• Epilepsia adversa al tratamiento• Hipertensión arterial pulmonar• Hipertensión crónica con daño en los órganos renales | <ul style="list-style-type: none">• Infecciones graves• Infección en el saco amniótico/o• Insuficiencia respiratoria severa• Lesión neurológica• Linfoma• Miocardiopatía dilatada• Mola hidatiforme parcial con hemorragia |
|---|---|--|

Por otra parte, las organizaciones más respetadas por la mayoría de los expertos médicos afirman que hay factores de riesgo potenciales para la complicación de los embarazos o del estado de salud de la mujer en los que un aborto es necesario para salvar la vida de una mujer.

La necesidad del aborto terapéutico está quizás mejor definida por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la mayor organización de médicos de atención en la salud de las mujeres en los Estados Unidos, con 58.000 médicos como miembros.[26]

El aborto es necesario en una serie de circunstancias para salvar la vida de una mujer. Desgraciadamente, el embarazo no es un evento libre de riesgos, en particular para muchas mujeres con condiciones médicas crónicas. A pesar de todos nuestros avances médicos, más de 600 mujeres mueren cada año debido a complicaciones del embarazo y parto aquí en los EE.UU. De hecho, muchas más mujeres morirían cada año si no tuvieran acceso al aborto para proteger su salud o para salvar su vida.

Las siguientes organizaciones médicas están a favor del aborto terapéutico legal y seguro

- Asociación Americana de Salud Pública (APHA)^[7]
- Asociación Médica Canadiense (CMA)^[8]
- Asociación Médica Americana (AMA)^[9]
- Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador (ASOGOES)^[10]
- Asociación de los Profesionales de la Salud Reproductiva (ARHP)^[11]
- Asociación Global por la Salud Sexual (WAS)^[12]
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG)^[13]
- Colegio Médico de Chile (CMC)^[14]
- Colegio Médico del Perú (CMP)^[15]
- Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG)^[16]
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)^[17]
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)^[18]
- Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL)^[19]
- Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (MSAL)^[20]
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA)^[21]
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador ^[22]
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)^[23]
- Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia
- Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología^[25]

Dato:

A pesar de los avances modernos de la medicina, siguen existiendo un número significativo de situaciones en que una mujer embarazada moriría si no tuviera acceso a un aborto terapéutico inmediato y seguro.

Mito #2 “El aborto nunca es la última opción para un embarazo en crisis”

Para muchas mujeres, el aborto no es algo que quieran, pero si algo que absoluta e incuestionablemente necesitan para evitar la muerte. Tome uno de los siguientes casos:

Una mujer católica de Estados Unidos-madre de cuatro hijos en su onceava semana de embarazo de gemelos-sufrió un paro cardíaco. Si hubiera continuado con el embarazo siquiera por unos minutos más, el 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 madre. [27]

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 continuar el embarazo. Interrumpir su embarazo era la única opción para salvar la vida de Cecilia. [28]

Jennifer Peterson estaba embarazada cuando se le diagnosticó cáncer de mama invasivo. Continuar con su embarazo hubiera 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 profundamente.^[29] Los médicos consideran la opción del aborto terapéutico como un procedimiento absolutamente necesario para la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama.^[30] Jennifer fue capaz de acceder a un aborto terapéutico y seguro, y el tratamiento del cáncer salvó su vida.

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. El médico de Mikki indicó que ella casi murió como resultado de tal desprendimiento, y que el aborto terapéutico salvó su vida.^[31]

Dato:

Cuando la salud de las mujeres embarazadas está en crisis, el aborto terapéutico puede ser la única opción que un médico tiene para salvar su vida.

Mito #3

“En cualquier problema grave de salud materna, la interrupción del embarazo se puede lograr mediante la inducción del parto o realización de una cesárea, salvando la vida de la madre y también la del bebé”. [32]

—*Elliot Institute*

Esta afirmación es equivocada por dos razones.

Primero, es equivocado sugerir que hay alguna diferencia relevante entre un parto inducido antes de la viabilidad y un aborto: son lo mismo. [33]

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. [34][35][36] [37] 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 placenta. [38] 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 médicos. [39]

Segundo, cada vez que un embarazo se interrumpe antes de las 22 semanas, el feto fallece. No existe absolutamente ninguna posibilidad de “salvar a la madre y al bebé”.

La semana exacta de la posible viabilidad del feto depende de la tecnología disponible, pero los bebés más prematuros que han nacido y lograron sobrevivir fueron a las 22 semanas de gestación, y la gran mayoría de los bebés nacidos a las 22 semanas no sobreviven, a pesar de intervenciones médicas. [40] Cada vez que un embarazo se interrumpe antes de las 22 semanas, el feto o embrión perece--por eso se considera un aborto.

Al final, lo más importante de destacar es este punto clave: **las leyes que regulan el aborto inducido en El Salvador nunca presentan una definición legal del aborto**, sino que delinean las sentencias de prisión con relación a consentimiento de la mujer embarazada y de quién provocó el aborto. [41] En la ausencia de una definición explícita jurídica, **los médicos salvadoreños temen interrumpir cualquier embarazo, en cualquier momento, y por cualquier método**, aun cuando la interrupción pueda salvar la vida de la madre. [42] La prohibición total del aborto en El Salvador no ha demarcado para médicos cuáles tratamientos terapéuticos se pueden usar legalmente para salvar la vida de las mujeres embarazadas. Como resultado, los médicos temen ser denunciados, y se deja morir a los dos, madre y bebé.

Dato:

Bajo la ley salvadoreña, no hay ninguna diferencia entre un parto prematuro inducido y un aborto. Consecuentemente, la prohibición total del aborto resulta en una situación donde los médicos y las médicas de los hospitales públicos temen interrumpir cualquier embarazo, por cualquier método, aun cuando el embarazo ponga en peligro la vida de la mujer.

La legalización del aborto terapéutico no es necesaria porque...

Mito #4

“Ninguna ley prohíbe que se le dé tratamiento a una mujer enferma y embarazada. Lo que sí existe son leyes que sancionen la negligencia médica”. [43]

—*Fundación Sí a la Vida*

A veces la mujer tiene una condición médica independiente de su embarazo, como el cáncer, que requiere un tratamiento teratogénico (la radiación es una clase de teratógeno ya que perturba o detiene el desarrollo del feto dentro de la mujer siendo tratada).^[44]

En países con una prohibición total del aborto bajo penas criminales, los doctores a veces posponen la entrega de tratamiento crítico para salvar la vida de la mujer, esto, debido al miedo de dañar al feto y ser enjuiciados por inducir un aborto. Cómo la prohibición total del aborto trae consigo la consecuencia de negar tratamiento a mujeres con enfermedades crónicas, fue ejemplificado en un caso de la República Dominicana, donde una niña de 16 años murió de leucemia cuando los funcionarios del hospital le negaron tratamiento de quimioterapia durante tres semanas por temor a interrumpir inadvertidamente su embarazo.^[45]

Pero a veces no es una condición separada la que está causando que la mujer esté enferma, sino el mismo embarazo que pone en riesgo la vida de la madre. En estos casos, el embarazo tiene que ser interrumpido: el tratamiento para la mujer enferma es el aborto terapéutico.

Tome, por ejemplo, el caso de una mujer Salvadoreña de 34 años—madre de tres—quien

llegó en mayo 2017 al Hospital Nacional de la Mujer en San Salvador. La mujer estaba embarazada con su cuarto niño, y padecía una cardiopata de gravedad IV. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), una cardiopatía de esta gravedad en una mujer embarazada lleva un “riesgo extremadamente alto de mortalidad materna.”^[46] Cuando una mujer se embaraza, el volumen de sangre en su cuerpo incrementa un 50%, y su corazón tiene que latir con más fuerza. Por eso, las mujeres a veces no son conscientes de que tienen una condición cardiovascular hasta que un embarazo estresa su sistema circulatorio. En los casos de gravedad IV, como el caso de esta madre salvadoreña, la OMS recomienda terminar el embarazo lo más pronto posible para salvar la vida de la madre. Y de hecho, esta madre salvadoreña, al conocer del fallo de su corazón, pidió a su equipo médico inducir un parto temprano, porque ella no quería dejar a sus tres hijos sin madre. La mujer ya tenía 20 semanas de embarazo al entrar en el Hospital Nacional. El hospital se negó a inducir el parto por temor a la ley penal que criminaliza el aborto en El Salvador, la cual no permite la interrupción del embarazo por ninguna razón. A las 26 semanas de embarazo, la paciente estaba demasiado comprometida por el embarazo y fallecieron ambos--la mujer y su bebé--dejando a tres hijos huérfanos.^[47]

Dato:

Una ley que sí autoriza la negligencia médica es la prohibición total del aborto terapéutico, ya que obliga a los doctores a darle prioridad a la salud del feto por encima de la de la madre (por miedo a inducir un aborto)—lo que en muchos casos lleva a la madre y el feto a perecer.

Mito #5

“Los embarazos ectópicos no son propensos a ser fatales para la madre ... el tratamiento de un embarazo ectópico debe esperar a que el niño esté desarrollado lo suficiente para que sea entregado”. [48]

—*Bill Fortenberry*
Personhood Initiative

Imagine que fuera al médico con dolor abdominal y que el médico le dijera, “Su apéndice está a punto de estallar. Podríamos llevar a cabo ahora una cirugía menor y podría volver a casa en un día o dos. O, podríamos esperar y operar después de que su apéndice se haya perforado. Para este último caso, entonces se requeriría de una importante operación en la que no sólo se extirpará el apéndice, sino que también se tendría que pasar horas limpiando una infección masiva fuera de su cavidad abdominal. Su recuperación requerirá muchas semanas, y existiría una posibilidad significativa de morir a causa de la infección”.

¿Qué opción elegiría usted?

Ahora imagine que el médico le diga que su apéndice está a punto de estallar, pero debido a las decisiones tomadas por los políticos en su país, no hay otro remedio más que el de esperar hasta después de la ruptura para recibir la operación que necesita. “No se preocupe”, dice el doctor, “Será extremadamente dolorosa. Tendrá un costo de muchos miles de dólares en atención médica, para ti y para tu sistema de salud pública. Se requerirá varias semanas para recuperarse. Y sí, puede ser fatal. Pero creemos que las posibilidades son relativamente buenas, que tal vez no morirás”.

Ésta es la situación que actualmente viven las mujeres con embarazos ectópicos en los pocos países que prohíben los abortos terapéuticos. Un embarazo ectópico ocurre cuando el embrión se implanta fuera

del útero, casi siempre se da al interior de las trompas de Falopio de una mujer. Si no es tratado, el crecimiento del embrión provocará que la trompa de Falopio se rompa, por lo general entre la sexta y décima semana del embarazo. Esta ruptura siempre va a causar una hemorragia interna masiva y una extensa infección interna que, incluso con la mejor atención médica, puede causar la muerte de la mujer. [49]

El embarazo ectópico es la causa más frecuente de muertes maternas relacionadas con el embarazo durante el primer trimestre en Norteamérica. [50]

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”. [51] Para tratar un embarazo ectópico, los médicos suelen recomendar una inyección de metotrexato que detiene la división de las células embrionarias y termina con el embarazo sin realizar una cirugía. La administración no invasiva del metotrexato tiene una tasa de éxito de hasta el 94%. [52] Pero si esto no funciona, los médicos a menudo utilizan la cirugía laparoscópica para remover el embrión, dejando intacta la trompa de Falopio. 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. [53] Como tal, interrumpir un embarazo ectópico es un tratamiento humano para la madre, quien evita una emergencia médica y muerte potencial, y también para el embrión no-viable, que no siente ningún dolor, y no

tiene ninguna conciencia, en esta etapa temprana de la gestación. De hecho, según el consenso científico, ningún feto puede sentir el dolor hasta las 29 semanas a lo más temprano, o sea, el séptimo mes del embarazo.^{[54][55][56]}

Sin embargo, se dice, ¡un apéndice es muy diferente a un embrión humano! Y, por supuesto que se tiene razón. Pero en el caso de un embarazo ectópico tubárico, un apéndice tiene la misma oportunidad de convertirse en un bebé humano que un embrión humano. Contrario a los mitos que circulan, ***no hay ninguna posibilidad de que los embriones que se implantan en las trompas de Falopio puedan dar lugar a un bebé*** (véase la reivindicación # 7, abajo).^[57] Aunque muchos embarazos ectópicos terminan en un aborto espontáneo si no son tratados, la mujer

está en riesgo de una ruptura tubárica y una hemorragia catastrófica.^[58] Esperar hasta que suceda una resolución espontánea del embarazo ectópico innecesariamente daña la salud de largo plazo de la mujer y potencialmente puede resultar en la muerte materna—todo por un embrión que no tiene ninguna posibilidad desarrollarse.

Médicos expertos en la bioética han comentado que cualquier práctica de retrasar el tratamiento de un embarazo ectópico—sin justificación clínica—diagnosticado de forma fiable hasta que se haya producido o sea inminente la ruptura de la trompa de Falopio de la madre es no ética y es una negligencia médica, pero esto es justamente la práctica que demanda una ley que prohíbe el aborto terapéutico.^[59]

Dato:

Todas las principales organizaciones médicas y toda la investigación científica rigurosa confirman que el mejor tratamiento médico para prevenir la morbilidad y muerte materna cuando ella tiene un embarazo tubárico ectópico es un aborto terapéutico.

Hasta la Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos Pro-Vida reconoce esta realidad:^[60]

La continuación de un embarazo tubárico, no puede dar lugar a la supervivencia de un bebé y conlleva un riesgo muy grave de muerte materna o discapacidad. Por lo tanto, el tratamiento se inicia al terminar el embarazo por medio de una intervención quirúrgica o médica. En ciertos casos, un beneficio adicional del tratamiento anticipado puede ser la preservación del potencial de fertilidad.

Mito #6

“El aborto terapéutico nunca debe ser codificado en la ley porque los médicos deben hacer su mejor esfuerzo para salvar a ambos pacientes [la mujer embarazada y el feto], dando igual atención a la madre y al niño”. [61]

—*Personhood Iowa*

Imagínese que dos personas se están muriendo, y sólo tienes suficiente medicina para salvar a una de ellas. Si usted le da la medicina a una persona para salvaguardar su vida, ¿llamaría a esa atención médica “igualitaria”? Por supuesto no. En esta situación, ser forzado a proporcionar igual atención médica le impediría salvar una vida.

Lo mismo ocurre cuando un embarazo amenaza la vida de una mujer. En estos casos, el tratamiento médico que la madre necesita para sobrevivir—un aborto—terminaría con la vida del feto. Si usted administra el aborto que la madre requiere para sobrevivir, estaría priorizando la vida de la madre por sobre la vida del feto. Si usted retiene el aborto necesario para salvar la vida de la madre, entonces estaría priorizando la vida del feto durante la vida de la madre. 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 la vida del feto sobre la vida de la madre resultaría en la muerte de ambos.

Los opositores del aborto terapéutico legal y seguro han argumentado que las mujeres cuyas vidas están en peligro por el embarazo “deben colocarse bajo la

constante vigilancia de un hospital bien equipado hasta que sus hijos se hayan desarrollado lo suficiente como para ser entregados vivos”. [62] Esto, en su opinión, es dar tratamiento igualitario tanto a la mujer embarazada como al feto.

Como hemos señalado anteriormente (véase mito # 3), 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 con frecuencia 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 feto. [63]

El defecto fatal del enfoque de tratamiento médico “igualitario” se ilustra en el caso que exploramos anteriormente en el mito 4, donde un embarazo estaba exacerbando el estado cardíaco de una mujer salvadoreña. Los doctores no interrumpieron el embarazo (ni siquiera en la semana 22, el mínimo para la viabilidad), pero esperaron a que el embarazo progresara hasta que un parto natural fuera posible por temor a violar la ley. El corazón de la madre no podía soportar el embarazo y ella y su feto perecieron, dejando a sus otros tres hijos sin madre.

Dato:

Cuando un embarazo pone en peligro la vida de una mujer, la única manera de proporcionar tratamiento verdaderamente “igualitario” es esperar hasta que los dos fallezcan. Esta no es una práctica “pro-vida”.

Mito #7

“Se han reportado cientos de casos en donde bebés sobreviven a embarazos ectópicos abdominales, de ovario y de trompa de Falopio”. [64]

—*American Right to Life*

Es posible que haya leído en las noticias acerca de algunos casos extremadamente raros en los que los embarazos ectópicos llegan a término. Hay un par de puntos importantes para tener en cuenta al leer estas historias. Discutiremos los tres tipos mencionados arriba.

De todos los embarazos ectópicos, los tubáricos constituyen el 93%-97%, los casos de embarazo ectópico ovárico corresponden al 1% y los de embarazo ectópico abdominal involucran al 1-2%. [65]

Ectópicos de trompa de Falopio: Como se puede ver arriba, aproximadamente el 95 de cada 100 embarazos ectópicos son embarazos tubáricos. Y simplemente *no existen casos en donde un bebé sobreviva un embarazo ectópico de trompa de Falopio*. [66] Aquello es porque, en la trompa de Falopio no hay suficiente espacio como para que el feto crezca ni que le lleguen nutrientes—por eso, es más probable que estalle la trompa. [67] Algunos de los médicos más brillantes del mundo han intentado transferir el embrión desde la trompa de Falopio hasta el útero, de manera que el embarazo pueda desarrollarse normalmente, sin embargo han fracasado. No hay ni un solo caso verificable, dentro de la historia de la medicina moderna, en donde la transferencia del embrión desde la tuba uterina hasta el útero haya sido exitosa. [68]

Este hecho no es sorprendente para el lector. Aunque las estadísticas fiables son escasas, los estudios científicos estiman que, entre 1-2% de los embarazos hoy en día (es decir, 1 en cada 50-100 embarazos) son embarazos ectópicos. [69]

Considerando que, muchas de estas mujeres embarazadas probablemente desean llegar a ser madres, es posible suponer que, el creador de un procedimiento que fuese capaz de “salvar” al bebé en el caso de un embarazo tubárico sería muy rico y famoso. ¿Si tal procedimiento de alta demanda fuera posible, no sería desarrollado de forma rápida y periódicamente realizado?

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva resume la situación de esta manera:

Las mujeres con embarazos ectópicos a menudo preguntan si el embrión puede ser retirado del tubo y luego trasplantando al útero, donde pueda crecer normalmente. Por desgracia, esto no es posible con la ciencia médica actual. [70]

Sin el aborto terapéutico, la vida de la mujer que sufre de un embarazo ectópico, que es casi siempre un embarazo tubárico, es puesta en alto riesgo por un feto inviable que no tiene posibilidad de sobrevivir. [71]

Ectópicos ováricos: De cada 100 embarazos ectópicos, solo 1 es un ectópico ovárico. No hay ningún caso de embarazo ectópico ovárico que resulte en un nacimiento vivo, de hecho, estos embarazos son asociados principalmente con ruptura y hemorragia intraabdominal masiva—con consecuencia de alta mortalidad materna. [72]

Ectópicos abdominales: De cada 100 embarazos ectópicos, se estima que uno a dos son ectópicos abdominales. [73] En un embarazo abdominal, el embrión se implanta en algún lugar dentro del

abdomen de la mujer en lugar de instalarse al interior de su útero. Los embarazos ectópico abdominales son sumamente peligrosos para las mujeres. La tasa de mortalidad materna debido a un embarazo ectópico abdominal es 90 veces más alta que un embarazo normal, y 20 veces más alta que la de un embarazo tubárico. En los Estados Unidos la mujer ha muerto en entre 0.5% y 20% de los casos de embarazo abdominal ectópico.^[74] Esto se debe principalmente al riesgo de hemorragia masiva de separación de la placenta parcial o total. La placenta puede unirse a la pared del útero, intestino, mesenterio, hígado, bazo, vejiga y ligamentos. Esta se puede separar en cualquier momento durante el embarazo, lo cual conduce a la pérdida de sangre torrencial que es fatal para la mujer.^[75]

Cuando escuchas de un embarazo ectópico que ha resultado en el nacimiento de un bebé, siempre se refiere a un embarazo ectópico abdominal. Pero están hablando de un embarazo ectópico abdominal muy específico—cuando la placenta no está unida a un órgano vital, y este tipo de embarazo también pone en alto riesgo la vida de la mujer. *El riesgo de muerte de un embarazo ectópico abdominal siempre depende en qué parte exactamente está implantado el feto en el abdomen.*^[76] La posibilidad de que un

embarazo abdominal sea viable es minúscula, y siempre conlleva la posibilidad de hemorragia mayor al momento del parto.^[77] Por esto, no se puede desarrollar una regla generalizada; la mujer debería poder decidir, con apoyo de su doctor y conocimiento sobre el lugar específico de implantación, si ella quiere correr el riesgo o no de seguir con un embarazo ectópico abdominal de alto riesgo donde su feto probablemente fallecería.

¿Cuáles son las consecuencias en el mundo real de negarle a las mujeres el aborto terapéutico cuando sufren de un embarazo ectópico?

La Organización Mundial de la Salud calcula que hay alrededor de 211 millones de embarazos en el mundo cada año.^[78] Dado que 1-2% de todos los embarazos son embarazos ectópicos, *una prohibición global contra el aborto pondría en peligro las vidas de entre 2.1 y 4.2 millones de mujeres cada año.*

Como ya vimos, de estos, entre el 96-99% son embarazos ectópicos tubáricos u ováricos, los cuales nunca pueden llegar a la viabilidad. Es decir, *una prohibición absoluta del aborto pondrá en peligro entre 2.02 y 4.16 millones de mujeres anualmente por un embarazo que nunca, nunca puede llegar a la viabilidad.* El enfoque pro-vida debería permitir salvaguardar la salud y la vida de estas mujeres.

Dato:

Cuando un embarazo ectópico tubárico u ovárico implica un riesgo a la vida y a la salud de la madre, el feto simplemente no puede sobrevivir, y el aborto terapéutico es el tratamiento médico necesario para mejor salvaguardar la salud y vida de la mujer.

La legalización del aborto terapéutico puede contradecir enmiendas constitucionales, por ejemplo:

Mito #8

“que los derechos de este nuevo ser humano están reconocidos y protegidos ya desde el momento de la concepción por la legislación salvadoreña (Constitución Política de El Salvador, Art. 1 Inc. 1)”. [79]

—*Médicos Por La Vida El Salvador*

En varios países las leyes o constituciones reconocen legalmente el derecho a la vida de los fetos, y aun así permiten el aborto cuando la vida de la madre está en peligro. Estos países sostienen que tanto el feto y la mujer embarazada tiene derecho a la vida, pero cuando esos dos derechos entran en conflicto, el derecho fundamental de vida de la madre debe tener prioridad (el feto no puede sobrevivir sin ella). Negar el derecho de vida a la madre es negar la vida de los dos:

- “Un feto es capaz de existir sólo por la madre; si otorgamos al feto derechos que van en contra de la salud de la madre o de bienestar, podría crear un conflicto entre los intereses de la madre y el feto, e incluso obligaría a reconocer la superioridad del feto, situación que iría en contra de la madre. No es posible poner la vida de la madre en peligro para proteger al feto”. [80]

—La Corte Suprema de Nepal

- Uno de los países más católicos del mundo, Irlanda ha tenido una enmienda constitucional por ‘el derecho de la vida del no nacido’ desde el 1983 y su Corte Suprema decidió que el aborto debería ser permitido cuando sea necesario, para salvar la vida de la madre. Esta legislación que legaliza el aborto terapéutico se llama “Protección de la Vida durante el Embarazo.” [81]

El parlamento irlandés pasó esta decisión a ser ley el año siguiente, y estos dos artículos existen juntos sin conflicto. [82]

Diversas sentencias de la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de El Salvador han interpretado que el Art. 1 de la Constitución no impide regular los posibles casos de colisión de derechos entre la mujer gestante y el feto, y más bien, mandata a la Asamblea Legislativa a definir la forma de resolverlos:

- En su Sentencia 18-98 se aclara la necesidad de legislar para resolver estos casos de colisión y se entiende que cuando los derechos constitucionalmente reconocidos de la mujer embarazada son tomados en cuenta, el Art. 1 “no implica la punición absoluta de todos los abortos”. [83]

“En definitiva, el mandato constitucional delimitado implica: por una parte, el deber de criminalizar las formas de realización del aborto en la medida que comporta la afectación de un bien jurídico digno de tutela penal. Pero por otro lado, se deben regular jurídicamente las controversias surgidas del conflicto entre la vida humana intrauterina y los derechos constitucionales de la madre. De este modo, resulta ineludible arbitrar una

“solución normativa para resolver los casos concretos que puedan acontecer”.

- Y más recientemente, en su Sentencia 22-2001 de 15 de febrero de 2017, aporta su interpretación de la Constitución sobre este tema, para orientar a los legisladores:^[84]

“ La imposibilidad de absolutizar la protección de la vida intrauterina —puesto que esto supondría jerarquizarla o preferirla sobre los derechos de los demás— deja espacio para que el legislador tome en cuenta los cambios del proceso biológico, a fin de realizar valoraciones diferenciadas sobre los niveles de protección a los que el Estado está obligado.”

Dato:

Una enmienda constitucional del derecho a la vida existe en armonía con la legalización del aborto terapéutico.

Mito #9

“Jurídicamente, abrir la puerta con ese antecedente [el aborto terapéutico legal], abre la puerta para que cualquier mujer diga “estoy embarazada y esto es un riesgo, sáquenmelo.”^[85]

—*Diputado Salvadoreño*

Esta “pendiente resbaladiza” no se ve materializada en la realidad. Otros países latinoamericanos han legalizado el aborto sólo en unos casos específicos—como un causal para proteger la vida de la madre—y se ve que el aborto terapéutico permanece regulado por protocolos médicos bien establecidos. Es necesario tomar en consideración los siguientes países que han legalizado el aborto terapéutico:

- En Perú, se elaboró una guía técnica nacional para la estandarización de la interrupción terapéutica del embarazo.^[86] Esta guía no sólo delinea las condiciones exhaustivas que ameritan la interrupción terapéutica, sino que también el procedimiento riguroso para que la petición de la interrupción sea aprobada:
 - Primero, el médico tratante le informa a la paciente su condición y el riesgo que implica para su vida. Entonces, con el consentimiento informado de la mujer embarazada, el médico tratante presenta la solicitud a la Jefatura de Gineco-Obstetricia del establecimiento de salud. También, la Jefatura tiene una junta médica integrada por tres profesionales de la salud - un ginecólogo y dos especialistas acordes a la patología que sufre el paciente - si esta junta concluye que no procede la mujer

puede decidir si quiere solicitar una nueva junta sólo una vez más (también puede desistir del procedimiento en cualquier momento).^[87]

No hay ninguna evidencia que sugiera que este proceso de aprobación está siendo abusado.^[88]

- En Guatemala, está vigente una guía clínica de 46 páginas que regula la atención integral para la mujer embarazada vinculada al aborto terapéutico.^[89] El Artículo 137 del código penal requiere que se agoten todos los medios científicos y técnicos antes de practicar el aborto terapéutico con el diagnóstico de más de un doctor.^[90]

Además, vale la pena considerar por qué los miembros de la comunidad médica abogan por el aborto terapéutico legal, para empezar: no es porque tienen intenciones de transgredir la ley, sino precisamente porque la obedecen diligentemente, aun cuando esta ley requiere que dejen morir a una mujer solo por tener un feto en su matriz—un feto que usualmente va a morir con su mamá. Los profesionales de la ginecología y obstetricia salvadoreños están abogando por el aborto terapéutico legal precisamente porque preferirían obedecer una ley que les permitiera salvar la vida de la mujer embarazada cuando sea necesario.

Dato:

En efecto, los protocolos médicos y las realidades legales impiden que las mujeres embarazadas accedan al aborto legal fuera de estándares restringidos, objetivos y exclusivamente terapéuticos.

Mito #10

“No se puede estar en contra el aborto si se acepta la necesidad del aborto terapéutico”.

Al contrario, varias organizaciones que se oponen al aborto están ciento por ciento de acuerdo con que el aborto terapéutico es un derecho humano básico para las mujeres:

El grupo pro-vida más grande y más influyente de los EE.UU., El Derecho Nacional al Comité de la Vida (NRLC), ha “mantenido consecuentemente que deberían haber excepciones si un aborto es necesario para salvar la vida de mujereses,” y que “cuando la vida de la madre es puesta en peligro por un embarazo, el médico debe tomar decisiones médicas inmediatas con el fin de salvar la vida de la mujer”.^[91]^[92]

Dato:

Incluso muchos grupos e individuos que están generalmente en contra del aborto concuerdan: el aborto terapéutico salva la vida de las mujeres y, como tal, es un componente integral de un marco a favor de la vida.

Conclusión

Cuando el embarazo de una mujer puede ser fatal, el aborto a menudo es la única opción disponible para salvar la vida de esa mujer y salvaguardar su salud. Esto es un hecho científico apoyado por organizaciones médicas, las cuales representan miles de doctores, investigadores, y otros profesionales médicos.

En ninguna situación tendría sentido que una ley necesitará que una persona muriera para que otra persona tuviera el potencial de vivir. Es una praxis que va contra la práctica y ética médica. Legalmente, exigir que una mujer muera porque hay un feto en su matriz—un feto que perecería con su madre—desafía todas las definiciones de derechos humanos.

Muchos comités internacionales están de acuerdo. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas considera la denegación del aborto terapéutico una violación del derecho de la persona a no ser víctima de malos tratos.^[93] Y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha declarado que un derecho fundamental a la vida incluye la protección de su sobrevivencia física durante un embarazo.^{[94][95]}

Al final, la ciencia es concluyente: la despenalización del aborto terapéutico protege la vida de las mujeres y la práctica médica de profesionales que tienen el derecho y la obligación de dar el tratamiento recomendado a sus pacientes. Estar a favor del aborto terapéutico legal y seguro es la verdadera posición a favor de la vida.

Referencias

- [1] "Exceptions: Is Abortion Ever Permissible?" *Human Life International*. N.p., n.d. Web. 02 June 2017. <<https://www.hli.org/resources/exceptions-is-abortion-ever-permissible-2/>>.
- [2] 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.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/289/2191#tab1>>
- [3] "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.<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM486_2014_MINSA.pdf>.
- [4] FLASOG, II Taller Latinoamericano sobre Aborto Legal por causales de salud; FLASOG, Mendoza-Argentina, Octubre 2008
- [5] *Abortions (Therapeutic and elective) (n.d.): 2-3. Oxford.* UnitedHealthCare Oxford, 1 Oct. 2016. Web. <https://www.oxhp.com/secure/policy/abortions_therapeutic_and_elective.pdf>.
- [6] Heimbürg, Angela, Marianne Mollman, and Janet Walsh. "My Rights, and My Right to Know." *Human Rights Watch*. N.p., 24 June 2016. Web. 02 June 2017. <<https://www.hrw.org/report/2008/07/08/my-rights-and-my-right-know/lack-access-therapeutic-abortion-peru>>.
- [7] "Standards for Abortion Services." *American Public Health Association*. N.p., n.d. Web. June 2017. <<https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/17/14/35/standards-for-abortion-services>>.
- [8] "Proceedings of the CMA 2012 Workshop on - CMA '12." CMA Policy (2012): n. pag. Web.
- [9] 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 June 2016. Web. 18 June 2017. <<https://www.ama-assn.org/high-court-protects-patients-unjustified-government-intrusion>>.
- [10] Rivera, Edgardo. "Ginecólogos Piden Permitir Aborto Si Mujer Está En Riesgo." *Diario El Mundo*. N.p., 24 Jan. 2017. Web. 18 June 2017. <<http://elmundo.sv/ginecologos-piden-permitir-aborto-si-mujer-esta-en-riesgo/>>.
- [11] "ARHP Position Statements." *Association of Reproductive Health Professionals*. N.p., n.d. Web. 18 June 2017. <<http://www.arhp.org/about-us/position-statements#9>>.
- [12] "WAS Condemns Trump's Global Gag Rule on Abortion Services." *World Association for Sexual Health (WAS)*. N.p., 27 Jan. 2017. Web. 18 June 2017. <<http://www.worldsexology.org/was-condemns-trumps-global-gag-rule-on-abortion-services/>>.
- [13] "College Statement of Policy: Abortion Policy." *American College of Obstetricians and Gynecologists*. N.p., Nov. 2014. Web. <<https://www.acog.org/-/media/Statements-of-Policy/Public/sop069.pdf?dmc=1&ts=20170415T2055420269>>.
- [14] "El Presidente Del Colegio Médico De Chile Y La Ley Sobre Aborto." *PiensaChile.com*. N.p., 24 Jan. 2015. Web. 18 June 2017. <<http://piensachile.com/2015/01/el-presidente-del-colegio-medico-de-chile-y-la-ley-sobre-aborto/>>.
- [15] "Colegio Médico Del Perú Afirma Que Protocolo De Aborto Terapéutico Debe Aprobarse." *Promsex 30*. N.p., 10 Nov. 2011. Web. 18 June 2017. <<http://www.promsex.org/notas-deprensa/item/1089-colegio-medico-del-peru-afirma-queprotocolo-de-aborto-terapeutico-debe-aprobarse.html>>.
- [16] Diario, El Nuevo. "Médicos De C.A. Piden Restituir Aborto Terapéutico." *El Nuevo Diario*. N.p., 7 May 2007. Web. 18 June 2017. <<http://archivo.elnuevodiario.com.ni/nacional/209430-medicos-c-piden-restituir-aborto-terapeutico/>>.
- [17] "FIGO Prevention of Unsafe Abortion Initiative." *FIGO Prevention of Unsafe Abortion Initiative | FIGO*. N.p., 2016. Web.

18 June 2017. <<http://www.figo.org/figo-prevention-unsafe-abortion-initiative>>.

[18] 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. <<http://www.flasog.org/web/wp-content/uploads/2013/12/Relato-Final-del-Taller-Octubre-del-2013.pdf>>.

[19] “MINSAL a Favor De La Despenalización El Aborto En Casos De Madres En Riesgo De Vida.” *Diario Co Latino*. N.p., 22 Feb. 2017. Web. 18 June 2017. <<http://www.diariocolatino.com/minsal-favor-la-despenalizacion-aborto-casos-madres-riesgo-vida/>>.

[20] Provenzano, Belén, MD, and Florencia Sales, MD. “Guía Para La Atención.” *Guía Para La Atención Integral De Mujeres Que Cursan Un Aborto* (2014): 13-16. Ministerio De Salud Presidencia De La Nación. Web. <<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>>.

[21] Presentación del Simposio Acceso al Aborto Terapéutico en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, [S.l.], v. 76, n. 4, p.393-395, ene. 2016. ISSN 1609-9419. Disponible en: <<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/11409>>. Fecha de acceso: 18 jun. 2017 doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11409>.

[22] Atención Del Aborto Terapéutico, Guía De Práctica Clínica (2015): n. pag. Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. Web. <<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ABORTO-TERAPEÚTICO-EDITOGRAM.pdf>>.

[23] 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. <<http://www1.paho.org/english/hdp/hdw/sexualreproductiverights.pdf>>.

[24] Ibid 16.

[25] Ibid 16.

[26] “Response to Politician’s Inaccurate Abortion Comments.” ACOG, 19 Oct. 2012. Web. <<https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2012/Response-to-Politicians-Inaccurate-Abortion-Comments>>.

[27] Bradley, Barbara. “Nun Excommunicated For Allowing Abortion.” NPR.NPR, nd Web. 20 July 2016. <<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=126985072>>.

[28] Kellogg, Cecily. “How to Late-Term Abortion Saved My Life - Rewire.” *Rewire*. Np 1 July 2009. Web. 20 July 2016. <<https://rewire.news/article/how-a-late-term-abortion-saved-my-life/>>.

[29] Judy Foreman, When Drugs Are The Only Choice For A Mother-To-Be, Sept. 26, 2000, at <<http://judyforeman.com/columns/when-drugs-are-only-choice-mother-be>>.

[30] The National Cancer Institute, U.S. National Institutes of Health, General Information About Breast Cancer Treatment and Pregnancy (Dec. 3, 2010), at <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breastcancer-and-pregnancy/HealthProfessional>>.

[31] Kendall, Mikki. “Abortion Saved My Life.” *Salon*. N.p., n.d. Web. 13 Dec. 2016. <http://www.salon.com/2011/05/26/abortion_saved_my_life/>.

[32] Davenport, Mary L., MD. “Is Late Term Abortion Ever Necessary?” *After Abortion*. Elliot Institute, n.d. Web. 27 June 2017. <<http://afterabortion.org/2014/is-late-term-abortion-ever-necessary/>>.

[33] 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.

[34] *Churchill’s Medical Dictionary*. Churchill Livingstone. 1989. p. 3. ISBN 0443086915.

[35] 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.

[36] 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 (WHO) 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.

- [37] *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (31 ed.). Saunders. 2007. ISBN 9781416023647.
- [38] "Abortion (Termination Of Pregnancy)." *Harvard Health Publications*. Harvard Medical School, Feb. 2013. Web. 20 June 2017. <<http://www.health.harvard.edu/womens-health/abortion-termination-of-pregnancy->>.
- [39] 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 Aug. 2016. Web. 20 June 2017. <<http://emedicine.medscape.com/article/252560-treatment>>.
- [40] 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 National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. *N Engl J Med* 2015; 372:1801-1811 May 7, 2015 DOI: 10.1056/NEJMoa1410689
- [41] "Código penal — Asamblea Legislativa." *Portal Web De La Asamblea Legislativa De El Salvador*. N.p., n.d. Web. 20 June 2017. <<http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indicelegislativo/buscador-de-documentos-legislativos/codigo%20penal>>
- [42] Este sentimiento de temor fue reportado a las autoras de este informe por medio de entrevistas con 12 obstétricas ginecólogas que practican en hospitales de El Salvador. Junio 2017.
- [43] Ramos, David. "Partido De Gobierno Busca Legalizar El Aborto En El Salvador." *ACI Prensa*, 13 Oct. 2016. Web. 21 June 2017. <<https://www.aciprensa.com/noticias/partido-de-gobierno-busca-legalizar-el-aborto-en-el-salvador-35014/>>.
- [44] Chung, Wendy, MD, PhD. "Teratogens and Their Effects." (n.d.): n. pag. Colombia University. Web. <<http://www.columbia.edu/itc/hs/medical/humandev/2004/Chpt23-Teratogens.pdf>>.
- [45] "Pregnant Dominican Teen at Center of Abortion Debate Dies." *CNN*. Cable News Network, Aug. 2012. Web. 29 Oct. 2016.
- [46] Task force on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology. 2011. "ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy." *European Heart Journal* 32 (3147-3197). Doi10.1093/eurheart/ehr218. See table 6, p. 3158.
- [47] Este caso fue reportado a las autoras por médicos familiares con el caso. Entrevistas realizadas en junio 2017.
- [48] Fortenberry, Bill. "Ectopic Personhood." *The Personhood Initiative*. N.p. Mar. 2015. Web 28 July 2016. <http://www.personhoodinitiative.com/ectopic-personhood.html#_ftn5>.
- [49] Daiter, Eric, MD. "Ectopic Pregnancy: Overview." *Ectopic Pregnancy: Overview | OBGYN.Net*. N.p., 26 Oct. 2011. Web. 21 June 2017. <<http://www.obgyn.net/ivf/ectopic-pregnancy-overview>>.
- [50] Tenore, Josie L., MD, MS. "Ectopic Pregnancy." *American Family Physician*. Northwestern University Medical School, 15 Feb. 2000. Web. 21 June 2017. <<http://www.aafp.org/afp/2000/0215/p1080.html>>.
- [51] "Ectopic Pregnancy." *Ectopic Pregnancy | Michigan Medicine*. N.p., n.d. Web. 21 June 2017. <<http://www.uofmhealth.org/health-library/hw144921>>.
- [52] 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.
- [53] Harding, Mary, MD. "Pregnancy. Ectopic Pregnancy Symptoms and Information." *Pregnancy. Ectopic Pregnancy Symptoms and Information | Patient*. Patient.info, n.d. Web. 21 June 2017. <<https://patient.info/health/ectopic-pregnancy-leaflet>>.
- [54] 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
- [55] Bellieni & Buonocore, Is Fetal Pain A Real Evidence?, 25 J. Maternal-Fetal & Neonatal Med. 1203, 1205 (2012)
- [56] "Women's Health Care Physicians." Response to Abortion Politician's Inaccurate Comments. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Oct.-Nov. 2012. Web. 20 July 2016.
- [57] Barash, Joshua H., MD, Edward M. Buchanan, MD, and Christina Hillson, MD. "Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy." *American Family Physician*. N.p., 01 July 2014. Web. 21 June 2017. <<http://www.aafp.org/afp/2014/0701/p34.html>>.

[58] Murray, Heather et al. "Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy." CMAJ : Canadian Medical Association Journal 173.8 (2005): 905–912. PMC. Web. 21 June 2017.

[59] 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, July 2003. Web. 21 June 2017. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834958>>.

[60] "What Is AAPLOG's Position on Treatment of Ectopic Pregnancy?" AAPLOG RSS. Prolife OBGYNS, July 2010. Web. 29 Oct. 2016. <<http://www.aaplog.org/position-and-papers/what-is-aaplog%E2%80%99s-position-on-treatment-of-ectopic-pregnancy/>>.

[61] "Personhood Iowa -- Because All Life Is Sacred. Always." *The Mother's Life | Personhood Iowa*. N.p., n.d. Web. 13 Dec. 2016. <<http://personhoodiowa.com/the-mothers-life/>>.

[62] Ibid.

[63] 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, July 2003.

[64] "Life of the Mother "Exception"" *Life of the Mother Abortion "Exception" | American Right To Life*. N.p., n.d. Web. 13 Dec. 2016. <<http://americanrtl.org/life-of-the-mother-exception>>.

[65] Gaillard, Frank, MD. "Ectopic Pregnancy | Radiology Reference Article." *Radiopaedia.org*. N.p., n.d. Web. 27 June 2017. <<https://radiopaedia.org/articles/ectopic-pregnancy>>.

[66] "Resources." *ASRM Patient Booklet: Ectopic Pregnancy*. American Society for Reproductive Medicine, 2014. Web. 13 Dec. 2016. <https://www.asrm.org/BOOKLET_Ectopic_Pregnancy/>.

[67] Barash, Joshua H., MD, Edward M. Buchanan, MD, and Christina Hillson, MD. "Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy." *American Family Physician*. N.p., 01 July 2014. Web. 21 June 2017. <<http://www.aafp.org/afp/2014/0701/p34.html>>.

[68] 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 tener razones 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 Dec. 1994. Web. 16 July 2017. <<http://www.independent.co.uk/news/uk/consultant-sacked-over-pregnancy-claims-1388460.html>>.)

[69] "Ectopic Pregnancy." Ectopic Pregnancy | OBGYN.Net. N.p., 23 June 2011. Web. 21 June 2017. <<http://www.obgyn.net/tags/ectopic-pregnancy>>.

- [70] "Resources." *ASRM Patient Booklet: Ectopic Pregnancy*. American Society for Reproductive Medicine, 2014. Web. 13 Dec. 2016. <https://www.asrm.org/BOOKLET_Ectopic_Pregnancy/>.
- [71] Tay, Jackie I, Judith Moore, and James J Walker. "Ectopic Pregnancy." *Western Journal of Medicine* 173.2 (2000): 131–134. Print.
- [72] Yildizhan, Recep et al. "Primary Abdominal Ectopic Pregnancy: A Case Report." *Cases Journal* 2 (2009): 8485. PMC. Web. 21 June 2017.
- [73] Baffoe, P, C Fofie, and B N Gandau. "Term Abdominal Pregnancy with Healthy Newborn: A Case Report." *Ghana Medical Journal* 45.2 (2011): 81–83. Print.
- [74] 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
- [75] Nassali, M. N., MD, T. M. Benti, MD, M. Bandani-Ntsabele, MD, and E. Musinguzi, MD. "A Case Report of an Asymptomatic Late Term Abdominal Pregnancy with a Live Birth at 41 Weeks of Gestation." *BMC Research Notes*. U.S. National Library of Medicine, 19 Jan. 2016. Web. 21 June 2017. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26785887>>.
- [76] Worley, K. C., M. D. Hnat, and F. G. Cunningham. "Advanced Extrauterine Pregnancy: Diagnostic and Therapeutic Challenges." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. U.S. National Library of Medicine, Mar. 2008. Web. 21 June 2017. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313451>>.
- [77] Danielsson, Krissi, and David L. Kanz, MD. "Can the Baby Be Saved in an Ectopic Pregnancy?" *Verywell*. N.p., 27 Nov. 2016. Web. 21 June 2017. <<https://www.verywell.com/can-anectopic-pregnancy-be-saved-2371464>>.
- [78] "World Health Report." *WHO | Chapter 3*. World Health Organization, n.d. Web. 21 June 2017. <<http://www.who.int/whr/2005/chapter3/en/index3.html>>.
- Web. 21 June 2017. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834958>>.
- [79] "Comunicado De Los Médicos a Favor De La Vida." *Sabino Larios, El Salvador*. N.p., 03 Apr. 2017. Web. 21 June 2017. <<https://sabinolarios.com/2017/03/31/medicosporlavida/>>.
- [80] Lakshmi Dhikta v. Government of Nepal, Writ No. 0757,2067 (2007) (Corte Suprema de Nepal).
- [81] "Protection of Life During Pregnancy Bill 2013 (Number 66 of 2013)". *Bills 1992 – 2013. Oireachtas*. Retrieved 12 July 2013.
- [82] "Parliamentary Debates." *Dáil Éireann – 11/Jul/2013*. N.p., 11 July 2013. Web. 21 June 2017. <<http://oireachtasdebates.oireachtas.ie/debates%20authoring/debateswebpack.nsf/takes/dail2013071100069>>.
- [83] "Sentencia 18-98 Inconstitucionalidad." *Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia* (Nov 2007): 36. Web. <<http://www.jurisprudencia.gob.sv/DocumentosBoveda/D/1/2000-2009/2007/11/2EF3.PDF>>.
- [84] "Sentencia 22-2011 Inconstitucionalidad." *Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia* (Feb 2017): 10. Web. <http://observatoriojudicial.org.sv/images/documentos/noticias/Sentencia_de_Inc._22-2011_Nasciturus.pdf>.
- [85] Entrevista hecho por las autoras en junio 2017.
- [86] "Guía Técnica Nacional Para La Estandarización Del Procedimiento De La Atención Integral De La Gestante En La Interrupción Voluntaria Por Indicación Terapéutica Del Embarazo Menor De 22 Semanas Con Consentimiento Informado En El Marco De Lo Dispuesto En El Artículo 119o Del Código Penal": RESOLUCIÓN MINISTERIAL No 486-2014/MINSA." *Normas Legales* (2004): n. pag. Print.
- [87] "Perú: ¿Qué Dice La Guía De Aborto Terapéutico Que Se Aplicará?" *Perú.com*. N.p., 30 June 2014. Web. 14 July 2017. <<http://peru.com/actualidad/politicas/peru-que-dice-guiaaborto-terapeutico-que-se-aplicara-noticia-263489>>.
- [88] Leon, Jessica. "Aborto Terapéutico: 2 Años Después Aún Hay Barreras Para Su Aplicación." *Larepublica.pe*. LaRepublica.pe, 12 Apr. 2016. Web. 14 July 2017. <<http://larepublica.pe/impres/sociedad/759342-aborto-terapeutico-2-anos-despues-aun-hay-barreras-para-su-aplicacion>>.
- [89] "Guía Para La Atención Integral De La Hemorragia Del Primer Y Segundo Trimestre Y Del Post-Aborto Y Sus Complicaciones." *Guatemala Gobierno De La República, Ministerio De Salud Pública*, 2011. Web. 14 July 2017. <<http://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/02-Guatemala-First-and-Second-Trimester-post-abortion-care-2011.pdf>>.
- [90] "Capítulo III Del aborto." *Código penal: Decreto número 17-73* (n.d.): n. pag. El Congreso de la República de Guatemala.

Web. <<http://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/01-Guatamala-Penal-Code.pdf>>.

[91] Turner, Olivia Gans, and Mary Spaulding. "Defending the Pro-life Position & Framing the Position by the Language We Use." (n.d.): 4-15. National Right to Life Committee. Web. <<http://www.nrlc.org/uploads/WhenTheySayPacket.pdf>>.

[92] Kim Painter, Special for USA TODAY. "Doctors Say Abortions Do Sometimes save Women's Lives." USA Today. Gannett Satellite Information Network, 22 Oct. 2012. Web. 27 June 2017. <<https://www.usatoday.com/story/news/nation/2012/10/19/abortion-mother-life-walsh/1644839/>>.

[93] Communication No. 1153/2003 (2005), para. 6.3.

[94] Aguiluz, Marcia. "Inter-American Court of Human Rights Orders the Salvadoran State to save the Life of "Beatriz." Centro Por La Justicia Y El Derecho Internacional, 31 May 2013. Web. 21 June 2017. <<https://cejil.org/en/inter-american-court-human-rights-orders-salvadoran-state-save-life-beatriz>>.

[95] Méndez, Juan E. "Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment." *Human Rights Council* (2013): 3-21. Print.



HARVARD UNIVERSITY
David Rockefeller Center
for Latin American Studies