

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.

Aborto terapéutico, un debate necesario

El aborto terapéutico fue penalizado en Nicaragua con una reforma al Código Penal en octubre de 2006, después de haber estado contemplado por más de 100 años en dicha ley.

El evento provocó estupor en la sociedad civil y en la comunidad internacional. No era para menos: a la posibilidad de que el personal médico ofreciera a mujeres con embarazos de alto riesgo la opción de interrumpirlos y que estas pudieran elegir por su salud y su vida, se le colocó un candado y se establecieron penas de dos y seis años de prisión para ambas partes, respectivamente.

Como en el resto de países donde el aborto está totalmente prohibido, esta situación abre las puertas a la práctica de abortos clandestinos, lo cual puede provocar graves secuelas en la salud de las mujeres e incluso su muerte.

Entonces la penalización absoluta del aborto amenaza la vida de las mujeres por dos vías: la de sobrellevar embarazos de alto riesgo y la de no buscar ayuda cuando presentan complicaciones por aborto, por temor a ser estigmatizadas y denunciadas ante la justicia.

En el esfuerzo por reivindicar el derecho al aborto terapéutico en la legislación, la sociedad civil con el apoyo de organizaciones internacionales ha presentado una serie de recursos legales y ha documentado casos de mujeres cuyas vidas fueron seriamente amenazadas por no poder acceder a un aborto terapéutico.

Sin embargo, la Corte Suprema de Justicia ha hecho caso omiso a todos esos llamados y hasta la fecha no ha mostrado intenciones de retomar la discusión sobre el conflicto de derechos que conlleva la prohibición del aborto terapéutico.

La ciencia brinda respuestas contundentes que respaldan la necesidad de incluir nuevamente la figura del aborto terapéutico al Código Penal de Nicaragua.

El país debe retomar el debate con la participación de diferentes sectores, a la luz de la evidencia científica.



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^{1,2,3,4,5} :

- 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)⁶, Asociación Americana de Salud Pública (APHA)⁷, Asociación de los Profesionales de la Salud Reproductiva (ARHP)⁸, Asociación Global por la Salud Sexual (WAS)⁹, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG)¹⁰, Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG)¹¹, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)¹², Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)¹³, Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁴, entre otras.



A pesar de los avances 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 para evitar la muerte. Veamos un caso puntual en Nicaragua:

El caso de Amalia

Amalia es el nombre ficticio que se le otorgó a una joven cuyo caso fue representativo en la lucha por la despenalización del aborto terapéutico en Nicaragua.

Estaba iniciando el año 2010. Amalia, que vivía en una zona costera del Pacífico del país, tenía 27 años y criaba a una hija de 10.

Un día acudió al centro de salud de su comunidad con dolores en el tórax, dificultades de respiración y emisión de sangre por la garganta. El diagnóstico: padecía un cáncer agresivo que se había propagado por sus pulmones, cerebro y senos, por lo que requería atención urgente; y además, estaba embarazada¹⁵.

El 12 de febrero fue internada en el Hospital Escuela Óscar Danilo Rosales de León, pero no recibió la atención especializada para su caso, según denunciaron familiares en ese momento.

Y es que los médicos no procedieron con el tratamiento contra el cáncer porque este obligaba a aplicar radio y quimioterapia que, a su vez, generarían un alto riesgo de aborto.

Por recomendación de organismos defensores de derechos humanos, la familia de Amalia hizo una solicitud de interrupción del embarazo⁶ ante el entonces director del hospital y ante el Ministerio de Salud, pero nunca obtuvieron una respuesta.

El 26 de febrero organizaciones de la sociedad civil, como el Grupo Estratégico para la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ipas Centroamérica y Women's World Wide, pidieron a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)¹⁷ otorgar medidas cautelares para salvaguardar su vida y su salud.

El organismo se pronunció a favor de la interrupción del embarazo de Amalia para frenar la enfermedad y salvarle la vida. Ante tal presión, el Gobierno solo autorizó la aplicación del tratamiento contra el cáncer, pero no la interrupción del embarazo.

La madrugada del 24 de julio --cuando Amalia ya había pasado por ocho quimioterapias-- sufrió un parto prematuro en su casa y su hijo nació muerto. La joven siguió luchando por su vida con el apoyo de su familia, pero falleció el 18 de diciembre de 2011¹⁸.

No se puede saber si Amalia habría superado el cáncer en caso de haber recibido a tiempo el tratamiento necesario. Sin embargo, es seguro que sus derechos a la salud y a la integridad personal nunca debieron ser violentados y que nunca debió pasar por el sufrimiento que le fue impuesto.



Cuando la salud de las mujeres embarazadas 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 mismo⁹.

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^{20,21,22,23}.

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 placenta²⁴.

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 médicos²⁵.

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 médicas²⁶. 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.

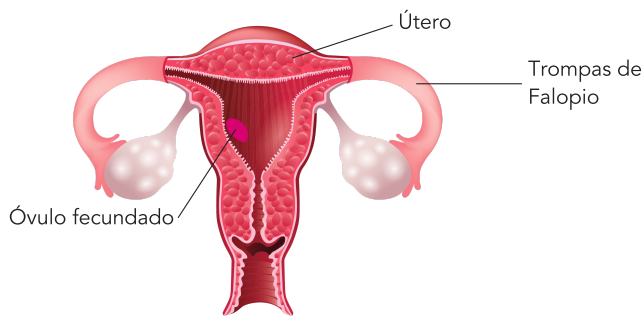
Mito #4: "Los embarazos ectópicos no son propensos a ser fatales para la madre, se debe esperar a que el niño esté bien desarrollado para que dé a luz"

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.

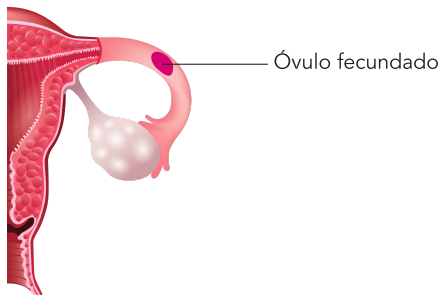
Para comprender mejor, es necesario saber en qué consiste un embarazo ectópico.

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"²⁷.

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 cirugía²⁸.
2. Una cirugía laparoscópica para remover el embrión, dejando intacta la trompa de Falopio²⁹.

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 tubáricos³⁰. 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 útero³¹.

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 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 tubárico³².

Es importante destacar que es imposible terminar un embarazo ectópico 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 discriminación³³.

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^{34,35,36}.

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 interpretaciones³⁷:

- Los estudios sugieren que las vías nerviosas asociadas con la percepción del dolor no están totalmente desarrolladas hasta bien avanzado el tercer trimestre^{38,39}. 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 químico⁴⁰.
- 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 nocivos⁴¹.

- 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 dolor⁴².



Obligar a una mujer a 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 el personal de salud debe hacer su mejor esfuerzo para salvar a ambos (la mujer embarazada y el feto), dando igual atención a la madre y al niño"

"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".

Este es un argumento muy utilizado por quienes se oponen al aborto terapéutico. Bajo su lógica, de esa forma se da igual atención tanto a la mujer embarazada como al feto.

Sin embargo, hay dos grandes problemas con esta argumentación:

1. Como se mencionó antes, 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 feto⁴³.

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 la vida.

Desde la penalización absoluta del aborto en Nicaragua, varias organizaciones nacionales e internacionales han expresado su preocupación sobre lo que conlleva esta prohibición para la salud y la vida de las mujeres, y le han solicitado al Gobierno revocarla con base en tratados y acuerdos de los que el mismo Estado es firmante y, por tanto, está obligado a cumplir.

Estas son algunas de las declaraciones de representantes de dichas organizaciones:

- "La prohibición del aborto ha infundido temor e incertidumbre entre mujeres y niñas, al poner en peligro sus vidas, negarles autonomía y privacidad, e interferir con su atención médica".

Sarah Taylor, defensora de Derechos de la Mujer de Human Rights Watch.

- "Prohibir el aborto terapéutico no es eficaz para defender la vida del feto porque el feto muere junto con la madre la mayor parte de las veces, afectando la salud y el bienestar de la familia, particularmente de los hijos que ya tenga".

Dr. Anibal Faúndes, Representante de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

- "El aborto terapéutico es un principio universal aceptado en la mayoría de los países de las Naciones Unidas, trasciende diferencias culturales, credos religiosos e ideologías políticas".

Socorro Gross, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Nicaragua.

- "La ley nicaragüense que penaliza el aborto va en contra de los consejos de cuatro órganos de vigilancia de tratados de la ONU, y hace que Nicaragua incumpla las obligaciones que ha contraído en virtud de las leyes internacionales de derechos humanos".

Aministía Internacional



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 en los países donde está fuertemente restringido son similares a las tasas de aborto de los países 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 significativa⁴⁴.



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

Han pasado casi 14 años desde la penalización absoluta del aborto en Nicaragua, la comunidad internacional ha llamado varias veces a las puertas del Estado para apelar por su despenalización y se han registrado varios casos como el de Amalia.

Sin embargo, no ha habido oportunidad para que la sociedad civil, con el respaldo de organizaciones internacionales, tenga una interlocución seria, clara y abierta con el Gobierno para discutir la necesidad de revertir la reforma de octubre de 2006.

La ciencia arroja suficientes argumentos para centrar el debate sobre el aborto terapéutico en la salud y la vida de las mujeres, pero esa realidad ha quedado a la sombra de la actitud desinteresada del Poder Judicial y, más recientemente, de la crisis socio-política que vive el país.

Conscientes de que un debate de esta magnitud debe llevarse a cabo en un contexto de estabilidad y participación equitativa de las partes interesadas, confiamos en que la salud y el derecho a la vida de las mujeres entren nuevamente a la agenda nacional como puntos de primer orden.

Hasta ahora, la evidencia científica está a la orden de quien se interesa por conocer y reflexionar sobre el aborto terapéutico como un asunto de salud y derechos, lejos de creencias morales y religiosas.

Es hora de que la sociedad dé un paso definitivo hacia una plena garantía de los derechos de las mujeres.



Referencias

1. 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>
2. "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.
3. FLASOG, II Taller Latinoamericano sobre Aborto Legal por causales de salud; FLASOG, Mendoza-Argentina, Octubre 2008.
4. Abortions (Therapeutic and elective) (n.d.): 2-3. Oxford. UnitedHealthCare Oxford, 1 Oct. 2016. Web.
5. Heimburg, 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.
6. 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.
7. "Standards for Abortion Services". American Public Health Association. N.p., n.d. Web. June 2017.
8. "ARHP Position Statements". Association of Reproductive Health Professionals. N.p., n.d. Web. 18 June 2017.
9. "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.
10. "College Statement of Policy: Abortion Policy". American College of Obstetricians and Gynecologists. N.p., Nov. 2014. Web.
11. Diario, El Nuevo. "Médicos De C.A. Piden Restituir Aborto Terapéutico." El Nuevo Diario. N.p., 7 May 2007. Web. 18 June 2017.
12. 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.
13. "FIGO Prevention of Unsafe Abortion Initiative". FIGO Prevention of Unsafe Abortion Initiative | FIGO. N.p., 2016. Web. 18 June 2017.
14. 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.
15. José Adán Dilva (04/03/2010). "Nicaragua: Caso emblemático para el aborto terapéutico". Inter Press Service (IPS). Disponible en: <http://www.ipsnoticias.net/2010/03/nicaragua-caso-emblematico-para-el-aborto-terapeutico/>
16. "Conoce el caso de Amalia" (19/09/2015). Mundobat. Disponible en: <https://www.mundubat.org/conoce-el-caso-de-amalia/>
17. Anayeli García Martínez (29/07/2010). "Concluye en parto prematuro, embarazo de nicaragüense con cáncer". Cimac Noticias. Disponible en: <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/concluye-en-parto-prematuro-embarazo-de-nicaraguense-con-cancer/>
18. "Muere 'Amalia' tras luchar contra cáncer invasivo" (21/12/2011). El Nuevo Diario. Disponible en: <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/236529-muere-amalia-luchar-cancer-invasivo/>

19. 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.
20. *Churchill's Medical Dictionary*. Churchill Livingstone. 1989.p. 3.ISBN 0443086915.
21. 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.
22. 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.
23. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (31 ed.). Saunders.2007.ISBN 9781416023647.
24. "Abortion (Termination Of Pregnancy)". Harvard Health Publications. Harvard Medical School, Feb. 2013.Web. 20 Junio 2017.
25. 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.
26. 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.
27. "Ectopic Pregnancy". *Ectopic Pregnancy | Michigan Medicine*. N.p., n.d. Web. 21 June 2017.
28. 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.
29. Harding, Mary, MD. "Pregnancy. Ectopic Pregnancy Symptoms and Information". *Pregnancy. Ectopic Pregnancy Symptoms and Information | Patient*. Patient.info, n.d. Web. 21 Junio 2017.
30. Resources. *ASRM Patient Booklet: Ectopic Pregnancy*. American Society for Reproductive Medicine, 2014. Web. 13 Dic. 2016.
31. A algunos oponentes del aborto terapéutico legal que propagan estos mitos les gusta citar un artículo escrito en 1994 por un médico exitoso, Geddis 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.

32. 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
33. Rondón, Marta B.. (2015). Salud mental y aborto terapéutico. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500012
34. 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
35. Bellieni & Buonocore, Is Fetal Pain A Real Evidence?, 25 J. Maternal-Fetal & Neonatal Med. 1203, 1205 (2012).
36. "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.
37. Iniciativa de Aborto después del 1er trimestre. (2018). Dolor fetal, analgesia y anestesia en el contexto del aborto. Ibis Reproductive Health.
38. 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.
39. Derbyshire SW. Foetal pain? Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology, 2010; 24(5): 647–55.
40. Mellor DJ, Diesch TJ, Gunn AJ, Bennet L. The importance of awareness for understanding fetal pain. Brain Research Reviews, 2005;49(3):455–71.
41. Adama van Scheltema PN, Pasma SA, Wolterbeek R, Deprest JA, Oepkes D, De Buck F, Van de Velde M, Vandebussche FPHA. Fetal stress hormone changes during intrauterine infusions. Prenatal Diagnosis, 2011;31(6):555–9.
42. 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.
43. 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.
44. 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