

DR. ALÍ LOZADA
PRESIDENTE DE LA CORTE CONSTITUCIONAL DE ECUADOR

Asunto N° 41-22-IN y Acumulados

AMICUS CURIAE: LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS PROVIDA "AAPLOG" (THE AMERICAN ASSOCIATION OF PRO-LIFE OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST)

Contenido

I. Comparecencia	2
II. Nociones generales de AAPLOG	2
III. La defensa de la prohibición del acceso al aborto durante 12 semanas	2
3.1. Los estudios publicados y revisados por expertos demuestran que los abortos tardíos están significativamente relacionados con las muertes por aborto.	2
3.1.1. El aumento del flujo sanguíneo predispone a la hemorragia.	4
3.1.2. El miometrio relajado está más sujeto a la perforación mecánica.	5
3.2. Los estudios publicados y revisados por expertos demuestran que los abortos tardíos aumentan el riesgo de nacimientos prematuros posteriores	6.
3.3. Estudios publicados y revisados por expertos correlacionan el aborto con el riesgo de cáncer de mama, que aumenta con la edad gestacional.	7
3.4. Los estudios publicados y revisados por expertos demuestran cada vez más que el aborto tardío aumenta el riesgo de depresión, drogadicción y suicidio	9.
3.5. Dolor fetal	11
3.5.1. Dolor con corteza cerebral	12
3.5.2. Animales no humanos	12
3.5.3. Embriología y desarrollo fetal	13
IV. La defensa de la ecografía obligatoria antes de practicar abortos	14
4.1. La ecografía muestra información veraz y no engañosa relevante para la decisión de someterse a un procedimiento de aborto.	14
4.1.1. La ecografía es una prueba médica diagnóstica segura que muestra imágenes veraces y no engañosas en tiempo real.	14
4.1.2. La ecografía tiene una amplia gama de usos, incluidos los contextos del embarazo, el aborto y el consentimiento informado.	15
4.1.3. La ecografía muestra información veraz y no engañosa sobre el embarazo de la mujer y revela la realidad biológica del feto.	19
4.2. Este Tribunal debe exigir que las mujeres embarazadas reciban una opción de visualización de la ecografía durante el proceso de consentimiento informado para un procedimiento de aborto.	19
V. La defensa de los médicos conscientes de la forma de abyección	20
5.1. Juramento hipocrático	20
5.2. Dos marcos filosóficos: Eudaimonismo y hedonismo	21
5.3. Ética médica hipocrática frente a ética médica utilitarista	21
5.4. Ejemplos de acciones que fueron crímenes legales pero atroces contra la humanidad	22
5.5. Nadie tiene autoridad para obligar a los médicos a matar seres humanos.	23
VI. Solicitud	23

I. Comparecencia ante el tribunal

Dra. Christina Francis, en mi calidad de Directora General, en representación de la ASOCIACIÓN AMERICANA DE OBSTETRAS Y GINECOLOGOS PRO-VIDA (AAPLOG) de conformidad con el artículo 12 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional ("LOGJCC"), presento el siguiente amicus curiae:

II. Nociones generales de AAPLOG

La AAPLOG es una organización médica profesional sin ánimo de lucro que cuenta con aproximadamente 7.000 miembros y asociados. Desde 1973, la Asociación trabaja para garantizar que las mujeres embarazadas reciban una atención médica de la máxima calidad y estén plenamente informadas de los efectos del aborto, incluidas sus posibles consecuencias a largo plazo para la salud de la mujer. Reconocida durante 40 años como la mayor entidad de "intereses especiales" dentro del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (hasta que el Colegio abolió los grupos de intereses especiales en 2013), la Asociación ofrece a los profesionales sanitarios y al público una mejor comprensión de los riesgos para la salud relacionados con el aborto. Algunos de estos riesgos incluyen lesiones relacionadas con el aborto; futuros partos prematuros (o "pretérmino"); cáncer de mama; depresión, abuso de sustancias y suicidio.

La Asociación también educa al público sobre el desarrollo humano, los avances y descubrimientos recientes en obstetricia y ginecología.

III. La defensa de la prohibición del acceso al aborto durante 12 semanas

3.1. Los estudios publicados y revisados por expertos demuestran que los abortos tardíos están significativamente relacionados con las muertes relacionadas al aborto.

La restricción de los abortos después de las 15 semanas cuenta con el firme respaldo de un importante estudio realizado por una especialista en salud materna de los Institutos Nacionales de Salud. Este estudio fue dirigido por Linda A. Bartlett, titulado Risk Factors for Legal Induced Abortion Mortality in the United States,¹ y fue publicado por la revista del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. El Estudio Bartlett fue diseñado para "proporcionar información sobre los factores de riesgo de las muertes relacionadas con el aborto entre las mujeres que abortaron en los últimos años, que ayudará a informar y actualizar a los responsables políticos y a los profesionales sobre la mortalidad materna relacionada con el aborto".² Para garantizar la fiabilidad, el Estudio Bartlett utilizó datos

¹ Véase Linda A. Bartlett, et al., Risk Factors for Legal Induced Abortion Mortality in the United States, 103(4) Obstet. & Gyn. 729 (2004) (Estudio Bartlett); véase también, por ejemplo, Daniel Grossman, et al., Complications after Second Trimester Surgical and Medical Abortion, Reproductive Health Matters 173 (2008) 3 (Supp. 31) (basándose en el Estudio Bartlett).

² Bartlett, 103(4) Obstet. & Gyn. en 729-30

del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad durante el Embarazo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, "que intenta identificar todas las muertes en Estados Unidos causadas por el embarazo, incluidas las que terminan en aborto inducido."³

Como descubrió el Estudio Bartlett, "el factor de riesgo más fuerte para la mortalidad relacionada con el aborto" fue "la edad gestacional en el momento del aborto".⁴ "Las tasas más bajas de mortalidad se dieron entre las mujeres que abortaron en el primer trimestre del embarazo, en particular dentro de las primeras 8 semanas de gestación. Las mujeres cuyos abortos se realizaron en el segundo trimestre (a las 13 semanas de gestación o después) tuvieron tasas de mortalidad relacionada con el aborto mayores que las mujeres cuyos abortos se realizaron en las primeras 8 semanas de embarazo".⁵ De hecho, "si las mujeres que abortaron después de las 8 semanas de gestación lo hubieran hecho durante las primeras 8 semanas de embarazo, cuando el riesgo es menor, probablemente se habrían evitado el 87% de las muertes".⁶

Igualmente, es sorprendente que "el riesgo de muerte aumentaba exponencialmente con el incremento de la edad gestacional. Según este modelo, el riesgo de muerte aumenta un 38% por cada semana adicional de gestación".⁷ "Así, el aumento estimado del riesgo de muerte por retrasar el procedimiento 1 semana a las 17 semanas de gestación es 18 veces mayor que el aumento estimado del riesgo de muerte por retrasar el procedimiento 1 semana a las 8 semanas de gestación".⁸

El estudio Bartlett concluye que este marcado aumento del riesgo exige abortos más tempranos. "Dado que el acceso a abortos incluso 1 semana antes reduce el riesgo de muerte de forma desproporcionada a medida que aumenta la edad gestacional, abordar este factor de riesgo reduciendo aún más la edad gestacional a la que las mujeres abortan puede ayudar a reducir aún más el riesgo de muerte".⁹

El estudio Bartlett no es el único. Siete años después, los investigadores volvieron a constatar un "mayor riesgo de complicaciones" asociadas al aborto con el "aumento de la edad gestacional".¹⁰ En un estudio realizado por Maarit, J. Mentula sobre los Acontecimientos adversos inmediatos tras la interrupción médica del embarazo en el segundo trimestre: Results of a Nationwide Registry Study,(2011) que tenía como propósito "evaluar la tasa de eventos adversos y complicaciones tras el [aborto] médico del segundo trimestre y compararla con las que se producen tras el [aborto] médico del primer trimestre". [Los autores] se centraron (...) en [la hemorragia], la infección y la

³ Id. en 730.

⁴ Bartlett, 103(4) Obstet. & Gyn. en 731, 735

⁵ Id. en 731

⁶ id. at 736 (same).

⁷ Bartlett, 103(4) Obstet. & Gyn. en 731

⁸ Id. en 732.

⁹ Bartlett, 103(4) Obstet. & Gyn. en 735.

¹⁰ Maarit, J. Mentula, et al., Immediate Adverse Events after Second Trimester Medical Termination of Pregnancy: Results of a Nationwide Registry Study, 26(4) Human Reproduction.at 927 (2011).

evacuación quirúrgica en los casos de aborto incompleto".¹¹ El resultado concluyó que "[E]l [aborto] médico realizado en el segundo trimestre se asoció con un mayor riesgo de evacuación quirúrgica e infección".¹²

Incluso los abortos precoces -y las pérdidas de embarazos en general- están relacionados con tasas de mortalidad más elevadas. Según un reciente metaanálisis, estudios de tres países reportaron tasas de mortalidad asociadas a la interrupción del embarazo, el aborto espontáneo o el embarazo fallido. En el plazo de un año desde la ocurrencia de estos eventos, las mujeres que sufren una pérdida de embarazo tienen más del doble de probabilidades de morir que las que dan a luz". (David C. Reardon y John M. Thorp).¹³ "Este elevado riesgo de mortalidad persiste a lo largo de muchos años, se multiplica por la exposición repetida a la pérdida del embarazo y puede reducirse con partos exitosos". La calidad de estos once estudios es muy alta, ya que todos, excepto el más antiguo, obtuvieron una puntuación de 8 o superior en el Comité Nacional de Estándares de Garantía de Calidad (con un rango de 0 a 9)".¹⁴

Hay buenas razones por las que los abortos tardíos están especialmente asociados a complicaciones y riesgos. "La mayor cantidad de tejido fetal y placentario requiere un mayor grado de dilatación cervical, el mayor flujo sanguíneo predispone a la hemorragia y el miometrio relajado [es decir, la pared del útero] está más sujeto a la perforación mecánica. Las dificultades técnicas de la intervención durante el segundo trimestre son diferentes de las que se presentan en el primer trimestre, y el riesgo inherentemente mayor de complicaciones puede ser menos susceptible de prevención".¹⁵ Abordamos estos riesgos a continuación.

3.1.1. El aumento del flujo sanguíneo predispone a la hemorragia

A medida que avanza el embarazo, el flujo sanguíneo aumenta un 50%, al igual que los niveles plasmáticos:

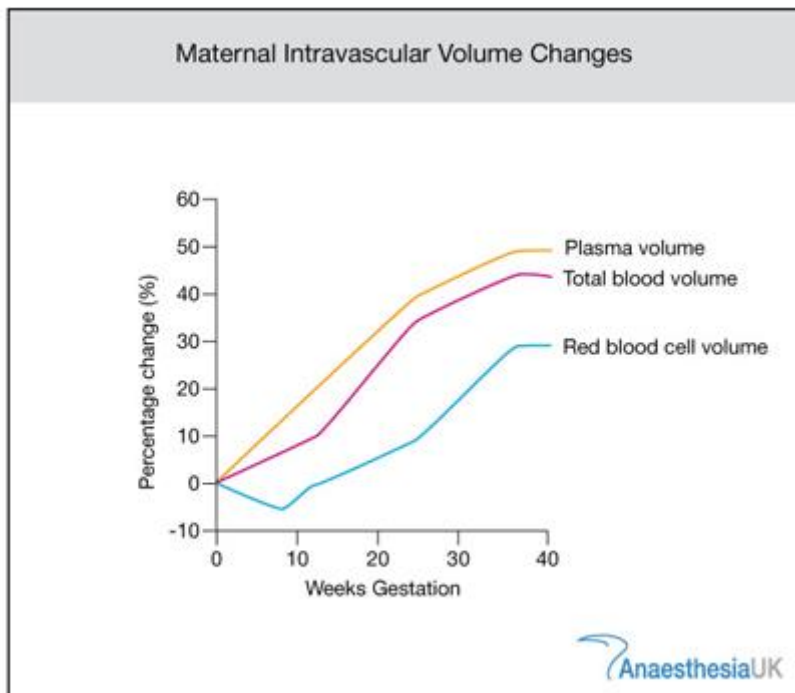
¹¹ Id. en 928

¹² Id. en 930.

¹³David C. Reardon & John M. Thorp, *Pregnancy Associated Death in Record Linkage Studies Relative to Delivery, Termination of Pregnancy, and Natural Losses: A Systematic Review with a Narrative Synthesis and Meta-analysis*, 5 *SAGE Open Med.* 1, 1 (2017) (énfasis añadido).

¹⁴ Id. en 9.

¹⁵ Bartlett, 103(4) *Obstet. & Gyn.* en 735.



Anaesthesia UK, Cambios fisiológicos del embarazo (2006).

El aumento del flujo sanguíneo también se debe, en parte, a los drásticos cambios que el embarazo desencadena en el útero, que crece y aumenta su vascularidad. "El mayor tamaño del útero como consecuencia del embarazo se debe a un notable aumento del número de fibras musculares, vasos sanguíneos, nervios y vasos linfáticos en la pared uterina. Además, el tamaño de cada fibra muscular se multiplica entre cinco y diez veces y los diámetros de los vasos sanguíneos y linfáticos aumentan considerablemente".¹⁶ No es de extrañar que, dados los cambios en el útero, "el riesgo de hemorragia aumente a medida que avanza la edad gestacional".¹⁷

3.1.2. El miometrio relajado está más sujeto a la perforación mecánica

El riesgo de hemorragia aumenta porque la delgada pared (o miometrio) del útero es más vulnerable a la "perforación mecánica".¹⁸ De hecho, "la perforación uterina es una de las complicaciones más frecuentes" incluso en los abortos por dilatación y legrado, y el riesgo aumenta con la "edad gestacional".¹⁹

Las perforaciones en el útero también pueden ser causadas por trozos del propio feto. Para evitar este peligro, los proveedores de abortos "deben tener mucho cuidado de evitar empujar las partes fetales con los fórceps, ya que esto puede empujarlas más

¹⁶ John W. Huffman, Pregnancy, Encyclopedia Britannica (7 de febrero de 2020).

¹⁷ Hammond, C. Second-Trimester Pregnancy Termination: Dilatación y evacuación, (2020), UptoDate website. <https://perma.cc/W827-YAK8>

¹⁸ Bartlett, 103(4) Obstet. & Gyn. en 735

¹⁹ Eugene C. Toy, Perforación con sonda uterina y cánula de aspiración durante un legrado, SASGOG (2014).

profundamente en la [cavidad del útero] e incluso a través de la pared uterina".²⁰ En su lugar, "las partes fetales deben ser bajadas al segmento uterino inferior para su desarticulación. (...) Hay que tener cuidado porque las espículas óseas expuestas durante la desarticulación fetal pueden perforar las paredes uterinas y raspar el cuello uterino".²¹

Dados estos riesgos de hemorragia y perforación uterina, el estudio Bartlett habló con razón, aunque con delicadeza, de los "desafíos técnicos" de los abortos en el segundo trimestre. El Tribunal Supremo de EE.UU. describió el procedimiento de forma más tajante:

"El procedimiento quirúrgico denominado "dilatación y evacuación" o "DyE" es el método de aborto habitual en este trimestre. Aunque las técnicas individuales para realizar la DyE difieren, los pasos generales son los mismos.

En primer lugar, el médico debe dilatar el cuello uterino al menos hasta el punto necesario para introducir instrumentos quirúrgicos en el útero y maniobrar con ellos para evacuar el feto. Los pasos que se dan para provocar la dilatación difieren según el médico y la edad gestacional del feto. El médico suele iniciar el proceso de dilatación introduciendo en el cuello uterino dilatadores osmóticos, como laminaria (bastoncillos de alga marina). Los dilatadores pueden utilizarse en combinación con fármacos, como el misoprostol, que aumentan la dilatación. ... En general, cuanto más tiempo permanezcan los dilatadores en el cuello del útero, más se dilatará. Sin embargo, el tiempo que los médicos emplean los dilatadores osmóticos varía. Algunos pueden mantener los dilatadores en el cuello uterino durante dos días, mientras que otros los utilizan durante un día o menos.

Tras una dilatación suficiente, puede comenzar la operación quirúrgica. La mujer es sometida a anestesia general o sedación consciente. El médico, a menudo guiado por ecografía, introduce unas pinzas de agarre a través del cuello uterino de la mujer y dentro del útero para agarrar el feto. El médico agarra una parte del feto con las pinzas y tira de él hacia atrás a través del cuello uterino y la vagina, continuando tirando incluso después de encontrar resistencia en el cuello uterino. La fricción hace que el feto se desgarre. Por ejemplo, puede arrancarse una pierna del feto al tirar de él a través del cuello uterino y fuera de la mujer. El proceso de evacuación del feto pedazo a pedazo continúa hasta que se ha extraído por completo. El médico puede realizar entre 10 y 15 pasadas con las pinzas para evacuar el feto en su totalidad, aunque a veces la extracción se completa con menos pasadas. Una vez evacuado el feto, la placenta y cualquier resto de material fetal se succionan o raspan fuera del útero".²²

En resumen, un aborto en el segundo trimestre requiere: dilatación extensa; pinzas de agarre; fuerza lo suficientemente potente como para desmembrar el feto; y succión y/o raspado. Y lo hace cuando hay un 50% más de flujo sanguíneo, profusión de vasos sanguíneos, útero reblandecido y fragmentos óseos fetales afilados. Por todo ello, no es

²⁰ Hammond, supra

²¹ Id.

²² Gonzales v. Carhart , 550 U.S. 124, 135-35 (2007) (se omiten las citas).

de extrañar que los abortos tardíos planteen un "riesgo inherentemente mayor de complicaciones" que los abortos tempranos.²³ Además, los abortos tardíos corren el riesgo de dejar "productos de la concepción retenidos", es decir, partes del feto o de la placenta, que pueden provocar hemorragias y otras complicaciones si no se extraen.²⁴ Por lo tanto, "al final del procedimiento, el cirujano debe inventariar el contenido evacuado y contabilizar las principales partes fetales (calvaria [es decir, la calota craneal], tórax, pelvis, cuatro extremidades [es decir, los miembros])".²⁵

Dado este mayor riesgo de complicaciones, las mujeres estarían protegidas por una ley que exija que los abortos sólo se produzcan al principio del embarazo.

3.2. Los estudios publicados y revisados por expertos demuestran que el aborto tardío aumenta el riesgo de nacimientos prematuros posteriores.

El parto prematuro está asociado a "importantes riesgos para la salud materna e infantil" y se considera una "epidemia" en Estados Unidos.²⁶ A pesar de años de esfuerzos e intervenciones generalizadas, "no se ha logrado reducir a nivel poblacional las tasas de nacimientos prematuros".²⁷ En 2021, tras un patrón de aumentos, la tasa de nacimientos prematuros volvió a subir, hasta el 10,5%.²⁸

Los bebés nacidos prematuramente -es decir, antes de las 37 semanas de gestación- tienen mayores tasas de mortalidad y discapacidad. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, en 2020 el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer (que está relacionado con el nacimiento prematuro) representaron alrededor del 16% de las muertes infantiles.²⁹ Por motivos relacionados, los nacimientos prematuros también suponen un coste sustancial para la sociedad. Un análisis del Instituto de Medicina estimó que los costos económicos asociados con el nacimiento prematuro en los Estados Unidos fueron de "al menos \$ 26,2 mil millones en 2005, o \$ 51,600 por bebé nacido prematuro."³⁰ Basándose en datos que abarcan de 2008 a 2016, un estudio más reciente estimó los costes médicos medios en los primeros seis meses de vida en 76.153 dólares por nacimiento prematuro.³¹

Dos importantes metaanálisis de 2009 muestran una relación estadísticamente significativa entre el aborto, especialmente el quirúrgico, y el parto prematuro. Un meta-

²³ Bartlett, 103(4) *Obstet. & Gyn.* en 735.

²⁴ Hammond, *supra*.

²⁵ *Id.*

²⁶ Linda S. Franck, et al., Prioridades de investigación de las mujeres con riesgo de parto prematuro: Findings and a Call to Action, 20(10) *BMC Pregnancy and Childbirth* 1, 2 (2020)

²⁷ *Id.*

²⁸ Véase Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Salud reproductiva: Maternal and Infant Health, *Preterm Birth* (1 de noviembre de 2022).

²⁹ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Preterm Birth*, *supra*.

³⁰ Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes, Instituto de Medicina, *Preterm Birth: Causas, consecuencias y prevención* (2007)

³¹ Andrew L. Beam, et al., Estimates of Healthcare Spending for Preterm and Low-birthweight Infants in a Commercially Insured Population: 2008-2016, 40 *J. Perinatology* 1091 1, 1 (2020).

análisis de 22 estudios que incluyeron 268.379 pacientes 13 encontró que sólo un aborto inducido aumenta el riesgo de parto prematuro en un 36%, y más de uno aumenta el riesgo en un 93%.³²

Metaanálisis posteriores coinciden. Un metaanálisis de 2015 de 28 estudios, que incluyó a 913.297 mujeres, encontró que las mujeres que habían tenido un aborto quirúrgico previo tenían un "riesgo significativamente mayor" (52%) de parto prematuro.³³ Un metaanálisis de 2016 de 21 estudios que informaron sobre 1.853.017 mujeres que se sometieron a una dilatación y legrado (un procedimiento quirúrgico utilizado para el aborto o para completar un aborto espontáneo) tenían un 29% más de riesgo de parto prematuro y un 69% más de riesgo de parto muy prematuro.³⁴

Es cierto que un informe del comité de 2018 de la Academia Nacional de Ciencias, que revisó solo cinco estudios, concluyó que "tener un aborto no aumenta el riesgo de una mujer de ... parto prematuro."³⁵ Pero el informe no incluyó al menos 70 estudios que cumplieran los criterios establecidos por el comité.³⁶

3.3. Los estudios publicados y revisados por expertos relacionan el aborto con el riesgo de cáncer de mama, que aumenta con la edad gestacional.

Desde 1957, al menos 41 estudios han demostrado una asociación positiva y estadísticamente significativa entre el aborto provocado y el cáncer de mama.³⁷

Por poner un ejemplo, un estudio de 2009 publicado en el *World Journal of Surgical Oncology* afirma que "la edad y el aborto provocado se asociaron significativamente con un mayor riesgo de cáncer de mama".³⁸ Los autores también analizaron multitud de estudios análogos. Y "de forma similar a los hallazgos [del estudio de 2009], la mayoría

³² Véase P.S. Shah, et al., Induced Termination of Pregnancy and Low Birthweight and Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-analysis, 116 *British J. Obstet. & Gyn.* 1425, 1425 (2009). Otro metaanálisis de nueve estudios halló que un solo aborto inducido aumentaba el riesgo de parto prematuro en un 25% y de parto muy prematuro en un 64%. Véase Hanes M. Swingle, et al., Abortion and the Risk of Subsequent Preterm Birth: A Systematic Review with Meta-analyses, 54(2) *J. Reproductive Med.* 95, 95 (2009).

³³ Véase Gabriele Saccone, et al., Prior Uterine Evacuation of Pregnancy as Independent Risk Factor for Preterm Birth and Metaanalysis, 214(5) *Am. J. Obstet. & Gyn.* 572, 572 (2016).

³⁴ Véase Marika Lemmers, et al., Dilation and Curettage Increases the Risk of Subsequent Preterm Birth: A Systemic Review and Meta-analysis, *Human Reproduction* 1, 1 (2015).

³⁵ *Nat'l Acad. Sci., Eng'g, and Med.*, The Safety and Quality of Abortion Care in the United States 1, 153 (2018) (Informe de la NAS).

³⁶ Véase *Am. Ass'n of Pro-life Obstet. & Gyn.*, 5 *Practice Bulletin, Evidence Directing Pro-Life Obstetricians & Gynecologists* 1, 2 (2019). Y los autores tuvieron que reconocer un "mayor riesgo de parto muy prematuro" asociado con dos o más abortos. Informe de la NAS en 147. (En realidad, esto debería decir al principio "Guía práctica 5: Aborto y parto prematuro")

³⁷ Instituto de Prevención del Cáncer de Mama, Estudios epidemiológicos: Induced Abortion and Breast Cancer Risk (abril de 2020) (lista de estudios).

³⁸ Vahit Ozmen, et al., Breast Cancer Risk Factors in Turkish Women - a University Hospital Based Nested Case Control Study, 7(37) *World J. Surgical Oncology* 1, 1 (2009). Pero este estudio de 2009 no fue ni mucho menos el único.

de los estudios informaron de que el aborto inducido estaba asociado con un mayor riesgo de cáncer de mama".³⁹

Asimismo, un estudio de 2009 del que es coautora la Dra. Louise Brinton, Jefa de la Subdivisión de Epidemiología Hormonal y Reproductiva del Instituto Nacional del Cáncer, halló factores de riesgo de cáncer de mama "coherentes con los efectos observados en estudios anteriores".⁴⁰ "En concreto, la edad avanzada, los antecedentes familiares de cáncer de mama, la menarquia temprana [es decir, la primera menstruación], el aborto provocado y el uso de anticonceptivos orales se asociaron con un mayor riesgo de cáncer de mama".⁴¹

Llegando a la misma conclusión, científicos chinos incluyeron recientemente el aborto como un importante indicador del riesgo de cáncer de mama en un nuevo modelo de examinación de mujeres.⁴² De hecho, el estudio descubrió que el aborto era lo que más repercutía: uno o dos abortos aumentaban el riesgo en un 151%; tres o más aumentaban el riesgo en un 530%.⁴³

Para completar el cuadro, otro estudio "halló un mayor riesgo [de cáncer de mama] asociado a un número creciente de abortos provocados. Sin embargo, este riesgo parecía restringirse a los embarazos con interrupciones inducidas antes del primer [embarazo a término]".⁴⁴ En otras palabras, las mujeres se enfrentaban a un mayor riesgo de cáncer después de abortar si el aborto se producía antes de que la mujer tuviera su primer hijo.

El cáncer de mama está relacionado con el aborto provocado debido a la forma en que crecen las mamas durante el embarazo. El tejido mamario inmaduro, recién formado, es susceptible al cáncer. El tejido mamario maduro, que puede producir leche, resiste al cáncer. El aborto detiene el tejido mamario en un estado inmaduro, antes de que pueda producir leche, dejándolo vulnerable al cáncer.

Por este motivo, "un embarazo a término temprano es una de las protecciones naturales más eficaces contra el cáncer de mama".⁴⁵ La relación entre la falta de hijos y el cáncer de mama se conoce al menos desde 1842, cuando se observó una mayor incidencia de cáncer de mama entre las monjas que en el resto de las mujeres.⁴⁶ Planned Parenthood

³⁹ Id. en 6.

⁴⁰ Jessica M. Dolle, et al., Risk Factors for Triple-Negative Breast Cancer in Women Under the Age of 45 Years, 18(4) Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention 1157, 1162-63 (2009).

⁴¹ Id. en 1163.

⁴² Véase Lu Wang, y otros, Risk Prediction for Breast Cancer in Han Chinese Women Based on a Cause-specific Hazard Model, 19(128) BMC Cancer (2019).

⁴³ Id. en 4.

⁴⁴ Julie Lecarpentier, et al., Variation in Breast Cancer Risk Associated with Factors Related to Pregnancies According to Truncating Mutation Location, in the French National BRCA1/2 Carrier Cohort, 14(R99) Breast Cancer Research 1, 16 (2012).

⁴⁵ Sibgat Choudhury, et al., Molecular Profiling of Human Mammary Gland Links Breast Cancer Risk to a p27+ Cell Population with Progenitor Characteristics, 13(1) Cell Stem Cell 117, 2 (2013).

⁴⁶ Véase Christopher I. Li, ed., Breast Cancer Epidemiology 120 (2010) (recopilación de estudios de los siglos XVIII, XIX y principios del XX).

está de acuerdo: "Se sabe que tener un embarazo a término al principio de la edad fértil de la mujer protege contra el cáncer de mama".⁴⁷

La razón por la que un embarazo a término hace menos probable el cáncer de mama es que el embarazo cambia la fisiología de la mama. Al principio del embarazo, el estrógeno estimula el crecimiento de tejido mamario inmaduro de células madre, crecimiento que aumenta en el segundo trimestre. A las 20 semanas de gestación, el cuerpo produce una señal hormonal que hace que el tejido mamario inmaduro de células madre empiece a desarrollar la capacidad de producir leche. A las 32 semanas de gestación, aproximadamente la mitad del tejido mamario puede producir leche, y ese tejido es mucho menos susceptible de sufrir cambios cancerosos. A término, más del 90% del tejido mamario está completamente maduro genéticamente y puede producir leche, por lo que ya no es susceptible de sufrir cambios cancerosos.⁴⁸

En consecuencia, el riesgo de cáncer de mama de una mujer aumenta si nunca ha llevado a término un embarazo y lo pierde antes de las 32 semanas, ya sea por un parto prematuro, un aborto espontáneo en el segundo trimestre o un aborto provocado.⁴⁹

En resumen, inducir un aborto priva a una mujer de los efectos de reducción del riesgo de un embarazo a término. La mujer: (a) seguirá sin tener hijos, con lo que perderá la drástica reducción del riesgo de un embarazo a término; o (b) tendrá un embarazo a término menos de los que tendría, con lo que perderá otro 10% de reducción del riesgo. En cualquier caso, la inducción del aborto pospondrá el embarazo a término, lo que aumentará el riesgo en un 5% anual hasta que el embarazo llegue a término. Mientras tanto, el aborto también aumentará su riesgo de parto prematuro, lo que duplicará su riesgo de cáncer de mama.⁵⁰

3.4. Los estudios publicados y revisados por expertos demuestran cada vez más que el aborto tardío aumenta el riesgo de depresión, drogadicción y suicidio.

Cada vez más, las investigaciones publicadas en las principales revistas también muestran que el aborto está vinculado a un mayor riesgo de daños psicológicos, como ansiedad, depresión, abuso de sustancias, pensamientos suicidas y suicidio.

Al menos 53 estudios publicados muestran que el aborto está asociado a un elevado riesgo para la salud mental. Por ejemplo, un análisis de los datos de una cohorte nacional representativa de 8.005 mujeres reveló que el aborto está vinculado sistemáticamente a un aumento del 45% del riesgo de padecer trastornos mentales.⁵¹ Un estudio finlandés

⁴⁷ Planned Parenthood, *Mitos sobre el aborto y el cáncer de mama* (2013).

⁴⁸ Véase Jose Russo, et al., *Full-term Pregnancy Induces a Specific Genomic Signature in the Human Breast*, 17(1) *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 51 (enero de 2008); I. Verlinden, et al., *Parity-Induced Changes in Global Gene Expression in the Human Mammary Gland*, 14(2) *European J. Cancer Prevention* 129 (2005).

⁴⁹ Véase L.J. Vatten, et al., *Pregnancy Related Protection Against Breast Cancer Depends on Length of Gestation*, 87 *British J. Cancer* 289 (2002); M. Melbye, et al., *Preterm Delivery and Risk of Breast Cancer*, 80 *British J. Cancer* 609 (1999).

⁵⁰ Véase C.C. Hsieh, et al., *Delivery of Premature Newborns and Maternal Breast Cancer Risk*, 353 *The Lancet* 1239 (1999).

⁵¹ Véase Donald Paul Sullins, *Abortion, Substance Abuse and Mental Health in Early Adulthood: Thirteen-year Longitudinal Evidence from the United States*, 4 *Sage Open Med.* 1, 1 (2016).

sobre el suicidio tras un aborto provocado concluyó que, a pesar de los cambios en la atención médica para abordar el problema, las mujeres que habían abortado seguían teniendo un riesgo de suicidio dos veces mayor.⁵²

Un metaanálisis de 2011 de 22 estudios publicados, que en conjunto incluían a 877.181 participantes, descubrió que, en comparación con las mujeres que llevaron un embarazo a término, las mujeres que abortaron tenían un 81% más de riesgo de sufrir problemas de salud mental.⁵³

El análisis mostró un 34% más de riesgo de trastornos de ansiedad, un 37% más de riesgo de depresión grave, un 110% más de riesgo de abuso de alcohol, un 220% más de riesgo de abuso de marihuana y un 155% más de riesgo de intentos de suicidio.⁵⁴ En comparación con las mujeres que llevaban a término un embarazo no planificado, las que abortaban seguían teniendo un riesgo un 55% mayor de sufrir problemas de salud mental.⁵⁵

Del mismo modo, una revisión de 2013 de 30 estudios que examinaban el aborto y los problemas de salud mental, como la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos por abuso de sustancias, concluyó que "el aborto es un factor de riesgo de enfermedades mentales posteriores en comparación con el parto"⁵⁶. Cuando el aborto "se comparaba con los otros dos resultados posibles (aborto espontáneo o nacimiento de un bebé no planificado)", el riesgo de problemas de salud mental era mayor o similar.⁵⁷ En otras palabras, el aborto no era un remedio para los problemas de salud mental; en todo caso, empeoraba las cosas.

Es cierto que un informe de 2008 de la Asociación Americana de Psiquiatría concluyó que "el riesgo relativo de problemas de salud mental entre las mujeres adultas que tienen un embarazo no planificado no es mayor si se someten a un aborto electivo en el primer trimestre que si dan a luz ese embarazo".⁵⁸ Pero para llegar a esta conclusión, los autores tuvieron que excluir:

- el 48%-52% de las mujeres que ya tenían antecedentes de uno o más abortos;
- el 18% de las pacientes que eran menores de edad; el 7% de las mujeres que abortaron por motivos terapéuticos relacionados con su propia salud o con preocupaciones por la salud del feto; y

⁵² Véase Mika Gissler, et al., Decreased Suicide Rate after Induced Abortion, after the Current Care Guidelines in Finland 1987-2012, 43 *Scandinavian J. Pub. Health* 99 (2015).

⁵³ Véase Priscilla K. Coleman, Abortion and Mental Health: Síntesis cuantitativa y análisis de la investigación publicada entre 1995 y 2009, 199 *British J. Psychiatry* 180, 180 (2011).

⁵⁴ Id. en 182.

⁵⁵ Id.

⁵⁶ Carlo Valerio Bellieni, et al., Aborto y salud mental posterior: Revisión de la literatura, 67 *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 301, 307 (2013).

⁵⁷ Id.

⁵⁸ Am. Psychiatric Ass'n, *Mental Health and Abortion* 1, 90 (2008).

- el 11%-64% de las mujeres cuyos embarazos eran deseados o planificados, o por los que las mujeres habían desarrollado un apego.⁵⁹

En resumen, los autores eligieron a las mujeres con menos probabilidades de sufrir problemas de salud mental, sesgando así los resultados de su informe. Por tanto, no arroja ninguna luz sobre este caso.

Además, más de una década de estudios desde el informe de 2008 ha llevado al "consenso de la opinión experta" de que: (a) "una historia de aborto se asocia consistentemente con tasas elevadas de enfermedad mental en comparación con las mujeres sin antecedentes de aborto"; y (b) "la experiencia del aborto puede contribuir directamente a problemas de salud mental en algunas mujeres".⁶⁰ Una revisión bibliográfica de 2018 encontró que la "asociación entre el aborto y tasas más altas de ansiedad, depresión, consumo de sustancias, síntomas traumáticos, trastornos del sueño y otros resultados negativos es estadísticamente significativa en la mayoría de los análisis".⁶¹ Y "la minoría de análisis que no muestran tasas estadísticamente significativas más altas de resultados negativos no contradicen a los que sí lo hacen".⁶²

Los problemas de salud mental son especialmente frecuentes después de abortos en fases avanzadas del embarazo. Un estudio de 12 meses posterior al aborto de 854 mujeres en Suecia encontró que el 37,5% de las mujeres que se sometieron a abortos en el segundo trimestre sufrieron problemas emocionales extremos posteriores al aborto.⁶³ Del mismo modo, un estudio de 2018 encontró que las mujeres que se sometieron a un aborto tardío tenían más probabilidades de sufrir angustia psicológica que las mujeres que se sometieron a procedimientos más tempranos.⁶⁴

Del mismo modo, un análisis comparativo de las mujeres que abortaron en el primer trimestre con las que abortaron en el segundo o tercer trimestre, reveló que el 52% del grupo de aborto temprano y el 67% del grupo de aborto tardío cumplían los criterios del trastorno de estrés postraumático.⁶⁵

Los abortos posteriores se relacionaron con recuerdos persistentes, recurrentes y angustiosos, así como con hiperreactividad a estímulos traumáticos.⁶⁶ El aborto en el

⁵⁹ David C. Reardon, *La controversia sobre el aborto y la salud mental: Una revisión exhaustiva de la literatura de acuerdos de terreno común, desacuerdos, recomendaciones accionables y oportunidades de investigación*, 6 SAGE Open Med. 1, 8-9 (2018).

⁶⁰ Reardon, 6 SAGE Open Med. en 8. Por lo tanto, no es una respuesta decir que algunos estudios no han logrado vincular el aborto y los problemas de salud mental.

⁶¹ Id. en 6.

⁶² Id.

⁶³ Véase Hanna Söderberg, et al., *Emotional Distress Following Induced Abortion. A Study of its Incidence and Determinants Among Abortees in Malmö, Sweden*, 79 *European J. Obstet. and Gyn. and Reproductive Biology* 173 (1998).

⁶⁴ Véase Sameera Kotta, et al., *A Cross-sectional Study of the Psychosocial Problems Following Abortion*, 60 *Indian J. Psychiatry* 217 (2018).

⁶⁵ Véase Priscilla K. Coleman, et al., *Late-term Elective Abortion and Susceptibility to Posttraumatic Stress Symptoms*, 2010 *J. Pregnancy* (2010).

⁶⁶ Id.

segundo trimestre también se asoció con una mayor probabilidad de sueños perturbadores, entumecimiento emocional y problemas para conciliar el sueño o permanecer dormida.⁶⁷ En resumen, una abundante bibliografía demuestra que el aborto en el segundo trimestre amenaza la salud materna. Por tanto, el legislador actuó racionalmente al restringir el aborto después de las 12 semanas. Tampoco es relevante que los abortos tardíos puedan ser convenientes. "Cuando se dispone de opciones médicas estándar, la mera conveniencia no basta para desplazarlas; y si algunos procedimientos tienen riesgos diferentes de otros, no se deduce que el Estado esté totalmente impedido de imponer regulaciones razonables".⁶⁸

3.5. Dolor fetal

Los biólogos definen el dolor como reacciones fisiológicas y de comportamiento aversivas en respuesta a estímulos nocivos, y no requiere una corteza cerebral intacta. Existen pruebas significativas de que los fetos pueden percibir estímulos nocivos y mostrar reacciones fisiológicas y conductuales ante ellos: los fetos no están insensibilizados ante una interacción invasiva o nociva.

La definición de "dolor" es objeto de intensos debates entre embriólogos, profesionales de la planificación familiar, éticos y políticos. Ciertamente, la percepción del dolor por parte de la persona adulta es una compleja interacción física y psicológica con consecuencias a largo plazo para la sociedad. Sin una psicología desarrollada y sin un comportamiento que analizar, la discusión sobre este tipo de dolor en los fetos, es difícil. En biología, el dolor se define como "reacciones conductuales y fisiológicas aversivas y (...) suspensión del comportamiento normal en respuesta a estímulos nocivos".⁶⁹ Esta definición se aplica a los organismos no humanos, cuyo dolor se reconoce públicamente cada vez más y con razón.

La función neurológica típica del adulto humano no es necesaria para el sufrimiento. En esta sección se utilizará esta definición amplia de dolor.

3.5.1. Dolor con corteza cerebral

En los humanos maduros, los estímulos dolorosos los reciben los nociceptores de la piel y las vísceras; éstos comunican impulsos a través de neuronas sensoriales aferentes por la médula espinal, se procesan en el tálamo y los recibe la corteza sensorial antes de que se produzca una respuesta motora. Estas respuestas motoras forman parte de las "reacciones conductuales aversivas y suspensión del comportamiento normal" de la definición de dolor anterior.

⁶⁷ Id.

⁶⁸ Gonzales, 550 U.S. en 166

⁶⁹ Sneddon LU. Pain perception in fish: indicators and endpoints ILAR journal, (2009);50(4):338-342,

Los humanos también tienen arcos reflejos que operan a través de neuronas motoras en los ganglios de la raíz dorsal de la médula espinal, lo que permite al cuerpo provocar cambios de comportamiento sin la corteza en aras de la velocidad.⁷⁰ La cognición, la memoria y otras funciones superiores pueden añadirse a los cambios de comportamiento, pero una respuesta al dolor no los requiere: el dolor durante el sueño cambia el comportamiento aunque la conciencia añada más cambios de comportamiento.⁷¹

El procesamiento del dolor, ya sea a través del córtex o mediante un arco reflejo, se asocia a respuestas hormonales como la epinefrina (también conocida como adrenalina) y el cortisol, que representan las "reacciones fisiológicas" incluidas en la definición de dolor anterior.⁷²

3.5.2. Animales no humanos

En los animales no humanos, los sistemas nerviosos son mucho más simples, y animales como los nematodos o los pulpos reaccionan a estímulos nocivos sólo con nervios y ganglios.⁷³ El activismo en torno al dolor animal (denominado "dolor") se basa en pruebas y se relaciona con vertebrados,⁷⁴ vertebrados fetales,⁷⁵ e insectos⁷⁶ algunos de los cuales carecen de corteza cerebral funcional.

3.5.3. Embriología y desarrollo fetal

La señalización nociceptiva difiere a lo largo del desarrollo humano. Los neonatos utilizan estructuras diferentes a las de los adultos.⁷⁷ En los fetos no existen configuraciones maduras para el procesamiento del dolor, pero esto no excluye la posibilidad de que utilicen otras estructuras para percibir el dolor tal y como está

⁷⁰ Fenton BW, Shih E, Zolton J. La neurobiología de la percepción del dolor en el dolor normal y persistente. *Pain Manag.* 2015;5(4):297-317.

⁷¹ Pontén M, Fust J, D'Onofrio P, et al. La respuesta de alarma del dolor: un ejemplo de cómo la conciencia consciente determina la percepción del dolor. *Scientific Reports.* 2019;9(1):12478.

⁷² Tennant F. The physiologic effects of pain on the endocrine system (Efectos fisiológicos del dolor sobre el sistema endocrino). *Pain Ther.* 2013 ;Carroll I, Mackey S, Gaeta R. El papel de los receptores adrenérgicos y el dolor: Lo bueno, lo malo y lo desconocido. *Seminarios in Anestesia, medicina perioperatoria y dolor.* 2007; 26:17-21.

⁷³ Hobert O. Especificación del sistema nervioso. *WormBook.* 2005:1-19; Smith RP, Gitau R, Glover V, Fisk NM. Dolor y estrés en el feto humano. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;92(1):161-165.

⁷⁴ Consejo NR. Reconocimiento y alivio del dolor en animales de laboratorio. Washington, DC: The National Academies Press; 2009; Meintjes RA. Una visión general de la fisiología del dolor para el - veterinario. *Vet U* 2012;193(2):344-348.

⁷⁵ Peisker N, Preissel AK, Ritzmann M, Schuster T, Thomas R, Henke J. [Respuestas fetales a diferentes métodos de electrocución de cerdas gestantes]. *Berl Munch - Tierarztl Wochenschr.* 2008;121(9-10):317-328.

⁷⁶ Khuong TM, Wang Q-P, Manion J, et al. La lesión nerviosa conduce a un mayor estado de vigilancia y sensibilización neuropática en *Drosophila*. *Science Advances.* (2019); Himmel NJ PA, Cox DN. Neurociencia de los invertebrados. En *Enciclopedias de investigación Oxford.* Oxford: Oxford University Press (2017).

⁷⁷ Teixeira JM, Glover V, Fisk NM. Redistribución cerebral aguda en respuesta a procedimientos invasivos en el feto humano. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181(4):1018-1025; an Scheltema PNA, Bakker SEM, Vandenbussche F, Ocpkes D. DOLOR FETAL. *Fetal and Maternal Medicine* 2008;19(4):311-324,

definido.⁷⁸ Los fetos procesan el dolor utilizando centros subcorticales y periféricos mientras desarrollan estructuras definitivas, del mismo modo que utilizan un conjunto inmaduro de estructuras renales funcionales antes de que se completen los riñones maduros.⁷⁹

Décadas de investigación histológica han demostrado que los receptores sensoriales, incluidos los nociceptores, están presentes en todo el feto entre las 10 y las 14 semanas de edad gestacional, empezando ya a las 7 semanas.⁸⁰ Esto empieza en la zona perioral a las 7 semanas, seguida de las palmas de las manos y las plantas de los pies a las 11 semanas, y el resto del tegumento a las 20 semanas.⁸¹

Los nociceptores superficiales, seguidos por los nociceptores de las vísceras, están conectados por fibras aferentes desde la columna vertebral hasta el tálamo y desde el tálamo hasta la placa subcortical entre las 16 y las 20 semanas de edad gestacional.⁸² Estas fibras aferentes son lo suficientemente maduras como para provocar una respuesta central a estímulos nocivos ya a las 16 semanas de edad gestacional.

Hay pruebas sustanciales de que un feto puede experimentar dolor a las 15 semanas, y posiblemente incluso antes. A las 15 semanas, todo el cuerpo del feto responde al tacto, salvo algunas partes de la espalda, los glúteos y los muslos.⁸³ El feto también empieza a mover cada dedo por separado y a menudo se chupa el pulgar. A las 16 semanas, el feto empieza a agarrar objetos.⁸⁴

A partir de la semana 14, el feto muestra movimientos dirigidos a un objetivo. Antes de esta edad, los movimientos fetales eran espasmódicos y balísticos, pero ahora las manos se ralentizan a medida que se acercan a su objetivo. Estos movimientos fetales intencionados demuestran que el feto es consciente de su entorno. La mayoría de los movimientos más lentos y dirigidos a un objetivo se dirigen a la cara del feto. Sin

⁷⁸ Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med.* 1987;317(21):1321-1329. ; Humphrey T. Some Correlations between the Appearance of Human Fetal Reflexes and the Development of the Nervous System

⁷⁹ Sadler TWLJ. *Langman's medical embryology.* Filadelfia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012,

⁸⁰ Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med.* (1987). en 1321-1329; Derbyshire SW. Fetal pain *Best Practice & Research, Clinical Obstetrics Gynecology.* (2010).en 647-655; Brusseau R. Developmental perspectives: is the fetus conscious. *Clínicas Internacionales de Anestesiología.* (2008) en.11-23.

⁸¹ Simons SH, Tibboel D. Desarrollo y maduración. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2006;11(4):227-231.D. Pain perception; Gregory GAADB, Gregory pediatric anesthesia. 2012.

⁸² Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med.* (1987). en 1321-1329; Glover V, Fisk NM. Dolor fetal: implicaciones para la investigación y la práctica. *British Journal of Obstetrician and Gynecology.* (1999).en 881-886; Gupta R, Kilby M, Cooper G. Fetal surgery and anesthetic implications. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain.*(2008) . en 71-75.

⁸³ Humphrey, "Some Correlations between the Appearance of Human Fetal Reflexes and the Development of the Nervous System"; Jean-Pierre Lecanuet y Benoist Schaal, "Fetal Sensory Competencies", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 68 (septiembre de 1996): 1-23, [https://doi.org/10.1016/0301-2115\(96\)02509-2](https://doi.org/10.1016/0301-2115(96)02509-2).

⁸⁴ Humphrey, Tryphena. "Algunas correlaciones entre la aparición de reflejos fetales humanos y el desarrollo del sistema nervioso". En *Progress in Brain Research*, editado por Dominick P. Purpura y J. P. Schadé, 4:93-135. Crecimiento y maduración del cerebro. Elsevier, 1964. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(08\)61273-X](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(08)61273-X).

embargo, si el feto tiene un gemelo, también se moverá más despacio cuando intente alcanzar la cara de su gemelo.⁸⁵

Así también, investigadores que han dedicado su carrera a la neurociencia del dolor han llegado a la conclusión de que el dolor fetal es posible desde una edad muy temprana. Dos profesionales médicos, uno proabortista y otro provida, llegaron a la siguiente conclusión:

"En general, las pruebas, y una lectura equilibrada de las mismas, apuntan hacia una experiencia inmediata e irreflexiva del dolor mediada por la función en desarrollo del sistema nervioso desde una edad tan temprana como las 12 semanas".⁸⁶

Del mismo modo, neurólogos y embriólogos europeos llegaron a una conclusión similar en 2016:

"...el feto está expuesto a estímulos dolorosos rudimentarios a partir de la 15ª semana de gestación y ... es extremadamente sensible a los estímulos dolorosos".⁸⁷

IV. La defensa de la ecografía obligatoria antes de practicar abortos

4.1. La ecografía muestra información veraz, científicamente exacta y relevante para la decisión de someterse a un procedimiento abortivo.

4.1.1. La ecografía es una prueba médica diagnóstica segura que muestra imágenes veraces y científicamente precisas en tiempo real.

La ecografía -también llamada imagen por ultrasonidos, exploración por ultrasonidos o sonografía- es una prueba médica segura ampliamente utilizada para diagnosticar diversas afecciones médicas mediante el uso de ondas sonoras de alta frecuencia para producir imágenes del interior del cuerpo.⁸⁸ Los ecógrafos constan de una consola, una pantalla de vídeo y un transductor, que es un pequeño dispositivo manual parecido a un micrófono conectado al ecógrafo. El transductor envía ondas sonoras de alta frecuencia al interior del cuerpo a través de una pequeña cantidad de gel que se coloca sobre la piel del paciente y escucha los ecos que devuelven los tejidos del cuerpo. De forma similar a los principios del sonar que utilizan los murciélagos, los barcos y los submarinos, los ultrasonidos son capaces de determinar la distancia a la que se encuentra un objeto, así como su tamaño, forma y consistencia, basándose en la amplitud (volumen), la frecuencia (tono) y el

⁸⁵Instituto Charlotte Lozier, Semanas 15 y 16 del desarrollo fetal, <https://lozierinstitute.org/fetal-development/weeks-15-and-16/#:~:text=Estos%20movimientos%20fetales%20intencionados%20muestran,el%20rostro%20del%20gemelo%20como%20bien.>

⁸⁶ Derbyshire, Stuart WG, y John C Bockmann. "Reconsiderando el dolor fetal". *Journal of Medical Ethics* 46, no. 1 (enero de 2020): 3-6. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105701>

⁸⁷ Sekulic, S., Gebauer-Bukurov, K., Cvijanovic, M., Kopitovic, A., Ilic, D., Petrovic, D., ... & Topalidou, A. (2016). La aparición de dolor fetal podría estar asociada a la maduración de las estructuras mesodiencefálicas. *Journal of Pain Research*, 9, 1031. <https://doi.org/10.2147/JPR.S117959>

⁸⁸Ecografía general, RadiologyInfo.org (última revisión: 9 de marzo de 2018), [https://www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=genus.](https://www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=genus)

tiempo que tardan en regresar las ondas sonoras. Durante la ecografía, se ve inmediatamente una imagen en la pantalla de vídeo en tiempo real.⁸⁹

4.1.2. La ecografía tiene una amplia gama de usos, incluidos los contextos del embarazo, el aborto y el consentimiento informado.

A finales de la década de 1960, el potencial diagnóstico de los ultrasonidos fue ampliamente aceptado, pero "a pesar de este creciente interés, la adopción generalizada de la ecografía fue lenta, al menos al principio".⁹⁰ No fue hasta finales de la década de 1970 y en adelante -después de la decisión de este Tribunal en el caso *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973)- cuando los ecógrafos se convirtieron en "productos estandarizados en un mercado global de gran volumen", que se expandió "exponencialmente" durante las dos décadas siguientes.⁹¹

Hoy en día, los ultrasonidos tienen muchos usos dentro (y fuera) del campo de la medicina e influyen en todos los sistemas orgánicos en la práctica diaria.⁹² Por ejemplo, los ultrasonidos de diagnóstico se utilizan habitualmente para examinar muchos de los órganos internos del cuerpo, como el corazón y los vasos sanguíneos, el hígado, la vesícula biliar, el bazo, el páncreas, los riñones, la vejiga, el útero, los ovarios, los ojos y las glándulas tiroideas.⁹³ La ecografía también se utiliza habitualmente en los contextos del embarazo, el aborto y el consentimiento informado.

- **Embarazo.** Durante el embarazo, las ecografías -denominadas normalmente ecografías obstétricas- proporcionan imágenes del útero y los ovarios de la madre, así como del "bebé (embrión o feto)" dentro del útero de la madre.⁹⁴ La mayoría de las veces, los médicos utilizan ecografías abdominales, en las que el transductor se coloca por encima del hueso pélvico y por debajo del ombligo.⁹⁵ A veces es necesario realizar una ecografía transvaginal (en la que el transductor se introduce en la vagina de la mujer), por ejemplo al principio del embarazo, cuando una paciente de gran tamaño tiene demasiado tejido que bloquea las ondas sonoras y cuando se diagnostica un presunto embarazo ectópico.⁹⁶

⁸⁹ Id.; Ecografía obstétrica, RadiologyInfo.org (última revisión: 23 de enero de 2019), <https://www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=obstetricus>.

⁹⁰ MALCOLM NICHOLSON & JOHN E. E. FLEMING, *IMAGING AND IMAGINING THE FETUS: THE DEVELOPMENT OF OBSTETRIC ULTRASOUND* 203 (2013).

⁹¹ Id. en 232.

⁹² Véase, por ejemplo, Dept. of Health, Educ., & Welfare Pub. Health Serv. Food & Drug Admin., *Ultrasound in the Food, Drug and Device Industries, Inspection Technical Guide No. 18* (3 de marzo de 1975), <https://www.fda.gov/iceci/inspections/inspectionguides/ucm072531.htm> (describe los usos de los ultrasonidos en las industrias alimentaria, farmacéutica y de dispositivos).

⁹³ Ecografía general, nota 2 supra.

⁹⁴ Ecografía obstétrica, supra nota 3.

⁹⁵ Id.

⁹⁶ Véase Ecografía general, nota 2 supra; Comisión de Boletines de Práctica-Ginecología, *Embarazo tubárico ectópico*, Boletín de Práctica n.º 193 (marzo de 2018) [en adelante, *Embarazo tubárico ectópico*].

Las ecografías se consideran "medicamente necesarias" tanto para la madre como para el feto.⁹⁷ En el caso de un embarazo "deseado", las mujeres suelen someterse a varias ecografías, por ejemplo, en la primera exploración, en torno a las 10 o 12 semanas, en la exploración de anomalías fetales, en torno a las 20 semanas, y cuando surge una situación específica que requiere más investigación, como cuando hay dolor abdominal.⁹⁸ Las ecografías se realizan pronto y con frecuencia en el entorno de las clínicas de fertilidad, especialmente con tecnología reproductiva y procedimientos como la fecundación in vitro.

Las ecografías se utilizan para confirmar "la presencia, el tamaño, la ubicación y el número de sacos gestacionales";⁹⁹ evaluar la placenta, el líquido amniótico y el cuello uterino; y valorar el crecimiento y el bienestar del feto.¹⁰⁰ Las ecografías en tiempo real son capaces de mostrar el movimiento del embrión o el feto, así como los latidos del corazón. La actividad cardiaca del feto comienza a los veintiún días de gestación y puede detectarse y medirse mediante ecografía al principio del primer trimestre, en torno a las cinco semanas y media o seis.

La ecografía es la mejor forma de establecer o confirmar la edad gestacional, ya que la medición de la longitud cráneo-rabadilla (LCR) en el primer trimestre (o hasta las 14 semanas de gestación) es el método más preciso.¹⁰¹ Cuanto antes se realice la ecografía en el primer trimestre, mayor será la precisión en la determinación de la edad gestacional.¹⁰² La evaluación de la edad gestacional mediante ecografía en el segundo trimestre es menos precisa que en el primero porque "introduce una mayor variabilidad y complejidad".

A menudo se utiliza la última menstruación (FUM) para calcular la edad gestacional, pero la FUM por sí sola no es la mejor estimación obstétrica porque presupone un ciclo menstrual "regular", y los estudios indican que aproximadamente la mitad de las mujeres no recuerdan con exactitud su FUM.¹⁰³ Las determinaciones de la edad gestacional realizadas sin un examen ecográfico antes de las 22 semanas de gestación se consideran "de fecha subóptima".¹⁰⁴ La ecografía también se emplea para evaluar las anomalías

⁹⁷ Tex. Med. Providers Performing Abortion Servs. v. Lakey, 667 F.3d 570, 579 (5th Cir. 2012).

⁹⁸ Véase NICOLSON & FLEMING, nota 4 supra, en 260.

⁹⁹ 1Am. Inst. of Ultrasound in Med., AIUM-ACR-ACOG-SMFMSRU Practice Parameter for the Performance of Standard Diagnostic Obstetric Ultrasound Examinations 2 (2018), <https://www.aium.org/resources/guidelines/obstetric.pdf>.

¹⁰⁰ Id.

¹⁰¹ Comité de Práctica Obstétrica Am. Inst. of Ultrasound in Med. Soc'y for Maternal-Fetal Medicine, Methods for Estimating the Due Date, Committee Op. No. 700, en 1-2 (mayo de 2017).

¹⁰² Véase id. en 2.

¹⁰³ Id. 17 Id. en 2.

¹⁰⁴ Harrison, Michael R.; Golbus, Mitchell S.; y Filly, Roy A, The Unborn Patient: Prenatal Diagnosis and Treatment (1984).en 11.

fetales, lo que permite a los médicos diagnosticar con éxito diversas anomalías fetales.¹⁰⁵

- **Aborto.** Las ecografías se utilizan tanto para los abortos inducidos por fármacos (químicos) como para los quirúrgicos. En el caso de los abortos químicos, la ecografía se utiliza para confirmar el embarazo intrauterino, establecer la edad gestacional y realizar un seguimiento tras el aborto.

La confirmación del embarazo intrauterino antes de un aborto químico es necesaria porque la mifepristona -el fármaco estándar que se administra para inducir un aborto químico- está contraindicada en caso de "embarazo ectópico confirmado o sospechado".¹⁰⁶ "Un embarazo ectópico se produce cuando un óvulo fecundado crece fuera del útero", casi siempre en una trompa de Falopio.¹⁰⁷ El embrión en crecimiento puede hacer que la trompa estalle o se rompa, lo que puede provocar una hemorragia interna potencialmente mortal.¹⁰⁸ La mifepristona no es eficaz para interrumpir un embarazo ectópico y los síntomas de un embarazo ectópico que se rompe son idénticos a los que experimenta una mujer en un aborto químico, por lo que no diagnosticar un embarazo ectópico antes de administrar estos medicamentos puede provocar un retraso potencialmente mortal en la atención a la mujer.

Aproximadamente la mitad de las mujeres que tienen un embarazo ectópico no presentan ningún factor de riesgo conocido y el embarazo ectópico puede parecer inicialmente un embarazo típico.

La "evaluación diagnóstica mínima" necesaria para determinar dónde se está desarrollando el embrión y si existe un embarazo ectópico es una ecografía, junto con la confirmación del embarazo (por ejemplo, midiendo los niveles de hCG).¹⁰⁹ Por lo general, el diagnóstico de un embarazo ectópico puede eliminarse confirmando un embarazo intrauterino.¹¹⁰

¹⁰⁵ Am. Coll. of Radiology, ACR-ACOG-AIUM Practice Guideline for the Performance of Obstetrical Ultrasound 2, 5 (2007), <https://www.pedrad.org/Portals/5/Subspecialties/OB%20Ultrasound%20practice%20guidelines.pdf>; Véase Comm. on Practice Bulletins-Gynecology & the Soc'y of Family Planning, Medical Management of First-Trimester Abortion, Practice Bulletin No. 143, en 8-9 (reafirmado en 2016) [en adelante, Medical Management]; id. en 8 (Para obtener un aborto químico, una mujer debe "cumplir los criterios de edad gestacional para el régimen y no tener contraindicaciones").

¹⁰⁶ U.S. Food & Drug Admin., Mifeprex Highlights of Prescribing Information and Full Prescribing Information (Mar. 2016), [en adelante, Información de prescripción de Mifeprex], https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/020687s0201bl.pdf.^f

¹⁰⁷ 12 FAQ: Ectopic Pregnancy, Am. Coll. of Obstetricians & Gynecologists (Feb. 2018), <https://www.acog.org/Patients/FAQs/EctopicPregnancy?IsMobileSet=false>.

¹⁰⁸ Id.

¹⁰⁹ ²⁵ Embarazo ectópico tubárico, supra nota 10. Aunque la medición de los niveles de hCG suele utilizarse para confirmar que la mujer está embarazada, por sí sola es insuficiente para diagnosticar un embarazo vivo (en caso de muerte fetal) o un embarazo ectópico.

¹¹⁰ Id. En raras ocasiones, una mujer puede tener un embarazo heterotópico, en el que un embrión se encuentra en el útero y otro fuera.

Las mujeres son candidatas al aborto químico "si cumplen los criterios de edad gestacional (...) y no tienen contraindicaciones".¹¹¹ La mifepristona sólo está indicada hasta los 70 días o 10 semanas de gestación.¹¹² Por lo tanto, se utiliza una ecografía para establecer la edad gestacional, ya que las mediciones de LCR son el método más exacto de datación.¹¹³

La ecografía también se utiliza habitualmente para los exámenes de seguimiento tras un aborto químico porque proporciona una "evaluación definitiva" de si el embrión o el feto han sido "expulsados".¹¹⁴

En los abortos quirúrgicos, la ecografía se utiliza para mostrar información necesaria para el procedimiento que no puede verse de otro modo. Por ejemplo, la ecografía muestra la presencia, localización y número de sacos gestacionales, así como anomalías del propio útero, como la retroversión del útero -que predispone a la perforación si el proveedor del aborto no es consciente de ello- y grandes fibromas -que pueden dificultar la identificación de la cavidad uterina y predisponer a lesiones quirúrgicas y retención de tejido-. Dado que muchos estados tienen límites de edad gestacional en los procedimientos de aborto y que la medición CRL proporciona el método de datación gestacional más preciso antes de las 22 semanas (momento en el que se producen la gran mayoría de los abortos), la ecografía es el mejor método para establecer la edad gestacional.¹¹⁵ Como explicó un médico de la Asociación Médica Cristiana, "evaluar el estado gestacional sin ecografía sería como auscultar los pulmones sin estetoscopio."¹¹⁶

- **Consentimiento informado.** Las ecografías se utilizan a menudo en el contexto del consentimiento informado. Por ejemplo, durante el embarazo, casi siempre se utiliza una ecografía para documentar y explicar, a efectos del consentimiento informado, por qué se recomienda o es necesaria una cesárea. En el caso de un aborto, la ecografía es necesaria para obtener una estimación real del riesgo de la mujer.

Por ejemplo, el riesgo de lesión quirúrgica aumenta si el útero está malformado o tiene fibromas, y el riesgo de muerte relacionada con el aborto aumenta un 38% por cada semana de embarazo después de las 8 semanas.¹¹⁷

¹¹¹ Gestión Médica, supra nota 21, en 6.

¹¹² Información de prescripción de Mifeprex, supra nota 22, en 9.

¹¹³ Véase Medical Management, supra nota 27, en 8 (Antes de un aborto químico, "la edad gestacional debe confirmarse mediante evaluación clínica o ecografía").

¹¹⁴ Véase id. en 9. 13

¹¹⁵ Véase Abortion Surveillance System FAQs, Centers for Disease Control & Prevention (revisado por última vez el 19 de noviembre de 2018), https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/abortion.htm (En 2015, "el 91,1% de los abortos se performaron en ≤ 13 semanas de gestación", es decir, durante el primer trimestre)..

¹¹⁶ Correspondencia personal archivada en Americans United for Life.

¹¹⁷ Linda A. Bartlett, et al., Risk Factors for Legal Induced Abortion-Related Mortality in the United States, 103 *Obstetrics & Gynecology* 729, 731 (2004).

Además, las ecografías son de vital importancia en las primeras etapas del embarazo para determinar si el bebé está vivo o no, ya que casi uno de cada cinco embarazos muy precoces acaba en aborto, y es importante que las mujeres comprendan la verdadera naturaleza de cualquier procedimiento al que se sometan. El consentimiento informado pleno requiere un diagnóstico exacto de la edad gestacional del embarazo, el estado del feto y los riesgos que entraña, todo lo cual sólo puede obtenerse con precisión mediante una ecografía obstétrica.

4.1.3. La ecografía muestra información veraz y científicamente exacta sobre el embarazo de una mujer y revela la realidad biológica del feto.

Antes de la ecografía, los niños no nacidos estaban "ocultos, envueltos en el abdomen femenino, lejos de la mirada médica".¹¹⁸ La llegada de los ultrasonidos en el siglo XX, especialmente las imágenes ecográficas en tiempo real, "tuvo un impacto social trascendental porque permitía visualizar el feto", incluso en el primer trimestre.¹¹⁹ Los ultrasonidos "hicieron transparente el útero, antes opaco (...) [al] dejar caer la luz de la observación científica sobre (...) el incauto feto, [una] criatura viva sorprendentemente activa, y en absoluto el parásito pasivo (...) imaginado".¹²⁰ Ian Donald, el médico pionero de los ultrasonidos de diagnóstico médico, "creía que la imagen ecográfica demostraba, de forma inequívoca, la individualidad y humanidad del feto".¹²¹ Incluso "Planned Parenthood sabe que la ecografía es una herramienta inestimable para revelar la personalidad de los niños no nacidos."¹²²

La ecografía puede mostrar información de un modo que una mera descripción o imagen genérica de un feto no puede transmitir. Nuestra sociedad "concede un estatus epistemológico especial al sentido visual. Lo visual es lo real, y la imagen en movimiento nos transmite la realidad de un modo especialmente convincente".¹²³ Por ello, las ecografías "combinan de forma convincente" lo que la sociedad considera "las dos fuentes más potentes de conocimiento autorizado en la cultura occidental: lo visual y lo científico".¹²⁴ Así pues, las ecografías poseen el estatus de "fuente primaria de conocimiento "objetivo" sobre el feto".¹²⁵ Las ecografías en tiempo real son especialmente útiles como poderoso recurso, ya que las imágenes en tiempo real "transmiten la vida del feto de forma más vívida de lo que podría hacerlo una imagen estática."¹²⁶ Las imágenes ecográficas son personales: brindan a la mujer la oportunidad de ver a su feto y comprender lo que está ocurriendo realmente en su interior.

¹¹⁸ NICOLSON & FLEMING, supra nota 4, en 1

¹¹⁹ Id.

¹²⁰ Id. en 257-58.

¹²¹ Id. en 239.

¹²² Planned Parenthood of Ind. & Ky., Inc. v. Comm'r of Ind. State Dep't of Health, 888 F.3d 300, 313 n.3 (7th Cir. 2018) (Manion, J., concurriendo en la sentencia en parte y disintiendo en parte) (se omiten las comillas internas).

¹²³ NICOLSON & FLEMING, nota 4 supra, a^t 264.

¹²⁴ Id. en 263.

¹²⁵ Id. en 262.

¹²⁶ Id. en 242; véase también id. en 265 ("El poder del ecógrafo para condicionar una respuesta emocional hacia el feto es... claramente evidente").

4.2. Este Tribunal debe exigir que las mujeres embarazadas reciban una opción de visualización de la ecografía durante el proceso de consentimiento informado para un procedimiento de aborto.

Antes de someterse a un procedimiento de aborto, una mujer embarazada debe dar su consentimiento verdaderamente informado. En la práctica, los profesionales médicos son "responsables de obtener el consentimiento informado del paciente" para un procedimiento médico específico, incluidos los procedimientos abortivos.¹²⁷ El "consentimiento informado" se define en las Directrices para la Atención Sanitaria de la Mujer del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos como "la aceptación voluntaria y no forzada de una intervención médica por parte de un paciente, tras la adecuada información por parte del clínico de la naturaleza de la intervención y sus riesgos y beneficios, así como de los riesgos y beneficios de las alternativas".¹²⁸ Según el Código de Deontología Médica de la Asociación Médica Estadounidense, "[l]os pacientes tienen derecho a recibir información y a formular preguntas sobre los tratamientos recomendados, de modo que puedan tomar decisiones bien meditadas sobre su atención", y un médico que busque el consentimiento informado debe (entre otros requisitos) "presentar información relevante de forma precisa y sensible" sobre "la naturaleza y finalidad de las intervenciones recomendadas."¹²⁹

La información debe presentarse en un lenguaje que el paciente pueda entender fácilmente y el paciente debe ser capaz de articular con precisión la información al médico. El consentimiento informado es especialmente importante para los procedimientos médicos electivos -procedimientos que no implican una urgencia médica (o incluso una indicación médica clara)-, ya que hay tiempo para discutir la naturaleza del procedimiento, los riesgos, los beneficios y las alternativas, y garantizar que la decisión no se toma bajo presión o coacción. La gran mayoría de los procedimientos de aborto son electivos.

V. La defensa de la objeción de conciencia por los médicos

Fundamental para la relación médico-paciente es el concepto de relación fiduciaria: la confianza que el paciente tiene en su médico, que tiene mayores conocimientos médicos, para hacer lo mejor para él. Esta confianza se basa en la creencia de la paciente de que su médico actuará en todo momento en su nombre para emitir juicios profesionales sobre los tratamientos y recomendaciones que, a juicio del médico, le causarán el menor daño. Esta confianza proviene de la creencia de la paciente de que el médico ha hecho un voto

¹²⁷ AM. COLL. OF OBSTETRICIANS & GYNECOLOGISTS, GUIDELINES FOR WOMEN'S HEALTH CARE 125 (3d ed. 2007).

¹²⁸ Id en 80.

¹²⁹ Código de Ética Médica de la AMA Op. 2.1.1 (Consentimiento informado).

profesional, por todo lo que el médico considera sagrado, de no causarle daño. Ese voto, el Juramento Hipocrático, es la base de la relación médico-paciente.

Los principios fundamentales de la medicina hipocrática separan explícitamente la atención médica del asesinato intencionado de seres humanos. Es porque el profesional sanitario se ha obligado a hacer y no hacer ciertas cosas prescritas o prohibidas en el Juramento Hipocrático, que el paciente puede confiar en que el profesional actuará en todo momento en su nombre. Estos principios han constituido la base de la ética médica occidental durante más de 2000 años.

5.1. Juramento hipocrático

Los profesionales médicos hipocráticos no realizan ciertas acciones que pueden ser legales en una sociedad determinada, pero que causan un daño irreparable a los pacientes. Hay seis principios en el Juramento Hipocrático que se refieren a la práctica médica, principios que distinguen al médico hipocrático de sus colegas médicos no hipocráticos:

1. Actuar sólo en beneficio del paciente. "(...) Utilizaré aquellos (...) regímenes que beneficien a mis pacientes según mi mayor capacidad y juicio, y no les haré ningún daño ni injusticia (...) A cualquier casa que vaya, entraré en ella en beneficio de los enfermos (...)".

2. No ayudar nunca al suicidio ni practicar la eutanasia, ni sugerirla. "(...) No administraré un fármaco letal a nadie si me lo piden, ni aconsejaré tal plan (...)".

3. No practicar nunca un aborto. "(...) y del mismo modo, no daré a una mujer un pesario cervical abortivo para provocarle un aborto (...)".

4. Remitirse a médicos suficientemente expertos. "(...) No usaré el cuchillo, ni siquiera con los que sufren de cálculos, sino que dejaré esto a los que están entrenados en este oficio (...)".

5. No mantener nunca relaciones sexuales con pacientes. "(...) Evitar cualquier acto voluntario de incorrección o corrupción, incluida la seducción de mujeres u hombres, ya sean hombres libres o esclavos (...)".

6. Mantener la confidencialidad de los pacientes. "(...) Todo lo que vea u oiga en la vida de mis pacientes, ya sea en relación con mi práctica profesional o no, de lo que no deba hablarse fuera, lo mantendré en secreto, por considerar que todas esas cosas son privadas (...)".

Estas limitaciones éticas han constituido históricamente los límites del contrato social definido en la relación médico-paciente. Sin embargo, los tres primeros principios del Juramento son criticados actualmente por los activistas proaborto y proeutanasia, no desde la ciencia o la medicina, sino desde un marco filosófico opuesto.

5.2. Dos marcos filosóficos: Eudaimonismo y Hedonismo

Ryan y Deci describen los dos marcos éticos enfrentados actualmente en el conflicto sobre la objeción de conciencia hipocrática: ¹³⁰

El hedonismo/utilitarismo (consecuencialismo/ética teleológica) simplificado sostiene que la moralidad de una acción depende del resultado. "El fin justifica los medios". Este punto de vista es intrínsecamente utilitarista, y en términos simplificados sostiene que la felicidad (el placer) es el fin principal y la sustancia del "bienestar", y maximizar la felicidad y minimizar el sufrimiento es el fin hacia el que los seres humanos deben esforzarse.

El eudaimonismo (ética de la virtud) simplificado sostiene que actuar de forma coherente con la naturaleza del ser humano produce "bienestar". La felicidad (el placer) es un subproducto de la acción correcta por razones correctas. Hacer lo correcto de acuerdo con la virtud y la razón es la sustancia del "bienestar". Hacer lo correcto es el fin por el que los seres humanos deben esforzarse.

5.3. Ética médica hipocrática frente a ética médica utilitarista

El Juramento Hipocrático asume que ciertas acciones son intrínsecamente incorrectas y que los médicos tienen el deber de actuar correctamente con sus pacientes. El juramento también asume que actuar correctamente con un paciente tiene como resultado el bienestar del paciente, así como el bienestar del médico. El juramento hipocrático se vuelve incomprensible cuando se trabaja dentro de un marco filosófico hedónico/utilitarista, ya que un marco filosófico utilitarista niega que cualquier acción sea intrínsecamente correcta o incorrecta. Los contrastes entre la filosofía utilitarista e hipocrática en medicina pueden entenderse de forma más sencilla planteando la pregunta "¿Qué es un buen médico?".

Para un médico hipocrático, un "buen" médico actúa por deber sagrado para realizar aquellos actos intrínsecamente correctos para proteger y salvar la vida y el funcionamiento de su(s) paciente(s) y aliviar su dolor, y evita realizar aquellos actos que son intrínsecamente incorrectos.

Para un médico utilitarista, el "bien" se determina en relación con quién tiene el control. En un sistema médico controlado por el paciente, un médico "bueno" es el que hace lo que el paciente le pide que haga para maximizar los objetivos definidos por el paciente. En un sistema médico controlado por el Estado, un "buen" médico es el que actúa como agente del Estado para aplicar los objetivos sanitarios definidos por el Estado. Así pues, en un sistema utilitarista, el médico se convierte en un "agente" de los que tienen el control.

Claramente, el quid de los desacuerdos entre las filosofías médicas hipocrática y utilitarista no radica en desacuerdos científicos o médicos, sino más bien en desacuerdos filosóficos sobre la finalidad de la atención médica. Los desacuerdos alcanzan un crescendo en torno a la pregunta: "¿Qué debe hacer un profesional de la medicina cuando lo que desea un paciente requiere que el profesional de la medicina realice una acción que, a juicio profesional de ese profesional de la salud, es intrínsecamente perjudicial?".

¹³⁰ SOBRE LA FELICIDAD Y LOS POTENCIALES HUMANOS: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being Richard M. Ryan y Edward L. Deci Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:141-66.

5.4. Ejemplos de acciones que fueron crímenes legales pero atroces contra la humanidad

Los partidarios tanto del aborto como de la eutanasia intentan actualmente utilizar el garrote del castigo legal y profesional para obligar a los profesionales médicos hipocráticos a matar a pacientes a instancias del Estado, o del paciente. Pero que un procedimiento sea legal no significa que sea correcto o justo. En Estados Unidos, la libertad de conciencia, uno de los fundamentos sobre los que se fundó nuestro país, ha llevado a la reforma de graves males sociales; males que en su momento fueron legales.

Los médicos nazis se contaban entre las mejores y más brillantes mentes de Occidente en aquella época. Al amparo de sus organizaciones profesionales, practicaron abortos, asesinaron, esterilizaron, torturaron y experimentaron con disidentes políticos, judíos y europeos del Este.¹³¹ También expulsaron, persiguieron y finalmente cazaron y mataron (o enviaron a campos de concentración) a los médicos que se oponían a estos actos. Los médicos hipocráticos de la Alemania de la época fueron sistemáticamente eliminados¹³² de la profesión médica con el fin de aplicar "La Solución Final", diseñada para tratar el "cáncer" de la sociedad.¹³³ Este asesinato de seres humanos patrocinado por el Estado en los campos de concentración de la Alemania nazi era perfectamente legal, y claramente atroz.

La "execrable práctica" de la "peculiar institución" de la esclavitud africana es un ejemplo de un mal social corrosivo, en virtud del cual los seres humanos de ascendencia africana fueron sometidos a experimentos horrorosos y generalizados durante la esclavitud.¹³⁴ Estos experimentos eran perfectamente legales, pero claramente injustos. En 1932, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos llevó a cabo los experimentos de sífilis de Tuskegee, en los que se negó el tratamiento a 399 hombres negros con sífilis durante cuarenta años, con el fin de estudiar la historia natural de la enfermedad.¹³⁵ Este experimento gubernamental era perfectamente legal, pero igualmente atroz. El movimiento eugenésico de principios y mediados del siglo XX, que dio lugar a la esterilización y castración de decenas de miles de estadounidenses, fue legal pero también injusto.

Estos abusos, que contemplamos con repulsión, se realizaron con el pleno conocimiento y complicidad de los médicos y las sociedades profesionales médicas. Su legalidad, y si hubo algún beneficio para un individuo o sociedad o para el conocimiento médico, fue y es irrelevante para el hecho de que se trata de crímenes contra la humanidad. También se deduce que el asesinato de seres humanos vulnerables en el útero o al final de la vida es

¹³¹ Lifton RJ. "Los médicos nazis: Medical Killing and the Psychology of Genocide". Primera edición Oct 1986 ISBN-13: 978-0465049059. Disponible en: <https://www.amazon.com/Nazi-Doctors-MedicalPsychology-Genocide/dp/0465049052>

¹³² Drobniewski F. "¿Por qué rompieron los médicos nazis sus juramentos 'hipocráticos'?". J R Soc Med. 1993 Sep; 86(9): 541-543. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1294106/?page=1>

¹³³ Lifton RJ. "Los médicos nazis: Medical Killing and the Psychology of Genocide". Primera edición Oct 1986 ISBN-13: 978-0465049059. Disponible en: <https://www.amazon.com/Nazi-Doctors-MedicalPsychology-Genocide/dp/0465049052>

¹³⁴ Kenny SC "Poder, oportunismo, racismo: Human experiments under American slavery" Endeavour. 2015 Mar;39(1):10-20. doi: 10.1016/j.endeavour.2015.02.002. Epub 2015 mar 29.

¹³⁵ <https://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm>

un crimen contra la humanidad similar, independientemente de su legalidad. Todas estas acciones constituyen una violación directa del Juramento Hipocrático.

5.5. Nadie tiene autoridad para obligar a los médicos a matar a seres humanos.

Los médicos y otros profesionales de la medicina como matronas, enfermeras de práctica avanzada, enfermeras y farmacéuticos no son meros autómatas, ni esclavos del Estado, los hospitales o las organizaciones profesionales médicas. Son seres humanos motivados por el deseo de ayudar a sus semejantes con su tiempo y su talento intelectual. Parte de esta motivación vocacional es la integridad de su conciencia, que les lleva a actuar de forma que ayuden, no perjudiquen, a sus semejantes. Obligar a cualquier ser humano a violar su conciencia -su propia integridad, su propio conocimiento del bien y del mal- es violar su persona. Forzar la cooperación o la complicidad con acciones que se consideran malvadas es esclavizar al que es obligado a realizar esta acción, así como degradar al que intenta forzarla. El resultado final no sólo destruirá la relación médico-paciente, sino también la confianza en las artes curativas. En última instancia, forzar la violación de la conciencia transformará la profesión médica (y las profesiones sanitarias) en una grotesca caricatura de su Ideal Hipocrático, como demuestra la experiencia de la Alemania nazi, cuando los médicos hipocráticos fueron sistemáticamente eliminados por completo de la práctica médica.

Esta eliminación sistemática de los médicos hipocráticos de la práctica médica también atenta contra la autonomía del paciente. La mayoría de los pacientes no quieren un médico que esté dispuesto a matarlos o a matar a su hijo no nacido. El intento de eliminar a los profesionales y la práctica médica hipocrática es moralmente incorrecto. Es una injusticia para la profesión médica y también para los pacientes que no quieren ser atendidos por médicos u otros profesionales médicos en los que no pueden confiar, médicos que no respetan el juramento hipocrático. Promueve la explotación de los débiles por los fuertes y el asesinato de los miembros más vulnerables de la sociedad. Por esta razón, el derecho a la objeción de conciencia y el rechazo en conciencia de los profesionales médicos a practicar la eutanasia o el aborto deben mantenerse y defenderse enérgicamente. La conciencia de los proveedores hipocráticos puede ser la última protección contra las graves violaciones de los derechos, la autonomía y la integridad corporal de los pacientes.

VI. Solicitud

En virtud de todo el análisis realizado, solicitamos a esta honorable Corte no acoger las pretensiones, ni de la demanda del presente caso, ni de las demandas de inconstitucionalidad acumuladas con la misma, para que no se modifique la LORIVE. Esto, tomando en cuenta todas las complicaciones para la salud y la vida de las mujeres, el desarrollo del feto y los derechos de los médicos objetores de conciencia.

VII. Autorización

Autorizo a los abogados María de Lourdes Maldonado, con cédula de identidad No. 171001295-4 y matrícula profesional No. 17-2001-381; Pablo Andrés Proaño, con cédula de identidad No. 172562602-0 y matrícula profesional No. 17-2020-841; Víctor Manuel Valle Villacís, con cédula de identidad No. 180537888-0 con matrícula profesional No. 17-2022-1231, y Lina María Vera, con cédula de identidad No. 1720070521 y con

registro profesional No. 17-2022-1693 a interponer cualquier acción, requerimiento o solicitud e interponer cualquier recurso que proceda, así como a participar en cualquier audiencia que se celebre como consecuencia de la presente acción.

VIII. Notificaciones

Las notificaciones correspondientes se recibirán por correo electrónico en la dirección christina@aaplog.org.

firmado por:

Dra. Christina Francis

Directora General

Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos Pro-Vida