

DR. ALÍ LOZADA
PRESIDENTE DE LA CORTE CONSTITUCIONAL DE ECUADOR

Asunto N° 41-22-IN y Acumulados

***AMICUS CURIAE*: CHARLOTTE LOZIER INSTITUTE**

Contenido

| | |
|--|----|
| I. Comparecencia ante la Corte Constitucional del Ecuador..... | 3 |
| II. Nociones generales del Charlotte Lozier Institute..... | 3 |
| III. Introducción..... | 3 |
| IV. El requisito de la ecografía está justificado porque los peligros del aborto aumentan a medida que avanza el embarazo..... | 5 |
| V. El límite de 12 semanas de edad gestacional para abortar está justificado desde el punto de vista médico y es consistente con los parámetros internacionales..... | 11 |
| VI. La prohibición de comercializar los restos fetales tras un aborto está éticamente justificada..... | 13 |
| VII. Solicitar..... | 17 |
| VIII. Autorización..... | 17 |
| IX. Notificaciones..... | 18 |

I. Comparecencia ante la Corte Constitucional del Ecuador

Mary E. Harned, en mi calidad de Académica Asociada, en nombre del CHARLOTTE LOZIER INSTITUTE 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 del Charlotte Lozier Institute

El Charlotte Lozier Institute es el principal instituto científico y estadístico de los Estados Unidos dedicado a cuestiones relacionadas con la vida de los no nacidos. Fundado en 2011, el Charlotte Lozier Institute (“CLI”) se dedica a la investigación estadística que subraya la dignidad de toda vida humana. A través de la investigación científica y médica, el análisis de datos y el testimonio legal y legislativo, el CLI educa a los políticos y al público en general sobre el valor de la vida desde la fecundación hasta la muerte natural.

Nuestro trabajo se basa en las contribuciones de los miembros del personal y de nuestra red de más de 70 académicos asociados, expertos acreditados en medicina, análisis estadístico, sociología, salud pública, derecho y servicios sociales para mujeres y familias.

III. Introducción

En 1973, el Tribunal Supremo de Estados Unidos estableció un derecho constitucional al aborto, anulando las leyes estatales que habían sido redactadas para proteger a los niños no nacidos y a sus madres del aborto indiscriminado. Esta decisión del Tribunal además restringió severamente a los legisladores federales o estatales en la posibilidad de promulgar diversas protecciones legales del *nasciturus*,¹ y encendiendo casi cinco décadas de costosos litigios, división política y malestar social. Eso cambió en 2023, cuando el Tribunal revocó el *caso Roe*

¹ *Roe contra Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

contra Wade, declaró que el aborto no es un derecho constitucional y devolvió la autoridad para regular sobre el aborto a los legisladores a nivel estatal y federal.² Actualmente una amplia gama de regulaciones sobre el aborto se está probando en los diferentes estados: desde legislación que prohíbe al aborto completamente hasta referendos constitucionales estatales que establecen el derecho al aborto en esas constituciones. Desde la revocación de *Roe*, son los votantes y sus representantes electos, y no los jueces designados, quienes deciden los límites que pueden imponerse al aborto y otras protecciones para los no nacidos y sus madres.

Al igual que la Corte Suprema de EE.UU. en 1973, la Corte Constitucional de Ecuador se ha insertado en el debate sobre el aborto, aunque de forma menos intrusiva. A través de la Ley Orgánica Reguladora de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (LORIVE), modificada por el presidente Guillermo Lasso, la Asamblea Nacional ha codificado los requisitos para acceder al aborto siguiendo los parámetros establecidos por la Corte Constitucional, al tiempo que sopesa las protecciones necesarias para proteger a la próxima generación, y a sus madres, de la práctica indiscriminada del aborto. Estas necesarias protecciones establecidas en la LORIVE están siendo cuestionadas ante la Corte.

El Charlotte Lozier Institute es una organización de investigación y educación sin ánimo de lucro comprometida con la aplicación de la ciencia moderna a la toma de decisiones políticas y jurídicas relacionadas con el derecho a la vida. El CLI afirma que las leyes que regulan el aborto deben basarse en los conocimientos médicos y científicos más actuales sobre el desarrollo humano. CLI presenta este *amicus curiae* en apoyo de la LORIVE, centrándose en los artículos 18, 21 y 25, que, respectivamente, limitan la interrupción voluntaria del embarazo a las 12 semanas de edad gestacional según la última menstruación (equivalente a la semana 10 posterior a la concepción), exigen la ecografía para determinar la edad gestacional antes de abortar y

² *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, 597 U.S. 215 (2022).

prohíben la explotación del tejido fetal tras los abortos. Cada una de estas disposiciones se justifica para proteger a la próxima generación de ecuatorianos y a sus madres, es coherente con la práctica estatal internacional y sigue los más actuales estándares médicos respecto de la protección materna y del desarrollo humano temprano.

IV. El requisito de la ecografía está justificado porque los peligros del aborto aumentan a medida que avanza el embarazo.

El artículo 21 de la LORIVE exige que antes de que una víctima de violación pueda solicitar la práctica de un aborto consentido, el cirujano que la atiende debe realizar una ecografía para determinar la edad gestacional del feto según los parámetros médicos y embriológicos comúnmente aceptados. A continuación, la solicitante debe ser informada de la edad gestacional del feto y la determinación de la edad gestacional debe constar detalladamente en la historia clínica de la víctima y el médico debe hacer constar el parámetro clínico utilizado.

Para proteger la salud de una mujer que se plantea abortar, es fundamental que antes del aborto se haga una evaluación precisa de la gestación y de la localización del embarazo (es decir, que el feto esté en el útero), y la ecografía es el mejor medio para hacer esa determinación.³ La

³ Véase *AAPLOG Statement on the Necessity for Ultrasound Before Elective Procedures on the Pregnant Woman*, American Association of Pro-Life Obstetricians and Gynecologists (1 de diciembre de 2011), <https://aaplog.org/aaplog-statement-on-the-necessity-for-ultrasound-before-elective-procedures-on-the-pregnant-woman/>; Véase también American College of Radiology (ACR) - American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) - American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM) - Society for Maternal Fetal Medicine (SMFM) - Society of Radiologists in Ultrasound (SRU) *Practice Parameter for the Performance of Standard Diagnostic Obstetrical Ultrasound*, Resolution 36, Revised 2023, <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Practice-Parameters/us-ob.pdf>, que enumera la siguiente lista no exhaustiva de indicaciones para el examen ecográfico del primer trimestre:

1. Confirmación de la presencia de un embarazo intrauterino
2. Confirmación de la actividad cardíaca
3. Estimación de la edad gestacional
4. Diagnóstico o evaluación de gestaciones múltiples, incluida la determinación de la corionicidad y la amnionicidad.
5. Evaluación de una sospecha de embarazo ectópico o anormalmente implantado
6. Evaluación del dolor pélvico
7. Evaluación de la sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional
8. Medición de la TN y el hueso nasal como parte de un programa de cribado de aneuploidías fetales
9. Evaluación de anomalías fetales detectables en el primer trimestre, como la anencefalia.
10. Imágenes como complemento a la toma de muestras de vellosidades coriónicas, la transferencia de embriones y la localización y extracción de un dispositivo intrauterino.
11. Evaluación de masas pélvicas y/o anomalías uterinas

Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos Pro-Vida (AAPLOG) resume los peligros del aborto quirúrgico para la mujer:

"El aborto quirúrgico provoca lesiones físicas graves. No es infrecuente que abortistas experimentados dañen órganos adyacentes o vasos sanguíneos principales al introducir curetas de succión o pinzas de agarre en el útero grávido blando. Las lesiones de los principales vasos sanguíneos adyacentes y/o de los órganos ginecológicos, genitourinarios o gastrointestinales requieren una exploración quirúrgica abdominal de urgencia para realizar una histerectomía, una resección intestinal, una reparación de la vejiga u otro tipo de reparación. La muerte por aborto inducido puede producirse por hemorragia vaginal e intraabdominal, sepsis, émbolos trombóticos, émbolos amnióticos o aéreos intravasculares, complicaciones de la anestesia y eventos cardíacos o cerebrovasculares".⁴

AAPLOG explica además que la apertura forzada de un cuello uterino que de otro modo habría permanecido cerrado hasta el parto natural puede provocar un traumatismo cervical y comprometer futuros embarazos. Un cuello uterino debilitado por el aborto puede dilatarse precozmente en un embarazo posterior, aumentando los riesgos de rotura prematura de membranas, infecciones intrauterinas y sepsis.⁵ El traumatismo instrumental del endometrio que puede producirse en el aborto quirúrgico también puede dar lugar a un Espectro de Placenta Acreta (SAF), en el que la placenta invade el cuello uterino, la pared uterina u otros órganos. El

⁴ *Induced Abortion & the Increased Risk of Maternal Mortality*, American Association of Pro-life Obstetricians and Gynecologists, Professional Ethics Committee, Committee Opinion 6, p. 7 (13 de agosto de 2019),

<https://aaplog.org/wp-content/uploads/2020/01/FINAL-CO-6-Induced-Abortion-Increased-Risks-of-Maternal-Mortality.pdf>, citando a Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. 2007. Aborto inducido en la mitad del trimestre: una revisión. *Hum Reprod Update*. 2007 Jan-Feb;13(1):37-52. Epub 2006 Oct 17. DOI:10.1093/humupd/dml049. Texto completo gratuito:

<https://academic.oup.com/humupd/article/13/1/37/751686>; Autry A, Hayes E, Jacobson G, Kirby R. 2002. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Aug;187(2):393-7. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)00140-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)00140-0/fulltext); Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, Heikinheimo O. 2009. Complicaciones inmediatas tras la interrupción médica del embarazo en comparación con la interrupción quirúrgica. *Obstet Gynecol*. 2009 Oct;114(4):795-804. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b5ccf9. Texto completo gratuito:

https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2009/10000/immediate_complications_after_medical_compared.14.aspx; Cunningham F. *Williams Obstetrics*. 19th edition. Appleton & Lange. Norwalk, CT. 1993; 81-246.

⁵ *Induced Abortion & the Increased Risk of Maternal Mortality*, American Association of Pro-life Obstetricians and Gynecologists, Professional Ethics Committee, Committee Opinion 6, p. 7 (13 de agosto de 2019), <https://aaplog.org/wp-content/uploads/2020/01/FINAL-CO-6-Induced-Abortion-Increased-Risks-of-Maternal-Mortality.pdf>.

SAF puede causar una hemorragia masiva que conduce a transfusiones sanguíneas abundantes o a la muerte.⁶

El aborto inducido por fármacos (también conocido como aborto químico o aborto médico) también conlleva riesgos, como hemorragia potencialmente mortal, infección, continuación del embarazo (con necesidad de más fármacos o cirugía), retención de tejido, necesidad de cirugía de urgencia y muerte.⁷

Si bien están presentes al principio del embarazo, los riesgos para la salud de la mujer relacionados con el aborto quirúrgico e inducido por fármacos aumentan a medida que avanza el embarazo, ya que el feto presenta cambios anatómicos y fisiológicos que conllevan una mayor complejidad técnica en el procedimiento de aborto.⁸ Sin una ecografía, un proveedor de abortos puede comenzar un procedimiento de aborto en una mujer sin saber que su embarazo ha avanzado más allá del límite legal y/o que el procedimiento que está utilizando no abortará con éxito o de forma segura al feto de su paciente. El riesgo relativo de muerte por aborto es 14,7 veces mayor entre las semanas 13 y 15, 29,5 veces mayor entre las semanas 16 y 20, y 76,6 veces mayor después de las 21 semanas de gestación, en comparación con abortos más tempranos.⁹ De hecho, el riesgo de muerte por aborto aumenta un 38% cada semana más allá de las ocho semanas.¹⁰

⁶ Id. citando a Klemetti R, Gissler M, Niinimäki M, Hemminki E. 2012. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. Hum Reprod. 2012 Nov 27(11):3315-20. doi: 10.1093/humrep/des294. Epub 2012 ago. 29. Texto completo gratuito: <https://academic.oup.com/humrep/article/27/11/3315/809139?login=false>

⁷ Véase la etiqueta de Mifeprex de 2016, https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/020687s0201b1.pdf.

⁸ Aborto inducido y aumento del riesgo de mortalidad materna, supra.

⁹ *The Harms of Abortion After 15 Weeks: The Medical Perspective*, American Association of Pro-Life Obstetricians & Gynecologists, <https://aaplog.org/wp-content/uploads/2022/09/15-week-fact-sheet.pdf>, citando a L.A. Bartlett, et al., "Risk Factors for Legal Induced Abortion-Related Mortality in the United States", *Obstetrics & Gynecology* 103:4 (2004): 729-737, consultado el 3 de diciembre de 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15051566>.

¹⁰ Id. citando a Bartlett L, Berg C, Shulman H. 2004. Risk factors for legal induced abortion related mortality in the U.S. *Obstet Gynecol.* 2004 Abr;103(4):729-37. DOI:10.1097/01.AOG.0000116260.81570.60

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Obstet+Gynecol+103%3A729-737>; Sykes P. 1993. Complications of termination of pregnancy: a retrospective study of admissions to Christchurch Women's Hospital, 1989 and 1990. *N Z Med J.* 1993 Mar 10;106(951):83-5; Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. 2008. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reprod Health Matters.* 2008 May;16(31 Suppl):173-82. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31379-2. [https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080\(08\)31379-2](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080(08)31379-2).

Los abortos en embarazos que han alcanzado alrededor de las 14 semanas de gestación y, por tanto, han avanzado más allá del límite gestacional de 12 semanas establecido por la LORIVE tienen más probabilidades de realizarse mediante el procedimiento de Dilatación y Evacuación (DyE). De nuevo, el feto después del primer trimestre ha crecido y se ha desarrollado hasta tal punto que es demasiado grande para extraerlo del útero mediante una cánula de succión.¹¹ Los abortos DyE pueden ser intactos o no intactos. En el primero, el feto es desmembrado en el útero y extraído por partes. Con la DyE intacta, el feto sale con los pies por delante y, a continuación, el abortista evacua el cerebro del bebé con un aspirador, lo que provoca que el cráneo, de gran tamaño, se colapse y pueda extraerse.¹² Ambas versiones del procedimiento son peligrosas para la madre, incluidos los riesgos de hemorragia, laceración cervical y retención de partes del cuerpo y/o tejidos que pueden provocar una infección.¹³

Los riesgos del aborto con fármacos inductores del aborto también aumentan con la gestación. Mentula et al. descubrieron que "en comparación con el primer trimestre [aborto químico], el segundo trimestre [aborto químico] se asoció con un mayor riesgo de evacuación quirúrgica e infección".¹⁴ En concreto, se requirieron evacuaciones quirúrgicas en el 38,5% de los abortos químicos del segundo trimestre, en comparación con el 7,9% de los abortos químicos del primer trimestre. Mientras que la hemorragia fue mayor en los abortos del primer trimestre, la hemorragia con evacuación quirúrgica se produjo en el 8,3 por ciento de los abortos químicos del segundo trimestre, en comparación con el 3,2 por ciento de los abortos del primer trimestre.

¹¹ *Induced Abortion & the Increased Risk of Maternal Mortality*, supra en 6, citando a ACOG. 2013. Boletín de práctica 135: aborto en el segundo trimestre. *Obstet Gynecol.* 2013 Jun;121(6):1394-406.

DOI: 10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc Texto completo gratuito:

https://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2013/06000/Practice_Bulletin_No__135__Second_Trimester.42.aspx.

¹² *Induced Abortion & the Increased Risk of Maternal Mortality*, supra en 6.

¹³ *Induced Abortion & the Increased Risk of Maternal Mortality*, supra en 6, citando a Hilgers T, Horan D, Mall D. Abortion related maternal mortality: an in-depth analysis. *Nuevas perspectivas sobre el aborto humano*. University Publications of America. Frederick, Maryland.

1981;69-91; Peterson W, Berry F, Grace M. 1983. Second-trimester abortion by dilation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstet Gynecol.* 1983 Aug;62(2):185-90.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=.Second-trimester+abortion+by+dilation+and+evacuation%3A+an+analysis+of+11%2C747+cases>.

¹⁴ Maarit J. Mentula, et. al, Immediate adverse events after second trimester medical termination of pregnancy: results of a nationwide registry study, *Human Reproduction*, Vol. w26, No. 4 pp 927-932, 930, Tabla II, 2011.

Además, se produjeron infecciones en el 4% de los abortos químicos del segundo trimestre, en comparación con el 1,9% de los abortos químicos del primer trimestre, e infecciones con evacuación quirúrgica en el 2,4% de los abortos químicos del segundo trimestre, en comparación con el 0,8% de los abortos químicos del primer trimestre.¹⁵

La ecografía protege frente a riesgos adicionales del aborto químico, como el embarazo ectópico no diagnosticado. El embarazo ectópico (es decir, embarazo extrauterino; embarazo fuera del útero), que no puede interrumpirse con mifepristona,¹⁶ puede romper la trompa de falopio a medida que avanza el embarazo, provocando hemorragias, dolor intenso o la muerte.

Los embarazos ectópicos sólo pueden diagnosticarse de forma fiable mediante una ecografía. Si a una mujer con un embarazo extrauterino no diagnosticado se le administra mifepristona, puede creer que los síntomas del embarazo ectópico, como el dolor abdominal y la hemorragia vaginal, son simplemente los efectos secundarios previstos del aborto inducido por fármacos, que son similares.¹⁷

A 31 de diciembre de 2022, al menos 97 mujeres con embarazos ectópicos en Estados Unidos habían recibido mifepristona.¹⁸ De estas mujeres, al menos dos murieron desangradas por un embarazo ectópico no diagnosticado.¹⁹ Además, una publicación reciente en el *New England Journal of Medicine* documenta un caso en el que una mujer acudió al servicio de urgencias con fuertes dolores abdominales. Había consumido mifepristona y misoprostol que había obtenido en Internet. Seis días después, volvió al servicio de urgencias con un aumento del dolor. Se

¹⁵ Mentula, et. al., en 931.

¹⁶ Véase Ingrid Skop, M.D., *The Evolution of "Self-Managed" Abortion: Does the Safety of Women Seeking Abortion Even Matter Anymore?* Número 77, On Point Series, Charlotte Lozier Institute (marzo de 2022).

¹⁷ Véase Skop, supra, citando a Atrash H.K., et al. (1990). Ectopic pregnancy concurrent with induced abortion: Incidence and mortality. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 162(3), 726-730. doi: 10.1016/0002-9378(90)90995-j.

¹⁸ Mifepristone U.S. Post-Marketing Adverse Events Summary through 12/31/2022, TTT # 2022-2468, NDA 020687, ANDA 091178, [https://www.fda.gov/media/164331/download#:~:text=Estos%20casos%20fatales%20fueron%20asociados,%20multivisceral%20failure%3B"%20trombótico%20trombocitopénico.](https://www.fda.gov/media/164331/download#:~:text=Estos%20casos%20fatales%20fueron%20asociados,%20multivisceral%20failure%3B)

¹⁹ *Id.*

determinó que tenía un embarazo ectópico tubárico derecho roto.²⁰ De hecho, aproximadamente la mitad de las mujeres que sufren un embarazo ectópico no presentan ningún factor de riesgo.²¹ Sin embargo, una mujer tiene un 30% más de probabilidades de morir de un embarazo ectópico mientras se somete a un aborto que si hubiera tenido un embarazo ectópico pero no hubiera recurrido al aborto.²²

El aborto también afecta a la salud mental de la mujer. Una ecografía ofrece una ventana al útero para que la mujer pueda tomar una decisión informada. Una ecografía puede revelar que ha sufrido o es probable que sufra un aborto espontáneo prematuro, que se produce en el 15% de los embarazos reconocidos. Cuando el feto está sano, es fundamental que la mujer vea a su hijo en desarrollo, sus movimientos y los latidos de su corazón. De lo contrario, la mujer puede sufrir severa angustia mental más adelante, cuando aprenda lo desarrollado que estaba su hijo no nacido en el momento del aborto.²³

El aborto inducido, ya sea mediante cirugía o el uso de fármacos inductores del aborto, es un procedimiento violento y antinatural que se vuelve más peligroso para la mujer a medida que avanza su embarazo. Sin realizar una ecografía, un proveedor de abortos no puede saber con certeza cuánto ha avanzado el embarazo de su paciente y, por tanto, no puede determinar con precisión el procedimiento adecuado, el nivel de riesgo para su paciente embarazada o si la realización del aborto cumple con la ley. Además, basarse en la determinación de la edad

²⁰ Isabel Beshar et al., *Descubrimiento de un embarazo ectópico tras intento de autolesión Aborto controlado*, 388 New Eng. J. Med. 278, 278 (2023), <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2214213>.

²¹ *Ectopic Pregnancy*, Frequently Asked Questions, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/pregnancy/ectopic-pregnancy>.

²² Skop, supra, citando a Atrash H.K., et al. (1990). Ectopic pregnancy concurrent with induced abortion: Incidence and mortality. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 162(3), 726-730. doi: 10.1016/0002-9378(90)90995-j.

²³ Declaration of Ingrid Skop, M.D. in Opposition to the Motion for Preliminary Injunction, 42-45, *Planned Parenthood of Montana v. State of Montana*, DV-21-00999 (7 de septiembre de 2021).

gestacional por parte de la paciente es insuficiente porque las mujeres a menudo “subestiman la edad gestacional en un mes o más”.²⁴

V. El límite de 12 semanas de edad gestacional para abortar está justificado desde el punto de vista médico y es consistente con los parámetros internacionales.

El artículo 18 de la LORIVE limita la garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo por violación, salvo en el caso de personas con discapacidad psíquica, hasta las doce (12) semanas de gestación. En el caso de las víctimas de violación con discapacidad psíquica, se observarán y cumplirán las "mejores prácticas médicas". La ley exige que la edad gestacional sea comprobada única y exclusivamente por un profesional de la salud tras los exámenes correspondientes. Si el embarazo se encuentra dentro del número autorizado de semanas de gestación y se cumplen los requisitos adicionales de la ley, se podrá realizar la interrupción voluntaria del embarazo por violación.

Es un hecho científico que en el momento de la concepción se forma un ser humano único. El desarrollo humano es un continuo. El embrión humano más temprano comienza como una sola célula, crece hasta alcanzar casi mil millones de células al final del periodo embrionario y tiene el 90% de sus estructuras corporales al final de la semana embrionaria 10ma.

Al principio del periodo fetal, que comienza en la semana 11 de embarazo, el feto muestra comportamientos complejos y un importante desarrollo cerebral.²⁵ Su corazón late desde la sexta semana;²⁶ se han formado casi todos sus órganos principales, incluidos los pulmones, el hígado,

²⁴ *Idem, citando a* Ellertson C., et al. (2000). Accuracy of assessment of pregnancy duration by women seeking early abortions. *Lancet*, 355(9207), 877-881. doi: 10.1016/S0140-6736(99)10170-3. Casi el 15% de las mujeres de Atlanta se equivocaron en más de dos semanas al calcular la gestación basándose en la FUM. Los fallos de la mifepristona (que requieren cirugía posterior) y las complicaciones aumentan indiscutiblemente con el aumento de la edad gestacional.

²⁵ *The Voyage of Life, Week 11*, Charlotte Lozier Institute, <https://lozierinstitute.org/fetal-development/week-11/> (última visita: 9 de enero de 2024).

²⁶ *The Voyage of Life, Week 6*, Charlotte Lozier Institute, <https://lozierinstitute.org/fetal-development/week-6/> (última visita: 9 de enero de 2024).

los riñones, el estómago y el páncreas;²⁷ se mueve y responde al tacto;²⁸ sus dedos de manos y pies se mueven libremente, su actividad cardíaca es similar a la de un recién nacido, su sistema digestivo y sus riñones funcionan;²⁹ su cuerpo produce un neurotransmisor relacionado con la señalización del dolor y muestra desarrollo de los genitales externos.³⁰

A las 12 semanas de gestación, su corazón ha latido más de 10 millones de veces y es extremadamente activo, con comportamientos complejos que incluyen chuparse el dedo, bostezar, tragar, estirarse, cerrar los puños y rascarse la cabeza. Puede doblar los codos y juntar las manos, entrecerrar la cara y agarrar y señalar con los dedos de los pies. Incluso hace movimientos respiratorios intermitentes. A las 12 semanas, la cara del feto ya es reconocible con rasgos faciales definidos. Y lo que es más importante, las conexiones cerebrales que perduran hasta la edad adulta ya se han formado a las 12 semanas.³¹ Durante estas primeras semanas, en las que la madre puede no estar visiblemente embarazada, el feto adquiere una forma humana inconfundible.

Por lo tanto, no es sorprendente que las restricciones gestacionales al aborto al final del primer trimestre de embarazo o al principio del segundo trimestre (de 12 a 15 semanas) sea el estándar a nivel internacional. Un estudio de derecho comparado reveló que 47 de los 50 países, estados independientes y regiones de Europa prohíben los "abortos electivos" (interrupciones del embarazo realizadas sin restricciones en cuanto al motivo) o limitan el aborto electivo a las 15 semanas o antes. De ellos, 27 limitan el aborto electivo a las 12 semanas de

²⁷ *The Voyage of Life, Week 7*, Charlotte Lozier Institute, <https://lozierinstitute.org/fetal-development/week-7/> (última visita: 9 de enero de 2024).

²⁸ *The Voyage of Life, Week 8*, Charlotte Lozier Institute, <https://lozierinstitute.org/fetal-development/week-8/> (última visita: 9 de enero de 2024).

²⁹ *The Voyage of Life, Week 10*, Charlotte Lozier Institute, <https://lozierinstitute.org/fetal-development/week-10/> (última visita: 9 de enero de 2024).

³⁰ *The Voyage of Life, Week 11*, Charlotte Lozier Institute, <https://lozierinstitute.org/fetal-development/week-11/> (última visita: 9 de enero de 2024).

³¹ *12 Facts at 12 Weeks*, número 12, On Science Series, Charlotte Lozier Institute (25 de abril de 2023), <https://lozierinstitute.org/12-facts-at-12-weeks/>.

gestación.³² Otro informe determinó que, de los 33 países de América Latina, la gran mayoría tienen restricciones gestacionales al aborto y/o sólo permiten el aborto en circunstancias muy limitadas (por ejemplo, cuando existe riesgo para la vida o la salud de la madre, o en casos de violación).³³

Dado el avanzado desarrollo del feto a las 12 semanas y la práctica común en todo el mundo de establecer límites gestacionales al aborto y limitarlo a circunstancias específicas, la limitación gestacional de 12 semanas de la LORIVE y la restricción a casos de violación están justificadas médica y legalmente.

VI. La prohibición de comercializar los restos fetales tras un aborto está éticamente justificada.

El artículo 25 de la LORIVE establece que "se prohíbe al personal del sistema nacional de salud... [l]a realización de actos que tengan por objeto la intermediación onerosa, o negociar por cualquier medio, o transferir órganos, tejidos, fluidos, células, componentes anatómicos o sustancias corporales, extraídos u obtenidos de cadáveres de nonatos abortados." Esta disposición es fundamental para evitar la mercantilización de los cuerpos de los no nacidos, que puede provocar presiones para practicarse un aborto.

Estados Unidos cuenta con un mosaico de leyes y reglamentos promulgados para establecer parámetros éticos en torno tanto al uso de tejidos u órganos humanos en la investigación científica como al trasplante de tejidos u órganos humanos. Como se indica en el Informe Final del Panel de Investigación Selecta del Comité de Energía y Comercio de la Cámara de Representantes de los Estados Unidos³⁴ (de ahora en adelante el "Panel", que se creó

³² Angelina B. Nguyen, J.D., *Mississippi's 15-Week Gestational Limit on Abortion is Mainstream Compared to European Laws*, Issue 63, On Point, Charlotte Lozier Institute (julio de 2021), <https://lozierinstitute.org/wp-content/uploads/2021/07/On-Point-63.pdf>.

³³ Jonah McKeown, *¿Qué aspecto tienen las leyes sobre el aborto en América Latina?*, Nat'l Catholic Register (28 de febrero de 2022), <https://www.ncregister.com/cna/what-do-abortion-laws-look-like-in-latin-america-here-s-a-country-by-country-map>.

³⁴ Panel of the Committee on Energy and Commerce.

para investigar si se estaban infringiendo las leyes que prohíben la venta de tejido fetal con fines lucrativos), las leyes que regulan estas cuestiones incluyen: "(1) leyes que protegen a los sujetos de la investigación humana y la privacidad de los pacientes; (2) leyes que regulan las donaciones anatómicas para trasplantes, terapia, investigación y educación; (3) leyes que protegen a los bebés nacidos vivos y a los nacidos a término; y (4) leyes relativas a la financiación pública de la investigación con tejido fetal y los proveedores de abortos."³⁵

Sin embargo, como ha podido comprobar el Panel durante una investigación que ha durado un año, las entidades que desean utilizar los cuerpos de fetos abortados con fines científicos o pecuniarios encontrarán formas de manipular e infringir las leyes destinadas a evitar la mercantilización de los fetos abortados. El informe del Panel señalaba que en una audiencia del Congreso de los Estados Unidos que se realizó sobre bioética y tejidos fetales se "puso de manifiesto una gran preocupación por el proceso de consentimiento para la donación de tejidos fetales humanos utilizado por las clínicas abortistas y las Empresas de Obtención de Tejidos ("EOT"). Las pruebas revelaron que se asignaba a personal interesado, cuya remuneración depende del número de especímenes donados, la tarea de obtener el consentimiento de los pacientes".³⁶ Esto aumentaba la probabilidad de que entidades con intereses económicos en la obtención de tejido fetal presionaran a las mujeres para que abortaran y permitieran que los cuerpos de sus fetos abortados fueran extraídos y utilizados en investigación.

También se presentaron pruebas que demostraban que las clínicas abortistas violaban las leyes de privacidad médica de Estados Unidos, y que las EOT mentían cuando afirmaban que sus formularios de consentimiento y sus métodos cumplían la normativa federal relativa a la

³⁵ Compilation of Activities of the Select Investigative Panel of the Committee on Energy and Commerce, Final Report, 114th Congress, 2nd Session, Committee Print 114-A at 26 (April 2017), <https://www.govinfo.gov/content/pkg/CPRT-114HPRT24553/pdf/CPRT-114HPRT24553.pdf>.

³⁶ Id. en 30.

extracción de tejido fetal, lo que indicaba "una conducta centrada en el beneficio y no en el bienestar del paciente".³⁷

Por ejemplo, la legislación estadounidense exige que toda persona -en este caso, una mujer que va a abortar- a la que se pida que done tejidos u órganos con fines científicos o médicos reciba información para que pueda tomar una decisión con conocimiento de causa (42 U.S.C. § 289g-1). Sin embargo, el Panel descubrió que algunos proveedores de abortos decían engañosamente a las mujeres que el tejido donado de bebés abortados se había utilizado para tratar y encontrar curas para enfermedades, cuando eso no era cierto.³⁸ **Los expertos coincidieron en que esta mentira era poderosa y tenía el potencial de inducir a las mujeres a donar tejidos, y también coincidieron en que una información precisa es necesaria para el consentimiento informado.**³⁹

Además, la venta de partes del cuerpo humano con fines lucrativos es ilegal en Estados Unidos, incluidos los órganos y partes de órganos de bebés abortados (42 U.S.C. § 289g-2). En la audiencia del Congreso de los Estados Unidos donde participó el Panel, llamada "*El precio del tejido fetal*", el Panel pidió a fiscales federales experimentados que compararan la ley federal que prohíbe obtener beneficios de la venta de tejido fetal con los materiales obtenidos durante la investigación.

Los testigos "acordaron que, basándose en los materiales que se les habían presentado, abrirían un caso contra una EOT".⁴⁰ El Panel había descubierto pruebas de que los investigadores pagaban a empresas intermediarias, que obtenían tejidos de bebés abortados, pagos que superaban entre un 300% y un 700% los costes en que incurrían las empresas. Además, se "compensaba" a las clínicas abortistas por su ayuda en la obtención de tejidos y órganos de bebés

³⁷ Id. en 30.

³⁸ Id. en 26.

³⁹ Id. en 535, 590.

⁴⁰ Id. en 30-31.

abortados, incluso cuando no parecía que tuvieran ningún coste real.⁴¹ El Panel también descubrió pruebas de que las clínicas abortistas podrían estar modificando los procedimientos de aborto para aumentar la probabilidad de que se entregue un cadáver abortado intacto, en violación de la legislación estadounidense (42 U.S.C. § 289g-1).⁴²

Otro estudio en profundidad sobre la conducta y la práctica de utilizar Tejido Fetal Humano (“TFH”) procedente de abortos electivos para la investigación resumió los peligros que entraña esta práctica:

"Este análisis en profundidad en torno a la conducta y la práctica de utilizar TFH procedentes de abortos electivos en la investigación ha puesto al descubierto la profundidad de la injusticia que se está cometiendo con los recién nacidos en nuestra sociedad. Los hechos exponen cómo los restos de fetos abortados, obtenibles sólo mediante la inducción deliberada de su muerte, han sido explotados y tratados como mercancías durante más de un siglo. Y esta práctica continúa hoy en día, perpetuada por una pequeña proporción de científicos que quieren mantenerla. También existen incentivos económicos para diversas personas y entidades, y la dinámica de mercado de la oferta y la demanda pone a las poblaciones vulnerables en riesgo de sufrir abusos, concretamente a las mujeres que solicitan abortos y a sus hijos antes de nacer.

Se siguen utilizando muchas afirmaciones falsas y engañosas para justificar estas solicitudes de TFH, a pesar de la abundancia de alternativas éticas que han demostrado su éxito y se han utilizado para lograr muchos avances científicos, incluidas las células madre adultas, la sangre de cordón umbilical, las hiPSC, los organoides y los ratones humanizados generados con fuentes éticas.

...

Nunca se insistirá lo suficiente en las complejas implicaciones bioéticas y sociales de seguir utilizando TFH procedentes de abortos en la investigación. Hay que poner fin al uso de todo el TFH procedente de abortos -y todos los productos derivados del mismo- en la investigación, para que en el futuro sólo se realicen los avances científicos mejores y más éticos.

...

⁴¹ Id. en 27-28.

⁴² Id. en 29.

Al adherirse a las normas éticas más elevadas, la mejor ciencia y los esfuerzos más honorables de descubrimiento científico avanzarán. Estas prácticas servirán a toda la humanidad, porque valorarán la inviolabilidad de *toda* vida humana y respetarán las conciencias de *todos los* científicos, médicos y pacientes, sin excluir ni explotar a ningún grupo de nuestra sociedad".⁴³

Al prohibir totalmente la transferencia y el uso de los cuerpos rotos de bebés abortados para investigación o trasplantes, el artículo 25 de la LORIVE evita los dilemas éticos y legales que surgen cuando se permite la investigación científica con cuerpos de bebés abortados.

Ecuador ha valorado históricamente la vida de los niños no nacidos y de sus madres. La Constitución de Ecuador y los acuerdos internacionales, incluida la Convención Americana sobre Derechos Humanos⁴⁴, reflejan el entendimiento del país de que la vida comienza en el momento de la concepción. Esta Corte puede garantizar que los niños no nacidos y sus madres sigan recibiendo protección en la gran mayoría de las circunstancias.

VII. Solicitar

Por las razones expuestas, apoyamos la LORIVE, y animamos respetuosamente a esta Honorable Corte a que la mantenga como ley en Ecuador. También solicitamos que nuestros argumentos sean escuchados en la audiencia pública para la cual designaremos un representante.

VIII. 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

⁴³ T. Sander Lee, M.B. Feeney, K.M. Schmainda, J.L. Sherley, D.A. Prentice, Human Fetal Tissue from Elective Abortions in Research and Medicine: Science, Ethics, and the Law, *Issues in Law and Medicine*, 35 (1), 59-60 (2020).

⁴⁴ Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica" (B-32), Organización de los Estados Americanos, http://www.oas.org/dil/treaties_B-32_American_Convention_on_Human_Rights.htm.

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 matrícula profesional No. 17-2022-1693 para interponer cualquier acción, requerimiento o solicitud e interponer los recursos a que haya lugar.

IX. Notificaciones

Las notificaciones correspondientes se recibirán por correo electrónico en la dirección info@lozierinstitute.org.

Firmado,

/s/ Mary E. Harned

Mary E. Harned, J.D.

Académica asociada

Charlotte Lozier Institute