



Al

Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas

# DERECHO A LA VIDA, SALUD Y DERECHOS DE LAS MUJERES APORTACIONES DESDE MÉXICO

El presente documento se escribe con el propósito de ofrecer argumentos desde la perspectiva biomédica y de la salud pública para el análisis e interpretación del DERECHO A LA VIDA

en el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Dr. Raffaela Schiavon Directora de Ipas México

Dr. Deyanira González de León Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco

CIUDAD DE MËXICO, junio 25, 2015

# Índice

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Introducción | p. 1 |
| 2. | El DERECHO A LA VIDA como instrumento para lesionar los derechos de las mujeres, para criminalizarlas y amenazar a los/las médicos | p. |
| 3. | Ineficiencia de la interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA para tutelar la defensa de la vida   1. Ineficiencia por razones de salud pública: las evidencias internacionales 2. Ineficiencia por razones de salud pública: las evidencias nacionales 3. Ineficiencia por razones médicas intrínsecas 4. Ineficiencia por razones ligadas a los impactos potenciales en la salud reproductiva de las mujeres | p.  p.  p.  p.  p. |
| 4. | Una interpretación del DERECHO A LA VIDA que ignora la obligación del Estado para proteger la salud individual y promover la salud pública |  |
| 5. | Una interpretación del DERECHO A LA VIDA que introduce elementos de extrema incertidumbre legal, ética y médica |  |
| 6. | Una interpretación del DERECHO A LA VIDA falaz y contradictoria |  |
| 7. | Una interpretación del DERECHO A LA VIDA discriminatoria que genera un conflicto de intereses absoluto e irreductible entre la mujer embarazada y el producto |  |
| 8. | Una interpretación del DERECHO A LA VIDA que atribuye al genoma del cigoto la calidad de persona humana |  |
| 9. | Una propuesta desde el gradualismo y la ponderación de derechos |  |
| 10. | Epílogo |  |
| 11. | Referencias bibliográficas |  |

*“La misma gente que nos dice que debemos defender la vida de los no nacidos es la misma gente que no parece tan interesada en defender a nadie (…) una vez que el accidente del nacimiento se ha consumado. A la misma gente que profesa su amor por el alma del nonato no le interesa ofrecer asistencia a los no deseados ni a los oprimidos ¿Cómo justifican tanto amor por un feto y tan poco por los niños no deseados y maltratados?”*

*“Si los abortos fuesen legales podrías negarte (…) de hecho, dadas tus convicciones, deberías negarte. Pero como son contrarios a la ley, no puedes hacerlo. ¿Cómo puedes permitirte el lujo de elegir en una cuestión en la que hay tantas mujeres que no tienen la libertad de decidir por sí mismas?*

*“Cómo los abortos son ilegales, las mujeres que los necesitan no tienen opción y tú – que sabes hacerlos- tampoco la tienes. Aquí lo que se ha violado es tu libertad de elección y la de las mujeres. En caso de que fuera legal el aborto, la mujer tendría una alternativa (…) y tú también. Te sentirías libre de no practicarlo porque otro lo haría. Pero tal como están las cosas, te encuentras atrapado. Las mujeres son víctimas y tú también”.*

Reflexiones del Doctor Wilbur Larch, personaje de la novela de John Irving *Principes de Main. Reyes de Nueva Inglaterra*. Barcelona: Tusquets Editores, 1996.

*“Dice mucho sobre nuestra sociedad el que el debate sobre el aborto, sobre su despenalización y su realización en términos sanitariamente adecuados, se haya desviado normalmente hacia una discusión en torno a principios morales abstractos, alejados de la realidad cotidiana de los seres humanos concretos, y muy en especial de la realidad cotidiana de las mujeres. Se invocan criterios morales y jurídicos mientras las mujeres de carne y hueso, las vidas reales de esas mujeres concretas, pasan al segundo plano de la anécdota.”*

Concha Cifrián, Carmen Martínez Ten e Isabel Serrano. *La cuestión del aborto*. Barcelona: Icaria, 1986.

*“Hoy sabemos que nuestro origen fue el resultado de los procesos de evolución del universo mismo. Sabemos que estamos hechos de material que proviene quizás de los primeros momentos de la existencia del universo (…) No somos ni el resultado de un acto especial de creación ni de una casualidad sino que hemos surgido de los cambios y la evolución que ocurren constantemente en el universo y que seguramente lo han poblado de vida en muchos otros sitios. Este conocimiento ha abierto nuevas frontera al pensamiento, y al acabar con temores y supersticiones surgidos de la ignorancia, nos va haciendo cada vez más libres. Y nada es tan indispensable a la condición humana como la libertad”*.

Antonio Lazcano Araujo. *El origen de la vida. Evolución química y evolución biológica*. México: Editorial Trillas, 1989.

# Introducción

Bajo el argumento de tutelar la vida desde el momento de la concepción y hasta la muerte natural, varios estados y grupos pretenden en realidad lograr la prohibición total del aborto.

Esto ha sucedido en México, donde, en respuesta a la despenalización del aborto, 16 estados han aprobado reformas a sus Constituciones Estatales. Tales reformas, que apelan al DERECHO A LA VIDA, incluido en el art. 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en realidad tienen la misma intención: 1) pretenden dar personalidad jurídica al producto de la concepción desde las primerísimas etapas de la interacción del material genético del ovulo y del espermatozoide; 2) quieren criminalizar a las mujeres que abortan y 3) pretenden amenazar a los/las médicos que las atienden.1 Como ejemplo, la reforma Constitucional del Estado de Baja California, que entró en vigor el 26 de diciembre de 2008..

El artículo 7 dice: “El Estado de Baja California acata plenamente y asegura a todos sus habitantes las garantías individuales y sociales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los demás derechos que otorga esta Constitución; de igual manera **esta norma fundamental tutela el derecho a la vida, al sustentar que desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes**, hasta su muerte natural o no inducida”.

El presente documento se escribe con el propósito de ofrecer argumentos para analizar desde la perspectiva biomédica y de la salud pública la improcedencia y las contradicciones de una interpretación a todas luces incorrecta y regresiva del DERECHO A LA VIDA.

# El DERECHO A LA VIDA como instrumento para lesionar los derechos de las mujeres, criminalizar a ellas y amenazar a los/las médicos

Desde la perspectiva de la salud pública, el aborto se asocia a un complicado conjunto de retos y dificultades aún no resueltos: el embarazo no deseado y la falta de acceso a los medios para prevenirlo que enfrentan muchas mujeres; la violencia sexual, que es la causa de muchos embarazos no deseados, particularmente entre mujeres jóvenes, adolescentes e incluso niñas; y los riesgos médicos para la vida y la salud de la mujer embarazada y para el desarrollo de un producto viable.

Por otro lado, en el ámbito de los derechos humanos el aborto se sitúa en un nudo clave de las libertades y los derechos fundamentales de las personas: la libertad de pensamiento, la libre elección reproductiva, el derecho a la no discriminación por razones de género, educación o pobreza, y los derechos a la privacidad del cuerpo, a la vida y a la protección de la salud, entre otros.

Finalmente, el aborto se encuentra en el centro de un debate médico, ético, moral y filosófico sobre el inicio de la vida humana que se caracteriza por la existencia de muchas posturas divergentes y pocas certezas resolutivas.

1 Información sobre las leyes estatales que regulan el aborto, así como la *Relación de reformas aprobadas a las constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción / fecundación 2008-2009*, puede consultarse en el portal electrónico del Grupo de Información en Reproducción Eleg[ida (GIRE): www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx/)

En medio de este entretejido, y por diferentes razones, la interpretación cuestionada en este documento no tutela, previene o resuelve lo que pretende, ya que en realidad su propósito es eliminar toda posibilidad de que las mujeres tengan acceso a la interrupción legal y segura del embarazo.

A través del máximo órgano referente internacional para los derechos humamos de las personas, cuyo fin es proteger el amplio terreno de las libertades fundamentales del individuo, delimitándolo claramente de las conductas ilícitas que competen a otro orden normativo –el orden judicial-, esta interpretación restrictiva busca, simple y llanamente, criminalizar y condenar penalmente a las mujeres. Asimismo, busca amedrentar a los/as médicos bajo la amenaza de hacer efectiva su persecución penal.

Un hecho que ha sido constatado una y otra vez en distintos lugares del mundo es que la prohibición del aborto, su criminalización o la generación de reglamentos y normas que impidan el acceso de las mujeres a servicios seguros y legales no eliminan su práctica ni evitan que las mujeres interrumpan sus embarazos cuando deciden hacerlo. Por el contrario, penalizar la práctica del aborto favorece su clandestinidad, la inseguridad de los procedimientos y la gravedad de sus complicaciones; provoca un número elevado de muertes innecesarias y de efectos en la salud que pueden perdurar a lo largo de la vida; genera costos elevados para los sistemas de salud; y propicia retrasos, en ocasiones fatales, en la búsqueda de atención médica de urgencia por parte de las mujeres (Schiavon, 2008). Asimismo, la penalización del aborto es una de las manifestaciones más claras de la discriminación hacia las mujeres, como lo es también de la desigualdad y la injusticia social, de las inequidades de género, y de la violación a sus derechos humanos fundamentales (Lerner, 2008).

Las restricciones legales impiden también que el aborto sea visualizado como un problema relevante de la práctica profesional de la medicina. El intenso debate internacional y nacional sobre el aborto que se ha generado en las últimas décadas no ha impactado la formación de los/las médicos –ni a nivel de las facultades de medicina ni de las residencias en ginecología y obstetricia-, lo cual alimenta los estigmas y la doble moral en un amplio sector de la comunidad médica. En México, al igual que en muchos otros países, ofrecer servicios públicos institucionales para la interrupción legal del embarazo es un asunto controvertido y el proporcionarlos o negarlos depende de la disposición de los/las médicos. Es un hecho que a partir de su propia experiencia los/las médicos han jugado un destacado papel en la documentación de evidencias sobre las consecuencias del aborto inseguro en la salud y la vida de las mujeres, que con base en sus principios éticos muchos han ayudado a las de mujeres a interrumpir sus embarazos, y que en el éxito de los complejos procesos para legalizar el aborto su participación ha sido decisiva. Sin embargo, dentro del gremio sólo una minoría reconoce con claridad la relación del aborto con los derechos de las mujeres y con la desigualdad social, y pocos comprenden cabalmente las implicaciones éticas y legales del problema (González de León y Billings, 2001; González de León y cols., 2008).

Para quienes crean y pretendan sostener que ciertas interpretaciones restrictivas, y las leyes y constituciones que las invocan para criminalizar el aborto sólo tienen efectos simbólicos y de principio, basta con observar el impacto inmediato que han tenido sobre los derechos y la seguridad jurídica de las mujeres en distintos estados del país. Asimismo, la imposición de este tipo de reformas supone importantes efectos sobre la práctica de la medicina; esto ha sucedido en países latinoamericanos como Nicaragua cuyo caso se describe más adelante.

A través de innumerables notas, reportajes y editoriales, la prensa y sitios de Internet han dado cuenta del encarcelamiento de mujeres por el *delito de aborto*, quienes son, desde luego, más vulnerables a la criminalización y al abuso que los/as médicos.

En junio de 2009 se informó que en Baja California había 90 mujeres presas y en Sonora 30.2 En Puebla, antes de la aprobación de la reforma en marzo de 2009, 30 mujeres fueron encarceladas durante el año anterior y 9 denuncias habían sido turnadas a los/las jueces.3 En Veracruz, donde la reforma finalmente se derogó 6 meses después de su primera aprobación,

9 mujeres fueron procesadas por abortar, en algunos casos en forma no intencional, y 8 estaban en prisión por *homicidio calificado*; médicos y enfermeras de la Secretaría de Salud estatal aportaron las *evidencias* para incriminar a las mujeres.4 En Querétaro, donde la reforma se aprobó en agosto de 2009, la Procuraduría General de Justicia estatal reconoció que desde 2003 se habían acumulado 59 denuncias contra mujeres por abortar, cuyas investigaciones estaban en curso.5 En Quintana Roo, donde la reforma se aprobó en abril de 2009, una niña de 11 años violada por su padrastro fue obligada a continuar el embarazo y dio a luz en agosto de 2010.6

Por otro lado, Guanajuato es la entidad del país donde más se ha criminalizado a las mujeres por abortar. Un informe de Human Rights Watch (2009) indicó lo siguiente sobre la situación en ese estado:

*“(…) se arresta y trata como a delincuentes a decenas de otras mujeres que intentan obtener atención médica legal y segura para resolver una grave crisis personal. Aunque en Guanajuato se permite el aborto legal (…) en casos de violación, durante los últimos ocho años el estado ha denegado todas y cada una de las solicitudes de aborto efectuadas por mujeres violadas. Más aún,* ***durante el mismo período se ha condenado a 130 personas bajo cargos de aborto*** *y se ha hecho común que los hospitales denuncien a la policía a las mujeres sospechosas de haberse realizado un aborto, en lugar de dedicar sus esfuerzos a atender (…) a las mujeres que presentan complicaciones postaborto.”*

El Centro de Información en Salud Sexual Las Libres, de Guanajuato, ha señalado que desde agosto de 2009 las mujeres que abortan en ese estado son acusadas de *homicidio en razón de parentesco* –agraviado por el *homicidio de un producto en gestación*- y que 7 mujeres han sido condenadas hasta con 30 años de cárcel, cuando el Código Penal local prevé una pena máxima de 3 años por el delito de aborto. Hasta agosto de 2010, habían sido denunciadas 160 mujeres y 43 se encontraban bajo proceso penal; de ellas, 14 salieron de la cárcel bajo fianza y

9 purgaban condenas por aborto bajo caución. En menos de un año se abrieron 20 averiguaciones en agencias del Ministerio Público y algunas denuncias fueron firmadas hasta

por 20 médicos; hubo casos de mujeres encarceladas a pesar de que sus abortos fueron

espontáneos, y *todas* las que han sido denunciadas son jóvenes y adolescentes de escasos recursos económicos.7 Frente a la fuerte presión nacional e internacional -y sobre todo después de la visita de la Comisionada Adjunta de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que se reunió con representantes de grupos de mujeres y se comprometió a enviar visitadores a la entidad y tratar el caso con el gobierno mexicano-, el Gobernador del estado presentó, en

1. Nota de S. Martínez, blog El Boomeran(g), 8 de junio, 2009[: www.elboomeran.com](http://www.elboomeran.com/)
2. Editorial de J. Woldenberg, diario REFORMA, 13 de marzo, 2010; Nota de M. Camacho, diario La Jornada, 13 de marzo, 2009.
3. Notas de: AT Morales, diario La Jornada, 28 de enero, 2010; y E. Ávila, diario El Universal, 6 de mayo, 2010.
4. Nota de M. Chávez, diario La Jornada, 21 de agosto, 2010.
5. Nota de A. García, Cimacnoticias, 26 de agosto, 2010.
6. Reportaje de V. Espinoza, Semanario Proceso, 3 de agosto, 2010; y reportaje de ML Micher, diario Milenio, 9 de agosto, 2010. Ver también dos notas editoriales: *Abortar en Guanajuato*, de A. Kraus, diario La Jornada, 14 de agosto, 2010; y *La justicia como horror*, de J. Woldenberg, diario Reforma, 26 de agosto, 2010.

agosto de 2010, una iniciativa de ley para que las penas por el delito de homicidio en razón de parentesco se reduzcan a entre 3 y 8 de prisión;8 finalmente, el 7 de septiembre de 2010, 6 mujeres procesadas por este delito fueron puestas en libertad.9

La historia del aborto en Guanajuato, uno de los estados más conservadores del país tiene, al igual que Baja California, antecedentes nefastos. En el año 2000, los legisladores locales del PAN eliminaron del Código Penal el artículo que permitía el aborto en casos de violación. El escándalo generado por esa ley alcanzó proporciones nacionales y obligó al entonces Gobernador del estado a derogarla. Este hecho, así como el caso de Paulina, ocurridos en dos estados que eran gobernados por el PAN, abonaron el terreno para que en agosto de ese mismo año la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobara la llamada Ley Robles que sentó las bases jurídicas para la posterior despenalización del aborto en la capital del país (Ubaldi, 2008).

La organización civil GIRE ha documentado ampliamente en Mexico la persecución de mujeres, casi exclusivamente pobres, jóvenes y en situación de marginación, a causa del aborto, en su informe “Omisión e Indiferencia” (GIRE 2013).

# Ineficiencia de la interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA para tutelar la defensa de la vida

En este apartado se argumenta por qué tal interpretación restrictiva NO es eficaz para tutelar la defensa de la vida desde el momento de la concepción. La ineficiencia radica en diferentes razones: las vinculadas a la salud pública y que se apoyan en evidencias internacionales y nacionales; las de naturaleza médica intrínseca; y las que se refieren a los impactos potenciales sobre la salud sexual y reproductiva.

# Ineficiencia por razones de salud pública: las evidencias internacionales

En las últimas décadas, el interés por el tema del aborto se ha plasmado en una gran variedad de ensayos, libros y artículos científicos, obras literarias, materiales de divulgación, reportajes periodísticos, documentales y películas. En los campos de la medicina y de la salud pública, la cantidad de publicaciones que dan cuenta de la complejidad del problema –informes técnicos, ensayos, libros y artículos en revistas especializadas de gran prestigio- ha sido avasalladora.

¿Qué han dicho y siguen diciendo las evidencias? Que el aborto, cuando es inseguro, representa un problema social y de salud pública que causa complicaciones evitables y muertes prematuras; que las consecuencias adversas del aborto son significativamente más frecuentes en las regiones y países del mundo en desarrollo, debido a las condiciones de ilegalidad e inseguridad en que se practica; y que los gobiernos y sistemas de salud que garantizan la legalidad y la seguridad del aborto protegen la salud y la vida de las mujeres (Berer, 2002; Guttmacher Institute, 1999, 2009; De Bruyn, 2003; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2005; International Planned Parenthood Federation, 2006; Warriner y Shah, 2006; Grimes y cols., 2006; World Health Organization, 2007a, 2009; Sedgh y cols., 2007; Singh y cols., 2009a).

1. Notas de: C. García, diario La Jornada, 20 de agosto, 2010; E. Meza, diario Milenio, 22 de agosto, 2010; R. Rodríguez, diario El Universal, 23 de agosto, 2010.
2. Nota de C. García, diario La Jornada, 8 de agosto, 2010.

Las cifras más recientes a nivel internacional reportan que, después de una disminución sustancial de 35 a 29 por cada mil mujeres en edad reproductiva entre 1995 y 2003, la tasa de aborto en el mundo ha permanecido inalterada entre 2003 y 2008 (28 por mil). La tasa es más elevada en mujeres que viven en el mundo en desarrollo, donde 29 de cada 1,000 experimentan un aborto comparado con 24 x 1.000 en el mundo desarrollado. En el extremo se sitúa América Latina y El Caribe, que a pesar de tener algunas de las legislaciones más restrictivas del mundo es la región con la tasa más elevada: 31 abortos inducidos por mil mujeres; en contraste, en Europa Occidental, donde las leyes son las más liberales del mundo, se registra la tasa más baja: 12 abortos por mil mujeres (Guttmacher 2012).

La mitad de los abortos en el mundo son inseguros, y prácticamente TODOS los abortos inseguros (98%) ocurren en países en desarrollo. En el conjunto de los países en desarrollo, el 56% de todos los abortos son inseguros, mientras solo lo son el 6% de los abortos en países desarrollados.

Anualmente, se estima que más de 8.5 millones de mujeres sufren complicaciones severas del aborto - hemorragias, peritonitis, choques sépticos, y perforaciones uterinas y de otros órganos pélvicos- que ameritan hospitalización, pero 3 millones mas no tienes acceso a la atención que requieren.

Las complicaciones del aborto inseguro representan el 13% de la mortalidad materna total alrededor del mundo. El número de muertes por aborto, fue de 66 mil 500 en 2003, y disminuyó a 47,000 para 2008. (World Health Organization, 2007a, 2011). Prácticamente la totalidad de estas muertes fue en países en desarrollo.

En los países en desarrollo, donde el aborto es legalmente restringido y los sistemas de salud son insuficientes y de mala calidad, el riesgo de morir por un aborto inseguro es 350 veces más elevado que en los Estados Unidos (donde el riesgo de morir por un aborto legal es 0.6 muertes por 100,000 procedimientos. (World Health Organization 2011)

La mayoría de las mujeres que interrumpen sus embarazos son adultas, casadas y tienen hijos/as, pero en la actualidad un número creciente de quienes lo hacen son adolescentes de 15 a 19 años (World Health Organization, 2007). Se estima que el número anual de abortos inducidos en adolescentes oscila entre 2 y 4.4 millones (Rowbotton, 2007) y que casi el 14% de *todos* los abortos inseguros -2.5 millones- en los países en desarrollo ocurren en mujeres menores de 20 años. Donde las leyes son restrictivas, las mujeres menores de 25 años - jóvenes y adolescentes- representan una importante proporción de quienes son hospitalizadas por complicaciones del aborto: 60% en África, 42% en América Latina y El Caribe, y 30% en Asia. Las complicaciones severas del aborto son la causa de un elevado número de muertes entre las mujeres más jóvenes; en 2003, casi 70% de todas las muertes maternas atribuidas al aborto inseguro ocurrieron en mujeres de 15-30 años, con un 18% entre adolescentes de 15 a 19 años (World Health Organization, 2007a).

Las evidencias recabadas en diferentes países muestran que el acceso al aborto legal y seguro se asocia con una reducción sustancial de las complicaciones y las muertes ocasionadas por el aborto inseguro. En Rumanía, la derogación de las leyes que prohibían el aborto y la anticoncepción desde 1966 se tradujo en un descenso del 50% en las muertes por abortos inseguros tan sólo un año después de la reforma legal de 1990 (Stephenson y cols., 1992); en Estados Unidos, el aborto se legalizó en 1973 y la reducción de la mortalidad por aborto fue de 73% entre 1972 y 1976 (Bartlett y cols., 2004); en Sudáfrica, la legalización del aborto tuvo

lugar en 1996 y las muertes maternas atribuidas a procedimientos inseguros disminuyeron 91% entre 1994 y 2001 (Jewkes y cols., 2005).

La relación entre la legalidad del aborto y la mortalidad asociada al procedimiento cuando se realiza en condiciones inseguras ha sido ampliamente documentada por organismos internacionales como la OMS.10 Recientemente, un grupo de expertos reconocidos por esta organización analizó la situación legal del aborto en diferentes países del mundo: los resultados evidenciaron una clara relación inversa entre la legalidad del aborto y la mortalidad materna que se le asocia. La mortalidad es significativamente más elevada en los países que limitan severamente el acceso al aborto legal, mientras que en aquellos cuyas legislaciones son las más liberales todos, menos uno, tienen una mortalidad menor a 50 por 100 mil nacidos vivos (World Health Organization, 2009).

El conjunto de estas evidencias demuestra claramente que el aborto es un fenómeno universal y extremadamente común, que las restricciones legales *no* son efectivas para impedirlo, y que la ilegalidad o la falta de apoyo político para la aplicación de leyes liberales provocan un número inaceptablemente elevado de muertes prematuras y evitables. El aborto continúa siendo “*(…) una pandemia global frecuentemente ignorada”* (Grimes y cols., 2006) y en las últimas décadas ha sido un importante motivo de preocupación para diversos organismos y agencias internacionales.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y realizada en El Cairo en 1994, fue el primer foro internacional en el que la salud y los derechos reproductivos de las mujeres ocuparon un lugar central en un acuerdo internacional sobre problemas de población (Germain y Kim, 1999); en la CIPD se logró un consenso sin precedentes respecto a la importancia social y sanitaria del aborto inseguro, y se reconocieron la capacidad y la autonomía de las mujeres para tomar sus propias decisiones en relación a la sexualidad y la reproducción (Cook, 2006). El Programa de Acción de la CIPD (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1994) identificó con claridad las acciones para enfrentar los problemas generados por el aborto:

*“(…) Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales (…) a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habrá que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad del aborto (...) En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas (…) las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto. Se deben ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos” (párrafo 8.25).*

1. Cabe señalar que la OMS es la autoridad directiva y coordinadora de las acciones del ámbito de la salud en el sistema de las Naciones Unidas; es responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, de configurar la agenda para las investigaciones sobre problemas de salud de incumbencia regional y mundial, de establecer normas a nivel internacional, de prestar apoyo técnico a los países y de vigilar las tendencias sanitarias mundiales. En consulta con reconocidos expertos, la OMS genera información sanitaria fidedigna para formular políticas basadas en evidencias científicas, las cuales son la base para establecer prioridades, definir estrategias y medir resultados.

Las recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD sobre el aborto fueron avaladas un año después en Beijing durante la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer auspiciada por la ONU (Organización de las Naciones Unidas, 1995). En este foro se reiteró la necesidad de reconocer al aborto inseguro como un problema social y de salud pública de la más alta prioridad y se recomendó a los gobiernos lo siguiente:

*“A la luz del párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, (los gobiernos) deben revisar las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que se han sometido a abortos ilegales” (párrafo 106).*

En la primera evaluación del Programa de Acción de la CIPD, realizada en Nueva York en 1999, los Estados miembros de la ONU, entre ellos México, ratificaron su compromiso de mejorar la atención a las mujeres con complicaciones del aborto y de garantizar el acceso a servicios para la interrupción del embarazo bajo las circunstancias permitidas por las leyes (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1999). En esta reunión se enfatizó la necesidad de capacitar profesionales para ofrecer servicios seguros de aborto:

*“En circunstancias en las que el aborto no está en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar medidas que aseguren que el aborto es seguro y accesible. Medidas adicionales deben ser tomadas para salvaguardar la salud de las mujeres” (párrafo 63.iii).*

Los problemas que el embarazo no deseado y el aborto implican para las adolescentes han sido también motivo de preocupación para clínicos y profesionales de la salud pública, para las organizaciones que abogan por los derechos de adolescentes y jóvenes, y para las agencias y organismos internacionales. Hoy se reconoce la urgencia de garantizar a las adolescentes el acceso a la anticoncepción moderna, de eliminar las restricciones legales que limitan su acceso al aborto seguro y legal, y de adaptar a sus necesidades los modelos de atención al aborto y al postaborto (Olukoya y cols., 2001; Cook y cols., 2003; De Bruyn y Packer, 2004; Center for Reproductive Rights, 2005; Burket y cols., 2005; Collado y cols., 2008; Singh y cols., 2009a). A principios de la década presente, el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2003) hizo la siguiente recomendación a los gobiernos:

*“Las adolescentes (…) deben tener acceso a servicios de salud sensibles a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados parte deben tomar medidas para reducir la morbilidad y la mortalidad materna en adolescentes, particularmente la causada por el embarazo temprano y la práctica del aborto inseguro” (párrafo 31).*

Desde la década de 1990, muchos gobiernos y organizaciones no gubernamentales han instrumentado políticas y operado programas en respuesta al Programa de Acción de la CIPD, pero la fuerte influencia de fuerzas conservadoras y la falta de apoyo político y financiero han llevado a progresos lentos y desiguales en la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva en el mundo en desarrollo (Langer, 2003; Stewart y cols., 2004; Burke y Shields, 2005; Glasier y cols., 2006; Fatalha y cols., 2006).

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), formulados en 2001 por la Asamblea General de la ONU para reducir la pobreza alrededor del mundo, compromete a los Estados miembros a mejorar la salud materna. El ODM # 5 incluye dos metas cuyo plazo es el año 2015; la primera meta plantea *reducir la mortalidad materna en 75% respecto a los niveles registrados en 1990* y tiene dos indicadores: la razón de mortalidad materna y el porcentaje de nacimientos atendidos por personal capacitado; la segunda meta plantea *lograr el acceso*

*universal a servicios de salud reproductiva* y abarca los siguientes indicadores: el uso de anticonceptivos y la demanda insatisfecha de éstos, la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes -15 a 19 años-, y la cobertura de la atención prenatal (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2005).

Frente a estas metas se ha señalado que el nivel de la mortalidad materna continúa siendo inaceptablemente elevado en muchos países del mundo en desarrollo, y que el aborto inseguro es uno de los principales obstáculos para lograr su reducción sustancial (Crane y Hord-Smith, 2006); por ello, recientemente la OMS ha insistido en que la erradicación del aborto inseguro es central tanto para responder a las recomendaciones de la CIPD como para alcanzar las metas relativas al mejoramiento de la salud materna establecidas por los ODM (World Health Organization, 2010).

Una revisión exhaustiva de los instrumentos del derecho internacional en materia de derechos humanos demuestra cómo los tratados, los comités para su monitoreo, las relatorías especiales y los documentos de consenso, tanto regionales como de la ONU, se han enfocado repetidamente, y con consistencia en sus posturas, sobre problemas como la mortalidad materna, el embarazo no deseado y el aborto inseguro en las diferentes regiones y países del mundo (De Bruyn, 2003). A nivel internacional y regional, organismos de diversos tipos - asociaciones profesionales, grupos de ministros de salud, agencias para la defensa de los derechos humanos, y órganos legislativos regionales, entre otros- han emitido en los años recientes declaraciones y recomendaciones de consenso dirigidas a que los gobiernos asuman su responsabilidad en la eliminación de la morbilidad y la mortalidad asociadas con el aborto inseguro.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), por ejemplo, trabaja en estrecha colaboración con la OMS y tiene un Grupo de Trabajo sobre la Prevención del Aborto Inseguro con influencia en todas las regiones del mundo (Leke y cols., 2010). A través de su Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos sobre la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer, la FIGO (2006) ha emitido recomendaciones dirigidas a mejorar los servicios de salud reproductiva y a liberalizar las leyes sobre el aborto afirmando que:

*“(…) tras la debida consejería, las mujeres deben tener el derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, y los servicios sanitarios tienen la obligación de ofrecer tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad.”*

En el mismo sentido, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologysts (2009), del Reino Unido, ha reconocido explícitamente que el aborto forma parte de los programas y servicios que los sistemas de salud deben ofrecer a las mujeres:

*“(…) el aborto es una parte esencial de los servicios de salud para las mujeres, junto con el acceso a servicios de anticoncepción, de planificación familiar, y de cuidados postaborto.”*

Otro ejemplo es el acuerdo logrado en 2006 en la Sesión Especial de la Unión Africana de Ministros de Salud, auspiciada por la OMS y la FIGO, cuyo Programa de Acción recupera las recomendaciones de la CIPD y contempla diversas medidas para reducir la incidencia del aborto inducido: recabar y difundir evidencias sobre su magnitud y sus consecuencias; promulgar leyes para reducir sus complicaciones; implementar planes nacionales para reducir los embarazos no deseados; y equipar instalaciones y capacitar personal para ofrecer servicios legales y seguros de aborto, y para mejorar la atención a las mujeres con complicaciones. El

antecedente de este acuerdo es la Carta Africana sobre Derechos Humanos y Derechos de las Mujeres (Ngwena, 2010) que llama a los gobiernos de esa región del mundo a:

*“Proteger los derechos reproductivos de las mujeres autorizando el aborto (…) en casos de asalto sexual, violación, incesto, y cuando la continuación del embarazo amenace la salud física y mental de la madre, o la vida de la madre o del feto”* (Artículo 12, sección 2C).

Un ejemplo más es una de las resoluciones adoptadas recientemente por el Consejo Europeo, cuya Asamblea Parlamentaria incluye 47 Estados miembros y 5 Estados observadores, entre ellos al Estado mexicano (Parliamentary Assembly of the Council of Europe, 2008a); esta resolución reconoce claramente las consecuencias de prohibir el aborto:

*“(…) el aborto no debe ser prohibido. Una prohibición no resulta en menos abortos, sino lleva a abortos clandestinos, traumáticos y más peligrosos. La situación legal del aborto no impacta en la necesidad del aborto, sólo en el acceso al aborto seguro”.*

En una resolución posterior, el Consejo Europeo (Parliamentary Assembly of the Council of Europe, 2008b) reitera lo anterior e insiste con firmeza a sus Estados miembros que despenalicen totalmente el aborto y garanticen el acceso efectivo a este derecho, que remuevan todas las restricciones y reconozcan la capacidad de las mujeres para tomar sus decisiones reproductivas de manera libre e informada. Además, esta resolución recomienda que las medidas para despenalizar el aborto se acompañen de un amplio acceso a los métodos anticonceptivos más eficaces y de programas de educación sexual que operen sin coerción y sean culturalmente apropiados.

Algunos organismos nacionales dedicados a la cooperación internacional se han pronunciado también a favor de las medidas para prevenir el aborto y liberalizar las leyes que lo regulan. Tal es el caso del Department of International Development (2009), del Gobierno del Reino Unido, que sostiene que las mujeres no deben ser obligadas a enfrentar la muerte, la discapacidad o la persecución penal cuando recurren al aborto. Afirma también que la prevención del aborto inseguro tiene que ser apoyada como parte de las estrategias más amplias de la salud pública, a fin de mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres con programas que garanticen el acceso al aborto seguro donde éste es legal y que permitan evitar las complicaciones del aborto donde está penalizado; asimismo, este organismo considera indispensable apoyar los procesos que permitan reformas legales y de políticas públicas dirigidos a la prevención del aborto inseguro*.*

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres (1999), un cuerpo de expertos independientes encargado de monitorear la implementación de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres de la ONU, hizo la siguiente recomendación general:

*“Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado a través de la planificación familiar y la educación sexual, y reducir las tasas de mortalidad materna a través de servicios para la maternidad segura y la atención prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castiga el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos” (Párrafo 31c).*

Por su parte, a través de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2009), el Consejo de los Derechos Humanos ha llamado a los Estados miembros a:

“*(…) promover y proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en particular sus derechos a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a ser libres de buscar, recibir e impartir información, a gozar del beneficio del progreso científico, a ser libres de discriminación y a gozar del nivel más alto posible de salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva.*”

“*(…) renovar su compromiso político a nivel local, nacional, regional e internacional, y a redoblar sus esfuerzos para asegurar la plena y efectiva implementación de sus obligaciones en temas de derechos humanos, la Declaración de Beijing y su Plataforma de Acción, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, su Programa de Acción y sus conferencias de seguimiento, la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el Objetivo de mejorar la salud materna y de promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.*”

# Ineficiencia por razones de salud pública: las evidencias nacionales

¿Cuál es la situación epidemiológica del aborto en México? Con el propósito de ofrecer evidencias útiles para el análisis se revisaron investigaciones recientes realizadas en el país y los datos oficiales más significativos que producen las instituciones públicas de salud nacionales.

Según un estudio realizado por el Colegio de México, en colaboración con el Population Council y el Instituto Guttmacher, se estima que en las últimas décadas los *abortos inducidos* han aumentado en una tercera parte: de poco más de 500 mil en 1990 a 875 mil en 2006. La tasa de aborto por c/mil mujeres en edad reproductiva aumentó de 25 a 33, ubicándose entre las más altas del mundo cuando se le compara con una tasa de 31 para los países de América Latina y El Caribe, y una de 29 para el conjunto de los países en desarrollo. De acuerdo con este estudio, sólo una de cada 6 mujeres que se realiza un aborto es hospitalizada, por lo que las 5 restantes carecen de atención médica adecuada. Por ello, el estudio sugiere que las atenciones hospitalarias por aborto sólo representan la punta visible del *iceberg* de lo que en realidad ocurre con el aborto inducido (Juárez y cols., 2009).

Análisis llevadas a cabo por Ipas México, a partir de información oficial recabada por las instituciones públicas de salud del país, indican que el aborto causó entre 1990 y 2013, 2,186 muertes, de las cuales 279 fueron en adolescentes de 15 a 19 años, y 11 en niñas de 10 a 14 años. De esta manera, fue responsable de poco más del 7.3% -en promedio- de todas las muertes maternas a lo largo de las últimas dos décadas. En 2010, representó sin embargo entre el 11 y el 25% de todas las muertes maternas en nueve entidades federativas (Campeche, Chihuahua, Jalisco, México, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas), y en 2011, en ocho estados, registró un porcentaje igual o mayor al 10% del total de las muertes maternas.

De las mujeres que perdieron la vida a causa de un aborto durante este periodo, 500 –el 65%- pertenecían a la población sin derecho a instituciones de seguridad social y fueron atendidas por la Secretaría de Salud y por el régimen del Seguro Popular, lo cual es un indicador de pobreza (Schiavon y cols., 2010). En el caso de las mujeres adolescentes y jóvenes, un análisis anterior, que abarcó datos oficiales del período 1990-2005, muestra que la mortalidad por aborto las afecta de manera desproporcionada: casi la mitad de las muertes -el 45%- ocurrieron en jóvenes de 20-29 años y el 13% en adolescentes de 15 a 19 años (Schiavon y cols., 2007).

El peso del **aborto inseguro**, que no se registra como tal en los sistemas de información en salud, está seguramente subestimado, pero constituye almeno el 57% del total de muertes y el

83% del total de hospitalizaciones por esta causa, de acuerdo a los códigos aplicables de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

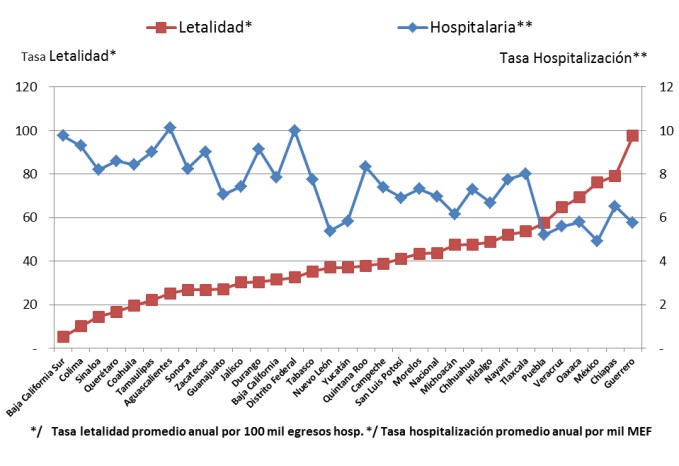
La tasa de hospitalización, es decir el número de hospitalizaciones por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, a lo largo de poco más de una década, fue de 7 mujeres por cada mil a nivel nacional, con una tendencia sistemática al aumento, en todas las entidades federativas y en todos los grupos de edad, incluyendo las adolescentes, independientemente del estatus legal del mismo.

La evidencia internacional sobre las enormes inequidades que implica el aborto inseguro para la salud de las mujeres se confirma también en México. Un estudio reciente, que analizó datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006, documenta que las mujeres más pobres, las de menor nivel educativo y las de origen indígena tienen una probabilidad *9 veces mayor* de someterse a un aborto inseguro que aquellas con mejores condiciones socioeconómicas, más educadas y que no pertenecen a etnias indígenas. Además, las mujeres que viven en los estados más pobres del país tienen un mayor riesgo de tener un aborto inseguro; coincidentemente, es en esos estados más pobres donde hay una mayor proporción de mujeres que no usan métodos anticonceptivos o no los conocen. Este mismo estudio indica que el 44% de los abortos reportados por mujeres de 15-55 años fueron inducidos, de los cuales el 16.5% fueron inseguros (Souza y cols., 2010).

Por otro lado, en el caso de las adolescentes los escasos datos oficiales disponibles muestran un escenario cuya gravedad las autoridades de salud y los/las médicos no pueden seguir ignorando (Collado y cols., 2008). En 2002, en *todos* los hospitales de la Secretaría de Salud del país el aborto fue el segundo motivo de egreso entre adolescentes de 15 a 19 años, y el quinto entre *niñas* de 10 a 14 años. En ambos grupos de edad la primera causa de egreso fue el parto normal, y entre el resto de las causas se encuentran también el parto obstruido, los trastornos hipertensivos del embarazo, la hemorragia obstétrica y la infección puerperal (Secretaría de Salud, 2003).

La tasa de letalidad del aborto (case-specific fatality rate), es decir el riesgo de morir a consecuencia del aborto por cada 100,000 hospitalizaciones por la misma causa, entre 2000 y 2013, fue de 43.6 defunciones por cada 100,000 hospitalizaciones a nivel nacional, pero con variaciones muy amplias en loa entidades federativas.

Figura 1: Tasa de Letalidad y Tasa de Hospitalización por aborto por entidad federativa, México 2000-2013.



Existe además (Figura 1) una relación inversa entre tasas de letalidad y tasas de hospitalización por aborto: donde más se hospitalizan las mujeres, menos se mueren. Estos datos sugieren variaciones significativas en el acceso a servicios, en la calidad técnica, el trato y el grado de estigmatización que reciben las mujeres cuando llegan a ser atendidas por aborto, en la prevalencia y gravedad de las complicaciones que llegan a experimentar. Todas estas variaciones finalmente impactan en la diferente mortalidad por esta causa a nivel de las entidades federativas.

Cabe mencionar, para fines comparativos, que bajo condiciones de legalidad y con acceso a servicios seguros de aborto, la TLA es cien veces más baja que el promedio nacional de México, con apenas 0.56 muertes por cada 100 mil abortos legales en Estados Unidos. Para el conjunto de los países desarrollados se reporta una TLA promedio de 10 muertes por cada 100 mil procedimientos (World Health Organization, 2007).

En los últimos años, los registros oficiales han permitido documentar la tendencia de estos indicadores en el Distrito Federal -donde la ley permite el acceso al aborto legal, seguro y gratuito para las mujeres que así lo soliciten durante el primer trimestre del embarazo-, en comparación con los de estados donde el aborto es legalmente muy restringido. En la Capital del país, entre los 141,000 procedimientos legales realizados desde la despenalización (Abril 2009) hasta la fecha (31 mayo 2015), no se ha registrado una sola muerte.

¿Cómo puede interpretarse el aumento de la incidencia del aborto en México observado en los estudios recientes? La explicación más probable es que las mujeres y las parejas aspiran a un tamaño cada vez más reducido de familia, pero que esta reducción en las aspiraciones reproductivas no ha sido acompañada de un mejoramiento sustancial de los programas de planificación familiar; además, en los últimos años tampoco se ha logrado un mayor acceso a los anticonceptivos para las mujeres jóvenes y adolescentes que no están unidas (Secretaría de Salud, 2007).

Alrededor del mundo, las causas más frecuentes del aborto son los embarazos no deseados y no planeados (Guttmacher Institute, 1999). Si bien en México hay aún poca información sobre la incidencia de estos embarazos, en los años recientes las encuestas demográficas y de salud han permitido hacer algunas estimaciones consistentes. Un análisis de la base de datos de la Encuesta Nacional en Salud Reproductiva 2003 muestra que el 45.5%, casi la mitad, de los

primeros embarazos no fueron planeados ni deseados.11 Por otro lado, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006 muestra que más de una cuarta parte de las mujeres unidas –el 26.8%- había tenido alguna vez en la vida un embarazo no intencional, correspondiendo un 12% a embarazos no deseados y 14.8% a embarazos no planeados (Juárez y cols., 2009).

Otras evidencias indican que la necesidad no satisfecha de anticoncepción no se ha reducido de manera significativa en México, un hecho documentado a raíz de la comparación de los resultados de las últimas encuestas demográficas nacionales (las ENADID 1997, 2006 y 2009). La necesidad no satisfecha de anticonceptivos, que a nivel nacional es de casi 12%, es particularmente elevada entre las adolescentes y jóvenes unidas, con 36% y 24% respectivamente, así como entre las mujeres indígenas con 22%, las mujeres sin escolaridad con 18%, o las mujeres que residen en comunidades rurales con 20% (Consejo Nacional de Población, 2009). Esto significa que, a pesar de no desear un embarazo, proporciones elevadas de mujeres que pertenecen a estos grupos, reconocidos por las políticas públicas como *grupos socialmente vulnerables*, no conocen, no usan o no tienen acceso real a los métodos anticonceptivos.

Expertos en demografía han calculado que para prevenir 1.6 abortos inducidos por mujer se requiere aumentar 10 puntos porcentuales la cobertura anticonceptiva en una determinada población (Bongaarts y Westof, 2003). En México, este indicador subió 9 puntos porcentuales entre 1992 y 2009 (Consejo Nacional de Población, 2009), pero solo 8 en adolescentes. Falta mucho por hacer para responder a las necesidades no satisfechas de anticoncepción, para disminuir la incidencia de los embarazos no planeados y no deseados, y para reducir la necesidad del aborto, sobre todo en poblaciones adolescentes, rurales, no escolarizadas e indígenas.

La prevención del aborto inducido, y por ende del aborto inseguro, radica en la prevención de los embarazos no deseados y no planeados. Tal acción preventiva *no* es, sin embargo, una responsabilidad exclusivamente individual, de cada mujer, de cada adolescente, de cada pareja. Se trata, esencialmente, de una responsabilidad ineludible del Estado que debe expresarse en términos de voluntad política y de la inversión de recursos para ampliar la perspectiva de los programas de educación sexual, para crear servicios especializados que respondan a las necesidades de la población adolescente y joven, y para asegurar la cobertura universal de servicios de salud sexual y reproductiva con alta calidad.

En suma, las investigaciones más recientes realizadas en México abonan al mismo panorama mundial que se describió antes: el aborto sigue siendo un fenómeno ampliamente extendido, así como un relevante problema de salud pública. El aborto es también un problema de inequidad social, cuyo impacto negativo es mucho mayor entre las mujeres pobres, las más jóvenes y las que tienen menor acceso a la educación y a los servicios de salud. Las leyes esencialmente restrictivas que rigen en el país nada han podido hacer para evitar este fenómeno, que sólo puede ser enfrentado con políticas respetuosas de los derechos humanos de las mujeres y de las parejas, y con programas de salud acordes con la realidad epidemiológica del aborto (Schiavon, 2008; Lerner 2008).

# Ineficiencia por razones médicas intrínsecas

Una interpretación restrictiva del DERCHO A LA VIDA evade el hecho de que si las leyes no protegen los derechos fundamentales de la mujer embarazada, inevitablemente desprotegen la vida del producto que depende de ella de manera inequívoca. Esto ocurre cuando el embarazo y el parto suponen riesgos médicos extremos para la salud o la vida de la mujer, como los embarazos ectópicos, la eclampsia o diversas enfermedades preexistentes que se agravan por el embarazo: infecciosas, cardiacas, inmunológicas, renales, neoplásicas, etcétera.

En su pretendida defensa absoluta del derecho a la vida del producto, la reforma ignora una contradicción que es intrínseca y médicamente insoslayable: cada muerte materna causada por un problema de salud de la mujer embarazada implica la pérdida de la vida del producto mientras éste no haya alcanzado la madurez que en términos de su desarrollo biológico requiere para sobrevivir.

Para quienes el producto merece la calidad moral de persona desde la fecundación y consideran que la interrupción del embarazo es un acto similar al homicidio, el dilema que supone *decidir* si se preserva la salud de la mujer, o si se salva o no su vida cuando el embarazo implica un riesgo extremo, conduce, en la mayoría de los casos, a la conclusión de que la vida del feto tiene más valor y que moralmente es más justificable la muerte de la mujer que la del embrión o el feto; en ciertos casos extremos la moral católica puede apelar a la *doctrina del doble efecto* para justificar la muerte del producto y salvar la vida de la mujer (Valdés, 1999). Sin embargo, la doctrina del doble efecto se aplica excepcionalmente para justificar moralmente el aborto terapéutico y preservar la vida de la mujer pero no es aceptada cuando la interrupción del embarazo obedece a otro tipo de razones, como la violación, las alteraciones fetales o los motivos socioeconómicos (Vázquez, 2004).

Desde la perspectiva de la ética médica laica se ha planteado (Pérez-Tamayo, 2002) que las posturas sobre el aborto que se apoyan en valores religiosos implican una comprensión limitada de los principios éticos de la medicina –*preservar la salud, curar o ayudar cuando no se puede curar, pero siempre apoyar y consolar*-, ya que la interrupción del embarazo es una medida que no contradice dichos principios cuando se trata de evitar muertes prematuras e innecesarias; así, los/las médicos cumplen cabalmente con sus obligaciones éticas cuando para preservar la salud o salvar la vida de una mujer no pueden evitar la muerte del producto:

*“(…) cuando existe una incompatibilidad aparente entre los objetivos de la medicina (…) la forma racional de actuar es buscando el mayor beneficio real para las partes involucradas, lo que a veces requiere un juicio equilibrado sobre la forma de producir el menor daño posible. La decisión no es muy diferente a la del médico cancerólogo que debe administrar tratamiento citotóxico a un paciente con una neoplasia, o del cirujano que debe operarla: en ambos casos se tiene conciencia de que la terapéutica ocasionará daño al paciente, pero se procede a realizarla porque el beneficio ulterior será mayor y posiblemente definitivo; en cambio, si no se lleva a cabo el tratamiento, es seguro que el paciente fallezca a causa de su neoplasia. En el caso del embarazo, el mayor daño se produce al no interrumpirlo porque altera en forma permanente la vida de la mujer y permite el surgimiento ulterior de otra vida en condiciones adversas para su desarrollo normal.”*

# Ineficiencia por razones ligadas a sus impactos potenciales en la salud sexual y reproductiva

Una consecuencia inmediata de la interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA implica la limitación severa de la libertad reproductiva de las mujeres. Esta consecuencia se expresa en dos sentidos: a) cuando una mujer o una pareja busque evitar el embarazo, se limitará el acceso a ciertos métodos modernos para el control de la fertilidad, en particular las píldoras

anticonceptivas de emergencia, los implantes subdérmicos y los dispositivos intrauterinos; y b) cuando una mujer o una pareja con problemas de infertilidad busquen atención para lograr un embarazo, tal interpretación atentará críticamente contra sus derechos obstaculizando el acceso, ya de por sí limitado en el país, a las tecnologías para la reproducción asistida, por atentar a la *dignidad del embrión*.

En el primer caso, la pretensión limitativa de la interpretación restrictiva se apoya en dos argumentos que las posturas conservadoras intentan fundamentar: el inicio del embarazo a partir de la *concepción*, y la supuesta capacidad *abortiva* de métodos anticonceptivos que interfieren con la implantación del óvulo fertilizado. Estos argumentos, repetidos una y otra vez a lo largo de la última década, no tienen, sin embargo, respaldo alguno en evidencias científicas. Hoy la comunidad científica acepta que el embarazo se inicia a partir de la implantación del cigoto y *no antes* de que esto ocurra; además, la evidencia científica acumulada sugiere que la anticoncepción hormonal de emergencia –uno de los métodos anticonceptivos más atacados por la Iglesia y sus aliados- *no* interfiere con la implantación del cigoto, ya que sus mecanismos de acción, al igual que el de todos los anticonceptivos hormonales, inhiben o retardan la fecundación (Durand y cols., 2009).

En el segundo caso, cuyas implicaciones se presentan en el apartado 5 de este documento, la justificación para limitar el acceso de las mujeres y de las parejas a las técnicas de reproducción asistida será apoyada con argumentos relativos a la producción de “*embriones supernumerarios*” por “*medios moralmente inaceptables*” (Septién, 2003).

A partir de este tipo de argumentos, los métodos anticonceptivos modernos y los programas oficiales de planificación familiar pueden entrar bajo la mira. Con el argumento de la defensa absoluta de la vida, la interpretación restrictiva sienta las bases para limitar, y aun prohibir, la prescripción de anticonceptivos modernos. El debate sobre estos temas en México ha sido largo y tortuoso, y se ha sometido a la valoración de a la Suprema Corte de Justicia de la Nación como ocurrió años atrás en el caso de la constitucionalidad de la **anticoncepción de emergencia**. Tal discusión no es, por desgracia, exclusiva de México, ya que controversias similares existen en otros países, como la mayoría de los de América Latina y El Caribe, donde la fuerte influencia política de los principios católicos más conservadores impone interpretaciones falaces de los avances de la ciencia. No es este el caso de muchos otros países del mundo, donde a pesar de las presiones de los sectores conservadores se ha logrado que los criterios para definir el inicio del embarazo y para ratificar la absoluta legitimidad de la anticoncepción moderna se basen en evidencias científicas y se traduzcan en políticas públicas que protegen tanto la salud y la vida de las mujeres como el bienestar de las sociedades.

La anticoncepción moderna ha demostrado ser una de las formas más costo-efectivas para abatir la mortalidad materna, ya que al disminuir el riesgo de exposición al embarazo reduce la incidencia de los embarazos no deseados y por ende la necesidad de los abortos inseguros (Rahman y cols., 2001; Global Health Council, 2002; International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2009; Singh y cols., 2009; Durand y cols., 2009). Al pretender limitar o impedir el acceso a los métodos anticonceptivos modernos -en especial a los que son altamente efectivos y de larga duración, o a la anticoncepción de emergencia-, una potencial interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA supone un importante obstáculo para que el Estado cumpla con su obligación de proteger la salud física y mental de las mujeres, exponiéndolas al riesgo de embarazos no planeados, no deseados, y forzados; al riesgo de tener hijos/as afectados por alteraciones congénitas o genéticas de mayor o menor gravedad; y

también al riesgo de enfermar o morir durante el embarazo, el parto y el puerperio, o por abortos inseguros.

# Una interpretación del DERECHO A LA VIDA que ignora la obligación del Estado para proteger la salud individual y promover la salud pública

Al criminalizar a las mujeres que interrumpen sus embarazos, el Estado evade su obligación de ofrecerles servicios legales y de alta calidad independientemente de la causa, inclusive en casos de violación y aun cuando sus vidas corran peligro, cuando se expongan a un grave riesgo para su salud física o mental, o cuando se detecten alteraciones fetales severas.

Como ya se argumentó, el aborto es esencialmente un problema de salud pública y no de criminalidad, por lo que no necesita soluciones sancionadoras ni medidas regresivas. En tal sentido, es central que quienes toman decisiones en materia de políticas y programas de salud, así como quienes ofrecen los servicios –de manera muy destacada los/las médicos-, adquieran una perspectiva amplia en cuanto a los diversos riesgos y efectos del aborto en la salud de las mujeres. Tales riesgos y efectos no se limitan sólo a la dimensión física de la salud, lo que supone una interpretación más abarcadora de la *causal salud* incluida en muchas legislaciones del mundo y en once estados de la República Mexicana.12 En una publicación reciente alusiva a la realidad de América Latina y El Caribe (González y cols., 2008) se señala al respecto lo siguiente:

*“Aunque la causal salud está incluida en los marcos legales de muchos países de la región desde hace décadas, su aplicación práctica es marginal, debido, fundamentalmente, a interpretaciones restrictivas de los conceptos de riesgo y de salud, o debido también a las poco frecuentes solicitudes de las mujeres, desalentadas por las múltiples barreras que deben enfrentar en su acceso a los servicios. Las barreras al acceso a servicios de interrupción legal del embarazo traen como consecuencia que las mujeres opten por servicios inseguros que con frecuencia ponen en riesgo su salud y su vida” (p. 23).*

*“(…) la afectación de la dimensión física de la salud de las mujeres se puede originar por enfermedades que se agravan con el embarazo, por complicaciones médicas del mismo, por la imposibilidad de recibir tratamiento adecuado para una enfermedad existente, por violencia (…) Es decir, que no es posible definir una lista cerrada de enfermedades para argumentar que la salud física ha sido afectada. Por su parte, la afectación de la salud mental incluye, entre otras cosas, situaciones como la violación, la existencia de malformaciones fetales graves, las angustias derivadas de circunstancias económicas y sociales adversas; todas situaciones que pueden afectar la salud de las mujeres física y mentalmente (…) la salud mental no se afecta solamente cuando se presenta un trastorno mental severo o una discapacidad absoluta, sino que incluye también el dolor psicológico o el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima. Por último, una de las facetas que expresa una afectación de la salud, en su dimensión social, es el proyecto de vida (…) si la gestación interfiere con ese proyecto, se afecta la salud. De igual forma, existe afectación de la salud en esta dimensión cuando el embarazo fuerza a la mujer a abandonar el sistema educativo o a reducir sus expectativas de educación” (p. 16).*

Por otro lado, una interpretación del DERECHO A LA VIDA ignora no sólo el derecho a la salud de todas las mujeres, sino también las recomendaciones internacionales en el sentido de preservar la salud de las mujeres ofreciéndoles el tratamiento y la consejería que requieren

12 Ver: *El aborto en los códigos penales de las entidades federativas*, en el sitio web del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE): [www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx/)

cuando la causal para el aborto está contemplada en las leyes, o cuando presentan complicaciones ocasionadas por un procedimiento inseguro.

Dos medidas imprescindibles para eliminar los efectos adversos del aborto inseguro son: a) garantizar el acceso a servicios legales y seguros para la interrupción del embarazo a *todas* las mujeres que los soliciten, incluyendo a las niñas y las adolescentes; y b) mejorar la calidad de la atención post-aborto, incorporando en los servicios de atención obstétrica modelos que han probado ser de gran utilidad y de menor costo en muchos países; tales modelos incluyen el tratamiento de urgencia de las complicaciones del aborto, utilizando el método quirúrgico de la aspiración endouterina –manual o eléctrica-, procesos de consejería amplia para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados, y la prescripción de anticonceptivos seguros y eficaces (Billings y Benson, 2005; Singh, 2006; Healy y cols., 2006; Grimes y cols., 2006; Singh y cols., 2009b). El derecho a la salud tiene que garantizar que cualquier mujer con complicaciones de un aborto -sea legal o ilegal, espontáneo o inducido-, reciba una atención postaborto apropiada (Cook y Dickens, 2003).

Al no enfrentar el problema con políticas de salud basadas en evidencias y en las mejores prácticas clínicas, el Estado evade su obligación de proteger la salud física y mental de las mujeres y falta a su compromiso de enfrentar los problemas que supone el aborto. En un país cercano, Nicaragua, la ley que autorizaba el aborto por motivos terapéuticos fue derogada en 2006. La interpretación de esa ley permitía la práctica del aborto cuando el embarazo ponía en riesgo la salud o la vida de la mujer embarazada, y en algunos casos cuando era resultado de una violación. Posteriormente, en 2008, se aprobó una reforma que prohíbe el aborto bajo cualquier circunstancia. Los efectos de la prohibición total del aborto en Nicaragua han sido documentados en un extenso informe de Amnistía Internacional (2009), en el cual se describen con precisión las consecuencias de la criminalización del aborto sobre la práctica de la medicina:

*“La penalización del aborto deja a los profesionales de la medicina en una situación legal riesgosa. Los obliga a actuar en contra de los principios éticos, a negar a sus pacientes el tratamiento más beneficioso posible para su salud, y a exponerse a penas de prisión si actúan de conformidad con los procedimientos y protocolos oficiales de buenas prácticas para interrumpir un embarazo que pone en peligro la vida o la salud de mujeres o niñas.*

*La penalización del aborto en todas las circunstancias ha creado una situación en la que algunos médicos retrasan el tratamiento de mujeres y niñas por temor a ser procesados por provocar un aborto o causar lesiones al feto. A corto plazo, tales retrasos pueden causar una gran ansiedad y angustia. También pueden tener graves consecuencias para la salud a largo plazo de la mujer o la niña, agravando problemas de salud preexistentes o impidiéndole tener hijos en el futuro. En el peor de los casos, los retrasos pueden poner su vida en peligro. Aunque aún no ha habido procesamientos en la aplicación de la ley, la prohibición del aborto tiene un efecto amedrentador sobre la capacidad de los profesionales de la medicina y los trabajadores de la salud de proporcionar el tratamiento indicado desde el punto de vista médico.”*

Por otro lado, el Comité Contra la Tortura de la ONU (2009), preocupado por el ataque al derecho a la protección de la salud de las mujeres, emitió un fuerte pronunciamiento dirigido al Estado nicaragüense:

*“El Comité expresa su profunda preocupación por la prohibición general del aborto en los artículos 143 a 145 del Código Penal, incluso en casos de violación sexual, incesto o presuntamente de embarazos que amenazan la vida de la mujer, que en muchos casos resultan directamente de crímenes relacionados con violencia de género. Esta situación implicaría para los grupos de mujeres arriba señaladas una constante exposición a las violaciones cometidas contra ellas, lo que supone un grave estrés traumático*

*con el riesgo de padecer prolongados problemas psicológicos, tales como ansiedad y depresión. El Comité nota también con preocupación que las mujeres que solicitan el aborto por las circunstancias mencionadas más arriba, corren por ello el riesgo de penalización. Asimismo, le preocupa al Comité que la ley que autorizaba el aborto terapéutico en tales condiciones fuera derogada por el Parlamento en 2006 y que desde la adopción de esta prohibición se han documentado varios casos en los cuales la muerte de la mujer embarazada estuvo asociada a la falta de una oportuna intervención médica orientada a salvar su vida, en clara violación de las numerosas normas éticas de la profesión médica. Asimismo, el Comité observa con preocupación que el personal médico pueda ser investigado y sancionado por el Estado parte por la práctica del aborto terapéutico, artículos 148 y 149 del Código Penal (art. 16).*

*“El Comité urge al Estado parte a que revise su legislación en materia de aborto, tal como fue recomendado por El Consejo de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus últimas observaciones finales y que estudie la posibilidad de prever excepciones a la prohibición general del aborto para los casos de aborto terapéutico y los embarazos resultantes de violación o incesto. De conformidad con las directivas de la Organización Mundial de la Salud, el Estado Parte debe garantizar el tratamiento inmediato y sin condiciones de las personas que buscan atención médica de emergencia. Asimismo, el Estado debe evitar penalizar a los profesionales de la medicina en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales.”*

México ha recibido también recomendaciones específicas por parte de diversos organismos de la ONU, como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2006) y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2006). Estas recomendaciones instan al Estado mexicano a mejorar la atención a las mujeres con complicaciones del aborto inseguro y a ofrecer servicios de aborto legal en todos los casos en que la ley lo contemple; asimismo, lo convocan a eliminar las penalizaciones existentes respecto a la interrupción del embarazo en el marco del respeto a la libre decisión reproductiva de las mujeres. Un extenso informe de Human Rights Watch (2006) sobre los obstáculos que enfrentan en México las mujeres que son víctimas de la violencia sexual señala lo siguiente:

*“Un embarazo no deseado resulta angustiante en cualquier circunstancia. Cuando es el resultado de una violación o incesto, el embarazo se convierte en un continuo recordatorio físico de la violación a la integridad física padecida por la mujer o niña. A las víctimas de violación a las que se les niega su derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo impuesto, se les niega no sólo su derecho a elegir independientemente en asuntos relacionados al aborto, sino también su derecho a la justicia y a obtener un resarcimiento y -en un sentido más amplio- a la dignidad humana. En México, las autoridades públicas estatales han convertido la negación de estos derechos en una política institucional en muchos casos. A nivel federal, el aborto por violación no es considerado una prioridad, y ciertamente no es visto (…) como un tema fundamental en el campo de los derechos humanos”.*

Recientemente, a raíz de las reformas constitucionales que se aprobaron en el país entre 2008 y 2009, el Comité de Derechos Humanos de la ONU (2010) ha emitido las siguientes observaciones al Estado mexicano:

*“Al Comité le preocupa que, pese a la Norma Federal 046 (…) emitida por el Ministerio de Salud y el dictamen de la Suprema Corte de Justicia sobre la constitucionalidad de la despenalización del aborto en 2008, el aborto sea aún ilegal en todas las circunstancias conforme a las constituciones de muchos estados.” (arts. 2, 3, 6 y 26).*

*“El Estado parte debe armonizar la legislación sobre el aborto en todos los estados en consonancia con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y asegurar la aplicación de la Norma Federal 046 (…) en todo su territorio. Asimismo, debe tomar medidas para ayudar a las mujeres a evitar embarazos*

*no deseados para que no tengan que recurrir a abortos ilegales o inseguros que pueden poner en riesgo su vida (art. 6).”*

# Una interpretación del DERECHO A LA VIDA que introduce elementos de extrema incertidumbre legal, ética y médica

Una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA propicia una extrema incertidumbre legal, ya que establece la protección de un presunto derecho fundamental –*el derecho a la vida*- a partir del momento de *la concepción*. En este apartado se revisan las implicaciones de esta protección en dos etapas tempranas distintas del desarrollo del producto: antes y después de la implantación del cigoto.

Durante la etapa que transcurre entre la fertilización del óvulo y la implantación del cigoto, la incertidumbre y la consecuente potencial e inexacta aplicación de la reforma son aún más evidentes: toda mujer que haya tenido relaciones sexuales en la fase fértil de su ciclo menstrual que no use un método anticonceptivo, o lo haga en forma incorrecta, alberga *potencialmente* un óvulo fertilizado en la semana anterior a su fecha menstrual prevista.

La protección constitucional de la vida *“desde el momento en que un individuo es concebido*” presenta varios problemas para su aplicación. El propósito de la interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA sería el de proteger una nueva vida a partir de *la concepción*, un evento incorrectamente definido como *instantáneo* y que clínicamente no es demostrable. Además, de acuerdo con los argumentos aducidos en la exposición de motivos de esta y otras reformas similares, se pretende usar el término *concepción*, que no es un término médico, como sinónimo de *fertilización*.

¿Por qué el asumir la tutela de la vida *“desde el momento en que un individuo es concebido”*, y el afirmar que a ese individuo “*se le reputa como nacido”,* atenta contra la exacta aplicación de la ley? La fertilización no es un evento instantáneo, sino un proceso biológico complejo que dura aproximadamente 30 horas desde que inicia el contacto entre los gametos –óvulo y espermatozoide- hasta su completa fusión nuclear. Además, la fertilización es un proceso que no puede ser diagnosticado *in vivo*, ya que la confirmación positiva y contundente de un embarazo, mediante pruebas de determinación hormonal o ultrasonido, sólo es posible una vez que ha ocurrido la implantación del cigoto –el óvulo fertilizado- en el endometrio del útero; lo mismo sucede con los síntomas presuntivos de embarazo, como la amenorrea, que no pueden ser experimentados por la mujer antes de la implantación.

Es *la implantación*, por lo tanto, el proceso fisiológico que permite determinar objetivamente el inicio de un embarazo. En este sentido se han pronunciado organismos como la OMS (World Health Organization, 1987), el American College of Gynecology and Obstetrics (1983) y el Comité de Ética de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2003), que definen el inicio del embarazo a partir de la implantación y, más aún, a partir de la presencia de signos y síntomas presuntivos de embarazo, como la amenorrea, y de pruebas diagnósticas médicamente aceptadas.

La fertilización, además de no poder ser documentada *in vivo*, es también un proceso sujeto a una elevada selección natural, ya que aproximadamente sólo uno de cada 3-4 óvulos fertilizados llega a implantarse. Todos los óvulos fecundados que no se implantan son desechados, la gran mayoría en una etapa temprana, sin que ello pueda ser registrado ni por la

mujer ni por prueba diagnóstica alguna (Macklon y cols., 2002; Tapia, 2009); tan es así, que investigadores y clínicos se han preguntado con cierta ironía: *“¿A donde se van todas las concepciones?*” (Zinaman y cols., 1996). La investigación en biología de la reproducción indica que aproximadamente un 30% de los óvulos fertilizados no llega a implantarse, que un 30% más se pierde inmediatamente después de la implantación y antes del retraso menstrual, y que un 10% se expulsa en abortos espontáneos clínicamente detectables; finalmente, sólo 30 de cada 100 óvulos fertilizados se implantan y terminan eventualmente en el parto de un nacido vivo (Wilcox y cols., 1988; Chard, 1991; Zinaman, 1996).

Los criterios de una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA para proteger la vida desde la concepción plantean las siguientes interrogantes: ¿qué significa tutelar la vida de un óvulo fertilizado *in vivo*, es decir, en el aparato reproductivo de la mujer?, ¿cómo pretende esta reforma garantizar esta tutela?, ¿qué implica reputar al cigoto como *nacido*?, y ¿cuáles serán las conductas legalmente protegidas y cuáles las criminalizadas? La opinión crítica y cargada de ironía de un experto indica al respecto lo siguiente (Tapia, 2009):

*“(…) De acuerdo con las leyes que „reputan como nacido al individuo recién concebido‟, el cigoto, la morula, y el blastocisto están bajo la protección de la ley y su destrucción, así sea involuntaria, debe ser evitada, pues tiene el mismo derecho a la salud que cualquier recién nacido o un adulto. Por lo tanto, la reproducción sexual por los medios habituales (el coito) representa un problema de salud pública de proporciones inimaginables, a menos que se prohíba la fertilización in vivo al parejo que la fertilización in vitro, pues en ambos casos hay una muy elevada proporción de cigotos sobrantes que morirán prematuramente”.*

Como se señaló antes, una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA propicia también una gran incertidumbre y la inexacta aplicación de la ley en el terreno de la reproducción asistida, por lo que otro de sus efectos potenciales es el manejo seudocientífico de las evidencias aportadas por la investigación de punta en este campo y la limitación de la libertad profesional de los/as médicos.

Los procedimientos de fertilización *in vitro* implican la selección y manipulación de células germinales -óvulos y espermatozoides-, y sobre todo de células o grupos de células que se generan a partir de su fertilización en medios y cultivos fuera del organismo femenino. Dos situaciones que en la actualidad se rigen bajo principios médicos de seguridad, eficiencia y ética (Mandelbaum, 2000; Álvarez, 2005, 2007; Tapia, 2009) son potencialmente afectadas por la reforma: a) la obtención y selección de embriones para su implantación de acuerdo con criterios morfológicos, bioquímicos y genéticos de calidad y viabilidad; y, b) el manejo de embriones congelados –*crioconservados*- para sucesivos ciclos de transferencia.

La primera situación plantea varias interrogantes: ¿se deberán implantar *todos* los óvulos fertilizados, aún aquellos que no cumplen con criterios positivos de viabilidad o con pronósticos favorables, es decir, aquellos que se sabe no lograrán una implantación exitosa?, ¿deben implantarse aun aquellos cigotos con un diagnóstico pre-implantacional de malformaciones congénitas o de alteraciones cromosómicas?, ¿cuándo se obtienen varios embriones viables, se deben implantar *todos* aun cuando la evidencia demuestra que los embarazos múltiples ponen en riesgo la salud de la madre y la sobrevivencia misma de los productos?

En cuanto a la segunda situación, la crioconservación de embriones, se sabe que sólo alrededor del 60% conserva su viabilidad al ser descongelados para ciclos sucesivos de transferencia. De cara a esta evidencia, ¿será considerado como crimen el propiciar la inviabilidad de los embriones restantes? Y para quienes proponen esta reforma, ¿son claras las

implicaciones éticas y legales de considerar a un óvulo fertilizado, y en su caso congelado, como una persona? Un análisis reciente (Tapia, 2009) sobre las posibles implicaciones de las reformas aprobadas en distintos estados plantea lo siguiente:

*“Los cigotos sobrantes de la fertilización in vitro, que son viables en estado de congelación por varios años serían „personas congeladas‟ que estarían protegidas por la ley y tendrían derechos de cuidados, atenciones, herencias y más. ¿Qué hacer entonces con los millones de estas „personas‟ que ya existen congeladas en todo el mundo? ¿Habría que prohibir la fertilización in vitro o en adelante limitarla a fecundar un solo óvulo aunque esto reduzca las posibilidades de éxito en más de un 50%?*

Una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA propicia también una extrema incertidumbre legal y médica en las etapas del desarrollo embrionario y fetal subsiguientes a la implantación. En el caso de una mujer con un aborto espontáneo, por ejemplo, ¿se obligará a los/las médicos a aplicar maniobras de reanimación al producto, aun en casos de edad gestacional muy temprana?, ¿serán susceptibles de ser acusados de homicidio culposo al no hacerlo?, ¿cuáles serán sus obligaciones y sus límites en la atención de una mujer con un aborto en evolución? A manera de respuesta a estas preguntas, los testimonios de médicos/as nicaragüenses (Amnistía Internacional, 2009) son muy ilustrativos:

*“Los médicos están atados de pies y manos. Pasan muchos sustos para tratar aun un aborto en curso, por ejemplo.”*

*“Esto es lo que dice la ley (prohibición de todas las formas de aborto) y tenemos que cumplirlo (…) yo siento que se trata de una mala ley y me opuse a ella originalmente, pero ahora estoy preocupada. Estoy preocupada de que si hablo en contra de la ley, puedo ser acusada de apología de delito. La verdad es que no sé hasta dónde podemos llegar en la lucha contra esta ley, o qué nos pasará en el futuro.”*

*“Yo siento una frustración muy grande (…) yo siento un atropello contra uno mismo como persona y como profesional (…) lo peor del caso es que esto ha sido estimulado por un partido político en lo que yo he creído toda mi vida. No puedo entender por qué consideran necesario imponer sus puntos de vista sobre una emergencia obstétrica por sobre lo que yo considero el mejor tratamiento como médica experimentada y profesional.”*

La incertidumbre legal y médica generada por la pretensión de defender la vida del no nacido puede incluso aplicarse para los embarazos ectópicos –los que ocurren fuera del útero-, en cuyo caso ¿estarían los/las médicos constitucionalmente impedidos para salvar la vida de la mujer con medidas quirúrgicas que necesariamente implican la eliminación de un producto *vivo*, pero *inviable*? Un médico nicaragüense indica lo siguiente:

*“La gente habla de la vida desde el momento de la concepción; incluso en embarazos ectópicos se trata de un embrión vivo y no hay excepciones previstas en la nueva ley”.*

Los criterios de viabilidad fetal que avalan tanto la OMS (1995) como la FIGO (1998) se basan en conceptos de temporalidad -edad gestacional de por lo menos 22 semanas- y de desarrollo - peso fetal de por lo menos 500 gramos-, ya que antes de esa edad gestacional y por debajo de ese peso el feto *no es viable* y no puede sobrevivir fuera del útero. Más aún, de acuerdo con evidencias sobre el pronóstico para la salud y la calidad de vida de fetos con muy baja edad gestacional, y de acuerdo también con los criterios terapéuticos más recientes, las medidas de reanimación y de cuidados intensivos se justifican *sólo* cuando el producto tiene una edad gestacional mayor a 25 semanas y *nunca* cuando tiene menos de 22. En el caso de productos con una edad intermedia, de 23-24 semanas, los criterios recomendados varían y son más bien subjetivos, ya que pueden depender de la voluntad de los padres, del juicio de los/las médicos, o de las condiciones individuales del feto (Pignotti y cols., 2008).

Estos criterios de viabilidad y manejo terapéutico, aun cuando son asumidos por consenso, no siempre se aplican en las instituciones de salud de muchos lugares del mundo -como México-, ya que la viabilidad de productos con una edad gestacional muy temprana es sólo posible con maniobras terapéuticas intensivas y prolongadas, que implican costos elevados y que están disponibles en pocas instituciones. En la actualidad, el pronóstico para estos productos, en términos de sobrevivencia y sobre todo en términos de calidad de la misma, sigue siendo críticamente pobre aún en los países más desarrollados.

El debate que ha tenido lugar en el Reino Unido sobre la posibilidad de disminuir el límite de la edad gestacional para el aborto a demanda de las mujeres ilustra la complejidad de este tipo de asuntos. En ese país, el aborto es legal hasta las 24 semanas y quienes pretenden disminuir ese límite gestacional a 20 semanas argumentan que la ciencia y la tecnología actuales permiten una mayor sobrevivencia para los neonatos prematuros que nacen con una edad gestacional de 22 a 24 semanas. Frente a esto, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2008) ha respondido que si bien algunos individuos y grupos asocian la disminución del límite gestacional con una supuesta disminución de los abortos, la realidad indica que la gran mayoría se practica tempranamente, durante las primeras 12 semanas de embarazo; sólo el 2% de los abortos se realiza entre las 20 y las 24 semanas y bajo circunstancias que ponen en riesgo la vida o la salud de la mujer o del feto. Por lo tanto, la respuesta de esta institución es clara: no hay evidencias médicas que justifiquen cambios legales, ya que el concepto de viabilidad no ha variado sustancialmente desde 1990, año en que la ley sobre el aborto se modificó por última vez. Además, las evidencias indican que la tasa de sobrevivencia de los neonatos prematuros ha aumentado a partir de las 24 semanas, pero no para los que nacen en la semana 23 o antes; muchos neonatos nacidos antes de las

26 semanas presentan secuelas que alteran su desarrollo físico y mental, y que pueden requerir atención altamente especializada durante la infancia e incluso a lo largo de toda la

vida.

Dados estos argumentos, ¿podría una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA cambiar los lineamientos de una práctica clínica responsable, apoyada en evidencias clínicas consistentes y en una delicada valoración ética?, ¿cuál será el riesgo legal para las madres y los padres al consentir, de manera informada, el no prolongar la vida de un neonato prematuro cuyas posibilidades de sobrevivir saludablemente son muy escasas o nulas?, ¿cuál será el riesgo legal para los/las médicos al decidir no aplicar medidas de reanimación o apoyos terapéuticos de utilidad dudosa, o ninguna, a un producto con un alto grado de inmadurez? Y nuevamente, ¿cuáles serán las conductas legalmente protegidas y cuáles las criminalizadas?

Reflexiones similares aplican a las conductas médicamente indicadas en el caso de fetos con alteraciones severas -congénitas o genéticas-, contempladas como una de las causales para el aborto en las legislaciones de un gran número de países y en 13 estados de la República Mexicana.13 Un buen ejemplo de este tipo de alteraciones fetales severas es la anencefalia, una malformación congénita incompatible con la vida extrauterina, sobre la cual una experta mexicana en el campo del diagnóstico prenatal afirma lo siguiente (Grether, 2005):

1. Las causales que permiten el aborto en los estados de la República Mexicana pueden verse en el portal electrónico del Grupo de Información en Reproducción Elegi[da (GIRE): www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx/)

*“La anencefalia es una enfermedad muy grave que afecta el desarrollo del sistema nervioso e impide el crecimiento del cerebro, de forma ten severa, que nos convence de la imposibilidad de la supervivencia del producto. Es una enfermedad no sólo grave, sino letal.” (p. 31).*14

Los fetos con anencefalia son productos *vivos* pero *inviables,* ya que no tienen posibilidad alguna de sobrevivir una vez que nacen. En estos casos, una buena práctica clínica obliga a los/las médicos, por razones éticas e independientemente de sus creencias personales, a ofrecer una consejería amplia y recomendar la interrupción del embarazo en cuanto se confirma el diagnóstico. Cabe preguntar aquí, ¿qué implicará una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA para las mujeres embarazadas cuyos fetos tienen un diagnóstico de anencefalia?, ¿serán acaso forzadas a llevar a término sus embarazos, bajo el argumento de la defensa absoluta de la vida de un producto inviable?, ¿se les ofrecerá información completa y objetiva acerca de las nulas posibilidades de sobrevivencia del producto?, ¿se criminalizará a los/las médicos que realicen una medida universalmente reconocida como lo es el aborto terapéutico para proteger la salud mental de la mujer?

Instancias de derecho internacional ya se han pronunciado sobre casos de mujeres a las que les fue negado el aborto por motivos terapéuticos. En el caso de una adolescente peruana con un producto anencefálico y que fue forzada a llevar a término el embarazo, el Comité de Derechos Humanos de la ONU (2005) reconoció la violación de varios artículos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ya que al negársele el derecho al aborto terapéutico se puso en riesgo su derecho a la vida y a la integridad física y psíquica:

*“(…) La autora alega una violación al artículo 6 del Pacto. Señala que la experiencia por la que tuvo que pasar le dejó graves secuelas en su salud mental de las que todavía no se ha recuperado. Recuerda que el Comité ha señalado que el derecho a la vida no puede entenderse de manera restrictiva, sino que de hecho requiere que los Estados adopten medidas positivas para su protección, incluyendo las medidas necesarias para evitar que las mujeres recurran a abortos clandestinos que pongan en peligro su salud y su vida especialmente cuando se trata de mujeres pobres. Agrega que el Comité ha considerado la falta de acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva, incluido el aborto, como una violación del derecho de la mujer a la vida, y que esto ha sido reiterado por otros comités como el Comité por la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La autora alega que en el presente caso, la vulneración del derecho a la vida se configuró en el hecho de que el Estado peruano no adoptó las medidas para que la autora obtuviera una interrupción segura de un embarazo por inviabilidad fetal. Afirma que la negativa a prestar el servicio de aborto legal la dejó entre dos opciones igualmente peligrosas para su vida e integridad: optar por buscar servicios de aborto clandestino -y por lo tanto altamente riesgoso- o continuar con un embarazo peligroso y traumático, que puso en peligro su vida.”*

Por otro lado, en casos como el de la anencefalia, y también en los de productos con un diagnóstico de alteraciones genéticas severas pero que en muchos casos son compatibles con la vida extrauterina –el síndrome de Down, por ejemplo- una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA contradice rotundamente los principios éticos actuales de la consejería prenatal especializada que se ofrece en las instituciones de salud (Grether, 2005):

*“La mujer o la pareja deben estar enteradas de cuáles son los riesgos de los procedimientos y de la enfermedad, los recursos de diagnóstico a la mano, las diferentes alternativas de manejo existentes para*

1. Otra descripción sobre la anencefalia es la siguiente: “*Los niños con este trastorno nacen sin la parte anterior del cerebro, la parte más grande del mismo que es responsable del pensamiento y la coordinación. Los niños que nacen con anencefalia generalmente son* [*ciegos,*](http://es.wikipedia.org/wiki/Ceguera) [*sordos,*](http://es.wikipedia.org/wiki/Sordera) [*inconscientes*](http://es.wikipedia.org/wiki/Inconsciencia) *e insensibles al* [*dolor.*](http://es.wikipedia.org/wiki/Dolor) *Pueden ocurrir acciones reflejas como la respiración y respuestas a sonidos o al tacto. Aunque algunos pacientes con anencefalia pueden nacer con un tallo cerebral rudimentario, la carencia de un cerebro operativo elimina permanentemente la posibilidad de recobrar el sentido”.* <http://es.wikipedia.org/wiki/anencefalia>

*los individuos afectados o los límites que el padecimiento impone a éstos para llevar una vida autónoma y digna.*

*“Evidentemente, la mujer o la pareja deciden, y nuestro deber como genetistas es informarles (…) de tal manera que estén en condiciones de tomar una decisión con la mayor objetividad posible, de considerar el peso de sus creencias y sus posibilidades económicas; de medir sus fuerzas al proyectar en el futuro las consecuencias de una enfermedad fetal, el esfuerzo y los sacrificios que significa la crianza de un pequeño o un adulto afectados. En esa previsión, deben considerar que ni el Estado ni las organizaciones sociales les prestarán la ayuda necesaria. Y si, luego de ponderar esos factores, la mujer o la pareja deciden por la interrupción del embarazo, ofrecerles esa oportunidad.” (p. 38).*

Finalmente, estos tipos de tutela general de la vida del producto de la *concepción* son vagos e imprecisos desde el punto de vista legal y médico, en tanto no aclaran qué conductas son permitidas y cuáles son criminalizadas, lo cual deja a las mujeres, a las parejas y a los/las médicos en una total incertidumbre en cuanto a lo que está permitido y lo que no lo está. Lo mismo aplica en el caso de los/las jueces y abogados, quienes además de enfrentarse a la incertidumbre legal corren el riesgo de afectar seriamente el ejercicio de derechos fundamentales. Como ha señalado la Organización Panamericana de la Salud (2006):

*“El acceso al aborto terapéutico es un principio universalmente aceptado que trasciende diferencias culturales, creencias religiosas e ideologías políticas. En la mayoría de los países, los y las legisladores han tomado en cuenta el marco de los derechos humanos, pero en el trasfondo el aborto terapéutico es un asunto de sentido común y de humanismo.”* (Citado en Amnistía Internacional, 2009).

# Una interpretación del DERECHO A LA VIDA falaz y contradictoria

Una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA pretende reconocer como *nacido* al producto dentro del cuerpo de la mujer en todas las etapas de su desarrollo, aun desde que es un óvulo fertilizado.

Según el Diccionario de la Lengua Española,15 el significado de *nacido* o *nacimiento* remite al verbo *nacer*, que proviene del latín *nascere*; en el caso de los animales vivíparos, a los cuales pertenece la especie humana, el término *nacimiento* significa *salir del vientre materno*.

Si el *nacimiento* es la separación del producto del cuerpo de la mujer, esta separación implica automáticamente *la muerte del producto en todas las etapas que preceden a su viabilidad*. En la misma línea de los argumentos presentados en el apartado anterior, es importante decir que la definición de viabilidad avalada a nivel internacional no puede ser cambiada por una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA: la viabilidad de un producto depende de procesos biológicos complejos e implica que el desarrollo y la madurez alcanzados por sus órganos y sistemas le permita sobrevivir una vez que nace.

En México las reformas que defienden la vida desde el momento de la concepción son claramente contradictorias respecto a la situación epidemiológica del país. ¿Qué significa defender la vida de los cigotos, los embriones y los fetos en un país cuyos indicadores de salud son vergonzosos en comparación con los de otros países del continente americano?, ¿qué validez tiene, desde el punto de vista ético, la preocupación por preservar la vida de los no

1. Editado por la Real Academia de la Lengua Española, 22ª edición, Madrid, 2001.

nacidos cuando la realidad indica que se hace muy poco para proteger la salud de la mayoría de las mujeres y de los recién nacidos que son personas reales?

En 2008, en México la RMM fue de 57.2, en 2010 de 51.5, en 2012 de 42.3; en 2013, último año con estadísticas oficiales validadas en el momento de escribir este texto, fue de 38.2 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos. Sin embargo, de conformidad con el ODM5, la meta para 2015 implicaría alcanzar una RMM de 22.3, muy por debajo de la tendencia alcanzada a lo largo de estas dos décadas en el país (Secretaria de Salud, México 2014). Estos datos revelan las persistentes fallas de las políticas públicas para proteger la salud de las mujeres, para garantizar su acceso a servicios de alta calidad durante el embarazo y el parto, y para preservar la vida de los recién nacidos.

# Una interpretación del DERECHO A LA VIDA discriminatoria que genera un conflicto de intereses absoluto e irreductible entre la mujer embarazada y el producto

Toda ley que limita el acceso al aborto, y más aún toda ley que lo criminaliza para prohibirlo totalmente, ignora y viola los derechos de las mujeres a la libertad reproductiva y a la no discriminación, y contribuye a mantener sus condiciones de subordinación social (Cook y Dickens, 2003):

*“Quienes son sujetos a la discriminación son excluidos de la igualdad respecto de otros, quienes generalmente perpetran la discriminación; en otras palabras, la discriminación es un ejercicio de superioridad. La discriminación por razones de sexo y género relacionada con el aborto –muchas veces unida a la discriminación por motivos raciales, étnicos, o de edad- ilustra la extendida y persistente violación del derecho a la igualdad que permite la condición de subordinación en que se encuentran muchas mujeres en sus familias, comunidades, sociedades más amplias y sistemas jurídicos. La carga del embarazo, la recuperación postparto, la lactancia materna y el cuidado de uno o más niños dependientes por años, limita a las mujeres otras oportunidades y formas de utilizar su energía, tiempo y talento, a las que debería renunciar sólo voluntariamente.*

*El poder que el Estado afirma tener para obligar a las mujeres a entregar sus cuerpos contra su voluntad con el fin de parir hijos e hijas de acuerdo con una exigencia jurídica confirma la concepción de que las mujeres son ciudadanas menores o de segunda clase.”*

La pretendida interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA viola el derecho de las mujeres a la libertad reproductiva y a la no discriminación, en tanto pretende eliminar cualquier sistema de ponderación que permita determinar a partir de *qué momento* -criterio de plazos- y bajo *qué causales* -riesgo de muerte, riesgo para la salud, violación, inseminación artificial no consentida, alteraciones del producto, razones sociales, u otras- los derechos fundamentales de la mujer embarazada, que es sin duda una persona real, están por encima de los del producto.

Si el producto de la *concepción* adquiere derechos fundamentales absolutos, la mujer pierde los suyos. De acuerdo con los términos implícitos de la reforma, en cuanto la mujer se embaraza –e incluso en cuanto exista la sospecha de que puede estar embarazada- perdería sus derechos constitucionales a la libertad, a la intimidad y la privacidad, a la libre elección reproductiva y a la protección de su salud.

En suma, la atribución de derechos al producto establece las bases para la discriminación de las mujeres en cuanto al ejercicio de sus derechos fundamentales, que no serían los mismos para las mujeres embarazadas y para las que no lo estén (Mendoza y López, 2009):

“(…) *imponer un embarazo, (o asumir un derecho irrestricto del óvulo fecundado) aduciendo un derecho a la vida de quien no ha nacido, que no tenemos la certeza de que nacerá, y no goza de una vida plena (sino si acaso de una vida en potencia) provocaría un acto de discriminación en contra de la mujer embarazada ya que ésta goza –desde el punto de vista social y legal– de una vida en acto, no en potencia, una vida real y tangible y no una posible.”*

Una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA contribuye a la generación de conflictos de intereses entre la mujer embarazada y el producto al legitimar los llamados *derechos del feto*, promovidos por los movimientos de oposición al aborto.

Sobre el conflicto absoluto e irreductible de intereses entre la mujer embarazada y el producto que implica la aplicación de la reforma, vale la pena citar los argumentos de una de las intervenciones presentadas ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación durante las audiencias para analizar el estatus constitucional de la ley que despenalizó el aborto en la Ciudad de México; estos argumentos se refieren explícitamente a la ponderación de los intereses en conflicto que los tribunales supremos de diversos países han aplicado para justificar excepciones a la prohibición penal del aborto y proteger los derechos de las mujeres (Ortega, 2008):

*“(…) La pertinencia de estos argumentos deriva no de su carácter vinculante para este Alto tribunal, sino de su caracterización como elementos del diálogo que el derecho comparado propicia entre jurisdicciones que, pertenecientes o no a la misma tradición jurídica, comparten un repertorio similar de derechos constitucionales y que, por ende, pueden compartir aproximaciones interpretativas a tales derechos, resolviendo los dilemas jurídicos que les son planteados en forma similar.*

*“(…) Las decisiones jurídicas emitidas por los tribunales que serán referidos descansan en la necesidad de conciliar el legítimo interés del Estado en proteger la vida en gestación con los derechos fundamentales a la vida, la salud, la integridad personal, la privacidad, la libertad, la autodeterminación reproductiva, entre otros, de la mujer embarazada. Aunque estos tribunales han apoyado consistentemente el interés del Estado en la protección del concebido no nacido, han reconocido igualmente que este interés no es absoluto y no siempre prevalece sobre los derechos fundamentales de la mujer, que también merecen protección por parte del Estado. Estos tribunales han acudido a la ponderación de los intereses en conflicto para justificar jurídica y constitucionalmente excepciones a la protección penal del aborto (…)” (p.175).*

# Una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA que atribuye al cigoto la calidad de persona humana

Al pretender tutelar el derecho a la vida como un “*derecho natural y jurídico*”, la interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA se apoya en la defensa de un supuesto estatus moral del cigoto –el óvulo fertilizado- como *persona* y como *sujeto* de derechos fundamentales.

En los años recientes se ha pretendido sustentar la calidad de persona del cigoto usando las aportaciones de los avances científicos. Así, la persona es definida *científicamente* a partir del momento en que se genera el genoma del óvulo fertilizado, con lo cual se atribuyen derechos al ADN –el ácido desoxirribonucleico- por encima de los derechos de la mujer embarazada (Álvarez, 2007). Sin embargo, a pesar de su apariencia *científica* estos argumentos son

simplemente una variante *moderna* y más sofisticada del *preformacionismo* o *preformismo*, una teoría que sostenía que un organismo se encontraba presente en la célula de la cual se originaba con todas sus características, con la misma forma y sólo con un tamaño infinitamente menor (García, 2009):

*“Para defender una amplia gama de preformacionismos, en la historia de la ciencia se han invocado diversas entelequias. En los siglos XVII al XIX se trataban de diminutos hombrecillos contenidos en el óvulo o el espermatozoide, dependiendo de la corriente de pensamiento. En el siglo XX estos homúnculos fueron sustituidos por el ADN y se puso en marcha el determinismo genético, la creencia (equivocada) de que los genes determinan todas las características de los organismos. Hoy (se nos dice) que el valor moral de las personas está contenido en el cigoto desde el momento de la fertilización. Que la totalidad de la forma humana, incluyendo el estatus moral de las personas, su dignidad y su capacidad de tener derechos constitucionales, se hallan en el conjunto de células que se van diferenciando en el curso del desarrollo del embrión.”*

Este tipo de ideas son presentadas en la actualidad en forma más sofisticada pero sin cambios esenciales, ya que utilizando los aportes de las ciencias biomédicas se pretende sustentar que el cigoto, una célula conformada a partir de la fusión del óvulo y el espermatozoide, es ya una *persona humana* con derechos (Álvarez, 2007; Tapia, 2009). Hay autores médicos (Septién, 2003) que justifican este tipo de afirmaciones señalando que el cigoto tiene un genoma humano *único* e *irrepetible*, *nuevo* y *diferente* al de la madre, y *autoprogramado* para su desarrollo potencial hacia un ser humano:

*“(…) Refiriéndonos concretamente al genoma humano, éste nos hace ser personas y no pertenecer o dudar a qué especie pertenecemos; al mismo tiempo, la individualidad del mismo nos hace únicos e irrepetibles”. (p.33).*

*“El genoma humano, que deriva de la fusión del espermatozoide y el óvulo, es un conjunto particular de estructuras que tienen una función determinante y cuando es expresado, da como resultado un cuerpo humano distinto al de la madre. La vida humana es esencialmente corpórea y para cada persona la propia vida es la de un cuerpo individual que se ha desarrollado en virtud de una particular constitución de genes.*

*“Recientemente se ha encontrado que algunas de las bases nitrogenadas que componen el ADN, están metiladas, esto es, que tienen un radical químico extra. El ADN del espermatozoide no está metilado o subrayado en el mismo lugar que el ADN equivalente del óvulo (…) Cuando el óvulo es fertilizado por el espermatozoide, se tiene la célula más especializada que existe en el cuerpo humano: ninguna otra célula tendrá nunca las mismas instrucciones de vida que las del individuo que se está desarrollando. Durante el desarrollo embrionario, conforme se dividen y especializan las células, no hay cambios en su ADN sino que la información está ya escrita desde la primera célula. Esto no es una teoría ni una suposición, es la información que la ciencia de la genética ha hecho constar sin lugar a duda”. (p. 34).*

Si bien estas afirmaciones sobre el genoma humano son irrefutables, no son suficientes –y tampoco necesarias- para conferir al cigoto la calidad de *persona humana*. Desde el campo de la bioética, actualmente se sostiene que abordar la génesis de un ser humano desde el punto de vista biológico y definir cuándo empieza a existir una persona desde el punto de vista filosófico ontológico son cuestiones formalmente distintas (Álvarez, 2007).

Evidentemente, el cigoto es humano y es sin duda poseedor del genoma humano, pero eso aplica a todas las células de todos los tejidos de un organismo humano. El genoma del cigoto es, efectivamente, único e irrepetible, ya que las posibles combinaciones del material génico materno y paterno son infinitas. Sin embargo, *la unicidad del genoma no confiere al cigoto la calidad de persona*: gemelos homocigotos tienen un genoma idéntico por clonación fisiológica,

pero son personas diferentes. De igual manera, toda placenta humana normal, así como sus variantes degenerativas –la mola hidatiforme o los tumores trofoblásticos malignos- se originan de un cigoto y tienen un genoma humano, único e irrepetible, pero evidentemente no son seres humanos. Otros cuestionamientos a este argumento derivan de fenómenos como el quimerismo, que es la coexistencia de dos estirpes celulares provenientes de dos cigotos distintos y que pueden fusionarse, o la evanescencia embrionaria, que consiste en la ausencia de formación de un embrión a partir de un cigoto.

Tampoco se necesita al genoma del cigoto, *nuevo* y *diferente* al de la madre, para que se genere una nueva persona, ya que teóricamente es posible originar un nuevo individuo a través de técnicas que no implican la aportación del genoma paterno. Un ejemplo es la clonación por transferencia nuclear -cuyo caso más conocido en biología es la oveja Dolly- o, en general, la desdiferenciación de células somáticas adultas. El organismo que se originaría de un proceso similar con células humanas sería una *persona humana*, aun cuando tuviera un complemento genético absolutamente idéntico al de la madre.

A partir de la fertilización, el cigoto no sólo contiene una dotación completa de genes humanos, sino además posee una *programación epigenética* que al ejecutarse en el curso del desarrollo intrauterino lo dota de *autonomía sistémica y ontogenética* y lo hace, por lo tanto, un individuo de la especie humana. Hallazgos recientes de la genética y de la biología molecular permiten sostener que el cigoto no tiene toda la información necesaria para llegar a convertirse en un ser humano: las capacidades biológicas del cigoto –genéticas y epigenéticas- sólo pueden ejecutarse adecuadamente al contar con un organismo de soporte que actúa en forma simbiótica –el de la madre-, y a partir de señales fisiológicas presentes en el endometrio que son necesarias para la implantación y para el desarrollo posterior del embrión ya implantado. La epigénesis confirma que la diferenciación celular en tejidos ocurre porque los programas de expresión de los genes cambian y se modulan conforme las células se diferencian. La *programación epigenética* es un fenómeno biológico absolutamente ubiquitario entre los mamíferos que implica simplemente que los procesos de diferenciación, crecimiento y desarrollo celulares no están regulados sólo por los genes, sino también por factores externos a ellos.

La comprensión de los factores epigenéticos tiene hoy gran importante para la discusión sobre el estatus del embrión humano. Con frecuencia los debates parten de la supuesta existencia de un programa *totalmente prefigurado* en el material genético que resulta de la fusión de los gametos masculino y femenino que reduce la complejidad de la vida humana a la influencia de la información genética (Bedate, 1989):

*“No parece que el ADN constituya por sí mismo el programa de desarrollo, puesto que el control de la lectura del código obedece a un programa de interacciones moleculares y macromoleculares que es esencialmente espacio-temporal (…) el programa de desarrollo no está presente en ningún momento y en ninguna de las células embrionarias sino que se configura (…) El programa está en desarrollo de sí mismo y en autogeneración (…) Además, un mismo código [secuencia de ADN] puede tener una función en un contexto y otra función en otro contexto (…)”* (citado en Álvarez, 2007).

Por otro lado, si bien la metodología experimental en los campos de la genética y de la biología molecular ha permitido identificar la existencia de mecanismos de regulación celular externos a los genes del cigoto, la ciencia no permite deducir que la calidad *constitutiva* de la persona humana deriva automáticamente de fenómenos biológicos. Al respecto, desde el campo de la filosofía se plantea que (Valdés, 2008):

*“(…) el descubrimiento del ADN vino a confirmar que la persona empieza a existir desde el momento de la concepción, es decir, desde el momento en que se recombinan los ADN de las dos células haploides, el espermatozoide y el óvulo, para dar lugar a un cigoto con un ADN distinto del de las células que le dieron origen. Quienes ofrecen esta respuesta piensan que lo que hace que algo sea una persona es un hecho meramente biológico. Creen que ese mero hecho basta para hacerlo portador de los derechos que la Constitución otorga a todos individuos, es decir, a todas las personas nacidas.”* (p. 30).

*“(…) el concepto de persona es (…) independiente de los conceptos de la biología; mucho antes de saber de la existencia del ADN o del genoma humano contábamos ya con un concepto de persona. Más aún, si consideramos que las personas son seres intrínsecamente valiosos, su valor o su dignidad no se pueden explicar por el hecho de poseer un ADN único, pues cada célula de nuestros cuerpos tiene un ADN único, ni por el hecho de poseer el genoma humano que, como sabemos, difiere del de los primates en sólo 1 por ciento. Ni el valor ni la dignidad de las personas está en los genes. La biología no puede explicar el carácter normativo del concepto de persona.”* (p. 31)

La pretensión de encontrar argumentos científicos para sustentar una postura religiosa, disimulada en la exposición de motivos de la Reforma, es develada de manera explícita en documentos de la Iglesia católica. Un ejemplo es la *Declaración sobre el aborto procurado*, suscrito por la Congregación para la Doctrina de la Fe (1974):

*“Algunos intentan justificar el aborto sosteniendo que el fruto de la concepción, al menos hasta un cierto número de días, no puede ser todavía considerado una vida humana personal. En realidad, desde el momento en que el óvulo es fecundado, se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde entonces. A esta evidencia de siempre (…) la genética moderna otorga una preciosa confirmación. Muestra que desde el primer instante se encuentra fijado el programa de lo que será ese viviente: una persona, un individuo con sus características ya bien determinadas. Con la fecundación inicia la aventura de una vida humana, cuyas principales capacidades requieren un tiempo para desarrollarse y poder actuar. Aunque la presencia de un alma espiritual no puede deducirse de la observación de ningún dato experimental, las mismas conclusiones de la ciencia sobre el embrión humano ofrecen una indicación preciosa para discernir racionalmente una presencia personal desde este primer surgir de la vida humana: ¿cómo un individuo humano podría no ser persona humana?”*

A pesar del intento de apoyar postulados religiosos a partir del conocimiento científico, lo cierto es que ciencia y religión pertenecen a territorios totalmente distintos y hasta opuestos. Las ciencias biomédicas construyen sus conocimientos por aproximaciones progresivas, a través de la observación rigurosa de los fenómenos, y con métodos experimentales. Por su parte, la religión, en este caso la religión católica, se apoya en dogmas a los que atribuye la calidad de *verdades absolutas*; se nutre de los textos bíblicos, de los tratados teológicos y de las encíclicas papales para construir su doctrina; y demanda, legítimamente, el respeto y la obediencia de quienes se adhieren a ella por el convencimiento o la persuasión.

En una sociedad que se rige por los principios de un Estado laico, las posturas religiosas merecen desde luego absoluto respeto. Pero lo que no es legítimo es la imposición de principios religiosos a través de la fuerza del Estado y, en su caso de normas universales bajo el falso argumento de que se apoyan en evidencias *de facto*, en leyes *naturales* y *universales*, y en evidencias *científicas*. En la historia abundan los ejemplos de conflictos entre la religión y la ciencia, y entre la moral y la ley, resueltos muchos de ellos siglos después: como ejemplo, la concepción tolemaica del sistema solar y el conflicto con científicos como Galileo, o la legitimación de la esclavitud, del racismo y de la discriminación de las mujeres justificada bajo supuestas bases biológicas, hasta la teoría del creacionismo para desacreditar y negar la teoría de la evolución de las especies de Darwin.

Los sectores conservadores han utilizado argumentos de la *ciencia* para respaldar principios de la doctrina religiosa católica en todos los debates relacionados con la sexualidad y la reproducción, la anticoncepción, el aborto, la reproducción asistida, la investigación con células madres, o la eutanasia. En el fondo de estos debates existe una concepción religiosa de *la vida*

-que no pertenece ni a sus propios/as dueños– que se busca imponer por la vía de las normas universales, de las leyes nacionales y, más grave aún, por la vía penal, *criminalizando* las conductas contrarias a esta perspectiva.

La ciencia nunca ha podido demostrar –y tampoco ha pretendido negar - la existencia de un *alma espiritual* como sustrato y condición constitutiva de la vida humana. Por ello, las normas universales, y las Cartas Constitucionales que en ellas se inspiran, NO pueden estar sujeta a discusiones que pretenden *“(…) discernir racionalmente una presencia personal desde este primer surgir de la vida humana (…)”,* y que identifican el momento de la *concepción* con la incorporación del genoma humano. La ciencia y la religión son terrenos intrínsecamente alejados, extraños el uno al otro, y como tales deben permanecer.

# Una interpretación desde el gradualismo y la ponderación de derechos

En este apartado se reitera la improcedencia de asumir criterios aparentemente científicos, pero que en realidad son esencialmente religiosos y científicamente simplistas, para justificar la defensa de la vida humana partir del instante en que un óvulo es fertilizado por un espermatozoide. Se propone aquí un enfoque más prudente y conciliador, que a partir de un consenso posible -en los ámbitos ético, moral, filosófico y científico- mantenga el respeto a la vida del producto *in utero*, reconozca la necesidad de su tutela ética, médica y legal, y sea capaz de sostener criterios constitucionales sin criminalizar injustamente a las mujeres que interrumpen el embarazo. Esta propuesta de consenso parte del *gradualismo*, en el sentido médico y bioético, y tiene correspondencia con los principios de la ponderación y de la justicia en el sentido constitucional.

El embarazo es un acontecimiento largo y complejo, en el cual se desarrollan *procesos* –y no eventos instantáneos- que se llevan a cabo en diferentes etapas de la diferenciación y el desarrollo de un futuro ser humano, y que se caracterizan “*(...) por discontinuidades, rupturas y cambios de cantidad en cualidad*” (Muñoz, 2009). El uso mismo de los términos para identificar los procesos que ocurren durante el embarazo se debe, en buena medida, a la necesidad de precisar estos cambios graduales y las características distintivas que emergen de ellos: desde una sola célula, el *cigoto*, a un grupo de células inicialmente indiferenciadas y totipotenciales que se organizan y diferencian gradualmente -la *mórula* y el *blastocisto*- y conforman al embrión pre-implantatorio, al *embrión* implantatorio y finalmente, a partir de la semana 8 del embarazo, al *feto* (Álvarez, 2007).16

El gradualismo es una postura filosófica que, partiendo de la complejidad que implica definir *el estatus filosófico ontológico* del cigoto, el embrión o el feto, propone buscar referentes para identificar los momentos de cambio cualitativo en el proceso del desarrollo intrauterino de un ser humano y relacionarlos con su estatus ontológico. El gradualismo considera que el cigoto sólo es persona en algún momento posterior a la fecundación y representa una postura alternativa al *personalismo*, otra postura filosófica que considera que la persona existe desde el momento de la fecundación (Álvarez, 2007).

1. Una excelente revisión del desarrollo intrauterino del ser humano, desde la fertilización del óvulo hasta las etapas finales del embarazo, puede verse en: <http://www.visembryo.com/baby/index.html>

Se ha planteado que la gran ventaja de un enfoque sustentado en el gradualismo y la ponderación radica en que permite superar dificultades que generalmente son irresolubles cuando la discusión -en términos jurídicos, éticos y médicos- se apoya en posturas opuestas e irreconciliables para decidir bajo qué causales y hasta qué momento es moralmente lícito interrumpir un embarazo (Valdés, 1999):

*“El hecho de que el desarrollo del feto sea un asunto gradual, no plantea dificultades insuperables –como algunos han supuesto, sólo obliga al legislador a apoyarse en las opiniones de expertos en embriología y en desarrollo neuronal para establecer el plazo dentro del cual el aborto, por ser un acto en el que no hay víctima, quedaría despenalizado. Esta postura moderada sobre el aborto tiene la ventaja adicional de que, aunque no refleje los sentimientos de todas las personas, tampoco ofende los sentimientos de muchas de ellas. Conllevaría, además, la abolición de leyes cuyo costo social y humano ha sido y sigue siendo terriblemente elevado”.*

Desde la postura gradualista se plantea que los cigotos, los embriones y los fetos no tienen las características constitutivas del ser humano como tal, ya que es a lo largo del embarazo, y a través de la expresión gradual de la información genética y epigenética, que emergen las características anatómicas y funcionales de un nuevo organismo humano. En este proceso biológico gradual no es posible identificar un momento preciso ni trazar una línea absolutamente definida, en términos científicos y éticos, para definir cuándo ese nuevo organismo se convierte en una *persona* con derechos (Álvarez, 2007):

*“El derecho a la protección aumenta gradualmente a medida que se actualizan las potencialidades de persona. Desde este punto de vista, podría hablarse de grados de personeidad, pudiendo un ser humano tener un mayor o menor grado de persona. Bajo estos criterios, la persona plena aparece en algún momento entre la implantación y el parto. Esto hace que pueda argumentarse en contra de la idea de que el cigoto posee un estatus de persona, al menos un estatus de persona completa o plena“.*

De acuerdo con lo anterior, pretender definir el momento exacto en que los individuos en gestación son personas e imponer por lo tanto una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA sería por lo menos imprudente, y más aún si su intención y consecuencia es criminalizar conductas individuales apoyándose en argumentos pseudocientíficos y falaces sobre el origen de la vida humana.

Hace más de dos décadas, en el debate que tuvo lugar en el Reino Unido sobre el Proyecto de Ley de Fecundación Humana y Embriología, el Arzobispo de York hizo la siguiente reflexión acerca de la evolución de la vida de los seres humanos:17

*“Los científicos en general y los biólogos en particular manejan principalmente continuidades y cambios graduales de un estado a otro. Esto es cierto para la evolución, en que la transición desde lo prehumano a lo humano tuvo lugar a lo largo de incontables generaciones. No hubo nunca un momento preciso en el que se pudiera haber dicho „aquí hay un homínido y aquí hay un hombre‟ (…) esto no niega que como resultado del proceso emergiera un profundo y ciertamente crucial conjunto de diferencias entre homínidos y hombres. Lo mismo es cierto para las vidas individuales (…) A un biólogo le resulta extraño que todo el proceso de la argumentación moral deba sustentarse en un momento localizado en el origen (…) Los cristianos ya no necesitan creer por más tiempo que la humanidad ha sido creada en un instante, como tampoco necesitan ya creer en la existencia histórica de Adán y Eva”*.

En el caso de la interrupción del embarazo, la postura gradualista permite relacionar el nivel de precauciones –restricciones- con el grado de desarrollo embrionario y fetal: éticamente el

1. Citado en Álvarez, 2007.

aborto es más permisible y para más casos cuando el embarazo se encuentra en una etapa temprana –las primeras 12 semanas-, pero es menos permisible y se admite con más restricciones en etapas más tardías (Álvarez, 2007). Se trata entonces de encontrar un acuerdo sobre ciertos criterios -como la *emergencia* de un conjunto de características durante el desarrollo y el hecho de poseerlas en el momento *presente*-, para definir por qué y a partir de cuándo el producto en desarrollo puede ser considerado como sujeto de derechos.

Las características anatómicas y fisiológicas que emergen durante el curso del desarrollo embrionario y fetal, y que llegan a ser poseídas por el producto en momentos específicos de la gestación son diversas: la viabilidad para sobrevivir fuera del útero materno; la madurez y la autonomía del sistema respiratorio; una integración mínima del sistema nervioso central que permita la percepción del dolor; la existencia de actividad cerebral superior, a partir de la organización anatómica y operativa de los hemisferios cerebrales, etcétera. La mayoría de estas características coinciden en su emergencia durante el desarrollo gestacional y están estrechamente relacionadas entre sí. La madurez pulmonar, por ejemplo, depende de factores producidos localmente y que permiten la distensión de los alvéolos, pero depende también de la madurez del centro respiratorio ubicado en el tallo cerebral que regula los movimientos respiratorios y el intercambio de gases en los alveolos mismos.

Por otro lado, estudios del campo de la neurobiología han aportado una gran cantidad de datos relevantes para establecer, desde el punto de vista científico, la etapa del desarrollo intrauterino en que puede considerarse que el feto ha adquirido las características que permiten definirlo como ser humano; hoy se cuenta con evidencias de que la integración y el funcionamiento del sistema nervioso central son lo que permite dar a los seres humanos los atributos que los distinguen de otras especies de primates. El conocimiento neurobiológico acumulado hasta el presente permite establecer que no puede hablarse del feto como *persona* sino hasta el tercer trimestre del embarazo (Tapia, 2009).

Hay autores que sostienen que el inicio de *lo humano* en una persona se asocia al desarrollo de la corteza cerebral como “*una entidad funcional*” (Morowitz y Trefil, 1993). Para otros, tal inicio se relaciona más específicamente con el desarrollo de las conexiones nerviosas entre el tálamo y la corteza cerebral, ya que son estas conexiones las que permiten que las aferencias sensoriales -táctiles, dolorosas, térmicas, etcétera- que se concentran en el tálamo establezcan desde allí su gradual integración *consciente* a nivel de la corteza cerebral. La penetración de las fibras tálamo-corticales se establece en las semanas 23-27 del embarazo, pero el registro eléctrico cortical a los estímulos sensoriales no es detectable antes de las semanas 28-29 (Tapia, 2009). Una revisión extensa de la literatura que analiza la evidencia médica sobre temas como el dolor fetal, el uso de anestésicos y las reacciones del feto a diferentes estímulos, llega a una conclusión similar: los circuitos neurológicos del cerebro fetal que permiten la *percepción consciente del dolor* no funcionan sino hasta después de la semana 28 de la gestación (Lee y cols., 2005). Estas evidencias son confirmadas en un informe reciente del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010) que afirma que el feto no puede experimentar sensaciones dolorosas antes de las 24 semanas:

*“Las conexiones desde la periferia a la corteza no están intactas antes de las 24 semanas de gestación. La mayoría de los especialistas en neurociencias del dolor creen que la corteza es necesaria para la percepción del dolor; la activación cortical se correlaciona fuertemente con la experiencia del dolor y una ausencia de actividad cortical generalmente indica una ausencia de experiencia del dolor. La ausencia de conexiones corticales antes de las 24 semanas, por lo tanto, implica que el dolor no es posible hasta después de las 24 semanas. Aun después de las 24 semanas, hay un desarrollo continuo y la*

*elaboración de redes intracorticales. Además, hay buena evidencia de que el feto está sedado por el ambiente físico del útero y usualmente no despierta antes del nacimiento”* (p. 11).18

Asumir la existencia de un sustrato anatómico y funcional mínimo y necesario para la actividad del sistema nervioso central como criterio médico para definir el inicio de la vida, tiene la ventaja adicional de ser un criterio universalmente aceptado para determinar el final de la vida de una persona. Desde el punto de vista clínico y legal, pero también desde la perspectiva filosófica y religiosa, la ausencia de actividad cerebral define la muerte de un individuo, y es sólo a partir de la muerte cerebral que se permite la donación de órganos para trasplantes (Harvard Medical School, 1968; Nathan y Greer, 2006). Este diagnóstico de muerte satisface el criterio cerebral o encefálico, es decir, el cese irreversible de las funciones del encéfalo como un *todo*, aunque no necesariamente de todas las neuronas. Es importante señalar, en una similitud pertinente respecto a lo observado en fetos, que a menudo la ausencia definitiva de actividad cerebral coexiste con un funcionamiento cardiovascular y ventilatorio artificial, y aún con movimientos espontáneos o generados por estímulos reflejos mediados exclusivamente por la médula espinal (Lee y cols., 2005):

*“(…) los reflejos mediados por la médula espinal, incluyendo los reflejos tendinosos profundos, la respuesta de triple flexión y el signo de Babinsky, son admisibles (como criterios diagnósticos). Otros signos anormales pero admisibles que son también mediados por la médula espinal incluyen el signo del dedo ondulante, así como el inadecuadamente llamado „signo de Lázaro‟. Este signo puede consistir en la abducción/aducción ligera de una extremidad, en el levantamiento del torso en un ángulo de 40-60, en mover la cabeza hacia un lado, levantar un brazo, o arquear la espalda. Los signos de Lázaro se ven en pacientes que por lo demás cubren los criterios clínicos y con los de las pruebas diagnosticas auxiliares de muerte cerebral (…)”*

Una propuesta apoyada en el gradualismo no pretende, por supuesto, determinar en qué momento el nuevo organismo en desarrollo pueda o deba empezar a ser considerado como persona, como vida o como individuo, ya que no existen criterios biomédicos que permitan establecerlo de manera indiscutible; sin embargo, lo que *si* puede afirmarse con certeza es cuándo este nuevo organismo no ha adquirido aún tales cualidades por no existir las condiciones neurológicas mínimas que la ciencia y la clínica exigen para hablar de vida en un individuo.

Estas condiciones mínimas y necesarias no existen aún durante todo el primer trimestre del embarazo, y sólo empiezan a emerger a partir de las semanas 23-27, es decir, entre el final del segundo trimestre y el inicio del tercer trimestre del embarazo. Este criterio temporal fundamenta la gran mayoría de las leyes sobre el aborto en el mundo que autorizan la interrupción del embarazo durante todo el primer trimestre bajo un amplio catálogo de causales

-incluyendo la decisión personal de la mujer-, y en etapas más avanzadas cuando la salud o la vida de la mujer o del feto están en riesgo (Boland y Katzive, 2007); lo mismo ocurre en el caso

de la Ciudad de México, donde el aborto está permitido a solicitud de la mujer durante las primeras 12 semanas del embarazo, y después de ese límite gestacional en casos de violación,

cuando el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la mujer, y cuando el producto presenta malformaciones genéticas o congénitas graves.19

Este mismo criterio temporal sustentó una histórica resolución de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos (1981) sobre el famoso caso *BabyBoy*, que reiteró la viabilidad del feto

1. Traducción propia
2. Ver la *Guía de acceso a la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México*, en el portal electrónico del Grupo de Información en Reproducción Elegid[a (GIRE): www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx/)

como un parteaguas entre el derecho a la protección general de la vida del producto no nacido y los derechos de la mujer a la intimidad y a la protección de su salud:

*“(...) La Corte identificó dos de esos intereses que podrían formar la base de una reglamentación estatal legítima durante ciertas etapas de la gravidez: la salud de la madre (se dice salud y no vida) en el período subsiguiente a aproximadamente el fin del primer trimestre y la vida potencial del feto en el período subsiguiente a la viabilidad (…)”*

¿Es posible conformarse con tales “limitadas” certezas científicas, y abogar para que éstas sostengan posturas éticas, filosóficas, morales y legales? Y, aún más, ¿es posible que estas argumentaciones sustenten una decisión universal, que reconozca que la interrupción de un embarazo en etapas tempranas quede en el ámbito de las decisiones individuales y, en su caso, de las acciones reguladas por otro orden normativo? Sabiamente, así lo reiteró la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2007) cuando determinó la constitucionalidad de la despenalización del aborto en la Ciudad de México:

*“(….) en ninguna parte de la misma se establece de manera explícita un derecho específico a la vida, el valor de la vida, o alguna otra expresión que permita determinar que la vida tiene una específica protección normativa a través de una prohibición o mandato dirigido a las autoridades del Estado (…) qué conductas pueden ser tipificadas como delitos sancionables con pena corporal, no puede considerarse constitucional o inconstitucional, simplemente no es materia de constitucionalidad”.*

Con este mismo propósito conciliatorio, y tomando cierta distancia del campo estrictamente médico y científico, es pertinente citar una reflexión reciente de la Comunidad de Obispos Católicos de Estados Unidos, que se opuso durante décadas a la anticoncepción de emergencia por considerarla *abortiva* pero ha empezado a reconocer la legitimidad de su uso apoyándose en una cuidadosa revisión de la evidencia científica sobre sus mecanismos de acción. Para ello, esta Comunidad afirma que *los buenos hechos son necesarios para una buena ética*, y que sólo se necesita la certeza moral y no la certeza absoluta. La *certeza moral* implica que se ha analizado y excluido toda posibilidad razonable de error y se sitúa entre la mera *probabilidad*, cuando opiniones opuestas son igualmente plausibles, y la *certeza absoluta*, implica que no existe posibilidad teórica alguna de error (Hamel, 2010).

*“(…) En la tradición moral católica, lo que se requiere de un agente cuando él o ella hacen un juicio moral es que él o ella tengan certeza moral sobre la rectitud de la acción (…) Para actuar de acuerdo con la ley y correctamente, debo tener al menos la certeza moral de que la acción es honesta y correcta”.20*

Una propuesta gradualista se inscribe, además, en la tradición laica del Estado mexicano, que supone el respeto a la libertad de conciencia y de religión, así como el reconocimiento de la autonomía de la conciencia individual, de la libertad personal y de las prácticas individuales y colectivas de los seres humanos. Asimismo, la laicidad implica, por parte del Estado y del orden político, la separación entre las leyes civiles y las normas religiosas, la obligación de elaborar normas colectivas sin que religión o convicción particular alguna dominen sobre el poder y las instituciones públicas, y sin que estas normas impliquen la discriminación de grupos o individuos. Preservar la laicidad del Estado es central para garantizar y proteger el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Salazar, 2008):

*“Garantizar los derechos sexuales y reproductivos implica, entre otras cosas, lo siguiente: a) que el estado debe despenalizar aquellas acciones y prácticas que corresponden a la vida privada de las personas y que sólo cada una de ellas puede decidir realizar o no. mantener relaciones sexuales*

1. Traducción propia

*prematrimoniales o extramaritales, realizar prácticas homosexuales, abortar, etcétera; y b) que el Estado debe brindar los servicios públicos de educación y salud que hagan efectivos esos derechos.*

*“La laicidad de las políticas públicas es, entonces, una condición necesaria para el pleno desarrollo de nuestra sexualidad y de nuestros derechos reproductivos (…) En el sector salud debe seguirse la misma lógica (…) las políticas públicas (…) también deben responder solamente a criterios científicos y orientarse a garantizar los derechos de las personas.*

*“El Estado debe crear las condiciones para que cada persona pueda ejercer una sexualidad libre y saludable. Para ello debe garantizar el acceso a servicios de salud que permitan prevenir problemas relacionados con la vida sexual (embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual, por ejemplo) y que aseguren su tratamiento cuando la prevención falle.”*

Por otro lado, una propuesta apoyada en el gradualismo y en la ponderación de derechos se inscribe en las posturas de grupos con gran peso y autoridad en la comunidad científica nacional, que se han manifestado públicamente en contra de las reformas constitucionales estatales que criminalizan a las mujeres.

Así, la Sociedad Mexicana de Salud Pública (2009), que es un órgano consultivo del Estado mexicano en temas de salud, ha reiterado recientemente su postura frente a la necesidad de respetar la libertad de las mujeres para tomar decisiones relativas a la reproducción:

*“(…) en materia de salud reproductiva (la Academia) se manifiesta porque se respete la libre decisión de la mujer, dado que ésta es elemento fundamental para resolver los problemas de salud pública vinculados con la reproducción”.*

A su vez, la Academia Mexicana de Ciencias (2010), cuyo propósito es orientar al Estado mexicano y a la sociedad civil en asuntos relacionados con la ciencia y la tecnología, se pronunció explícitamente, en una declaración suscrita por todos sus ex-presidentes, en contra de la penalización del aborto. Sobre las reformas constitucionales para proteger el derecho a la vida desde la concepción, esta Academia se refirió claramente a su significado:

*“1. En lo jurídico, una violación de los principios del Estado laico y una amenaza contra la racionalidad del sistema jurídico nacional.*

1. *En lo científico, una incompatibilidad flagrante entre el concepto moderno, multifacético y complejo, de lo que es un ser humano y la simplista, arbitraria y poco informada definición de la vida en que se basan las reformas indicadas.*
2. *En lo práctico, una maniobra insidiosa con potencial para penalizar de modo tajante y obtuso a las mujeres de México y a los médicos involucrados y, como propósito subyacente, establecer un método de legislar que no considera los avances de la ciencia.”*

Por su parte, la Academia Nacional de Medicina de México (2010), que es también un órgano consultor del Estado mexicano, expresó con firmeza su postura a favor de la libre elección reproductiva de las mujeres y de las parejas, y a favor de políticas públicas que aseguren el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos. Asimismo, en aras de su compromiso con la población mexicana y del cumplimiento de sus obligaciones éticas y profesionales, la Academia se pronunció explícitamente en contra de:

*“La criminalización de las mujeres que enfrentan la decisión de interrumpir un embarazo no planeado, no deseado, forzado o que atente contra su vida o su bienestar físico, mental o social. Obligar a las mujeres a tener un hijo no deseado, vulnera su derecho a la libre procreación, establecido como garantía individual en nuestro país. La criminalización, lejos de eliminar los abortos, solo promueve su*

*inseguridad, aumentando de manera desproporcionada las muertes y las complicaciones en las mujeres más pobres y marginadas.*

*“Las sanciones de los profesionales de la salud que con un gran compromiso ético y profesional las atienden”.*

En el mismo sentido se manifestaron integrantes de la Academia Mexicana de Ciencias Penales, quienes suscribieron un desplegado señalando lo siguiente:21

*“1. La Academia ha examinado el debate actual acerca de la interrupción voluntaria del embarazo por parte de la mujer encinta, así como las normas incorporadas, a partir de esta cuestión, en las Constituciones de varios Estados de la República, que pudieran determinar el rumbo de las respectivas legislaciones penales.*

1. *A este respecto se plantea una interrogante esencial: ¿se debe sancionar esa conducta utilizando en contra de la mujer los instrumentos de mayor rigor de que dispone el Estado, que son los de naturaleza penal?*
2. *En el marco de una sociedad democrática ninguna opinión debiera ser impuesta a través de disposiciones penales derivadas de las convicciones morales o religiosas de un sector de la comunidad.*
3. *Los suscriptores de esta declaración consideramos que la ley penal debe abstenerse de sancionar la interrupción voluntaria del embarazo resuelta libremente por la mujer encinta. Corresponde a ésta decidir dicha interrupción”.*

Todas estas declaraciones indican un rotundo rechazo a interpretaciones restrictivas del DERECHO A LA VIDA que dan prioridad a los derechos del no nacido sobre los derechos de las mujeres. Sin embargo, más allá del gran valor que suponen las opiniones expertas, son las mujeres quienes deben ser escuchadas para hacer realidad su derecho a la libertad reproductiva consagrada por mandato constitucional.

# Epílogo

De acuerdo con los argumentos que se han presentado en este documento, cabe esperar que una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA tenga un impacto potencial muy negativo en términos de las muertes y las complicaciones severas provocadas por el aborto inseguro. Aún bajo la amenaza real de ser recluidas en la cárcel, las mujeres seguirán interrumpiendo sus embarazos debido a la violencia sexual, a la falta de acceso a los anticonceptivos modernos o a sus fallas, a problemas de salud materna o fetal, a razones de salud mental, o a causas económicas y sociales. En el caso de los/las médicos con la capacidad y la disposición para ofrecer servicios seguros de aborto, la reforma limitará aún más su libertad profesional y el mercado clandestino del aborto permanecerá intacto.

Lejos de solucionar los problemas que plantea el aborto, su criminalización alejará aún más a los países del cumplimiento de sus compromisos internacionales para modificar las leyes y garantizar servicios para que las mujeres que requieren interrumpir el embarazo lo hagan de manera legal, segura y digna. Los países estarán cada vez más lejos de lograr una disminución sustantiva de la morbilidad y la mortalidad atribuida al aborto inseguro, y una proporción sustantiva de los escasos recursos públicos destinados a la atención obstétrica seguirá, como hasta hoy, ocupándose en atender a las mujeres pobres -adultas, adolescentes y niñas- con complicaciones de procedimientos clandestinos. Los principios religiosos que impulsan una interpretación restrictiva del DERECHO A LA VIDA, limitan la posibilidad de ofrecer servicios universales de salud reproductiva de alta calidad, de disminuir la elevada

1. Publicado en el diario REFORMA, 9 de julio, 2010.

incidencia de embarazos no deseados, de satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes, y de eliminar la discriminación hacia las mujeres.

Seria inaceptable que las normas internacionales ignoren las evidencias científicas que rodean la realidad del aborto y las recomendaciones emitidas por numerosos organismos y agencias internacionales que promueven la defensa de los derechos humanos de las mujeres.

Para finalizar es pertinente citar a Antonio Lazcano (2008),22 un destacado científico mexicano, cuyas reflexiones constituyen una brillante aportación a la forma en que tienen que discutirse temas tan controversiales y delicados como el origen de la vida humana:

*“Si el origen de la vida es visto como la transición evolutiva entre el no-viviente y el viviente, entonces no tiene sentido intentar dibujar una línea estricta entre estos dos mundos. La aparición de la vida en la Tierra, por lo tanto, debería ser vista como un continuum evolutivo que une sin saltos la síntesis prebiótica y la acumulación de moléculas orgánicas en el entorno primitivo, con la emergencia de sistemas químicos auto-sustentables y replicativos, capaces de enfrentar una evolución Darviniana. En lugar de enfrascarse en argumentos sin sustento sobre cuando exactamente empezó la vida, el reconocer que es el resultado de un proceso evolutivo puede llevar a aceptar que las propiedades asociadas con los sistemas vivos, tales como la replicación, el auto-ensamblaje o la catálisis, también se encuentran en entidades no vivientes.”*

# Referencias bibliográficas

Academia Mexicana de Ciencias. 2010. Declaración de la Academia Mexicana de Ciencias en relación a las recientes leyes antiaborto. [www.amc.unam.mx](http://www.amc.unam.mx/)

Academia Nacional de Medicina de México. 2010. Pronunciamiento de la Academia Nacional de Medicina de México ante la salud reproductiva y los derechos de la mujer. México: ANMM. [www.anmm.org](http://www.anmm.org/)

Álvarez JA. 2005. Políticas públicas e investigación en embriones humanos. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México*, 48(6): 242-247.

Álvarez JA. 2007. El estatus del embrión humano desde el gradualismo. *Gaceta Médica de México*, 143(3): 267-277.

American College of Obstetricians and Gynecologists. 1983. Obstetrics-gynecology terminology. Philadelphia: Davis Company.

1. Antonio Lazcano Araujo es Doctor en Ciencias y Profesor de la Facultad de Ciencias de la UNAM, donde imparte la cátedra Origen de la Vida, fundada por él hace más de 30 años; es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, y ha sido dos veces Presidente de la International Society for the Study of the Origins of Life (el primer científico latinoamericano en acceder a este puesto); es también miembro del Comité Asesor de la NASA para Estudios del Origen y la Evolución de la Vida (NASA-COEL).

Amnistía Internacional. 2009. La prohibición total del aborto en Nicaragua. La vida y la salud de las mujeres en peligro, los profesionales de la salud criminalizados. Londres: AI. [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org/)

Asamblea General de las Naciones Unidas. 1994. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Nueva York: NU. [www.un.org](http://www.un.org/)

Asamblea General de las Naciones Unidas. 1999. Acciones clave para la futura implementación del Programa de Acción de la CIPD. Nueva York: ONU. [www.un.org](http://www.un.org/)

Asamblea General de las Naciones Unidas. Consejo de los Derechos Humanos. 2009. Sesión 11ª. Nueva York: UN. [www.un.org](http://www.un.org/)

Barraza E. 2005. Introducción. En: Grupo de Información en Reproducción Elegida. El diagnóstico prenatal y el aborto. México: GIRE. [www.gire.org](http://www.gire.org/)

Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB,Zaue SB, Gree CA, Whitehead S, Atrash HK. 2004. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United Sates. *Obstetrics and Gynecology*, 103(4): 729-737.

Bedate A. 2002. El valor ontológico del embrión humano: una visión alternativa. En: Beca Infante JP (editores). El embrión humano. Santiago, Chile: Mediterráneo, p. 51-59. Citado en Álvarez, 2007.

Billings DL, Benson J. 2005. Post-abortion care in Latin America: Policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 20(3): 158-163.

Bissel S. 2009. La mortalidad materna en el ámbito internacional: estrategias para la renovación de un movimiento. En: Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología / Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo, p. 23-29. [www.maternidadsinriesgos.org.mx](http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/)

Boland R, Katzive L. 2008. Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *International Family Planning Perspectives*, 34(3): 110-120. [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org/)

Bongaarts J, Westoff C. 2000. The potential role of contraception in reducing abortion, *Studies in Family Planning*, 31: 193-202.

Burke AE & Shields WC (2005). Millennium Development Goals: Slow movement threatens women’s health in developing countries (Editorial). *Contraception*, 72, 247-249. [www.arhp.org](http://www.arhp.org/)

Burket MK, Hainsworth G, Boyce C. 2008. Saving young lives: Pathfinder International’s Youth Friendly Post-abortion Care. Watertown, MA: Pathfinder International / Headquarters. [www.pathfind.org](http://www.pathfind.org/)

Católicas por el Derecho a Decidir. 2009. Encuesta de opinión católica en México 2009. Hallazgos sobre Estado laico, expectativas hacia la Iglesia, pederastia y derechos sexuales y reproductivos. México: CDD

/ Population Council.

Center for Reproductive Rights. 2005. *Adolescents need safe and legal abortion* (briefing paper). New York: CRR. [www.crr.org](http://www.crr.org/)

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2009. Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México: México: Secretaría de Salud. [www.maternidadsinriesgos.org.mx](http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/)

Chard T. 1991. Frequency of implantation and early pregnancy loss in natural cycles. *Bailliere‟s Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 5: 179-189.

Collado ME, Alva R, Villa L, López E, González de León D, Schiavon R. 2008. Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva. *Género y Salud en Cifras*, 6(2): 17-30.

Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas. 2009. Observaciones finales del Comité contra la Tortura, Nicaragua. 42º Período de Sesiones. Nueva York: ONU.

Comité de los Derechos del Niño. 2003. Salud de los adolescentes y desarrollo en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño. 33ª Sesión. Nueva York: ONU.

Comité de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. 2005. 85º Dictamen, Comunicación No. 1153/2003. Perú. Nueva York: ONU.

Comité de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. 2010. Examen de los informes presentados por los Estados miembros en virtud del artículo 40 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. México. Nueva York: ONU.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres. 1999. Recomendación General 24. Las mujeres y la salud (artículo 12). Nueva York: CEDAW.

Congregación para la Doctrina de la Fe. 1974. Declaración sobre el aborto procurado. Ciudad del Vaticano: La Curia Romana. [www.vatican.va/romancuria/congregations](http://www.vatican.va/romancuria/congregations)

Congregación para la Doctrina de la Fe. 1987. Instrucción sobre el respeto a la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Ciudad del Vaticano: La Curia Romana. [www.vatican.va/romancuria/congregations](http://www.vatican.va/romancuria/congregations)

Congregación para La Doctrina de La Fe. 2009. Aclaración de la Congregación de la Doctrina de la Fe sobre el aborto procurado. Evangelium Vitae. Ciudad del Vaticano: La Curia Romana. [www.vatican.va/romancuria/congregations](http://www.vatican.va/romancuria/congregations)

Consejo Nacional de Población. 2008. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006. Informe Final. México: CONAPO. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx/)

Consejo Nacional de Población. 2009. Salud sexual y reproductiva y el ejercicio de los derechos. Cairo+5. México: CONAPO. [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx/)

Consulta Mitofsky. 2010. El aborto en la opinion pública. México: Tracking Poll Roy Campos.

Cook R, Dickens BM. 2003. Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 25(1): 1-59. Versión en español: Dinámica de los derechos humanos en la reforma de las leyes del aborto. [www.gire.org](http://www.gire.org/)

Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. 2003. Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law. New York: Oxford University Press.

Cook RJ, Dickens BM. 2006. The growing abuse of conscientious objection. *Virtual Mentor, Ethics Journal of the American Medical Association*, 8(5): 337-340.

Corte Interamericana de los Derechos Humanos. 1981. Resolución No. 23/81, Caso 2141, Estados Unidos de América.

Crane BB, Hord-Smith C. 2006. Access to safe abortion: An essential strategy for achieving the Millennium Development Goals to improve maternal health, promote gender equality, and reduce poverty. Chapel Hill, NC: Ipas / Millennium Project. [www.ipas.org](http://www.ipas.org/)

Creanga AA, Priyadarshini R, Tsui AO. 2008. Characteristics of abortion service providers in two northern Indian states. *Contraception*, 79: 500-506.

De Bruyn M. 2003. Los derechos humanos, el embarazo no deseado y la atención relacionada con el aborto. Chapel Hill, NC: Ipas. [www.ipas.org](http://www.ipas.org/)

De Bruyn M, Packer S. 2004. Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. Policies, counseling and clinical care. Chapel Hill, NC: Ipas. [www.ipas.org](http://www.ipas.org/)

Demetrio JL, Pacete JC, Aguiling E, Lu AV, Sabundayo ML. 2007. Imposing misery. The impact of Manila’s total ban on contraception. Manila: Likhaan Center for Women’s Health / ReproCen / Center for Reproductive Rights. [www.likhaan.net](http://www.likhaan.net/)

Department of International Development. 2009. Policy position on safe and unsafe abortion. London: DID. [www.did.gov.uk/documents/publications/](http://www.did.gov.uk/documents/publications/)

Durand M, Larrea F, Schiavon R. 2009. Mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia: efectos del levonorgestrel anteriores y posteriores a la fecundación. *Salud Pública de México*, 51(3): 255-261.

Evangelium Vitae (Papa Juan Pablo II). 1995. Ciudad del Vaticano: La Curia Romana.

[www.vatican.va/romancuria/congregations](http://www.vatican.va/romancuria/congregations)

Fathalla MF, Sinding SW, Rosenfiled A, Fathalla MMF. 2006. Sexual and reproductive health for all: a call for action. *The Lancet (Sexual and Reproductive Health Series)*, 368: 2095-2100. [www.thelancet.org](http://www.thelancet.org/)

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. 2006. Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. Comité para el estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer. Londres: FIGO.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2005. Estado de la Población Mundial 2005. La promesa de igualdad. Género, equidad, salud reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: UNFPA. [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org/)

Ganatra B, Elul B. 2003. Legal but not always safe: three decades of a liberal abortion policy in India.

*Gaceta Médica de México*, 139 (Suppl. 1): 103-108.

García V. 2009. Biofilosofía, ficción y nuevo preformacionismo en las posturas contra el aborto. En: Flores J. (editor). Foro sobre la despenalización del aborto. Respuestas sociales frente a las controversias constitucionales. México: Universidad Nacional Autónoma de México, p.

GIRE Grupo de Investigación en reproducción Elegida 2013. “Omisión e Indiferencia”

<http://informe.gire.org.mx/>

Glasier A, Metin A, Schnid GP, García C, Van Look P. 2006. Sexual and reproductive health: A matter of life and death. *The Lancet (Sexual and Reproductive Health Series)*, 368, 1595-1607. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com/)

Global Health Council. 2002. Promises to keep: the toll of unintended pregnancies on women’s lives in the developing world. Washington, DC: GHC. [www.ghc.org](http://www.ghc.org/)

Germain A, Kim T. 1999. Incrementando El acceso al aborto seguro: estrategias para la acción. New York: International Women’s Health Coalition.

González AC, Durán J, Ortiz A, Ramos S. (coordinación y edición). 2008. Causal salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. México: La Mesa por la Salud de las Mujeres / Alianza Nacional por El Derecho a Decidir.

González de León D & Billings DL (2001). Attitudes towards abortion among medical trainees in México City public hospitals. *Gender and Development*, 9(2): 87-94.

González de León D, Billings DL, Ramírez R. 2008. El aborto y la educación médica en México. *Salud Pública de México*, 50 (2): 258-267.

Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. 2006. Unsafe abortion: The preventable pandemic. *The Lancet* (Sexual and Reproductive Health Series), 368: 1908-1919. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com/)

Grether P. 2005. El diagnóstico prenatal y el aborto por enfermedad fetal. En: Grupo de Información en Reproducción Elegida. El diagnóstico prenatal y el aborto. México: GIRE. [www.gire.org](http://www.gire.org/)

Guttmacher Institute. 1999. *Sharing responsibility: Women, society & abortion worldwide.* New York: GI. [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org/)

Guttmacher Institute. 2009. Meeting women’s contraceptive needs in the Philippines. In Brief, 2009 Series, no. 1. New York: GI. [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org/)

Guttmacher Institute 2012 In Brief: Facts sheets. Facts on Induced Abortion Worldwide

<http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html>

Harvard Medical School. 1968. A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. Journal of the American Medical Association, 205: 337-340.

Healy J, Otsea K, Benson J. 2006. Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 95: 209-220.

Human Rights Watch. 2006. Víctimas por partida doble. Obstrucciones al aborto legal por violación en México. Nueva York: HRW. [www.hrw.org](http://www.hrw.org/)

Human Rights Watch. 2010. Brasil: Rejeite o Projeto de Lei sobre os “Direitos do Feto”. Nueva York: HRW. [www.hrw.org](http://www.hrw.org/)

International Federation of Gynecology and Obstetrics. 1998. Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health. London: IFGO.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2003. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology. Definition of pregnancy. London: IFGO.

International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2009. Family planning: A key component of post- abortion care. Consensus statement. London: FIGO / International Confederation of Midwives / International Council of Nurses / United States Agency for International Development.

International Planned Parenthood Federation, 2006. Unsafe abortion and poverty. London: IPPF.

Ipas. 2008. Addressing unsafe abortion: A commitment to saving women’s lives. Chapel Hill, NC: Ipas. Jewkes R, Rees H, Dickson K, Brown H, Levin J. 2005. The impact of age on the epidemiology of

incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and*

*Gynaecology*, 112, 355-359. [www.bmj.org](http://www.bmj.org/)

Juárez F, Singh S, García S, Díaz C. 2008. Estimates of induced abortion in México: What’s changed between 1990 and 2006? *International Family Planning Perspectives*, 34(4): 158-168. [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org/)

Lamas M. 2008. Introducción. En: Enríquez L, De Anda C (coordinadoras). Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión. México: Programa Universitario de Estudios de Género (UNAM) / Ipas México / Grupo de Información en Reproducción Elegida, p. 13-26.

Langer A. 2003. Salud sexual y reproductiva: dónde estamos a casi una década después de El Cairo. En: Bronfman M, Denaman C. (editores). Salud reproductiva. Temas y debates. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Law Students for Reproductive Justice. 2008. Fetal Rights. Fact Sheet. Oakland, CA: LSRJ. [www.lsrj.org](http://www.lsrj.org/) Lazcano A. 2008. What is life? A brief historical overview*. Chemistry & Biodiversity*, 5: 1-15.

Lee SJ, Peter HJ, Drey EA, Partridge JC, Rosen MA. 2005. Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. Journal of the American Medical Association, 294(8): 947-54.

Leke RJI, Padilla M, Távara L, Faúndes A. 2010. The FIGO Working Group on the Prevention of unsafe abortion: Mandate and process of achievement. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110(S1): S20-S24.

Lerner S. 2008. En: Freyermuth G, Troncoso E (coordinadoras). El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México / Ipas México, 2008, p. 29-34.

Macklon NS, Geraedts JPM, Fauser BJCM. 2002. Conception to ongoing pregnancy: the “black box of early pregnancy loss”. *Human Reproduction Update*, 8(4): 333-43.

Mandelbaum J. 2000. Embryo and oocyte cryo-preservation**.** *Human Reproduction,* 15 (Suppl. 4): S43- S47.

Mendoza HA, López S. 2009. El derecho a decidir desde las libertades constitucionales. Voluntad pro- creacional, una propuesta. Instituto Estatal de las Mujeres. Monterrey, NL: IEMNL.

Morowitz HJ, Trefil JS. 1993. La verdad sobre el aborto. ¿Cuándo empieza la vida humana? Barcelona: Ediciones Martínez Roca, p. 22.

Muñoz J. 2009. El discontinuo desarrollo embrionario-fetal. En: Flores J. (editor). Foro sobre la despenalización del aborto. Respuestas sociales frente a las controversias constitucionales. México: Universidad Nacional Autónoma de México, p. 269-271.

Nathan S, Greer DM. 2006. Brain death seminars in anesthesia, *Perioperative Medicine and Pain*, 25: 225-231.

Ngwena CG. 2010. Protocol to the African Charter on the Rights of Women: Implications for access to abortion at the regional level. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110(2): 163-166.

Olukoya AA, Kaya A, Ferguson BJ & AbouZahr C (2001). Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75: 137-147.

Organización de las Naciones Unidas. 1995. Declaración de Beijing y plataforma de acción. Nueva York: ONU. [www.un.org](http://www.un.org/)

Organización Mundial de la Salud. 2008. Mortalidad materna en 2005. Ginebra: OMS / UNICEF / UNFPA

/ Banco Mundial.

Organización Panamericana de la Salud. 2006. Derogación del derecho al aborto terapéutico en Nicaragua: Impacto en salud. Washington: OPS (Declaración pública de la OPS, citada en Amnistía Internacional, 2009, p. 13).

Ortega A. 2008. Intervención en la audiencia de la Suprema Corte de la Nación. En: Enríquez L, De Anda C (coordinadoras). Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión. México: Programa Universitario de Estudios de Género (UNAM) / Ipas México / Grupo de Información en Reproducción Elegida, p. 175-180.

Pallikadavath S, Stones W. 2006. Maternal and social factors associated with abortion in India: A Population-based study. *International Family Planning Perspectives*, 32(3): 120-125.

Parliamentary Assembly of the Council of Europe. 2008a. Report of the Committee on equal opportunities for women and men. Brussels: COE. [www.assembly.coe.int/](http://www.assembly.coe.int/)

Parliamentary Assembly of the Council of Europe. 2008b. Access to safe and legal abortion in Europe. Resolution 1607. Brussels: COE. [www.assembly.coe.int/](http://www.assembly.coe.int/)

Pérez-Tamayo R. 2002. Ética médica laica. México: Fondo de Cultura Económica / El Colegio Nacional. Pignotti, MS, Donzelli G. 2008. Perinatal care at the threshold of viability: An international comparison of

practical guidelines for the treatment of extremely preterm births. *Pediatrics,* 121(1): 193-198.

Poniatwska E. 2000. Las mil y una… La herida de Paulina. México: Plaza y Janés Editores.

Population Council. 2009. ¿Qué piensan quienes habitan en el Distrito Federal sobre la ley que permite a las mujeres obtener la interrupción del embarazo hasta las primeras 12 semanas de gestación? Comparación de hallazgos clave en Encuestas de Opinión llevadas a cabo en el DF en los años 2007, 2008 y 2009. México: PC.

Rahman M, DaVanzo J, Razzaque A. 2001. Do family planning services reduce abortion in Bangladesh?

*The Lancet,* 358(9287):1051−1056.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologysts. 2008. The abortion time limit and why should remain at 24 weeks. London: RCOG. [www.rcog.org.ku](http://www.rcog.org.ku/)

Royal College of Obstetricians and Gynaecologysts. 2009. Statement on safe and unsafe abortion. London: RCOG. [www.rcog.org](http://www.rcog.org/)

Royal College of Obstetricians and Gynaecologysts. 2010. Fetal awareness. A review of research and recommendations. London: RCOG. [www.rcog.org.ku](http://www.rcog.org.ku/)

Rowbotton S. 2007. *Giving girls today and tomorrow. Breaking the cycle of adolescent pregnancy*. New York: UNFPA, 2007. [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org/)

Salazar P. 2008. Estado laico y derechos sexuales y reproductivos. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida. [www.gire.org](http://www.gire.org/)

Sánchez ML, Lamas M, Cabal L, Reséndiz S, Sepúlveda L, Ancona E, Winocur M, Díaz de León F. 2008. Paulina. Justicia por la vía internacional. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Temas para el Debate, No. 6.

Schiavon R, Troncoso E, Billings DL, Polo G (2007). Abortion-related morbidity in public sector hospitals in México, 2000-2005. Seminar on Measurement of Abortion Incidence, Abortion-related Morbidity and Mortality. Paris, France: International Union for the Scientific Study in Population; 2007.

Schiavon R. 2008. La salud pública y el aborto: la importancia de las evidencias científicas. En: Enríquez L, De Anda C (coordinadoras). Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión. México: Programa Universitario de Estudios de Género (UNAM) / Ipas México / Grupo de Información en Reproducción Elegida, p. 115-132.

Schiavon R, Troncoso E, Polo G. 2010. Use of Health systems data to study morbidity related to pregnancy loss. In: Singh S (editor). Methods for estimating abortion incidence and abortion related morbidity and mortality: A review. New York: Guttmacher Institute / International Union for the Scientific Study of Population.

Schiavon R. 2015 Mortalidad materna: un problema de salud pública y de derechos humanos. Capítulo del Libro “Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: Avances y retos a 20 años de la Conferencia mundiales de El Cairo y Beijng”, en prensa.

Secretaría de Salud. 2003. La salud de adolescentes en cifras. *Salud Pública de México*, 45 (Suppl. 1), S153-S166. [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org/)

Secretaría de Salud. 2007. Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud sexual y reproductiva para adolescentes. México: SSA.

Secretaría de Salud. 2008. Principales causas de mortalidad infantil (menores de un año) 2008. México: SSA / Dirección General de Información en Salud. [www.sinais.bob.mx](http://www.sinais.bob.mx/)

Secretaría de Salud. 2009. Principales causas de mortalidad materna. Bases de datos sobre defunciones. México: SSA / Sistema Nacional de Información en Salud. [www.sinais.salud.gob.mx](http://www.sinais.salud.gob.mx/)

Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. 2007. Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*, 370: 1338-1345. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com/)

Septién, JM (coordinador). 2003. El aborto. Ética, verdad y justicia. México: Editorial Diana / Universidad Anáhuac / Academia Nacional de Médicos Católicos.

Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanescu F. 1992. Commentary: The public health consequences of restricted induced abortion. Lessons from Romania. *American Journal of Public Health*, 82(10): 1328- 1331.

Singh S. 2006. Hospitals admissions resulting form unsafe abortion: Estimates from 13 developing countries. *The Lancet*, 368: 1887-1992. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com/)

Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A & Sedgh G. 2009a. Abortion Worldwide: A decade of uneven progress. New York: Guttmacher Institute. [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org/)

Singh S. Darroch JE, Ashford LS, Vlassof M. 2009b. Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. New York: Guttmacher Institute / United Nations Population Fund.

Secretaría de Salud, México 2014.

<http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SMP/SaludMaternayPerin2013_2018.html>

Sociedad Mexicana de Salud Pública. 2009. Declaratoria de Oaxaca. LXIII Reunión Annual. Oaxaca: SMSP. [www.smsp.org.mx](http://www.smsp.org.mx/)

Souza A, Lozano R, Gakidou E. 2010. Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico. *Health Policy and Planning*, 25(4): 300-310.

Stewart FH, Shields WC, Hwang AC. 2004. Cairo goals for reproductive health: Where do we stand at ten years? (Editorial). *Contraception*, 70: 1-2.

Suprema Corte de Justicia de la Nación. 2007. Sentencia definitiva de la acción de inconstitucionalidad 146/2007 y su acumulada 147/2007. México: SCJN.

Tapia R. 2009. Aspectos genómicos y neurobiológicos de la formación de la persona durante el desarrollo intrauterino. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida. [www.gire.org](http://www.gire.org/)

Ubaldi N, Maorenzic M, Montiel CV. 2004. Paulina. Cinco años después. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Temas para el Debate, No. 4. [www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx/)

Ubaldi N. 2008. El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, Temas para el Debate, No. 7. [www.giere.org.mx](http://www.giere.org.mx/)

Valdés MM. 1999. El problema del aborto. Tres enfoques. En: Vázquez R. (compilador). Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales. México: Instituto Tecnológico Autónomo de México / Fondo de Cultura Económica, p. 129-150.

Valdés MM. 2008. Argumentación sobre el concepto de persona. En: Enríquez L, De Anda C. (coordinadoras). Despenalización del aborto en la Ciudad de México. Argumentos para la reflexión. México: Programa Universitario de Estudios de Género (UNAM) / Ipas México / Grupo de Información en Reproducción Elegida, p. 29-33.

Vázquez R. 2004. Del aborto a la clonación. Principios de una bioética liberal. México: Fondo de Cultura Económica.

Warriner IK, Shah IH. 2006 (editors). Preventing unsafe abortion and its consequences: Priorities for research and action. New York: Guttmacher Institute. [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org/)

Wilcox AJ, Weinberg CR, O’Connor FJ, Baird DD, Schlatterer JP, Canfield RE, Armstrong EG, Nisula BC. 1988. Incidence of early pregnancy loss. *New England Journal of Medicine*, 319: 189-194.

World Health Organization. 1987. Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Report of a WHO Scientific Group. Technical Report Series 753. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1992. *The prevention and management of unsafe abortion.* Report of a technical working group. Geneva: WHO/MSM. [www.who.org](http://www.who.org/)

World Health Organization. 1995. Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2007a. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Fifth Edition, Geneva: WHO. [www.who.org](http://www.who.org/)

World Health Organization. 2007b. Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates 2004. Geneva: WHO. [www.who.org](http://www.who.org/)

World Health Organization. 2009. Women and health: Today's evidence tomorrow's Geneva: WHO. [www.who.org](http://www.who.org/)

World Health Organization. 2010. Technical opinion. In response to the request of: UNDP/UNFPA/WHO/ World Bank Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Geneva: WHO. [www.who.org](http://www.who.org/)

World Health Organization (WHO), Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, sixth ed., Geneva: WHO, 2011.

World Public Opinion. 2008. World publics reject criminal penalties for abortion. Washington: WPO. [www.worldpublicopinion.org](http://www.worldpublicopinion.org/)

Zinaman MJ, Clegg ED, Brown CC, O’Connor J, Selevan SG. Estimates of human fertility and pregnancy losses. *Fertility and Sterility,* 1996; 65(3):503-509.