

**AL PRESIDENTE  
DE LA HONORABLE SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN  
Señ. MINISTRO GUILLERMO ORTIZ MAYAGOITIA**

- I. Introducción
  
- II. La salud pública y el aborto: la importancia de las evidencias científicas
  - a. El aborto y la mortalidad materna
  - b. El aborto y la salud de las mujeres
  - c. Las restricciones legales y el aborto
  - d. Las razones del aborto
  - e. La prevención del aborto
  - f. La definición de embarazo
  - g. El genoma como base de la individualidad
  
- III. Conclusión

Ciudad de México, Abril 25 2008

**Dra. Raffaella Schiavon Ermani  
Directora General Ipas México A.C.**

*Ipas México trabaja para aumentar la capacidad de las mujeres de ejercer, en un marco de equidad, sus derechos sexuales y reproductivos, entre ellos el embarazo elegido, y para reducir las muertes, las lesiones y el estigma relacionados con el aborto. Además, buscamos contribuir a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a través de la incidencia en las políticas y programas públicos del país. En Ipas México, creemos que ninguna mujer debería verse obligada a arriesgar su vida o su salud por carecer de opciones seguras de salud reproductiva.*

## **Introducción**

**Señor Ministro Guillermo Ortiz Mayagoitia, Presidente de la Honorable Suprema Corte de Justicia de la Nación, Señoras Ministras, Señores Ministros,**

Gracias por este ejercicio de escucha pública, democrática y plural.

Ha pasado un año desde las reformas legales del *Código Penal del Distrito Federal y de la Ley de Salud del Distrito Federal*, reformas que se llevaron a cabo de conformidad con las obligaciones constitucionales de los Estados Unidos Mexicanos en materia de la protección a la salud, a la libre elección reproductiva, a la igualdad y la no discriminación.

Consideramos que el cambio legislativo de abril 2007 en el Distrito Federal constituyó un avance muy importante en la región, ya que puso la Ciudad de México en la vanguardia de los esfuerzos que el país en su conjunto debe realizar para reducir la morbilidad y mortalidad materna por causas evitables, como es el aborto inseguro.

El complejo debate legal, ético y social sobre el aborto no puede prescindir de las evidencias médico-científicas generadas en el campo de la salud pública, a nivel nacional e internacional. En este texto, nos enfocamos a los aspectos de salud pública y a las evidencias epidemiológicas y clínicas, nacionales e internacionales, que relacionan el aborto inseguro, realizado en un marco legalmente restringido, con una elevada mortalidad y morbilidad materna.

Mencionaremos, de manera muy resumida, las principales evidencias sobre este tema, y trataremos de contrarrestar algunos intentos evidentes de desinformación, para que la toma de decisiones pueda fundamentarse en argumentos sólidos y científicos.

## **La salud pública y el aborto: la importancia de las evidencias científicas**

La literatura médica abunda de robustas evidencias en relación a los efectos que las restricciones legales y la falta de acceso a servicios de aborto seguro tienen sobre la vida y la salud de las mujeres. Estos efectos incluyen: elevada mortalidad materna, morbilidad severa y complicaciones a corto y largo plazo, y costos excesivos que recaen sobre el sistema de salud y las mujeres mismas, generando situaciones de discriminación y de profunda inequidad social y de género.

En este texto, usaremos la siguiente terminología:

1. Por “aborto” nos referimos a cualquier proceso de interrupción del embarazo, espontáneo, inducido o debido a causas patológicas o no especificadas. Si bien las definiciones médicas restringen el término a etapas del desarrollo embrionario o fetal que son incompatibles con la sobrevivencia del producto (antes de las 20 o 22 semanas de gestación o con productos de menos de 500 gramos de peso), con frecuencia, en la literatura médica, el término se aplica más ampliamente a todas las etapas de la gestación.
2. Por “interrupción legal del embarazo” (ILE), nos referimos específicamente al procedimiento que se realiza bajo las causales contempladas en la ley.
3. Adicionalmente, nos referimos al “aborto inseguro”, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como a aquel procedimiento realizado por personal no capacitado y/o en condiciones que no cumplen los estándares médicos mínimos.<sup>1</sup> Esta definición incluye los abortos inducidos que se llevan a cabo en países con leyes restrictivas, así como los abortos realizados en países con leyes que apoyan el derecho a decidir, pero que no cumplen con los requisitos legales y médicos correspondientes.

## **El aborto y la mortalidad materna**

La Organización Mundial de la Salud, en sus más recientes estimaciones, calcula que aproximadamente una de cada 8 muertes maternas en el mundo (13%) se debe al aborto.<sup>2</sup> Se estima que 66,500 mujeres mueren cada año por abortos inseguros, siendo

estas muertes totalmente evitables. Pero la distribución no es pareja en el mundo. Menos de 60 muertes por aborto suceden cada año en los países desarrollados, con leyes que apoyan el derecho a decidir; las restantes 66,400 mujeres mueren en los países en desarrollo, en su mayoría con marcos legales restrictivos.<sup>3</sup>

La letalidad del procedimiento (es decir el número de muertes por 100,000 abortos), varía en forma impactante en las diferentes regiones del mundo, dependiendo del marco legal y del acceso y calidad de los servicios de salud: va de 0.56 muertes por cada 100,000 abortos legales en Estados Unidos a 10 muertes en promedio por 100,000 procedimientos en el conjunto de los países desarrollados. En las regiones del mundo en vías de desarrollo, es de 350 en promedio por 100,000 abortos, pero llega a 750 muertes por cada 100,000 abortos inseguros en África Sub-Sahariana.<sup>3</sup>

### **La mortalidad por aborto en México**

En México, entre 1990 a 2005, un total de 21, 464 mujeres murieron por causas maternas; 1,537 decesos se debieron al aborto, lo que representa el 7.2% de todas las muertes durante este periodo; para 2005, el aborto era la quinta causa de muerte materna en el país.<sup>4</sup> Para ese mismo año, la “letalidad” del aborto inseguro en nuestro país fue de 52 muertes por 100,000 hospitalizaciones por esta causa, 100 veces mayor que en Estados Unidos.

A lo largo de estos años (1990-2005), las mujeres que murieron por aborto en nuestro país tenían el siguiente perfil:

- una de cada cuatro murió en dos entidades federativas: el Distrito Federal y el Estado de México
- una de cada dos eran mujeres en plena edad reproductiva (20 a 29 años)
- una de cada ocho eran adolescentes (de 19 años o menos)
- seis de cada diez eran mujeres que no tenían derechohabencia en salud.

Estos datos revelan el estrecho vínculo entre la muerte materna y el aborto inseguro, y demuestran que el aborto sigue siendo un problema de salud pública en el mundo y en México, atravesado por profundas inequidades sociales, culturales y económicas.

## **El aborto y la salud de las mujeres**

En todo el mundo, el aborto inducido es un evento muy frecuente en la vida de las mujeres: uno de cada cinco embarazos termina en un aborto. Se estima que en 2003, se realizaron 42 millones de abortos inducidos, con un ligero descenso en comparación con los 46 millones estimados para 1995.<sup>5</sup> El descenso estimado se debió al aumento en el uso de métodos anticonceptivos, pero interesantemente, coincidió con la liberalización del marco legal respectivo en 17 países del mundo.

En México, en el sector público de salud, una de cada diez mujeres (de entre 10 y 54 años) que se hospitalizan por un evento obstétrico, lo hace por complicaciones de aborto; una de cada veinte mujeres de la misma edad que se hospitalizan por cualquier causa, lo hace por aborto. Entre 2001 y 2005, los sistemas de información oficiales en salud registraron un promedio anual de 167,000 mujeres (de 10 a 54 años) hospitalizadas en instituciones públicas por esta razón.<sup>6</sup>

Se calcula adicionalmente que, por cada mujer que llega a hospitalizarse, entre tres y siete más se realizan un aborto inducido, sin buscar atención hospitalaria.<sup>7</sup> En la actualidad, se estimaría así que entre 455,000 y 1,060,000 abortos inducidos podrían suceder anualmente en nuestro país.<sup>6</sup>

El riesgo combinado de muerte y de complicaciones no es naturalmente inherente al procedimiento de la interrupción de un embarazo: se debe a un marco legalmente restringido, a la falta de capacitación técnica de los profesionales de la salud, al deficiente acceso a los servicios por parte de las mujeres, quienes por el estigma social y legal que lo rodea, recurren finalmente a procedimientos inseguros en manos de personal no capacitado.

En el mundo, la Organización Mundial de la Salud estima cada año la siguiente carga de enfermedad debida a las maniobras invasivas, a las complicaciones sépticas, hemorrágicas y traumáticas de un aborto inducido en condiciones de clandestinidad:<sup>3</sup>

- cinco millones de mujeres sufren consecuencias temporales o permanentes
- más de tres millones sufren Infecciones del Tracto Reproductivo

- 1.7 millones quedan infértiles cada año, por un total acumulado a la fecha de 24 millones de mujeres afectadas por abortos inducidos en la clandestinidad
- el 20% del total de años de vida saludable perdidos por las mujeres en el mundo debido a la carga reproductiva, es secundario al aborto inseguro.

**Pero un aborto realizado en situaciones de seguridad técnica y sanitaria, dentro de un marco de legalidad y por personal de salud calificado, es el evento obstétrico más seguro en la vida reproductiva de las mujeres,** en términos de mortalidad y de morbilidad a corto, mediano y largo plazo sobre la salud física y mental de las mujeres. La literatura médica es sólida en apoyar esta afirmación:

- en Estados Unidos, el aborto legalmente inducido conlleva un riesgo de muerte menor a uno por cada 100,000 procedimientos, lo que lo hace tan seguro en términos sanitarios como una inyección de penicilina <sup>8</sup>
- la mortalidad por aborto en EEUU es 14 veces menor a la de un parto a término <sup>8</sup>
- adicionalmente, cuanto más tempranamente se realiza el procedimiento, tanto
- mayor es su seguridad médica <sup>9</sup>
- el aborto en condiciones legales y seguras NO afecta la fertilidad futura <sup>10</sup>
- el aborto NO se asocia con riesgo aumentado de cáncer de mama <sup>11,12, 13, 14</sup>
- el aborto inducido NO induce trastornos o alteraciones en la salud mental, NO se asocia con un Síndrome de Estrés Post-Traumático, ni se relaciona de forma causal con mayor riesgo de depresión, suicidio o muerte violenta. <sup>15,16,17</sup>

Es importante señalar que este último argumento se ha pretendido utilizar desde hace por lo menos dos décadas, no solo en México, sino a nivel internacional. Muy recientemente, para sostener tal hipótesis, se han citado dos estudios poblacionales serios, realizados en Finlandia y en Nueva Zelanda respectivamente. Ambos autores, personalmente consultados por vía electrónica por nuestra organización, descartan rotundamente que sus estudios puedan ser usados en contra de la despenalización del aborto. Aclaran que sus hallazgos no apoyan una relación de causalidad entre aborto inducido y depresión severa (muerte violenta, suicidios y homicidios). Estos eventos comparten factores de riesgo comunes, que por supuesto deben de ser identificados y

tratados adecuadamente.<sup>18,19,20</sup> El segundo investigador afirma además que una nueva investigación realizada por él, demuestra que el aborto inducido en jóvenes y adolescentes resulta, años mas tarde, en condiciones educativas, laborales, psico-sociales y familiares significativamente mejores que en aquellas adolescentes que optaron por continuar sus embarazos.<sup>21</sup>

Este nuevo estudio confirma indirectamente los hallazgos de una investigación clásica (Estudio de Praga) que analiza el impacto nocivo de tener un embarazo y un hijo no deseado sobre la salud mental no solo de las madres sino también y sobre todo de los hijos e hijas nacidos no deseados.<sup>22</sup>

### **Las restricciones legales y el aborto**

**La evidencia epidemiológica es contundente: la decisión de las mujeres de recurrir a un aborto inducido NO depende de las restricciones legales existentes. Por su parte, la penalización es inefectiva para reducir el número de abortos.**

Organismos internacionales estiman que, para el año 2003, se realizan 42 millones de abortos inducidos en el mundo:<sup>3, 5</sup>

- 26 mujeres por cada mil en promedio recurrieron a un aborto inducido en países desarrollados (con leyes muy liberales en su mayoría), comparadas con 29 por mil en países en desarrollo (muchos de ellos con leyes muy restrictivas)
- las tasas mas bajas (menos de 10 por mil) se registraron en países de Europa Occidental, donde las leyes permiten el aborto a simple demanda de la mujer.
- la disminución observada entre 1995 y 2003 en las tasas de aborto inducidos fue mucho mayor en los países desarrollados, donde los abortos son seguros y legales, que en los países en desarrollo (donde mas de la mitad de los abortos son inseguros e ilegales)

Mientras el contexto legal **NO** afecta el número de abortos inducidos, **SI** impacta significativamente en la seguridad del procedimiento: el riesgo de enfrentar complicaciones y muertes está fuertemente relacionado con el marco legal de cada país. Como ya documentamos en la sección a. de este documento, la letalidad de un

aborto inseguro en países pobres llega a ser varios cientos de veces más elevada que la de un aborto legal en países ricos.<sup>3,5, 23</sup> Si bien la pobreza, el acceso a servicios de salud y a una buena atención obstétrica de emergencia también influyen, la criminalización del aborto y el estigma social que ésta implica, son los factores determinantes. Aún en los mismos países desarrollados, la letalidad de un procedimiento inducido legalmente es decenas de veces mayor a la de un aborto inseguro e ilegal.<sup>3, 23</sup>

A lo largo de los años recientes, se ha documentado como la legalización del aborto ha traído consigo una significativa reducción de la mortalidad materna y de las complicaciones asociadas al aborto, de manera independiente de la mejoría de la atención obstétrica en su conjunto. En la literatura publicada, se pueden revisar los casos de Rumania, de SudÁfrica, de Guayana, de Carolina del Norte, entre otros.

### **Las razones del aborto**

La pregunta lógica en el debate social sobre el aborto es por qué las mujeres recurren al aborto inducido. La respuesta es simple: porque hay embarazos no deseados. Pero todas las medidas preventivas no eliminarán por completo los embarazos no deseados, y por ende el recurso al aborto, debido a: 1) la violencia sexual; 2) las fallas en los métodos anticonceptivos; 3) la falta de protección anticonceptiva en las relaciones sexuales y 4) varias y complejas circunstancias personales.

1) En México, en una encuesta realizada en el año 2003, entre cuatro y seis de cada 100 mujeres declararon haber sido víctimas de violación alguna vez en la vida; 65% entre los 10 y 20 años, en pleno comienzo de su etapa reproductiva.<sup>24</sup> Se ha estimado que suceden al año 120,000 violaciones en el país.<sup>25</sup> Por otro lado, se presume que sólo 10% de las mujeres violadas llegan a presentar una denuncia, y de ellas solo una minoría lo hace dentro de las primeras horas, lo que podría permitir la administración de anticoncepción de emergencia para evitar un posible embarazo y por ende un aborto inducido aún en condiciones legales.

2) Aún las mujeres que usan un anticonceptivo pueden quedar embarazadas por alguna

falla en el método. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año alrededor del mundo suceden 26.5 millones de embarazos consecuencias de fallas anticonceptivas. <sup>1</sup>

3) La protección anticonceptiva en las relaciones sexuales no es una responsabilidad exclusivamente individual, se constituye en una responsabilidad colectiva, del estado y de las instituciones, que deben de garantizar políticas adecuadas de Planificación Familiar, provisión de métodos anticonceptivos a toda la población, pero en especial a la mas marginada (adolescentes y jóvenes, población indígena y rural, y con bajo nivel socioeconómico y educativo). En México, en la actualidad, se estima que solo cuatro de cada 10 adolescentes en unión usa anticonceptivos; solo seis de cada 10 mujeres sin escolaridad y solo cinco de cada 10 mujeres indígenas. <sup>27</sup>

4) Finalmente, las mujeres en todo el mundo interrumpen sus embarazos por una variedad de motivos personales, difíciles de clasificar. Muy pocos de estos motivos están ligados a las causales incluidas en la legislación de la Ciudad de México vigente antes del Decreto en cuestión (como son violación, riesgo para la vida o la salud, o malformaciones graves del producto). En la gran mayoría de los casos, las mujeres recurren al aborto por problemas que afectan la calidad y el proyecto de sus vidas.

### **La prevención del aborto**

Sin lugar a dudas, la forma más efectiva de prevenir los abortos es evitar los embarazos no deseados a través de un mayor uso de métodos anticonceptivos. Existe una relación directa entre los ideales reproductivos (el número de hijos que desean las mujeres y las parejas), su cobertura anticonceptiva - es decir, el porcentaje que usa regularmente un método de planificación familiar - y el aborto inducido. De hecho, la reducción más importante observada en los últimos años en algunos países del mundo, dependió de un aumento significativo en el uso de métodos anticonceptivos modernos. <sup>3,5</sup>

Se ha calculado matemáticamente que para prevenir 1.6 abortos inducidos por mujer, se requiere aumentar 10 puntos porcentuales la cobertura anticonceptiva en una determinada población. <sup>26</sup> Sin embargo, la cobertura anticonceptiva en nuestro país, a

nivel nacional, sólo ha subido poco más de dos puntos porcentuales a lo largo de la última década. <sup>27</sup>

En este sentido, el nuevo marco legal que modifica el Código Penal y despenaliza el aborto en el primer trimestre del embarazo, también adiciona la Ley de Salud del Distrito Federal, estableciendo la obligación gubernamental de establecer políticas integrales de prevención que tengan como propósito principal reducir el índice de abortos. Esto solo se logrará, como bien afirma el texto del Decreto, reforzando de manera integral la atención a la salud sexual y reproductiva, como un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos; fortaleciendo las medidas de prevención de los embarazos no planeados y no deseados, y por ende de los abortos inducidos, a través de programas y servicios de educación sexual, de planificación familiar y anticoncepción, fomentando la maternidad y la paternidad responsables, en el pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas.

### **Definición de embarazo: Consideraciones Médicas y Jurídicas**

Se ha mencionado que la nueva noción de embarazo establecida en el Código Penal del Distrito Federal es “contraria a toda lógica elemental, incluso jurídica”, ya que define el embarazo a partir de la implantación del embrión en el endometrio y no desde el momento de la “concepción”.

El rechazo a la definición incorporada en la legislación penal del Distrito Federal obedece a un desconocimiento de la ciencia médica y también del marco jurídico nacional. En ese sentido, es importante hacer una serie de aclaraciones.

A nivel de ley, no existe en el marco jurídico nacional una definición de embarazo, ni siquiera en la Ley General de Salud. No obstante, una serie de definiciones jurídicas vinculadas al embarazo aluden al término ‘concepción’. Ejemplo de ello son las definiciones incluidas en las fracciones VIII y IX del artículo 314 de la Ley General de Salud, a saber:

VIII. *Embrión, ... producto de la concepción a partir de ésta, y hasta el término de la duodécima semana gestacional;*

IX. *Feto, ... producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno;*

Sin embargo, tampoco hay algún instrumento jurídico con jerarquía de ley que defina el término 'producto de la concepción'.<sup>1</sup> Por lo tanto, ante la omisión legal, es necesario acudir a la ciencia médica para obtener una definición de embarazo.

Desde la década de los 70s el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, ACOG por sus siglas en inglés, ha definido al *embarazo* como el período comprendido entre la *concepción*, a la que se define como *implantación* del blastocisto (óvulo fecundado) en la cavidad uterina y la expulsión del feto.<sup>2,3</sup> ACOG señala expresamente que el término *concepción* es distinto al de *fertilización* (unión del óvulo y el espermatozoide).<sup>2</sup> Así mismo, los Institutos Nacionales de Salud (NHI) de los Estados Unidos y el Comité de Ética de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO), definen el *embarazo* a partir de la *implantación*, y mas aún a partir de "signos y síntomas presuntivos de embarazo, como la amenorrea y pruebas diagnósticas médicamente aceptadas".<sup>4, 5</sup> Esta definición es la que asume la Organización Mundial de la Salud.

Así, la *implantación* es el acontecimiento que nos permite marcar objetivamente el inicio del embarazo. Es importante mencionar a ese respecto que:

---

<sup>1</sup> Si bien no hay una definición de **embarazo** en ordenamientos con carácter de ley, existe una en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud que dice: "Artículo 40. ... II. *Embarazo*. Es el periodo comprendido desde la *fecundación* del óvulo (evidenciada por cualquier signo o síntoma presuntivo de embarazo, como suspensión de menstruación o prueba positiva del embarazo médicamente aceptada) hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos". Esta definición, que alberga una mala traducción de la definición del OPRR Reports (ref. 4), es científicamente contradictoria, ya que vincula la fecundación con las evidencias de embarazo, tales como suspensión de menstruación o prueba positiva del embarazo, mismas que sólo pueden presentarse una vez que se ha producido la implantación.

<sup>2</sup> Hughes EC (ed), Committee on Terminology, The American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetric-Gynecologic Terminology*. Philadelphia PA: F.A. Davis Company, 1972.

<sup>3</sup> ACOG, *Obstetric-Gynaecology Terminology*, Filadelfia, F. A. Davis Company, 1983.

<sup>4</sup> OPRR Reports: Protection of Human Subjects. Code of Federal Regulations 45CFR 46, March 8, 1983.

<sup>5</sup> FIGO, Recommendations on Ethical Issues in Obstetric and Gynecology, November 2003: Definition of Pregnancy (pg 43)

- la fecundación -o fertilización- es un evento que precede temporalmente de 12-13 días la primera falta menstrual (amenorrea);
- por lo mismo, no existe diagnóstico clínico, y tampoco de laboratorio o de gabinete, que pueda confirmar *in vivo* el evento de la fertilización;
- la fecundación es un evento sujeto a una elevada selección natural, ya que sólo uno de cada cuatro óvulos fecundados tiene capacidad de implantarse. Aquellos óvulos fecundados que no se implantan son desechados sin que esto pueda siquiera registrarse.
- solo la implantación puede ser detectada *in vivo* con pruebas clínicas, bioquímicas y de imagen, ya que a partir de ese momento, se puede detectar la producción de la hormona del embarazo (la gonadotropina coriónica: HCG)

Contrario a la ciencia médica, que claramente identifica a la concepción con la implantación desde hace más de 30 años, algunos sectores han intentado asimilar el término ‘concepción’ con el de fecundación o fertilización, es decir como el momento en el que se unen el óvulo y el espermatozoide y se inicia ‘la vida’.

Dicho todo lo anterior, la definición de embarazo del Código Penal del Distrito Federal, no hace sino dotar de contenido preciso al término concepción, al cual equipara con la implantación del blastocisto, acorde a lo que define la ciencia médica. Lejos de restarle seguridad jurídica, abona a la certeza y a la exacta aplicación de la ley, ya que parte del único evento biológico – y del único marcador medible – del inicio del embarazo en la mujer.

### **El genoma como base de la individualidad**

**Todos fuimos cigotos**, se ha dicho aquí. Pero **no todos los cigotos han llegado a ser un individuo.**

Nadie de los que estamos aquí sabe cuantos cientos o miles de cigotos (¿Nuestros potenciales hermanos?, ¿Nuestros potenciales otros yo?) se perdieron en el proceso natural de la selección que hizo que uno de los miles de millones de espermatozoides de nuestro padre y uno de los cientos de miles de óvulos de nuestra madre, pudieran

encontrarse, fusionarse, navegar en las trompas, encontrar un nicho acogedor y pegarse al endometrio <sup>6</sup>, diferenciarse, desarrollarse y crecer, sobrevivir (junto con nuestra madre) al difícil evento del parto y finalmente llegar a lo que somos aquí y ahora: un ser humano.

**Es una verdadera aberración para la salud pública**, para los derechos humanos de las mujeres, para la justicia y la equidad, que cuando queda tan clara la distancia entre la realidad de las muertes maternas, en México y en el mundo, y los compromisos internacionales asumidos por todos los países (en temas de Objetivos de Desarrollo del Milenio: ODMs), cuando se debería acelerar el paso para que la maternidad sea de veras (como dice la Constitución) una elección libre, responsable, informada y segura, y no una condena biológica (por eso pertenecemos a la especie humana, y no a las especies animales), para que en ese proceso de gestación las mujeres no tengan que arriesgar su vida y su salud, y tampoco su libertad, es una aberración, repito, que se intente desplazar el énfasis hacia pretendidos derechos constitucionales del óvulo fertilizado, hacia la maternidad como un supuesto destino natural e inamovible de las mujeres, hacia el nuevo dogma del genoma como esencia y sustituto médico, ético y jurídico de la individualidad humana.

Más allá de las argumentaciones científicas mas complejas que muchos expertos ya han aportados, enumero aquí algunos argumentos sencillos que evidencian la falacia de tal dogma:

- Los gemelos homocigotos tienen exactamente el mismo genoma, pero son individuos diferentes.
- La placenta normal, y los tumores trofoblásticos que de ella se originan, tienen un genoma único, irrepetible y totalmente diferente de la mujer que los aloja, pero no SON individuos ni personas.

---

<sup>6</sup> Este evento particularmente crítico es llamado “*attachment*” en inglés, término que se traduce tanto a “*unión*” como a “*cariño*”, simbolizando la importancia del embarazo como un proceso gradual de gestación tanto física como psíquica.

- La programación “intrínseca” para el desarrollo que posee el cigoto es totalmente dependiente del organismo materno y puede interrumpirse con una enorme variedad de estímulos maternos.
- Las personas, a lo largo de su vida, sufren modificaciones - normales o patológicas – del genoma, pero no pierden su individualidad, no dejan de ser esas personas únicas e irrepetibles, sujeta de derechos irrenunciables.

**El genoma no es el individuo.**

**La defensa del genoma no puede pasar por encima de la dignidad humana, de la seguridad, del derecho a la libertad reproductiva de las mujeres.**

### **Conclusiones**

**Una mujer muere cada 8 minutos en algún país en desarrollo por causas de sus complicaciones:** lo mas probable es que haya sido joven, con frecuencia niña o adolescente, sin el dinero que le permitiera el acceso a servicios seguros, sin seguridad social, residente de áreas rurales o marginadas, y sin el apoyo social para enfrentar ese embarazo, no planeado o no deseado. Pudo haber sido víctima de una violencia sexual, adentro o afuera de su relación de pareja; pudo haber deseado ese embarazo en un principio, y pudo haber sido abandonada por su pareja después; pudo haber intentado cuidarse con un método anticonceptivo poco efectivo, o usado de forma inconsistente, o simplemente pudo no haber tenido acceso a ninguna forma de prevención, por la falta de dinero, por el rechazo de un médico o de un hospital, por la deficiencia de un método, o por el miedo a los efectos secundarios que nadie le ayudó a resolver. Tomó, posiblemente sola, posiblemente tarde, con varias semanas de embarazo, una decisión difícil, importante, que le costó mucho trabajo aclarar a si misma. Posiblemente intentó inducirse sola el aborto, sin éxito inicialmente, recurriendo después a una persona sin entrenamiento ni experiencia, o sin escrúpulos. Después, a la hora de presentar complicaciones, no pudo o no supo cómo ni con quién ni dónde acudir a tiempo para resolverlas, a través de un procedimiento simple, en un hospital seguro. Tuvo miedo a pagar un dinero que no tenía, a ser expuesta en algo que la estigmatizaba tan profundamente, a ser denunciada, a que se enteraran sus padres, a tener que dejar solos a los otros hijos.

**Ninguna ley que criminalice el aborto, en mayor o menor grado, puede prevenir o aliviar nada de lo que está arriba descrito.**

Tampoco la ley que actualmente permite a una mujer, en la Ciudad de México, solicitar una interrupción legal de un embarazo - sin otro requisito mas que su demanda - puede resolver su necesidad no satisfecha de anticoncepción, la protección debida a su integridad sexual y reproductiva o la necesidad de apoyo social para un embarazo deseado. Pero le permite acudir a los servicios públicos de salud de esta ciudad, recibir información y consejería, decidir con el apoyo de los profesionales de la salud sobre la mejor opción en relación a ese embarazo, y recibir atención segura y de calidad. Y no la condena a la cárcel ni a riesgos inaceptables para su vida y su salud.

La mejor legitimación al nuevo marco legal ha sido la sociedad misma: las mujeres de la Ciudad de México, que han solicitado su cumplimiento desde el día siguiente a su publicación, y que siguen demandando atención y servicios en los hospitales públicos de la Secretaría de Salud del DF. Con el cambio de la legislación en el Distrito Federal, y la despenalización del aborto en el primer trimestre del embarazo, por primera vez en el país se da respuesta a las verdaderas circunstancias que motivan a las mujeres a recurrir al aborto, razones que no necesitan de la autorización de un ministerio público, de un juez, de un médico, de un genetista. Las mujeres saben y pueden escoger en consciencia, responsabilidad y libertad. De acuerdo a datos oficiales de la SSDF, de 2002 a 2006, apenas 66 mujeres habían tenido acceso a procedimientos de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en los 4 años anteriores. Desde la entrada en vigor del Decreto, entre mayo 2007 y finales de abril 2008, más de 7,800 mujeres han podido realizarse una ILE en los hospitales públicos de la Secretaría de Salud de esta ciudad, de manera segura y en su enorme mayoría gratuita.

**Esta es una ley que protege la vida y la salud de las mujeres de esta Ciudad.**

**La decisión que muy respetuosamente, Ustedes tienen en sus manos es esperada por todas las mujeres, no solo de esta Ciudad, sino de México y, estoy segura, de toda América Latina.**

**Muchas Gracias**

**Dra Raffaella Schiavon Ermani**

**Directora General**

**Ipas México**

**Concepción Beistegui No. 106**

**Col. Del Valle**

**03100, México D.F.**

**Tel. 11 07 69 69 ext. 107**

**Fax. 11 07 69 84**

**[www.ipas.org](http://www.ipas.org)**

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud, Ginebra 2003.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr 1;367(9516): 1066-74.
3. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003 - Fifth edition. WHO, Geneva 2007.  
Publicado en línea en: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafeabortion\\_2003/ua\\_estimates03.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafeabortion_2003/ua_estimates03.pdf)
4. Schiavon R, Polo G, Troncoso E. Hoja Informativa. Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto.  
Disponible en línea en: [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file73\\_3073.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file73_3073.pdf)
5. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Åhman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007 Oct, pg. 1338-45, vol 370.  
Publicado en línea en: <http://www.thelancet.com>
6. Schiavon R et al, Abortion-related morbidity in public sector hospitals in Mexico, 2000-2005. Ponencia presentada en IUSSP Seminar on Measurement of Abortion Incidence, Abortion-Related Morbidity and Mortality. Paris, France. Nov 7-9, 2007.
7. Singh S and Wulf D (1994). Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 20: 4-13.
8. Grimes DA. Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194:92-4.
9. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States, *Obstet Gynecol* 2004;103:729.
10. Torres-Sanchez, L., Lopez-Carrillo, L., Espinoza, H. and Langer, A. (2004) Is induced abortion a contributing factor to tubal infertility in Mexico? Evidence from a case-control study *Bjog*, 111, 1254-60.
11. National Cancer Institute, United States National Institutes of Health. 2003. Summary report: early reproductive events and breast cancer workshop
12. Beral, V., Bull, D., Doll, R., Peto, R. and Reeves, G. (2004) Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83,000 women with breast cancer from 16 countries *Lancet*, 363, 1007-16.
13. Induced abortion does not increase breast cancer risk. WHO Fact Sheet 240, 2000.
14. Rosenblatt, K. A., Gao, D. L., Ray, R. M., Rowland, M. R., Nelson, Z. C., Wernli, K. J., Li, W. and Thomas, D. B. Induced abortions and the risk of all cancers combined and site-specific cancers in Shanghai *Cancer Causes Control*, 17, 2006: 1275-80.
15. Schmiede S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ* oct 2005.
16. Cohen, Susan. Abortion and Mental Health. Myths and Realities. *Guttmacher Policy Review*. 9 (3), 2006.
17. The World Health Report - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO 2002, Chapter 4, pg 63, disponible en <http://www.who.int/whr/2002/chapter4/en/index5.html>
18. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. *Eur J Public Health*. 2005 Oct;15(5):459-63.

19. Gissler M, Deneux-Tharoux C, Alexander S, Berg CJ, Bouvier-Colle MH, Harper M, Nannini A, Breart G, Buekens P. Pregnancy-related deaths in four regions of Europe and the United States in 1999-2000: Characterization of unreported deaths. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006 Sep 27.
20. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psych*, 2006; 47:1 (1):16–24
21. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2007; 39(1): 6-12.
22. David HP. Born Unwanted, 35 Years Later: The Prague Study. *Reproductive Health Matters* 2006, 14 (27):181-190
23. Grimes DA, Benson J, Singh S et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006, 368: 1908-19.
24. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2003
25. Estimaciones del Centro Nacional de Equidad de Género, Secretaría de Salud. Comunicación personal.
26. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion, *Stud Fam Plann* 2000; 31: 193-202
27. Secretaría de Salud. Tabulados Básicos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003.\