

## **DEFENDER LA VIDA HUMANA**

Justo Aznar

Director del Instituto de Ciencias de la Vida

Universidad Católica de Valencia

### **1. Introducción**

El documento de la Conferencia Episcopal Española, publicado el 26 de abril de 2012, titulado “La verdad del amor humano. Orientaciones sobre el amor conyugal, la ideología de género y la legislación familiar”, en sus puntos 68, 69 y 70 hace referencia a distintos temas relacionados con la vida humana. Entre ellos: 1) el aborto, especialmente en lo que concierne a que es un ataque directo a la vida humana, que nunca puede considerarse como un derecho y que en nuestra legislación es injustificable que se permita abortar a las menores de edad sin el consentimiento de sus padres; 2) también se refiere a las consecuencias del acto abortivo para la mujer, y especialmente a la posibilidad de la existencia de un síndrome post-aborto; 3) en relación con el área de la contracepción centra su atención en el uso de la píldora del día siguiente” y en sus consecuencias sociales, 4) igualmente aborda la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea que prohíbe patentar líneas de células madre obtenidas de embriones humanos y 5) finalmente se detiene en la distinción entre embrión y pre-embrión. A todos estos temas nos referiremos a continuación.

### **2. Paradojas de la cultura occidental en relación con la cultura de la vida**

Al valorar la defensa de la vida humana en nuestra sociedad occidental llama la atención la antinomia existente entre leyes que por un lado promueven la defensa de la vida humana, como la declaración de los “Derechos Humanos”, que en su Preámbulo reconoce, “los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”, por lo que difícilmente pueden ser excluidos de dichos derechos los no nacidos, pues humanos son; e incluso más explícitamente en su Artículo 3 manifiesta que “todo individuo tiene derecho a la vida”.

Igualmente la Convención Americana de Derechos Humanos, en su Artículo 1 manifiesta que todo ser humano es persona.

Pero contrariamente a estos textos favorables a la defensa de la vida humana se constata la existencia en nuestra sociedad occidental del mayor desprecio de la vida humana que se ha dado en la historia, como es el aborto; desprecio apoyado explícitamente por el mismo

organismo internacional, las Naciones Unidas, que promovió la Declaración Universal de los Derechos del Hombre anteriormente citada.

Esta antinomia entre derechos humanos y aceptación generalizada del aborto es sin duda una de las características fundamentales del pensamiento occidental, que ha propiciado que en 2011 en Europa se produjeran 2.863.649 abortos y que, desde que hay datos fiables hasta finales de este mismo año, el número de abortos haya superado en ese continente los 500 millones.

A nuestro juicio, el fundamento ideológico de esta esquizofrenia intelectual, que a la vez que defiende “que todo individuo tiene derecho a la vida”, promueve el aborto, tiene su fundamento en la contraposición de dos derechos, el de la autonomía individual de las personas, y en este caso de las mujeres, y el derecho a la vida.

En este sentido, en la mayoría de los países occidentales prevalecen los derechos individuales en cualquiera de sus formas de expresión, sobre el derecho a la vida del ser humano, especialmente en su etapa embrionaria y en el momento final de la misma.

En general, se puede decir que predomina el principio de libertad reproductiva, basado en la autonomía personal, sobre el principio de beneficencia reproductiva, que siempre debería proteger al niño concebido. Es decir, claramente se defiende la primacía de la autonomía personal de las mujeres sobre el derecho a la vida de un tercero, en este caso su hijo.

Esta actitud ética conduce al más exacerbado individualismo, y a un absoluto relativismo moral, consecuencia sin duda de la prevalencia en occidente de una bioética utilitarista con matices claramente economicistas.

### **3. Ataques a la vida humana naciente**

Pero con independencia del planteamiento moral anteriormente aludido, en un orden práctico, se comprueba que los ataques a la vida humana se producen fundamentalmente en sus etapas más iniciales, especialmente en el tiempo que transcurre desde la fecundación hasta la consolidación de la implantación del embrión, por lo que, para evaluar éticamente lo que significa ese ataque a la vida humana temprana es fundamental determinar cuándo comienza ésta, pues de ello dependerá el juicio ético que su destrucción suponga.

Esencialmente, y desde un punto de vista biológico, se trata de determinar si el producto de la división del cigoto, el embrión de una sola célula, es un conglomerado celular, sin valor biológico y ontológico alguno, o es un ser humano vivo, portador de la intrínseca dignidad que todo ser humano por su propia naturaleza posee, pues en el primer caso, este ente biológico primigenio podría ser utilizado para cualquier fin experimental sin ninguna responsabilidad

moral, aunque hubiera que destruirlo, sin embargo en el segundo, merecería todo el respeto que hay que dar a un ser humano adulto.

#### **4. Inicio de la vida humana**

Que la vida humana comienza con la fecundación es a, mi juicio, un hecho biológicamente incontrovertible. Creo que sin temor a errar se puede afirmar que hoy día no puede existir ningún científico que pueda negar que la vida del ser humano se inicia con la fecundación. Sobre ello hay abundante, y yo diría, que incuestionable bibliografía.

Naturalmente no podemos detenernos aquí a evaluar cada uno de los fundamentos biológicos que apoyan que la vida del ser humano se inicia con la puesta en marcha de su motor de desarrollo, tras la fusión de los pronúcleos masculino y femenino y, que ese embrión primigenio es poseedor de la identidad genética que lo va a determinar como un individuo concreto. Pero, adicionalmente a ello, existen toda una serie de mecanismos bioquímicos y celulares concretos que regulan su desarrollo y que no podrían tener lugar si ese ente biológico primigenio no fuera un ser vivo organizado de nuestra especie. En resumen, el embrión humano preimplantado, posee todas las características que lo definen como un ser vivo de nuestra especie: a) posibilidad de poner en marcha el motor de su propia evolución biológica; b) capacidad de autocontrol y de autodirigir su propio desarrollo; c) excitabilidad, o sea la capacidad de respuesta ante los propios estímulos y los del medio ambiente; d) capacidad de reproducirse manteniendo las características genéticas de sus padres; todas ellas características biológicas que definen a una vida autónoma e individual humana.

Es decir, con la fecundación y generación del cigoto se produce un nuevo ser vivo de nuestra especie, que tiene vida autónoma, distinta a la de sus padres y que ineludiblemente seguirá un proceso biológico continuo y sin fisuras hasta su muerte natural. Por ello, terminar con él, es terminar con un ser humano, es un acto abortivo.

#### **5. Valor ontológico del embrión humano preimplantado.**

Sin embargo, siguiendo a Herranz <sup>1</sup>, se puede afirmar que para algunos la adjudicación de una determinada categoría ontológica a ese ser humano preimplantado no depende de su naturaleza biológica, sino del rango que se le asigne, de la política ética que se le aplique. Según una política de poder y utilidad solamente tendrá la dignidad que otros le concedan. Serían los parlamentos, los padres, los medios de comunicación, los investigadores, los filósofos, la sociedad en general, quien le conceden o no dignidad y derechos. Quienes determinan desde cuándo y hasta cuando es sujeto de esa dignidad. En este contexto de

dignidad concedida se negocia la dignidad del embrión humano y se le despoja de ella cuando objetivos científicos, sociales e incluso personales, lo aconsejan. Pero según una política de respeto, todo ser humano debe ser reconocido y tratado como tal por su dignidad intrínseca que lo hace intangible, en consonancia con el imperativo kantiano que establece que el hombre es un fin en sí mismo, por lo que nunca puede ser utilizado como medio por muy excelentes que parezcan los fines.

## **6. Aborto**

### **6.1 Aborto preimplantacional**

Antes de abordar directamente el tema del aborto en su expresión más habitual, nos referiremos a un aspecto, a nuestro juicio, fundamental para su evaluación ética, distinguir entre aborto preimplantacional y postimplantacional, este último, el aborto quirúrgico.

Como anteriormente se ha comentado la vida humana empieza con la fecundación, por lo que cualquier interrupción de la misma a partir de ese momento se debe considerar como un acto abortivo. En este sentido, denominamos aborto preimplantacional aquel que se da entre el momento de la fecundación y la consolidación de la implantación, es decir, entre el día 1 y 14 de vida del embrión temprano.

Es en esos primeros 14 días de vida donde el embrión humano sufre un mayor número de ataques, pues en ese momento ejercen su acción abortiva la gran mayoría de los métodos utilizados para la regulación de la fecundación humana, especialmente algún tipo de contraceptivos y el dispositivo intrauterino (DIU)<sup>2</sup>. También en ese momento ejercen su acción las denominadas píldoras de día después y de los cinco días después, que en un elevado porcentaje de veces actúan por un mecanismo antiimplantatorio<sup>3,4</sup>. Igualmente con el uso de la procreación asistida, especialmente con la fecundación in vitro se manipulan los embriones, congelando los sobrantes o destruyéndolos directamente por lo que se pierden un gran número de ellos<sup>5</sup>. También del embrión preimplantado, en su etapa de blastocisto, se obtienen las células de las cuales se derivan las denominadas células madre embrionarias, e igualmente en esas etapas tempranas se utilizan los embriones para las técnicas de clonación, y, para lo que en el momento actual se está denominando reemplazo mitocondrial<sup>6</sup>. Finalmente el denominado diagnóstico genético preimplantacional, utilizado para la elección del sexo o para promover el nacimiento de niños sanos de padres portadores de una enfermedad cromosómica o genética, utiliza embriones humanos que son manipulados o destruidos.

Naturalmente no podemos detenernos aquí a evaluar pormenorizadamente cada una de las técnicas anteriormente comentadas, pero si creemos conveniente referirnos al modo de

actuación de los contraceptivos orales por ser esta la práctica más utilizada. De la píldora anticonceptiva se puede afirmar que en la mayoría de las ocasiones actúa por un mecanismo anticonceptivo, pero no se puede excluir, que, en un porcentaje no elevado de casos, actúe por un mecanismo antiimplantatorio<sup>2</sup>, en cambio el dispositivo intrauterino (DIU) desarrolla su acción contragestativa, tanto por un mecanismo anticonceptivo, como antiimplantatorio, aproximadamente en la mitad de los casos por uno u otro de ellos<sup>2</sup>. La píldora del día después o de los cinco días después actúa igualmente, bien impidiendo la fecundación o bien impidiendo la implantación del embrión que ya ha iniciado su andadura vital.

También es abortiva la píldora RU-486, pues actúa siempre terminando con la vida de un embrión que ya está implantado.

Desde un punto de vista moral se puede afirmar que todos los métodos que ejercen su acción por un mecanismo antiimplantatorio son objetivamente abortivos.

## **6.2 Aborto postimplantacional**

Denominamos aborto post implantacional al aborto tradicional, que puede ser químico o quirúrgico. El aborto químico es el que utiliza la píldora RU-486 y el aborto quirúrgico el que termina con la vida del feto por una técnica quirúrgica.

Por causa del aborto quirúrgico se pierden en España más de 100.000 vidas humanas anuales, 118.359 en el año 2011<sup>7</sup>, y desde que se aprobó la ley del aborto en nuestro país, hasta la fecha, se han perdido más de 1.500.000.

Dado que el aborto quirúrgico está considerado legal en España hasta la semana 14 de gestación, y dado así mismo que el propio texto legal que regula estas prácticas, considera que la gestación se inicia con la consolidación de la implantación del embrión en su madre, en nuestro país se puede acabar con la vida de fetos de hasta 16 semanas de vida, simplemente a requerimiento de la mujer que aborta. Además, según el artículo 15 de la propia ley del aborto, el embarazo se puede interrumpir por causas medicas hasta la 22 semana de gestación, siempre que exista gran riesgo para la vía o la salud de la embarazada o que exista riesgo para la vida del feto, pero adicionalmente cuando se detecten anomalías fetales que se presumen incompatibles con la vida, se podrá abortar en cualquier momento del embarazo.

Un aspecto especialmente negativo de la actual ley es que permite abortar a las menores de 16 años sin el consentimiento paterno, e incluso sin su conocimiento, lo que condiciona que estas jóvenes queden desprovistas de la ayuda de sus padres en un momento tan difícil para ellas, algo, a nuestro juicio, contrario a las más elementales normas familiares. También deja en manos de los médicos la decisión final sobre la conveniencia o no de que las menores

informen a sus padres sobre su decisión de abortar, y ello ante la hipotética presunción de que por hacerlo pudieran sufrir algún daño doméstico. E igualmente limita la objeción de conciencia de los sanitarios, al exigir que se plasme por escrito su rechazo, por razones de conciencia, a practicar un aborto, lo que conlleva que dichos sanitarios sean incluidos dentro de un grupo de profesionales susceptibles de sufrir objetivas discriminaciones laborales.

Otro aspecto importante de esta ley es que implícitamente pretende establecer que el aborto pueda pasar a ser un delito despenalizado a ser un derecho de la mujer, lo que indudablemente tendría graves consecuencias en cuanto a su catalogación moral, pues podría crear una corriente educativa social que lleve al ánimo de las gentes considerar moral el aborto, al catalogarlo la ley como legal, lo que contribuiría a que fuera desapareciendo el juicio negativo que sobre el aborto aún existe en nuestra sociedad. Aunque a nuestro juicio, la actual ley no define al aborto como un derecho, sino como una práctica que, realizada dentro de ciertas circunstancias legales, estaría dentro del derecho de la mujer a la salud y por tato se convertiría en una prestación sanitaria que la mujer tendría derecho a recibir, por lo que aunque no fuera propiamente un derecho, no habría posibilidad legal de impedir que las mujeres pudieran acceder a esta práctica.

Recientemente, el Partido Popular ha presentado un recurso de inconstitucionalidad contra la ley del aborto, que impugna 8 preceptos y solicita la suspensión cautelar de todos los demás. Suspensión que se fundamenta en que la aplicación de la norma recurrida “generaría perjuicios irreparables al tratarse de vidas humanas cuya eliminación sería irremediable si al final la ley se declara inconstitucional”. Este recurso de inconstitucionalidad se fundamenta especialmente en la sentencia del Tribunal Constitucional de 1986, ratificada en dictámenes de 1996 y 1999, que sustenta que los derechos de la mujer no pueden prevalecer sobre el derecho a la vida del no nacido. Además, el derecho al aborto libre hasta la semana 14 de gestación es contrario al artículo 15 de la Constitución que proclama que todos tienen derecho a la vida.

Como consecuencia de todo lo anteriormente expuesto se puede concluir que la situación legal del aborto en nuestro país está en una fase de incertidumbre que no será resuelta hasta que el Tribunal Constitucional se defina.

## **7. Síndrome post-aborto**

El documento de la Conferencia Episcopal que estamos comentando se refiere explícitamente a la existencia de un síndrome post-aborto, lo que me parece exige una reflexión sobre ello.

No cabe duda que la existencia o no de alteraciones de la salud mental de la mujer secundarias al aborto es un tema que suscita en el momento actual un amplio debate médico, sociológico o incluso antropológico. Junto a profesionales que lo defienden con firmeza, otros se muestran opuestos a ello, lo que indudablemente exige abordar el tema, atendiendo más a la razón científica que a la opinión subjetiva de personas y especialistas médicos individuales.

Antes de seguir adelante nos parece que la disparidad de criterios sobre este tema se debe en parte a razones metodológicas de los estudios realizados hasta ahora, no siempre fáciles de controlar, y que no podemos abordar aquí.

Por otro lado, somos de la opinión que muchos de los especialistas que defienden con firmeza la existencia de un síndrome post-aborto lo hacen, en muchos casos, utilizando datos de pacientes que llegan a sus consultas reclamando atención psiquiátrica tras haber abortado, lo que creemos introduce un sesgo en los datos obtenidos, pues solamente tienen en cuenta a las mujeres con problemas que atienden y no a otras mujeres que, no solamente no sufren alteraciones psicológicas, sino que incluso manifiestan un alto grado de bienestar y alivio tras haber abortado.

Por ello, para acercarnos a este tema con rigurosidad científica, hemos evaluado algunas de las más recientes revisiones publicadas<sup>8,9,10,11</sup>, las que nos han parecido de mayor calidad, para tratar de evidenciar si el aborto puede ser causa o no de alteraciones psicológicas en las mujeres que lo han padecido y sobre todo si se pueden calificar tales alteraciones como síndrome post-aborto.

No podemos detenernos aquí en un problema tan complejo como éste, cosa que hemos realizado en una publicación anterior<sup>12</sup>, pero si referir nuestras conclusiones. Son las siguientes:

1. Para definir una posible relación entre aborto y salud mental de las mujeres nos parece que no es correcto apoyarse en datos personales obtenidos de la atención directa de los especialistas a mujeres que han abortado.
2. Para los que queremos acercarnos con objetividad a la realidad de este tema creemos ineludible utilizar datos científicos contrastados, pues si no se hace así siempre se encontrarán datos favorables a la existencia del síndrome post-aborto, como contrarios al mismo. En este sentido, el único modo de evidenciar lo que ocurre tras el aborto es recurrir a revisiones sistemáticas sobre el tema.
3. Del análisis de estas revisiones nos parece que no se puede concluir la existencia de un síndrome post-aborto, en cuanto tal, definido como conjunto de signos y síntomas que identifican una enfermedad.

4. Pero si creemos, en cambio, que existen trastornos psicológicos en muchas de las mujeres que abortan.
5. Pensamos que el sentimiento de culpabilidad que pueden tener las mujeres que han abortado puede ser un factor importante, sino decisivo, para que éstas sufran trastornos psicológicos.
6. Concluyendo, nuestra opinión es que no se puede afirmar que exista un síndrome post-aborto, pero sí que tras el aborto en muchas mujeres se presentan objetivos trastornos psicológicos.

### **8. Uso científico del término pre-embrión**

El término pre-embrión empezó a utilizarse en 1986, apoyándose en un criterio, arbitrariamente propuesto en 1984 por la Comisión Warnock<sup>13</sup>, que establecía que los embriones humanos podían ser manipulables hasta los 14 días después de la impregnación del óvulo por el espermatozoide, aunque dicha Comisión admitía, en ese mismo documento, que la vida del embrión humano comienza precisamente con la fecundación.

A nuestro juicio, la utilización de este término, no tiene otra finalidad que desproveer al embrión temprano de su característica biológica y ontológica de ser humano vivo, lo que propiciaría la posibilidad de manipularlo sin ninguna responsabilidad ética.

Pues bien, la utilización de este término no es solamente una manipulación semántica dirigida a conseguir el objetivo anteriormente comentado, sino también un grave equívoco biológico. No hay ninguna razón científica que justifique el denominar al embrión humano preimplantado como pre-embrión. El embrión preimplantado es un embrión con todas las características biológicas que identifican como seres humanos a estos diminutos entes biológicos. Para la gran mayoría de los expertos el pre-embrión, biológicamente hablando, no existe, por ello, el término que lo identifica como tal es cada vez menos utilizado en la literatura científica.

Para comprobar esta afirmación hemos revisado el tema <sup>14</sup>, valorando el uso que la ciencia actual hace del término pre-embrión, y, sin gran sorpresa por nuestra parte, aunque sí puede serlo para nuestros legisladores, hemos podido comprobar que es un término científico apenas utilizado.

Para ello, hemos evaluado el uso del término pre-embrión desde 1997 hasta la fecha, utilizando como fuente de información el PubMed, habiendo podido comprobar que, en los últimos diez años, el término pre-embrión es utilizado en el título de trabajos científicos, solamente 17 veces. Algo claramente demostrativo de la falta de interés científico que este



término suscita actualmente. Pero además, de los 17 trabajos publicados en los que en su título se utiliza la palabra pre-embrión, sólo 11 veces lo ha sido en revistas científicas. Sin embargo, el término embrión se ha utilizado, en este periodo de tiempo más de 50.000 veces.

Los datos anteriores, sin duda, avalan nuestra tesis de que la palabra pre-embrión es una palabra que está prácticamente fuera del ámbito científico actual, y que su utilización, tiene una connotación ideológica más que biológica, y todo ello, a nuestro juicio, con la finalidad de desproveer al embrión de su categoría ontológica de ser humano vivo, para así poder manipularlo sin mayor responsabilidad ética.

## **9. Constitución del nuevo Comité de Bioética de España**

El pasado 29 de enero de 2013 la Ministra de Sanidad española Ana Mato presidió la Constitución del Comité de Bioética de España, organismo de consulta del propio Gobierno para asuntos de Bioética. El nuevo comité está presidido por María Teresa López López, profesora de la Universidad Complutense de Madrid y forman parte del mismo Javier Arias-Díaz, Carlos Alonso Bedate, Vicente Bellver Capella, Fidel Cadena Serrano, Manuel de los Reyes López, Federico de Montalvo Jääkeläinen, Pablo Ignacio Fernández Muñiz, Nicolás Jouve de la Barreda, Natalia López Moratalla, César Nombela Cano, Carlos Romeo Casabona y José Miguel Serrano Ruiz-Calderón.

El día de su constitución, la ministra de Sanidad animó a los miembros del Comité a que tengan muy en cuenta los “principios de solidaridad y cooperación intergeneracional e intrageneracional y el principio de igualdad”, para que ninguna persona sea discriminada por estar enferma, ser mayor, discapacitada, o por cualquier otra circunstancia. También la Ministra les recordaba que “con el rápido progreso de la ciencia y la tecnología se hace cada vez más evidente la necesidad de reflexionar acerca de la necesidad de los avances que se van produciendo, resaltando también “la riqueza de la formación académica y científica y el carácter multidisciplinar en las áreas de conocimiento en las que desarrollan los Miembros del Comité su actividad profesional”.

Sin embargo, desde la oposición al actual Gobierno, con rapidez se puso de manifiesto el carácter conservador de los nuevos miembros del Comité, calificándolos como “comisarios morales al servicio del Gobierno”, ante esta, al parecer, infundada afirmación uno de los miembros del nuevo Comité, el profesor Bellver Capella, publicó el pasado 6 de febrero en el periódico El País, el siguiente artículo que por su interés transcribimos:

"La reciente renovación del Comité de Bioética de España ha suscitado en la opinión pública una expectación muy superior a la que generó su creación hace cuatro años. Que un órgano colegiado que carece de funciones decisorias, y únicamente elabora informes no vinculantes, sea objeto de tanto interés, antes aún de iniciar sus trabajos, demuestra la madurez democrática de nuestro país, que considera que las cuestiones de bioética no sólo deben ser objeto de regulación jurídica sino también de pública reflexión. Por lo demás, es lógico que se expresen las opiniones más diversas acerca de su nueva composición, y que unos se alegren y otros se disgusten en función de la afinidad o discrepancia con los recién elegidos.

Ahora bien, me parece injusto para el Comité de Bioética de España, y empobrecedor para la sociedad, el empeño de algunos en etiquetar a los nuevos miembros como comisarios morales al servicio del gobierno.

Ciertamente es peligroso que en una sociedad florezcan los tipos que utilizan el poder para imponer su particular código moral a los demás. Pero en sociedades medianamente democráticas, como la nuestra, ese riesgo suele estar controlado. Puede, en cambio, llegar a ser más preocupante la actitud de quien, elevándose sobre el común de los mortales, se arroga la competencia para decir quién puede participar o no en órganos de deliberación bioética. Ese es, a mi entender, el verdadero comisario moral.

Resulta injusto descalificar a personas, en este caso los miembros del Comité de Bioética de España, por lo que se sospecha que van a hacer. Hay que dejarlas trabajar y juzgar con rigor los argumentos que propongan. Con demasiada frecuencia tendemos a ahorrarnos esta enojosa tarea. Preferimos limitarnos a aplaudir a quien llega a la misma conclusión que yo y escandalizarnos ante quien sostiene la contraria, sin valorar la consistencia de sus argumentos. Pero con esa actitud consagramos la lógica amigo-enemigo como norma de funcionamiento social y abdicamos de cualquier uso público de la razón.

Pero más allá de la injusticia que supone pretender excluir a quienes no piensan como uno, el expendedor de carnets de comisario moral ocasiona un perjuicio social. Porque, con su censura, trata de impedir la circulación de las opiniones que le parecen erróneas o peligrosas. Y eso empobrece la vida social porque, como decía John Stuart Mill: "si la opinión es verdadera se priva (a los ciudadanos) de la oportunidad de cambiar el error por la verdad; y si es errónea pierden lo que es un beneficio no menos importante: la más clara percepción y la impresión más viva de la verdad, producida por su colisión con el error".

## **10. Conclusión**

No tenemos ninguna duda que el documento de la Conferencia Episcopal Española, publicado el 26 de abril de 2012, titulado "La verdad del amor humano. Orientaciones sobre el amor

conyugal, la ideología de género y la legislación familiar”, es ya, y va a ser en un futuro próximo una pieza fundamental para definir el amor conyugal.

Aunque en él no es mucho el espacio dedicado a la defensa de la vida, sí se abordan algunos aspectos fundamentales de la misma. Nosotros hemos querido profundizar en cada uno de ellos. Esto ha condicionado que no nos hayamos detenido en otros, también importantes, pero no mencionados en el documento.

Es nuestra esperanza, que esta pequeña aportación nuestra pueda, si cabe, añadir un poco más a la defensa de la vida humana en una sociedad que no puede contemplar lo que es un aborto pero sí permanecer inmóvil ante él.

#### Bibliografía:

1. Herranz G. Comunicación personal.

2. Aznar Lucea J

"La vida humana naciente. 200 preguntas y respuestas".

Estudios y ensayos. BAC. Filosofía y Ciencias. Madrid 2007.

3. Aznar J

Mechanism of action of the morning-after pill.

Medicina e Morale 2009 (nº3); 499-512

4. Aznar J, Tudela J

Ulipristal acetate. An emergency contraceptive.

Medicina e Morale 2011 (nº2); 233-245

5. Aznar J, Mínguez JA

Loss of human embryos secondary to in vitro fertilization

Medicina e Morale 2012 (nº4); 613-616

6. Blesa JR

Reemplazo mitocondrial. Propuesta de legalización en el Reino Unido de técnicas reproductivas humanas con terapia germinal.

Provida Press nº 410. 15-II-2013 ([www.observatoriobioetica.com](http://www.observatoriobioetica.com)).

7. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2011.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.msc.es/profesorado/saludPublica/prev>).

8. Council of Representatives of the American Psychological Association (APA). Report on the Task Force on Mental Health and Abortion.

American Psychological Association. Washington, DC, 2008.

9. Charles V E, Polis C B, Sridhara S K, et al.

Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence.

Contraception 2008; 78:436-450.

10. Coleman P K

Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009.

Brit J Psychiat 2011; 199:180-186.

11. Induced abortion and mental health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors.

Academy of Medical Royal Colleges. National Collaborating Centre for Mental Health. London. December 2011.

12. Aznar J

Síndrome post aborto. Provida Press nº384. 31-XII-2011 ([www.observatoriobioetica.com](http://www.observatoriobioetica.com)).

13. The Warnock Report (1978)

Special Educational Needs

Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People

14. Aznar J

Scientific use of the term "pre-embryo"

Medicina e Morale 2011 (nº3); 458-489