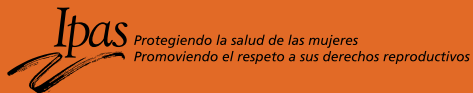


1

EL ABORTO

ACCIONES MÉDICAS Y ESTRATEGIAS SOCIALES

Coordinadoras
Graciela Freyermuth y Erika Troncoso



SERIE

EVIDENCIAS Y EXPERIENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
MUJERES Y HOMBRES EN EL SIGLO XXI

EL ABORTO
ACCIONES MÉDICAS
Y ESTRATEGIAS SOCIALES

Este material puede ser consultado y bajado
gratuitamente desde la página web del Comité
<http://maternidadsinriesgos.org/web/>

COORDINACIÓN

Graciela Freyermuth
Erika Troncoso

REVISION EDITORIAL

Graciela Freyermuth
Erika Troncoso
Silvia Elena Llaguno

DISEÑO

Jesús García

© Derechos reservados

Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos.
Ipas México A. C.
Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.

Primera edición, noviembre 2008.

ISBN 13-978-978-968-5866-14-9

Impreso en México.

1

EL ABORTO

ACCIONES MÉDICAS Y ESTRATEGIAS SOCIALES

COORDINADORAS
GRACIELA FREYERMUTH Y ERIKA TRONCOSO

SERIE

EVIDENCIAS Y EXPERIENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.
MUJERES Y HOMBRES EN EL SIGLO XXI

CONTENIDO

	PÁGINA
PRESENTACIÓN.....	9
<i>Graciela Freyermuth y Erika Troncoso</i>	
REPRODUCCIÓN ELEGIDA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y POLÍTICAS PÚBLICAS	15
<i>Rosario Cárdenas</i>	
EL ABORTO EN MÉXICO: ESTIMACIONES RECIENTES.....	21
<i>ELENA ZÚÑIGA HERRERA Y JUAN ENRIQUE GARCÍA</i>	
LA LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO: DEL DERECHO A LA PRÁCTICA	29
<i>SUSANA LERNER</i>	
LEGISLACIÓN SOBRE ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL	35
<i>Julia Escalante</i>	
INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO Y VIOLENCIA SEXUAL: AVANCES CON LA NORMA 046	41
<i>GRACIELA FREYERMUTH ENCISO Y SERGIO MENESES</i>	
LA REFORMA A LA LEY DEL ABORTO EN LA CIUDAD DE MÉXICO: UN DEBATE SINGULAR.....	47
<i>GLORIA ELENA BERNAL</i>	
APORTES PARA EL DEBATE SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO	55
<i>Raffaella Schiavon y Erika Troncoso</i>	
EL USO DEL MISOPROSTOL PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.....	63
<i>Susana Patricia Collado Peña</i>	
LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU): UNA TÉCNICA SEGURA PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	69
<i>Laura Miranda Arteaga</i>	
EXPERIENCIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL CON EL PROGRAMA DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO	77
<i>PATRICIO SANHUEZA</i>	
UN ACERCAMIENTO AL ABORTO LEGAL EN MÉXICO: LA EXPERIENCIA DE LAS MUJERES	81
<i>OLIVIA ORTIZ RAMÍREZ</i>	
PRONUNCIAMIENTO.....	89

PRESENTACIÓN

GRACIELA FREYERMUTH* Y ERIKA TRONCOSO**

Durante sus quince años de existencia, el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México se ha interesado en impulsar las iniciativas que contribuyen a mejorar la salud de las mujeres, promoviendo la justicia social, el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, y una atención de calidad, oportuna, integral y respetuosa de la decisión libre e informada. Por su parte, Ipas es una organización que trabaja a nivel mundial procurando mejorar la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y para disminuir las muertes y lesiones relacionadas con el aborto.

Este es el primer cuaderno temático de la Serie Evidencias y Experiencias en Salud Sexual y Reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, que publica el Comité. La colección de ensayos que presentamos en esta entrega versa directa o indirectamente sobre uno de los temas actualmente más controvertidos en México, causante del 10% de las muertes maternas registradas y del 9% de los internamientos hospitalarios obstétricosⁱ: el aborto inseguro y sus complicaciones.

El debate sobre el aborto no se ha centrado solamente en los aspectos de la salud pública, por lo que los tópicos legales adquieren particular relevancia. Así, parte de la controversia gira alrededor de la despenalización de la interrupción del embarazo por diferentes causas, o de la despenalización total. En México, existen algunas

* Secretaria Técnica del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / investigadora del CIESAS-Sureste.

** Asociada de Investigación y Monitoreo, Ipas México.

i Secretaria de Salud, Dirección de Información en Salud, cubos dinámicos de información en salud, egresos hospitalarios por morbilidad en instituciones públicas del Sector Salud, 2004-2006, <http://www.sinais.salud.gob.mx>.

causales por las que la interrupción del embarazo no es penalizada; pero lo restringido de las mismas orilla a muchas mujeres a recurrir a prácticas clandestinas que ponen en riesgo su salud y su vida. Entre las circunstancias que permiten la interrupción del embarazo se cuentan el embarazo resultante de una violación, aquéllas que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres, las malformaciones congénitas del producto y la inseminación no autorizada. Tomando en cuenta que en pocos estados existe una reglamentación que asegure el cumplimiento de las leyes, es difícil que cualquier mujer que decida terminar un embarazo por alguna de estas causas pueda ejercer este derecho.

En este contexto, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, tras una votación histórica - en abril de 2007-, despenalizó el aborto hasta las doce semanas de gestación en la Ciudad de México. Este cambio en la ley fue ratificado por mayoría absoluta por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en agosto de 2008, e implica que las mujeres residentes en el Distrito Federal tienen derecho a solicitar un aborto legal en los servicios públicos de la ciudad antes de las doce semanas de gestación. Los servicios de salud públicos deberán brindarles consejería para confirmar su decisión de interrumpir el embarazo y sobre métodos anticonceptivos, con el fin de evitar posteriores embarazos no deseados.

En vista de que esta histórica decisión en modo alguno termina con el debate, en esta coyuntura el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México e Ipas-México, ponen a disposición del público en general, estudiantes y profesionales del área de la salud, estos ensayos de especialistas e interesados en el tema del aborto, que permiten acceder a las reflexiones que perfilan este problema tan complejo.

Dos ensayos están enfocados en aspectos que pueden ser considerados desde la perspectiva de la política pública: las características de los programas de planificación familiar encaminados a asegurar el derecho a la reproducción elegida, y el monitoreo de este objetivo a través de la medición del número de abortos y su distribución. Así, el ensayo de Rosario Cárdenas **Reproducción elegida, planificación familiar y políticas públicas**, aborda los aspectos que harían posible la prevención de los embarazos no deseados, es decir, la posibilidad de que las mexicanas ejerzan su derecho a la reproducción elegida. Como la autora señala, ello requiere que la población conozca los aspectos fisiológicos de la reproducción, la disponibilidad de los métodos para regularla y el acceso a los anticonceptivos. Por su parte, Elena Zúñiga

Herrera y Juan Enrique García, en el ensayo **El aborto en México: estimaciones recientes**, realizan un ejercicio de estimación del número de abortos en el país en los últimos quince años, muestran el incremento de dicha cifra y presentan al lector algunas hipótesis sobre lo que ha llevado al sector salud a seguir conteniendo con este problema. La estimación del número de abortos es de gran importancia para percibir la magnitud del problema, considerar las necesidades financieras para atender a las mujeres, y evaluar el impacto de las acciones y estrategias preventivas instrumentadas. México cuenta con diversas fuentes de información, como las encuestas sociodemográficas -que incluyen la historia de embarazos-, y los registros administrativos de egresos hospitalarios que permiten apreciar los cambios en el tiempo.

Buena parte del debate sobre el aborto se ha centrado en las normas y la legislación. Por ello, cuatro de los ensayos versan sobre estos temas. Susana Lerner, en el ensayo **La legislación sobre el aborto: del derecho a la práctica**, nos da a conocer los detalles que caracterizan a la legislación sobre el aborto, que fueron y siguen siendo cuestión fundamental y central en cualquier análisis académico y político sobre el tema. También analiza los obstáculos a los que, en la práctica, se enfrentan las mujeres que optan por la interrupción de un embarazo, aún en aquellos países de América Latina en los que la legislación no lo penaliza, y finalmente señala algunos aspectos negativos como los costos monetarios y en salud, que resultan de las legislaciones restrictivas. Por su lado, Julia Escalante, en el ensayo **Legislación sobre aborto en el Distrito Federal**, enumera los cambios establecidos en el artículo 144 del Código Penal para el Distrito Federal que despenalizaron la interrupción voluntaria del embarazo en las primeras doce semanas de gestación, y enmarca su discusión en el contexto normativo internacional. Graciela Freyermuth y Sergio Meneses, en **Interrupción legal del embarazo y violencia sexual. Avances con la norma 046**, dan cuenta de la relación entre la violencia y la salud de las mujeres, la forma en que en los últimos años se ha impulsado el liderazgo de los servicios de salud en la atención primaria de la violencia, y reconocen la relación de ésta -específicamente de la violencia sexual-, con los embarazos no deseados. Incluyen los artículos nuevos de la norma 046, adiciones en proceso de aprobación, que permitirán a las mujeres mexicanas víctimas de violencia sexual, contar con la información adecuada y con anticoncepción de emergencia oportuna, y en los casos en que ésta

no se proveyera o no resultara efectiva, prácticamente en cualquier estado de la República las mujeres estarán en condiciones, si así lo deciden, de solicitar un servicio de aborto legal.

La reforma a la ley del aborto en la Ciudad de México: un debate singular, de Gloria Bernal, describe las prácticas íntimamente vinculadas con nuestras más profundas convicciones sobre la vida y su sentido; sobre la sociedad y su devenir. La cuestión del aborto atañe, en particular, a nuestras nociones más arraigadas acerca de la sexualidad, la reproducción, el ejercicio de la ciudadanía y la dignidad de las mujeres. En el contexto de la despenalización del aborto en el Distrito Federal y las audiencias de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en las que se discutió la inconstitucionalidad de dicha despenalización, la autora revela los aspectos novedosos del debate, tanto de los opositores como de aquéllos que la defienden.

Cuatro de los ensayos tratan aspectos médicos y de salud pública de la interrupción del embarazo. El de Raffaella Schiavon y Erika Troncoso, **Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto**, ofrece una discusión sobre las causas por las cuales las mujeres recurren al aborto inducido y por qué éste es un problema tanto de salud pública como de justicia social. Entre las mencionadas por las autoras se encuentran las relaciones sexuales forzadas y/o no protegidas, las fallas de los métodos anticonceptivos, y las razones personales. También profundizan en los métodos para prevenir los embarazos no deseados, así como en la seguridad comparada de la interrupción del embarazo en contextos de despenalización y clandestinidad.

El documento de Susana Patricia Collado Peña **El uso del misoprostol para la interrupción del embarazo**, muestra los cambios en los regímenes para la inducción del aborto con medicamentos, que van desde los específicos, como la mifepristona, hasta aquéllos que tienen otras indicaciones terapéuticas. Se hace hincapié en el misoprostol, sustancia recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FLASOG). El texto señala las propiedades farmacológicas, indicaciones, precauciones, forma de acción y posibles complicaciones de la inducción sólo con misoprostol.

Laura Miranda desarrolla el tema de las tecnologías recomendadas tanto para el aborto inducido como para la atención del aborto en curso. En su ensayo **La aspiración manual endouterina (AMEU): una técnica segura para la atención del aborto incompleto en el**

primer nivel de atención, la autora califica la técnica de la AMEU como la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto, recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y avalada por la OMS para todos los niveles de atención. Esta técnica ha sustituido paulatinamente al legrado uterino instrumental, técnica más invasiva y riesgosa que la AMEU para la salud de las mujeres. Este documento nos introduce a la AMEU y nos muestra sus ventajas (menor costo y posibilidad de uso en el primer nivel de atención) frente a las otras opciones de interrupción del embarazo y atención al aborto incompleto.

El ensayo de Patricio Sanhueza, **Interrupción Legal del Embarazo: la experiencia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal**, describe los servicios brindados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal a las mujeres que han demandado la interrupción del embarazo durante los primeros 15 meses de su despenalización. El servicio se ofrece en catorce hospitales y un centro de salud de la Ciudad de México, en los cuales las mujeres son atendidas mediante AMEU, medicamentos y, cada vez menos, con legrado uterino instrumental. El número de mujeres que habían solicitado información sobre el programa de interrupción legal del embarazo, al 21 de julio de 2008, fue de 23,627; de las cuales un total de 10,953 interrumpieron su embarazo.

Finalmente el ensayo de Olivia Ortiz, **Un acercamiento al aborto legal en México: la experiencia de las mujeres**, comparte las vivencias de las mujeres que tuvieron un Acompañamiento Después de un Aborto Seguro (ADAS) en la Ciudad de México. ADAS es una intervención que integra elementos del psicoanálisis, la psicoterapia, grupos de apoyo mutuo, teoría de género y la consejería en salud sexual y reproductiva postaborto. Esta propuesta de apoyo es resultado de 13 años de trabajo en proyectos de investigación cualitativa en torno al aborto en México. Como señala la autora, la atención del aborto voluntario en el Distrito Federal brinda la oportunidad de estudiar abiertamente diversos aspectos que durante mucho tiempo habían sido tratados de manera restringida, entre ellos los sentimientos contradictorios que viven las mujeres cuando toman la decisión de interrumpir un embarazo, misma que puede desembocar en un proceso de empoderamiento.

Septiembre de 2008

REPRODUCCIÓN ELEGIDA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y POLÍTICAS PÚBLICAS

ROSARIO CÁRDENAS*

El ejercicio de una reproducción elegida y sin riesgo es reconocido como un derecho fundamental. En el caso de México, la decisión de la población de cuándo iniciar su reproducción, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre éstos, es un precepto que ha orientado el programa de planificación familiar desde sus orígenes en los años setenta. Es indiscutible que a lo largo de más de tres décadas, la cobertura anticonceptiva se ha ampliado de manera muy importante. Se estima que durante el periodo 1961-1996 la tasa global de fecundidad para la población mexicana era de 7.17 hijos por mujer¹. Para 2006 dicho indicador se ubica en 2.2 hijos por mujer². Si bien los cambios observados en la tasa global de fecundidad pueden considerarse un reflejo de la práctica de una reproducción planeada por parte de la población, la información estadística muestra diversos aspectos que aún es necesario atender en esta área.

Un aspecto medular de la reproducción elegida atañe a la posibilidad que tengan las personas de seleccionar el periodo de inicio de la misma. Lo anterior conlleva tres elementos fundamentales: el conocimiento de la población sobre los aspectos fisiológicos de la reproducción; la disponibilidad de los métodos para regular la reproducción, y el acceso a los anticonceptivos. Diferentes estudios muestran los rezagos existentes en estas tres áreas. El análisis del conocimiento de los adolescentes acerca de los cambios corporales que acompañan esta etapa, particularmente con relación al inicio de la capacidad para reproducirse, ponen de manifiesto³ las carencias que en estos aspectos fundamentales de y para su vida tiene este grupo de población. Lo anterior es particularmente preocupante, porque refleja, ya sea la ineficacia de los contenidos sobre estos temas en los programas educativos o bien su total ausencia; igualmente porque

* Posgrado en Población y Salud. Universidad Autónoma Metropolitana, carde@correo.xoc.uam.mx.

ello coloca a los adolescentes en riesgo de iniciar una reproducción no planeada o bien contraer una infección de transmisión sexual. El embarazo en edades adolescentes causa efectos en distintos aspectos de la vida de quienes lo padecen y su entorno. La probabilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio es mayor en mujeres adolescentes⁴. La afectación a su condición de salud no sólo se expresa en una mayor incidencia de morbilidad o cesáreas, sino también, en el caso de países en desarrollo, en un incremento en el riesgo de morir por causas maternas. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen consecuencias severas en el estado de salud de la población y sus condiciones de vida. El VIH/SIDA es con mucho, la infección de transmisión sexual más ampliamente discutida en años recientes. Sin embargo, no es la única de las infecciones cuya vía de contagio es la sexual, que puede causar el fallecimiento de quien la padece. Por ejemplo, los virus de papiloma humano y de hepatitis B son responsables del desarrollo de los cánceres cervical y hepático, respectivamente⁵. En algunos casos, las infecciones debidas a clamidia o gonorrea derivan en inflamaciones pélvicas que pueden inclusive provocar esterilidad secundaria⁶. Ante el embarazo en edades adolescentes y la ocurrencia de casos de ITS, algunos grupos proponen como medida de salud pública la promoción de la abstinencia sexual en esta población. No obstante, la información proveniente de encuestas pone de manifiesto que existen grupos de la población que inician su vida sexual en etapas adolescentes, lo que los hace susceptibles de iniciar su etapa reproductiva en estas edades; asimismo, la edad promedio al inicio de la actividad sexual ha disminuido en el tiempo, pasando de 17.2 en 1995 a 15.9 en 2006².

La trayectoria de vida tanto de hombres como de mujeres se ve alterada ante la presencia de un embarazo en la adolescencia. Si bien es cierto que algunos adolescentes abandonan la educación formal o no acceden a ésta antes de que ocurra el embarazo, otros interrumpen su actividad escolar como consecuencia del mismo. Es posible que las limitaciones en el entrenamiento sean percibidas como un elemento que únicamente afecta las oportunidades de inserción laboral de quienes las padecen, sin embargo ésta constituye una visión parcial de sus implicaciones. En el ámbito poblacional, el no propiciar la mayor capacitación posible para todos y cada uno de los miembros de la sociedad, influye en el potencial de desarrollo del país a través del denominado capital humano. He aquí un elemento adicional que

subraya la importancia de fortalecer los programas de educación sexual, particularmente los dirigidos a los jóvenes.

Las limitaciones en el acceso y utilización de anticonceptivos no solamente se encuentran presentes en poblaciones jóvenes. La información disponible muestra que el tiempo entre la unión y el nacimiento del primer hijo, si bien muestra algunos cambios⁷, son menos acentuados que lo que cabría esperar, lo que sugiere que un segmento de la población accede o emplea servicios de planificación familiar después de haber iniciado su reproducción. Brindar información a la población en general, particularmente a los jóvenes, acerca de la metodología anticonceptiva y acceso a la misma, representan uno de los desafíos más importantes de los programas de planificación familiar.

La percepción de la forma como irrumpe el uso de preservativo en las prácticas sexuales, el cuidado requerido en su almacenaje y empleo, el hecho de que un preservativo provea protección para un episodio sexual, aunado a que la tasa de éxito depende de la constancia de su empleo, afectan la frecuencia con la cual son utilizados. Sin embargo, los preservativos ocupan un lugar relevante entre los anticonceptivos disponibles, dado su doble papel como método de barrera para evitar embarazos no planeados y la transmisión de infecciones sexuales. Un elemento adicional que ha restringido su uso es la participación masculina, hasta hace poco tiempo indispensable. El desarrollo del preservativo femenino se presenta como una alternativa que, al permitirles a las mujeres el control sobre su uso, amplía no sólo el conjunto de anticonceptivos disponibles sino también las medidas efectivas con las que cuentan para reducir el riesgo de transmisión de las infecciones sexuales⁸. En la actualidad el costo de los preservativos femeninos, varias veces superior al de los masculinos, constituye la principal barrera tanto para su distribución como para su consumo. Es posible prever en el futuro cercano que la aplicación de nuevas tecnologías reduzca el precio de éstos ampliando con ello su participación en el conjunto de métodos anticonceptivos demandados por la población.

La variedad de anticonceptivos, así como la inclusión oportuna de las mejoras o desarrollos tecnológicos al respecto, constituyen un indicador fundamental de la calidad de los programas de planificación familiar. La reciente incorporación de la anticoncepción de emergencia en la normatividad para la provisión de los servicios de planificación familiar en el país, representa un avance muy importante en esta di-

rección. Si bien el empleo de la anticoncepción de emergencia ante posibles fallas del método (i.e. ruptura del preservativo), errores en la aplicación de esquemas específicos (anticonceptivos hormonales orales) o por actividad sexual no prevista, hace una diferencia cualitativa en el ejercicio de los derechos reproductivos de la población, en ninguna es más importante que frente a la ocurrencia de agresiones sexuales. El diseño e implementación de estrategias integrales de atención a las víctimas de violencia sexual es una medida del reconocimiento de las sociedades de los derechos más básicos de los individuos.

En un país como México donde desde hace más de treinta años está en funcionamiento un programa de planificación familiar que en gran medida distribuye anticonceptivos con distintos tipos de mecanismo (hormonales, mecánicos, de barrera, quirúrgicos) de manera gratuita, el fallecimiento de mujeres por abortos subraya la urgencia de identificar la insuficiencia de dichos servicios. Indudablemente la mortalidad por abortos constituye la expresión extrema del impacto que la falta de cobertura o eficiencia de las acciones de planificación familiar tienen en la salud de la población. El contexto de ilegalidad en el cual se demandan y llevan a cabo la mayoría de los abortos inducidos en las entidades federativas del país excepto el Distrito Federal, hace de éstos una experiencia de alto riesgo para las mujeres. La morbilidad originada por los abortos inducidos practicados por personal no calificado, en instalaciones inadecuadas o con infraestructura insuficiente, redundan en afectaciones de severidad diversa, al estado de salud de las mujeres, algunas temporales, otras que se convierten en padecimientos crónicos e inclusive el desarrollo de complicaciones cuya atención requiere la realización de histerectomías de urgencia⁹. Lo anterior significa que la estimación de la magnitud del aborto inducido como problema de salud pública, requiere considerar tanto la imagen derivada de la mortalidad por aborto, como el impacto de los padecimientos surgidos por complicaciones del aborto inducido en la calidad de vida, incluyendo la pérdida de la capacidad de procreación.

El panorama descrito enfatiza la necesidad impostergable de fortalecer y ampliar los servicios de planificación familiar a fin de promover que cada hombre y mujer en el país, reciban educación sexual e información sobre anticoncepción, que les permitan iniciar o continuar el ejercicio de su sexualidad y reproducción en un contexto de decisiones tomadas sin detrimento de su salud ni de sus perspectivas de desarrollo escolar, profesional, personal o familiar. Es indispensable

reconocer que el ejercicio del derecho a una reproducción elegida forma parte de un conjunto más amplio de derechos que incluye el de la salud y la educación, por ejemplo, y cuya satisfacción implica acciones concertadas surgidas desde la sociedad en su conjunto.

Referencias bibliográficas

- ¹ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, *La fecundidad en México. Niveles y tendencias recientes*, Ciudad de México, 2005.
- ² CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, *Situación Demográfica de México 2006*, Ciudad de México, 2006.
- ³ STUBBS ML, "Cultural Perceptions and Practices around Menarche and Adolescent Menstruation in the United States", *Ann N Y Acad Sci*, vol. 1135, 2008, pp. 58-66.
- ⁴ USTA IM, D ZOOROB, A ABU-MUSA, G NAASSAN, AH NASSAR, "Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies", *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 87, núm. 2, 2008, pp. 178-183.
- ⁵ DALSTEIN V, D RIETHMULLE, JL PRÉTET, K LE BAIL-CARVAL, JL SAUTIÈRE, JP CARBILLET, B KANTELIP, JP SCHAAL, C MOUGIN, "Persistence and load of high-risk HPV are predictors for development of high-grade cervical lesions: a longitudinal French cohort study", *Int J Cancer*, vol. 106, núm. 3, 2003, pp. 396-403.
RAOUL, JL, "Natural history of hepatocellular carcinoma and current treatment options", *Semin Nucl Med*, vol. 38, núm. 2, 2008, pp. S13-S18.
- ⁶ PELLATI D, I MYLONAKIS, G BERTOLONI, C FIORE, A ANDRISANI, G AMBROSINI, D ARMANINI, "Genital tract infections and infertility", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, mayo 23, 2008. [publicación electrónica previa a prensa, disponible en www.sciencedirect.com, consultado junio 25, 2008].
- ⁷ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, *Cuadernos de salud reproductiva*. República Mexicana, Ciudad de México, 2000.
- ⁸ SLY DF, D QUADAGNO, DF HARRISON, IW EBERSTEIN, K RIEHMAN, M BAILEY, "Factors associated with use of the female condom", *Fam Plann Perspec*, vol. 29, núm. 4, 1997, pp. 181-184.
- ⁹ GEBRESELASSIE H, MF GALLO, A MONYO, BR JOHNSON, "The magnitude of abortion complications in Kenya", *BJOG*, vol. 112, núm. 9, 2005, pp. 1229-1235.

EL ABORTO EN MÉXICO: ESTIMACIONES RECIENTES

ELENA ZÚÑIGA HERRERA* Y JUAN ENRIQUE GARCÍA**

En México, se reconoce que el aborto constituye un problema social y de salud pública por su magnitud y por las implicaciones que tiene para la salud materna. En este contexto, la medición del número de abortos que ocurren en el país adquiere una gran importancia, no sólo para dimensionar la magnitud del problema, sino también para evaluar el impacto de las acciones y estrategias instrumentadas para su prevención.

Desde la puesta en marcha de la nueva política de población, a principios de la década de los setenta, se han instrumentado programas de planificación familiar que han promovido prácticas de planeación de los nacimientos y han acercado la información y los servicios a las personas. La práctica de la planificación familiar se extendió aceleradamente durante las décadas pasadas, de manera que entre 1976 y 1997, el porcentaje de mujeres, unidas o casadas, que utilizaban medios para regular la fecundidad se elevó de 30.2 a 68.5 por ciento.

La expansión de la práctica anticonceptiva ha jugado un papel fundamental en la prevención de los embarazos no planeados y por tanto se considera que ha sido estratégica para contener la práctica del aborto y reducir su incidencia.

Sin embargo, la comprobación de esta tendencia no ha sido plenamente posible por la dificultad para medir adecuadamente el fenómeno y por las limitaciones que tiene la información disponible de registros institucionales. Es un hecho que el carácter clandestino del aborto y la elevada sensibilidad que genera el tema entre la población, son barreras para indagar sobre la práctica del aborto, lo que ha derivado en estimaciones poco precisas sobre su incidencia.

* Consultora independiente. Secretaria General del Consejo Nacional de Población hasta el 6 de julio de 2007.

** Director de Estudios Sociodemográficos, Secretaría General del Consejo Nacional de Población.

Dada la importancia de cuantificar el fenómeno y de conocer su tendencia, se han desarrollado diversas técnicas de medición con base en la utilización de diferentes fuentes de información, como son los registros hospitalarios, las encuestas a individuos vinculados a esta problemática, las encuestas de hogares, entre otros. En este trabajo se presentan estimaciones recientes del aborto en México con base en la información de las encuestas sociodemográficas nacionales, realizadas en hogares, y con la información del Sistema Nacional de Salud¹, relativa tanto a servicios como a egresos hospitalarios por aborto.

Cifras y tendencias

Una de las preguntas más relevantes en cuanto a la incidencia del aborto, es si contamos con elementos que nos permitan afirmar que el problema está siendo contenido y que su tendencia es a la disminución. El Consejo Nacional de Población ha fundamentado sus estimaciones considerando la información de las historias de embarazo, de las encuestas sociodemográficas realizadas en el país desde hace alrededor de tres décadas.

Con base en la información de estas encuestas se puede estimar la tasa global de abortos (que se refiere al número de abortos que tendría una mujer a lo largo de su vida fértil, de prevalecer los patrones vigentes), de lo cual se deriva el número total de abortos (espontáneos o inducidos) ocurridos en un periodo específico (generalmente los tres años completos anteriores a la encuesta).

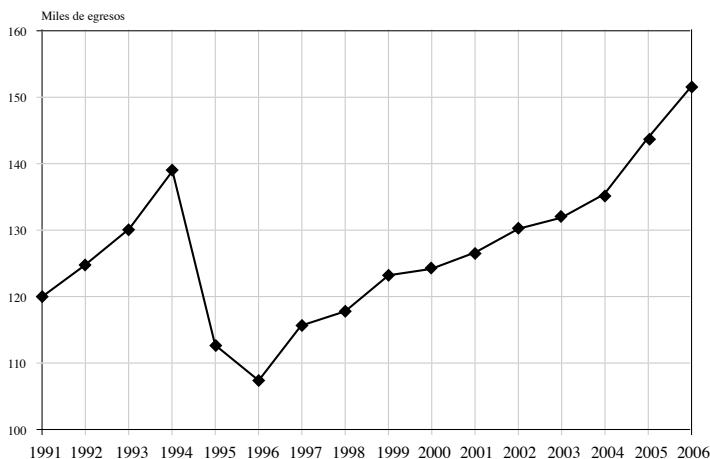
El número de abortos que se obtiene con base en las encuestas sociodemográficas² para 1985 asciende a 236 mil abortos por año, cifra que descende a 211 mil, en 1990. Las encuestas sociodemográficas que tienen historia de embarazos y que se utilizan en las estimaciones son: la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987; la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1992, 1997 y 2006, y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003. Los resultados de revisar estas encuestas indican que, posteriormente, este fenómeno comenzó a aumentar hasta llegar a 218 mil en 1995 y a 248 mil en 2001ⁱ.

i Las tasas específicas de aborto se aplican al número de mujeres en edad fértil por grupos quinquenales de edad, tomadas de las proyecciones de población de México 2005-2050 del CONAPO. Las estimaciones se hicieron considerando los eventos ocurridos durante los tres años completos previos a la encuesta y se refieren al año intermedio.

El segundo método utilizado para estimar la incidencia del aborto toma en cuenta, además de los datos de las encuestas sociodemográficas, la información de egresos hospitalarios por aborto de los registros institucionales.

La información de los egresos hospitalarios para la atención del aborto en México se encuentra disponible para los años de 1991 a 2006. Se sabe que este tipo de información suele tener problemas de cobertura, debido a razones diversas. Por ejemplo, generalmente estos sistemas incluyen, como en el caso de México, sólo el registro de los abortos atendidos en hospitales públicos del sistema de salud, dejando fuera aquéllos que no llegan a hospitales o que ocurren en clínicas u hospitales privados. Asimismo, suele suceder que los sistemas de información presenten problemas de subenumeración, por omisión o por la clasificación errónea de la causa de la atención, muchas veces intencionalmente equivocada para ocultar eventos provocados³.

Gráfica 1
República Mexicana: egresos hospitalarios por abortos, 1991-2006



Fuente: registros institucionales, 1991-2006.

En la gráfica 1 se muestran los datos relativos a egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Información en Salud, de la Secretaría de Salud, para el periodo 1991-2006. Puede apreciarse que durante los primeros ocho años las cifras aunque oscilantes se mantienen alrededor

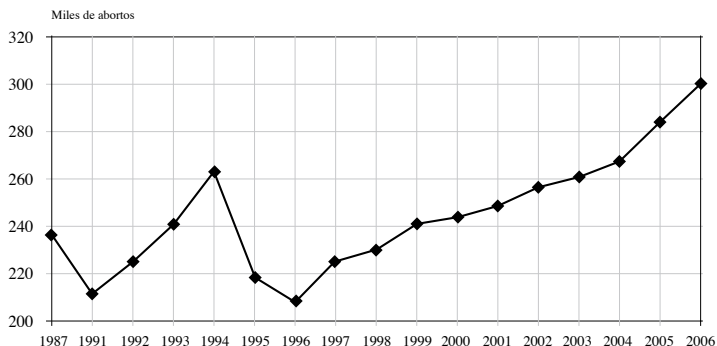
de 120 mil abortos atendidos al año, con una variación de 2 por ciento a la baja entre 1991 y 1998. En contraste, en los siguientes ocho años se registra una clara tendencia hacia la alza del número de abortos, con un crecimiento entre 1998 y 2006 de 28 por ciento, registrándose en el último año 151 mil abortos atendidos en los servicios públicos de salud.

El número de abortos captados en los registros es significativamente menor al que se estima con base en las encuestas de hogares, debido principalmente a que la estimación que proviene de la encuestas contiene además los casos de aborto que no fueron atendidos en hospitales públicos. Lo más relevante de la comparación de ambas fuentes de información, es que las dos coinciden en marcar una tendencia a la alza en la incidencia del aborto, que pudo haber comenzado en el segundo quinquenio de la década de los noventa y haberse disparado en los primeros años del siglo XXI. De ser cierto este fenómeno estaríamos ante un verdadero retroceso en la salud reproductiva de las mujeres mexicanas que pone en entredicho la eficacia de las políticas de población y de salud de los últimos años.

Tomando como base las dos fuentes de información, se estima el número de abortos ocurridos anualmente desde 1991 hasta 2006, considerando que los egresos por aborto reflejan adecuadamente el número de eventos que son atendidos en los servicios públicos de salud y que la diferencia con la información proveniente de las encuestas, para los mismos años, es equivalente a la proporción de eventos que se resuelven fuera de dicho sistema. Se cuenta con información de esa proporción para los años 1991, 1995 y 2001, por lo que mediante extrapolación se estimó ese factor para cada uno de los años contenidos en el periodo 1991-2006. Se reconoce que las dos fuentes presentan problemas de subenumeración, por lo que se considera que las estimaciones que se obtienen con base en este procedimiento se aproximan al mínimo número de abortos (espontáneos o inducidos) que han ocurrido anualmente en el país en los últimos 16 años.

Los resultados de este ejercicio indican que la incidencia del aborto ha sido mayor a 200 mil eventos al año en todo el periodo, registrándose el valor más bajo en 1996, con 208 mil abortos, y el más elevado en 2006 con 300 mil al año, cifra 50 por ciento superior a la registrada 10 años atrás. Véase gráfica 2.

Gráfica 2
República Mexicana: total de abortos estimados, 1987-2006



Fuente: registros institucionales y encuestas diversas, 1987-2006.

1987	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
236,000	211,000	224,805	240,478	262,873	218,000	208,103	224,926	229,393
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
240,534	243,293	248,000	256,128	260,377	266,892	284,036	300,095	

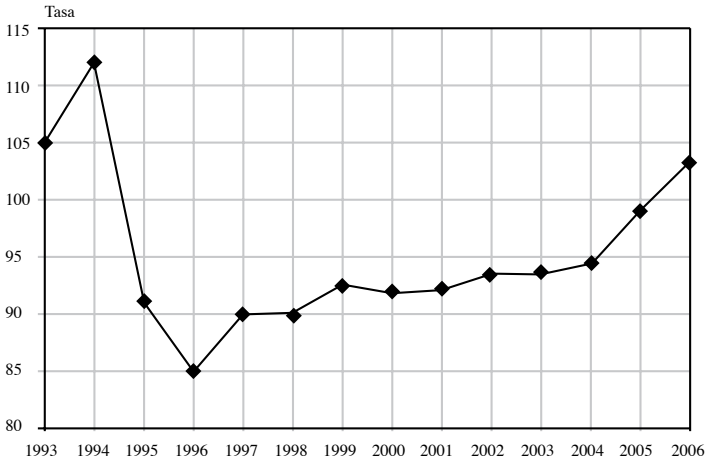
La incidencia relativa del aborto

Para valorar adecuadamente tanto la tendencia como la magnitud de los abortos ocurridos, conviene estimar las tasas anuales de aborto, las cuales expresan la relación que existe entre el número de abortos y el total de mujeres en edad fértil del país (15 a 49 años). Es una medida que da mejor cuenta de las tendencias del fenómeno, debido a que el número absoluto de eventos puede verse afectado por el número de mujeres susceptibles de experimentar un aborto en edad fértil.

La gráfica 3 y última presenta los resultados de la estimación de la tasa de abortos para cada año. En ella se puede apreciar que la tasa disminuyó hasta 1998, cuando alcanza un valor menor a 98 abortos por cada 10 mil mujeres en edad fértil. Después, entre 1999 y 2001, la tasa se mantuvo constante en alrededor de 92, para elevarse posteriormente, de manera abrupta, hasta alcanzar la cifra de 103 abortos por cada 10 mil mujeres en 2006.

Gráfica 3

República Mexicana: tasa de abortos (aborto entre mujeres en edad fértil), 1993-2006



Fuente: registros institucionales y encuestas diversas, 1993-2006.

Aborto inducido

La estimación de la incidencia del aborto inducido es aún más difícil de realizar que la del total de abortos por la falta de información o por la deficiente calidad de los datos de las distintas fuentes disponibles. Los abortos clandestinos responden a la definición de abortos inseguros de la Organización Mundial de la Salud, dado que se trata de la utilización de procedimientos para interrumpir embarazos no deseados, que suelen ser practicados por personas sin capacitación o sin experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos.

La estimación de la proporción del total de abortos que son inducidos, se basa en la aplicación del modelo de *Variables intermedias de la fecundidad*, desarrollado por J. Boongarts, con base en las historias de embarazo de las encuestas nacionales sociodemográficas.

La relación entre abortos inducidos y espontáneos que se obtiene con este método es de alrededor de uno a uno en las diversos años para los que se cuenta con encuestas (ENADID 1992 para 1991, ENADID 1997 para 1995 y ENSAR 2003 para 2001). De ello se desprende que, al menos la mitad de los abortos estimados para cada año corresponde a abortos inducidos, cuya incidencia pudo ascender a 150 mil eventos en 2006.

Consideraciones finales

Los resultados de estos ejercicios indican que la tendencia a la disminución del aborto que se observó hasta el primer quinquenio de la década de los noventa comenzó a revertirse ligeramente al final de la misma, registrándose un acelerado incremento en el ritmo de crecimiento del aborto en 2005 y 2006.

Una explicación a este fenómeno pudiera encontrarse en el pobre desempeño de los programas de información y servicios de planificación familiar de los últimos años. Las encuestas sociodemográficas recientes indican que la difusión del uso de métodos de regulación de la fecundidad entre la población menor de 35 años de edad, o se ha estancado o ha sufrido un franco retroceso, particularmente entre las mujeres menores de 20 años. La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivosⁱⁱ de las adolescentes unidas o casadas se elevó de 27 a 37 por ciento entre 1997 y 2006, a la vez que la proporción que regulaba su fecundidad se redujo de 45 a 39 por ciento en ese lapso⁴. Incluso en el grupo de mujeres en edad fértil el incremento en el uso de medios anticonceptivos durante la última década ha sido pequeño, de 68.5 por ciento a 70.9 por ciento.

En los últimos cinco años, las campañas de comunicación que promueven la búsqueda de información calificada y la utilización de los servicios públicos de salud para planear la familia han estado prácticamente ausentes. Mientras que en el periodo 1996-2000 el CONAPO transmitió 184 mensajes de radio y televisión sobre el tema, permaneciendo en el aire prácticamente de manera permanente, entre 2001 y 2005 se difundieron sólo 15 mensajes. Esto significa un descenso de 37 mensajes por año en el último quinquenio del siglo pasado a 3 en el primer quinquenio de este siglo. Cabe señalar que de enero de 2006 a julio de 2008 no se ha transmitido mensaje alguno.

Si bien la deficiente calidad de la información disponible sobre la práctica del aborto exige cautela en la interpretación de los datos, es un hecho que la evidencia existente enciende focos rojos sobre el desempeño de los programas de educación, información y servicios sobre planificación familiar para prevenir embarazos no planeados. Que se eleve la incidencia del aborto en el país es un hecho sumamente

ii Se refiere al porcentaje de mujeres expuestas a un embarazo, que no utilizan algún medio de regulación de la fecundidad (considerando tanto métodos modernos como tradicionales), aunque desean espaciar o limitar los nacimientos.

grave, que habrá que confirmar; pero, sin duda, reforzar los programas en la materia es una decisión del Estado Mexicano que no puede hacerse esperar.

Bibliografía consultada y referencias

- ¹ SECRETARIA DE SALUD, Boletín de información estadística, Vol. II, de 1991 a 2006.
- ² ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA (ENADID), 1992, 1997 y 2006.
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA (ENSAR), 2004.
- ³ LERNER S, A GUILLAUME, “El aborto en América Latina”, Les Numériques du CEPED, Centre Population et Développement, 2007.
- ⁴ ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA (ENADID), 1997, 2006.
- ⁵ ZÚÑIGA E, B ZUBIETA. Cuadernos de Salud Reproductiva, República Mexicana, Consejo Nacional de Población, 2000.
- ⁶ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, Programa Nacional de Población 2007-2012: por un cambio demográfico a favor del desarrollo. México, 2007.

LA LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO: DEL DERECHO A LA PRÁCTICA

SUSANA LERNER*

La legislación del aborto, ha sido y continua siendo una cuestión fundamental y central en cualquier análisis académico y político que se haga sobre el tema. Su estatuto legal, junto con las políticas públicas de salud, determinan los tipos y calidad de la oferta de servicios de salud disponibles en determinado país, y las condiciones de acceso a los mismos para recurrir al aborto, así como diversas y múltiples “consecuencias que no afectan solamente a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo no deseado, sino que también traen resultados devastadores a nivel social, económico y cultural en los países donde se restringe su acceso”¹.

Su situación de ilegalidad o bien la despenalización del mismo, han dado origen a debates múltiples e intensos, a controversias nacionales e internacionales entre diversos actores sociales, como son los grupos religiosos, laicos, los médicos, los juristas, los políticos, los movimientos de mujeres y los representantes de la sociedad en generalⁱ.

¿Cuál es el panorama de la legislación del aborto?

De acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Alan Güttmacher, para fines de la década del siglo XX, el 25% de las mujeres vivía en países en los cuales el aborto es permitido solamente para salvar la vida de las mujeres o es prohibido totalmente; 10% residía en países donde el aborto es autorizado para proteger la salud física de la mujer o su vida, y otro 4% donde se permite por estas razones y para proteger su salud mental. El restante 61% de las mujeres vivía bajo

* El Colegio de México.

i Un reciente y claro ejemplo de la importancia del tema, son las audiencias convocadas por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en México en mayo y junio de 2008, donde se presentaron argumentos a favor y en contra de la demanda de inconstitucionalidad de la Reforma de la Ley sobre el Aborto en el Distrito Federal.

legislaciones más liberales: 20% en países que permiten el aborto por razones socioeconómicas, además de las anteriormente mencionadas, y 41% en aquéllos donde las mujeres pueden obtener un aborto sin tener que dar una razón en particular².

Sin embargo, se observan grandes diferencias entre los países en desarrollo y los desarrollados, en los cuales el aborto es ampliamente permitido. En los primeros, un poco más de la mitad de las mujeres (55%) se encuentra en países con legislaciones liberales y el resto en aquéllos con leyes restringidas. En contraste, en las sociedades desarrolladas, la gran mayoría de las mujeres (86%) reside en países con leyes de aborto liberales.

América Latina y el Caribe se caracterizan por tener un marco legal del aborto muy restrictivo. En 2003, el panorama de las situaciones bajo las cuales se autorizó el aborto en los 41 países de la región es el siguiente: ocho países sin restriccionesⁱⁱ (tres de los cuales corresponden a las Antillas Francesas y dos a departamentos de ultramar de Francia); nueve en caso de violación, nueve por malformación del feto, dos por razones económicas y sociales, 17 para proteger la salud física o mental de la mujer. El aborto es autorizado para salvar la vida de la mujer en 27 países, de los cuales 10 la consideraban como la única causa y en seis países es totalmente prohibidoⁱⁱⁱ. En 2007, Colombia modificó su posición al autorizarlo por causas más amplias, y en el Distrito Federal, en México, lo despenalizaron hasta las 12 semanas de gestación. En cambio en Nicaragua se prohibía totalmente en ese año. El panorama de la legislación de aborto en México en 2005, se caracterizaba porque en ninguna de las 32 entidades federativas se prohibía totalmente; e igualmente en ninguna se permitía sin restricciones. En todas las entidades está permitido bajo ciertas condiciones, por ejemplo, cuando el embarazo es resultado de una violación^{iv, 3}.

ii Barbados, Cuba, Guadalupe, Martinica y Saint-Martin, Guyana Francesa, Guyana y Puerto Rico.

iii Chile, El Salvador, Honduras, República Dominicana, Saint-Martin y Colombia, país este último que modificó su posición en 2007 al autorizarlo por causas más amplias; en cambio en Nicaragua se prohibió totalmente en ese año.

iv Véase el estudio de Guillaume y Lerner (2007) respecto a las causales bajo las cuales se permite en cada uno de los países de la región y de las entidades federativas en México.

¿Del derecho a la práctica?

Aunque la ley estipula el derecho de las mujeres a un aborto bajo ciertas circunstancias, en el ejercicio real de este derecho, aun en los casos con leyes liberales, se han documentado múltiples obstáculos y restricciones para el acceso legal al mismo, obstáculos exacerbados en el caso de las mujeres pobres y que residen en lugares remotos. Por ello se ha afirmado, con plena legitimidad y fundamento, que este derecho sigue siendo más teórico que real. La literatura da cuenta de los siguientes obstáculos: a) los complejos requerimientos judiciales, burocráticos y administrativos, poco claros, intimidantes, lentos, que retardan la decisión y exceden consecuentemente los límites de gestación autorizados en el aborto legal; b) los requerimientos a los profesionales de la salud para que rompan el secreto profesional y denuncien a las mujeres que recurren al aborto, contraviniendo la ética médica, así como el derecho de las mujeres a la intimidad y privacidad; c) el desconocimiento de amplios sectores de la población, entre los cuales están los profesionales de la salud, de la legislación bajo cuyas causales se autoriza el aborto legal; d) los requerimientos de consentimiento de los padres, cónyuge o miembros de la familia de las mujeres, en particular en el caso de las menores de edad. A ello se añade el dictamen de uno o varios médicos para autorizar la realización del aborto y la frecuente estigmatización y maltrato a las mujeres que se atienden por casos de aborto o complicaciones del mismo, y e) los desencuentros y las ambigüedades en las interpretaciones, basados en creencias y actitudes morales y religiosas, de quienes son responsables de la autorización legal (jueces) y de los responsables de la provisión de los servicios de salud (médicos) para la interrupción de los embarazos no deseados en los casos permitidos por la ley^{v, 2}.

El hecho de que el aborto no resulte sancionado en proporción a su ocurrencia, ya sea en países en que está penalizado totalmente o bien en aquéllos en que se permite bajo ciertas condiciones, ha llevado a algunos autores a señalar, acertadamente, que se trata de una “Ley en desuso”⁴, una ley que se transgrede, así como una situación en la cual el respeto a la ley se cuestiona y por lo tanto, también se cuestiona

v Ejemplo de esto último es la negación del derecho al aborto ante embarazos por violación o abuso sexual sobre todo en menores de edad, o por malformación del feto, situaciones documentadas en México, Nicaragua, Bolivia y Perú (véase referencias bibliográficas en Guillaume y Lerner).

la autoridad y legalidad del Estado implícitamente. La penalización del aborto viola, además, el ejercicio de los derechos humanos, en particular los derechos reproductivos y sexuales y los derechos a la salud, los derechos a la vida, a la integridad de la persona, a la no discriminación, a la autodeterminación reproductiva de las mujeres, reconocidos en los instrumentos y acuerdos internacionales, suscritos por los gobiernos de los distintos países de la región.

Asimismo, las legislaciones restrictivas inciden en la disponibilidad y confiabilidad de los datos, estimaciones sobre la magnitud del aborto, y las consecuencias que resultan del mismo bajo condiciones inseguras. Ello conduce a ocultar y por tanto silenciar este acto y consecuentemente a la ausencia de políticas explícitas al respecto.

Finalmente, resulta esencial señalar algunas de las principales consecuencias de la legislación restrictiva del aborto ^{vi, 3, 5}.

- ***Ponen en peligro la vida de mujer***, aspecto que se relaciona con una alta tasa de aborto inseguro, en particular con una mayor morbilidad de la mujer debido a las condiciones de mayor riesgo en que se practican estos abortos⁶.
- ***Generan una práctica discriminatoria y de injusticia social en contra de las mujeres***, sobre todo de las que pertenecen a las clases más desprotegidas, que, por la ausencia de acceso legal a un procedimiento seguro, se ven obligadas a recurrir a un aborto clandestino, a diferencia de quienes tienen medios suficientes para pagar un aborto seguro o viajar a los países donde éste es legal.
- ***Propician el surgimiento de un “mercado clandestino”*** de servicios de aborto ***de alto riesgo*** con altos costos económicos directos e indirectos para las mujeres, los presupuestos de sus familias, para los sistemas de salud y, por tanto, para la sociedad en su conjunto^{1, 7}.
- ***Contribuyen a un mayor empobrecimiento*** al afectar la economía de las mujeres y sus familias, dados los altos costos de los abortos clandestinos. Provocan también altos costos en los sistemas de salud que han de atender las complicaciones que se deriven de la realización del aborto inseguro.
- ***Exacerban las condiciones de vulnerabilidad social ya existentes y la inequidad de género***. Haberse practicado un aborto suele

vi En el texto de Guillaume y Lerner se incluyen cerca de 3,000 referencias bibliográficas, que documentan los estudios realizados por diferentes autores y en diversos países acerca de estas situaciones (Ver referencias bibliográficas).

conllevar estigmatización y rechazo social. Además la penalización recae únicamente en las mujeres y no en los hombres, aunque sean la otra parte responsable de los embarazos.

- ***Violan los derechos humanos de las mujeres.*** La penalización del aborto no sólo atenta contra los derechos reproductivos de la mujer, sino también contra su derecho a la salud, a la libertad, a la seguridad, potencialmente, su derecho a la vida. Del mismo modo, en contextos muy restrictivos, cuando se exige que los profesionales de la salud rompan el secreto profesional para denunciar a la mujer que recibe atención por complicaciones de aborto, se viola el derecho de ésta a la confidencialidad y a la intimidad.

Si bien es cierto que en la legislación del aborto se concretizan la situación histórica de cada país, la legislación heredada, y la ideología dominante en la época, las fuerzas sociales han sido y son, en particular la Iglesia Católica hegemónica y los grupos conservadores y de derecha, las que ejercen una fuerte influencia para contrarrestar las iniciativas de la sociedad civil que lucha por modificar su estatuto ilegal, para reducir o eliminar el carácter restrictivo de la legislación, y más aún, para lograr su despenalización.

Finalmente, como se ha constatado, la penalización del aborto no reduce su práctica, en cambio sí conlleva graves consecuencias económicas, de salud y de justicia social para las mujeres. Ante esta situación, ellas tienen las siguientes opciones: practicarse un aborto en condiciones clandestinas de alto riesgo o sufrir una maternidad forzada, lo que resulta en adversas consecuencias tanto para ellas como para los hijos no deseados, tema este último casi ausente o poco investigado y documentado. En cambio, ante la despenalización del aborto, las opciones son asumir el embarazo y llevarlo a término, sin ninguna imposición, y ejerciendo sus derechos a la maternidad. La otra opción que se ha hecho realidad, como es el caso de la reforma a la Ley del Distrito Federal, es la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas a través del acceso libre a servicios de salud seguros. Opción que responde a las necesidades y demandas de las mujeres, y les ofrece alternativas y oportunidades diversas, no impuestas, en su trayectoria de vida. Una tercera opción argumentada por las fuerzas que se oponen a la despenalización del aborto, es continuar el embarazo y dar en adopción a la/el bebé, con las potenciales consecuencias aún insuficientemente conocidas para ellos.

Referencias bibliográficas

- ¹ CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP), Women of the world: laws and policies affecting their reproductive lives. Latin America and the Caribbean. [Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas: América Latina y el Caribe] suplemento, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, Nueva York, 2000.
- ² ALAN GÜTTMACHER INSTITUTE (AGI), Compartiendo responsabilidades. Mujer, sociedad y aborto en el Mundo, Nueva York, AGI, 1999.
- ³ GUILLAUME A, S LERNER, El aborto en América Latina y el Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005, Paris-México, Ceped, 2007.
- ⁴ SANSEVIERO R, Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay, CIID-UPAZ, Montevideo, 2003.
- ⁵ CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP), Efectos de las legislaciones sobre el aborto inducido, CRLP, Nueva York, 1999.
- ⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, WHO, Ginebra, 2004.
- ⁷ KULCZYCKI A, “De eso no se habla, aceptando el aborto en México”, Estudios demográficos y Urbanos, 18, 2, pp.353-386, 2003.

LEGISLACIÓN SOBRE ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL

JULIA ESCALANTE*

La Asamblea Legislativa aprobó, por 46 votos a favor y 19 en contra, la reforma al Código Penal del Distrito Federal y quedó establecido en su artículo 144 que el aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación.

Cabe recordar que este mismo código ya incluía la posibilidad de interrumpir el embarazo sin responsabilidad penal cuando:

- I. El embarazo es producto de una violación o inseminación artificial no consentida (hasta las 20 semanas de gestación);
- II. La mujer corre peligro de padecer una grave afectación en su salud;
- III. Por malformaciones congénitas o genéticas en el producto;
- IV. Como resultado de una conducta imprudencial de la mujer embarazada.

Asimismo, se adicionó a la Ley de Salud del Distrito Federal¹ el siguiente artículo:

ARTÍCULO 16 BIS 8. La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen 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.

El gobierno promoverá y aplicará permanentemente y de manera intensiva, políticas integrales, tendientes a la educación y capacitación sobre la salud sexual, los derechos reproductivos, así como la maternidad y la paternidad responsables. Sus

* Consultora, Ipas México.

servicios de planificación familiar y anticoncepción tienen como propósito principal reducir el índice de abortos, a través de la prevención de embarazos no planeados y no deseados, disminuir el riesgo reproductivo, evitar la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y coadyuvar al pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas con una visión de género, de respeto a la diversidad sexual y de conformidad a las características particulares de los diversos grupos poblacionales, especialmente para las niñas y niños, adolescentes y jóvenes.

El gobierno del Distrito Federal otorgará servicios de consejería médica y social en materia de la atención a la salud sexual y reproductiva, funcionando de manera permanente con servicios gratuitos que ofrecerán la información, difusión y orientación en la materia, así como el suministro de todos aquellos métodos anticonceptivos cuya eficacia y seguridad estén acreditadas científicamente. Asimismo, proporcionarán a la mujer que solicite la interrupción de su embarazo la información a que se refiere el último párrafo del artículo 148 del Código Penal para el Distrito Federal. Los servicios de consejería también ofrecerán apoyo médico a la mujer que decida practicarse la interrupción del embarazo después del procedimiento de aborto, particularmente en materia de planificación familiar y anticoncepción.

Estas reformas, congruentes con un Estado democrático de derecho, cuyos valores y principios intrínsecos son la libertad, la igualdad y la justicia social², contribuyen a la construcción de una sociedad democrática, la cual no debe admitir la postergación del ejercicio del derecho fundamental de las mujeres a decidir su maternidad libre y voluntaria, consagrado en el artículo 4º de nuestra Carta Magna.

El 26 de abril del 2007, se publicaron dichas reformas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal; 30 días después, el 24 de mayo del 2007, se presentaron las Acciones de Inconstitucionalidad en contra por conducto de la Comisión Nacional de Derecho Humanos (CNDH) y la Procuraduría General de la República (PGR).

El 10 de marzo del 2008, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) aprobó la realización de seis audiencias públicas para

incluir la participación de la sociedad civil en la discusión sobre la inconstitucionalidad de la modificación legislativa.

Las audiencias concluyeron y en una votación histórica (8 votos contra 3) la Corte decidió que la reforma es constitucional, que las entidades federativas tienen competencia para legislar en esta materia y que los derechos de las mujeres no compiten con la protección legal dada al no nacido, toda vez que ésta no tiene el rango constitucional que tienen los derechos fundamentales de las mujeres.

Ante este panorama, es importante resaltar que existe un reconocimiento constitucional del derecho a la libertad reproductiva, que determina que la procreación no sólo debe ser tratada como un proceso biológico, sino que debe ser regulada como un acto preponderante de conciencia y voluntad, por lo que normativamente, las mujeres no pueden ser caracterizadas como instrumento de reproducción, cuyo destino sea la procreación.

En cuanto al concebido no nacido, éste no cuenta con la misma protección que se otorga a las personas, ya que hay una distinción entre la vida como un bien constitucionalmente relevante y la titularidad del derecho a la vida. Esta distinción se ilustra en el artículo 123 constitucional, que establece las medidas de protección a las mujeres embarazadas y a la salud del producto de la concepción como realidad biológica y manifestación de la vida humana.

El proceso legislativo de 2007, parte del reconocimiento de que tanto los derechos fundamentales de las mujeres, como la protección de la vida en gestación, son bienes constitucionalmente relevantes. Frente a la imposibilidad normativa de que exista una prevalencia incondicionada entre ellos, toda vez que no existen derechos o valores constitucionales absolutos, es necesario ponderar para determinar las condiciones de aplicación cuyo equilibrio deje a salvo la protección de los bienes en conflicto.

Esta reforma responde a un problema social que requería ser jurídicamente regulado tal y como lo demuestra el número de mujeres que han interrumpido un embarazo y sus características socioeconómicas³.

La despenalización parcial del aborto mediante la interrupción voluntaria del embarazo en las primeras doce semanas de gestación, se traduce en la adecuada ponderación de dos bienes en conflicto, y cumple con los principios de razonabilidad y proporcionalidad, al establecer un trato diferencial atendiendo al plazo gestacional. Esto no

le está vedado al legislador salvo cuando es arbitrario, ya que persigue la finalidad, constitucionalmente legítima y razonable, de preservar la salud, la integridad corporal y la vida de las mujeres.

El procedimiento dentro de dicho plazo tiene riesgos mínimos para las mujeres; en cuanto al embrión, no existen medidas menos gravosas que sean idóneas para preservar los derechos de las mujeres. Además, la distinción entre embrión y feto está sustentada en la diferenciación cualitativa entre el desarrollo alcanzado en la décima segunda semana de gestación y en semanas posteriores, establecido por la Ley General de Salud⁴, así como en los Códigos Penales de Baja California, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Quintana Roo y Veracruz, y en la mayoría de las legislaciones que siguen el sistema de plazos, para establecer los límites temporales al aborto que es consecuencia de los delitos de violación o de inseminación artificial no consentida.

La definición de embarazo que establece el artículo 144 del Código Penal, dispone que:

Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio⁵.

Esta definición es congruente con las utilizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y con el criterio médico mayoritario.

La reforma garantiza el ejercicio de los derechos fundamentales de las mujeres, permite la caracterización de la vida en gestación como un bien constitucionalmente tutelado, protegido por la ley penal durante todo el embarazo (tratándose del aborto forzado -que prevé las mayores penalidades en el país-, y del aborto procurado o consentido); además de la protección garantizada por el artículo 16 bis 8, citado arriba textualmente, añadido a la Ley de Salud, que se funda en la caracterización del derecho a la protección de la salud como un derecho de naturaleza prestacional y progresiva. Igualmente, al establecer el carácter prioritario de la atención a la salud sexual y reproductiva, incide en el respeto a los derechos fundamentales relacionados con la procreación y en la protección de la vida en gestación.

Aún en el supuesto de que el concebido no nacido tuviera carácter de persona o la titularidad de derechos fundamentales, ello no es razón

constitucional suficiente para la absoluta penalización del aborto, toda vez que ello constituiría una flagrante violación a los derechos humanos de las mujeres.

En el contexto internacional, diversos instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos reconocen el derecho a la vida sin referirse a su inicio desde la concepción. Únicamente la Convención Americana sobre Derechos Humanos señala que se protegerá el derecho a la vida, de manera general, desde su concepción. Sobre este hecho, cabe señalar que el Gobierno Mexicano realizó una declaración interpretativa, estableciendo que no reconoce la obligación de adoptar o mantener una legislación que proteja la vida desde el momento de la concepción, en virtud de que dicha materia corresponde al dominio reservado a los Estados.

Por su parte, la Plataforma de Acción de Beijing recomendó a los gobiernos revisar las leyes que castigan a las mujeres que hubieran abortado ilegalmente⁶, mientras que el Comité de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), hace referencia, en sus recomendaciones generales⁷ décima novena y vigésima cuarta, a la necesidad de evitar que las mujeres se sometan a procedimientos médicos riesgosos, como los abortos ilegales, y de preservar el derecho a la salud sexual y reproductiva, mediante el acceso a los servicios.

En el ámbito internacional, el aborto no se considera prohibido, y se ha solicitado a los Estados garantizar el acceso a los servicios de aborto seguros y sin impedimentos, y a derogar las normas penales que lo criminalizan.

En esta discusión debe prevalecer la defensa de la justicia con equidad, el respeto a la pluralidad de pensamiento y al ejercicio de las libertades, y a la vida digna de las mujeres.

Referencias bibliográficas

- ¹ LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL, Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 26 de abril de 2007. <http://www.equidad.df.gob.mx/indigenas/nacionales/df/salud.pdf>.
- ² CARTA DEMOCRÁTICA INTERAMERICANA, 11 de septiembre del 2001, consultada en http://www.oas.org/OASpage/Documentos/Carta_Democratica.htm.
- ³ MORALES P, Intervención ante el pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación del Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C., (GIRE), en la Audiencia Pública celebrada el 30 de mayo de 2008. http://informa.scjn.gob.mx/cuarta_audiencia_publica.html.
- ⁴ LEY GENERAL DE SALUD, artículos 314, fracciones VIII y X, 388, 389, fracción III, 391 y 392.
- ⁵ CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal mediante el Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona a la Ley de Salud para el Distrito Federal, el 26 de abril del 2007.
- ⁶ NACIONES UNIDAS, Programa de Acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Estados Unidos, Organización de las Naciones Unidas-CIPD 94, 1998, pp. 183-189.
- ⁷ NACIONES UNIDAS, Recomendación general N° 24 (20° periodo de sesiones, 1999) Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer “La mujer y la salud”, Párr. 15. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>.

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO Y VIOLENCIA SEXUAL. AVANCES CON LA NORMA 046

GRACIELA FREYERMUTH ENCISO* Y SERGIO MENESES**

Los gobiernos y los organismos internacionales han reconocido que las mujeres que sufren maltrato, además de padecer más enfermedades, no pueden desarrollarse de manera completa en su vida y en su trabajo. Así, un país no podrá mejorar las condiciones de sus habitantes si sus mujeres siguen siendo víctimas de maltrato.

Las jóvenes y mujeres que sufren violencia frecuentemente tienen poca posibilidad de negociar sobre su sexualidad y llegan a ser víctimas de embarazos no deseados o de infecciones de transmisión sexual, inclusive VIH-SIDA o papiloma humano.

Por ello incluir el tema de la salud reproductiva en una norma de atención a la violencia es un acierto y un problema que debía de ser atendido urgentemente.

La vinculación entre el tema de la salud y la violencia hacia las mujeres es relativamente reciente. En 1985, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la primera resolución sobre la violencia contra la mujer y desde entonces esta organización internacional ha promovido por lo menos dos instancias permanentes abocadas al seguimiento de este problema: el *Grupo de Expertos sobre la Violencia contra la Mujer*, y la *Comisión sobre la Condición de la Mujer*. Aunque en 1994 ya se consideraba a la violencia contra la mujer como una violación a los derechos humanos, la escasez de investigaciones que evaluaran el impacto de ésta en la sociedad había limitado el interés internacional sobre el tema¹.

En el informe del Banco Mundial de 1993 se reconoce el papel que juega la mujer en el bienestar de la familia y particularmente en

* Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste.

** Investigador del Centro Regional de Investigación en Salud Pública, Tapachula, Chiapas, del Instituto Nacional de Salud Pública.

el cuidado de la salud. En 1994, el propio Banco Mundial manifestó un especial interés en el tema de la violencia hacia las mujeres, y las recomendaciones de la *Conferencia de Población de El Cairo* vinculan estrechamente desarrollo y empoderamiento de las mujeres. Así, la violencia contra las mujeres se empieza a relacionar con condiciones precarias de salud y desarrollo².

En 1994, la Organización Panamericana de la Salud puso a la violencia doméstica como una línea prioritaria de acción y promovió un estudio, a partir de fuentes secundarias, sobre la vinculación del problema con la salud de las mujeres. Como reconoció Lori Heise, el personal de salud y de educación se encuentra en un lugar privilegiado para la detección y canalización de los casos de violencia doméstica y sexual.¹

A partir de entonces, la propuesta para la atención de las mujeres víctimas de violencia doméstica ha dado un giro, del modelo de atención primaria en agencias especializadas³ a su atención temprana en instancias ya establecidas, como los centros de salud y las clínicas y hospitales públicos y de seguridad social.

En nuestro país, este modelo se ha venido impulsando desde 1995, básicamente por personas involucradas en el movimiento feminista interesadas en el tema de la violencia doméstica⁴. Estos proyectos estaban encaminados a sensibilizar al personal de salud y a los actores involucrados en la atención de mujeres, para que identificaran y evaluaran el riesgo de manera temprana en los consultorios médicos y fueron previos a la Norma Oficial Mexicana (NOM)⁵ que establece los criterios para la atención médica de la violencia familiar.

En el año de 1999, se publicó la Norma Oficial NOM190, sin embargo, en esta norma seguía ausente la violencia sexual como parte importante de esta problemática y más aún los lineamientos para la interrupción del embarazo no deseado en caso de violación. Hay que señalar que en todos los estados del país, la violación es una causal de interrupción legal de embarazo, sin embargo no había una norma que estableciera los criterios para el ejercicio de este derecho.

El lunes 3 de marzo se publica el proyecto de modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Esta, como cualquier norma, es de observancia obligatoria para los y

las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud.

El apartado 6.4 de la norma incluye los aspectos relacionados con el tratamiento específico de la violación sexual. El primer aspecto importante es el que la violación sexual ante todo es considerada una urgencia médica que requiere de atención inmediata (numeral 6.4.1). Además de la disposición de estabilizar y reparar el daño y promover la estabilidad emocional, en el numeral 6.4.2.3 se señala:

6.4.2.3. Prescribir la anticoncepción de emergencia a toda mujer violada de manera inmediata y hasta 120 horas después de ocurrido el evento para prevenir un embarazo no deseado brindando información completa conforme a la NOM-005-SSA2-1993 vigente de los Servicios de Planificación familiar, a fin de que la usuaria tome una decisión libre e informada.

6.4.2.4. Prevenir infecciones de transmisión sexual a través de la quimioprofilaxis y de acuerdo a la evaluación de riesgo; prescribir la profilaxis contra VIH/SIDA de acuerdo con los lineamientos de la Secretaría de Salud y la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, tomando en cuenta la percepción de riesgo de la usuaria o el usuario.

6.4.2.6. Proporcionar consejería, seguimiento y orientación a la persona afectada sobre las instituciones públicas, sociales o privadas a las que puede acudir para recibir otros servicios.

6.4.2.7. En caso de embarazo por violación, en los términos y plazos permitidos de acuerdo con la legislación local aplicable y previo cumplimiento de los requisitos específicos establecidos en ésta, las instituciones deben prestar los servicios de aborto médico (terminación legal del embarazo). En caso de que sea necesario, de conformidad con la normatividad aplicable, se requerirá la previa instrucción de la autoridad competente.

6.4.2.8. Para efectos de lo establecido en este apartado 6, en su caso, las instituciones de salud contarán con prestadores de servicios capacitados en procedimientos médico quirúrgicos en aborto médico (interrupción de embarazo) no objetores de conciencia o, en su defecto, referir de inmediato a la usuaria a una unidad de salud que cuente con este tipo de personal y con instalaciones que garanticen la calidad y calidez de la atención.

Con el cumplimiento de la nueva norma, las mujeres mexicanas en caso de violación podrán contar con información adecuada y oportuna para la anticoncepción de emergencia, pero en el caso de que esta anticoncepción no se provea, las mujeres en prácticamente cualquier estado de la república estarán en condiciones, si así lo deciden, de utilizar un servicio de aborto médico.

Es importante señalar que la violencia hacia las mujeres puede ser perpetrada por las condiciones de inequidad⁶ de género que se caracterizan por la violación reiterada y sistemática de sus derechos humanos. A esto, denominaremos violencia estructural⁷, que en muchas ocasiones puede considerarse institucionalizada ya que ante el rezago social no se generan por parte de los gobiernos políticas que remontan estas inequidades. Esos rezagos determinan un acceso limitado a los servicios de salud; hecho que en el caso de la violencia sexual dificulta la atención integral que requieren las mujeres y jóvenes que la padecen.

Esta norma viene a superar el rezago en esta materia y con su aprobación final se contribuirá a disminuir la inequidad y se podrá contar con un instrumento que permita velar por los derechos jurídicos de estas mujeres. Esperamos que esta norma sea aprobada y publicada de manera definitiva a la brevedad.

Referencias bibliográficas

- ¹ HEISE L, J PINTAGUY, A GERMAIN, *Violencia contra la Mujer: La Carga oculta sobre la salud*, Programa Mujer Salud y Desarrollo Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, 1994.
- ² GERMAIN A, R KYTE, *El Consenso de El Cairo. El programa acertado en el momento oportuno*, International Women Health Coalition IWHC, New York, 1995.
- ³ VALDEZ R, “Panorama de la violencia doméstica en México. Antecedentes y perspectivas” en: *Violencia Doméstica*, Cidhal Centro para mujeres, Cuernavaca, Morelos, 1998, pp.13-21.
- ⁴ FAWCETT G, T VENGUER, R VERNON, S PICK, “Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación en salud”, en Documento de Trabajo, Núm 24 Population Council, México, 1998.
— “Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud”, en Documento de Trabajo, Núm 26, Population Council, México, 1998.
SAUCEDO I, *Violencia doméstica: Modelo de intervención en unidades de salud I. Capacitación para atención en unidades de salud a mujeres maltratadas*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Colegio de México, Secretaría de Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, México, 2002.
- ⁵ SECRETARÍA DE SALUD, “Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de los servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar” en el Diario Oficial de la Federación 08/03/2000, Congreso de la Unión, México, 2000.
- ⁶ WHITEHEAD M, *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, Copenhagen, 2000.
- ⁷ JONES C, “Levels of Racism: A Theoretic Framework and a Gardener’s Tale”, *American Journal of Public Health*, august, Vol. 90, No 8, 2000, 1212-1215.

LA REFORMA A LA LEY DEL ABORTO EN LA CIUDAD DE MÉXICO: UN DEBATE SINGULAR

GLORIA ELENA BERNAL*

Una antigua polémica

En 1994, el jurista Ronald Dworkin¹ preveía que el aborto voluntario y la eutanasia ocuparían un lugar preponderante en el debate público de gran parte del mundo en los años siguientes. Actualmente asistimos, en efecto, a la intensificación de la polémica en torno a la despenalización y la reglamentación de ambas prácticas en Europa y Estados Unidos. En México, la cuestión del aborto ha atraído de manera creciente la atención a principios del siglo XXI, aunque también fue objeto de discusión durante las últimas décadas del pasado siglo. La disputa, como siempre, ha sido intensa. Y es que, como observa Dworkin, el aborto voluntario y la eutanasia comportan serias decisiones en torno a la vida y la muerte. Se trata de prácticas que comprometen nuestras más profundas convicciones sobre la vida y su sentido, sobre la sociedad y su devenir. La cuestión del aborto atañe, en particular, a nuestras más arraigadas nociones no sólo acerca de la sexualidad y la reproducción, sino del papel y la dignidad de las mujeres. Constituye, en expresión de Graciela Hierro², la punta del *iceberg* de la condición femenina.

En la polémica en torno al aborto se enfrentan dos visiones opuestas del mundo, dos “maneras inconmensurables” de percibirlo y de estar en él, como diría Thomas Kuhn. Para quienes se oponen a la práctica voluntaria del aborto y a su despenalización (que no es exactamente lo mismo), el sentido del mundo y de la vida -uno, único, inmutable- se

* Maestra en Antropología Social, realiza actualmente estudios de Doctorado en Ciencias Antropológicas en la Universidad Autónoma Metropolitana. Fue integrante del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) y actualmente colabora con organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

encuentra predeterminado. Es independiente de la voluntad humana. Su esclarecimiento depende más del acatamiento de una doctrina que de la construcción histórica y cultural. Al referirse a ese sentido preexistente del mundo y de la vida, hay quienes hablan de un “plan de Dios para el hombre”; otros aducen alguna versión del “diseño inteligente”. Pero unos y otros presuponen, acogíendose a una modalidad del principio filosófico del acto y la potencia, que *lo que es* no puede *dejar de ser*, y que lo que llega a ser lo es porque ya lo era antes.

Esta perspectiva, que privilegia el concepto de *esencia* y niega importancia al *proceso*, subyace a la imagen de la vida humana en gestación, para la que se exige un respeto absoluto e incondicionado. El ser en gestación es plena y totalmente persona en cualquier etapa del embarazo porque, en expresión que recoge Juan Pablo II³, “jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde entonces”. Por tanto, el aborto inducido es una práctica intrínsecamente mala; constituye “un desorden moral grave, en tanto que es la eliminación deliberada de un ser humano inocente”. Cualquier posibilidad que la ley le ofrezca constituye una grave “amenaza a la vida”. Abre además la puerta al “permisivismo sexual y el menosprecio de la maternidad”, y en esa medida conduce al “deterioro profundo de la convivencia social”³.

Entre quienes defendemos la autonomía reproductiva de las mujeres y, con ella, la posibilidad de decidir sobre la continuación o la terminación del embarazo, parece prevalecer la idea de que tanto las verdades como el sentido de la vida –incluyendo, desde luego, la de las mujeres– se construyen paulatinamente en el plano individual o en el colectivo, a menudo a través de acuerdos provisionales sujetos a modificación. Verdad y sentido son elaboraciones históricas culturalmente determinadas. Pero el reconocimiento de la precariedad de las proposiciones humanas y de su carácter frecuentemente irreconciliable encuentra, por lo que a la convivencia en sociedad se refiere, un sólido correlato en la naturaleza laica del Estado, que no se pronuncia sobre la verdad o falsedad de las proposiciones, ni obliga a obrar contra sus convicciones a persona alguna. Permite, por el contrario, optar por diferentes cursos de acción en distintas circunstancias. La laicidad, sustento de la democracia en un mundo plural, favorece la progresiva ampliación de las esferas de libertad personal frente a los poderes constituidos⁴. Resulta poco pertinente, en esta línea de pensamiento, intentar definir la “esencia” de lo humano en términos absolutos; la humanidad se caracteriza por el cambio y la diferencia.

Desde esta perspectiva, el embarazo se entiende como un proceso que da lugar a sucesivas transformaciones cualitativas en el ser en gestación. La profundidad de esas transformaciones impide equiparar un cigoto con un blastocisto, un embrión con un feto y a éste con un niño o una persona adulta. Esta manera de plantear la cuestión permite admitir la posibilidad de que en algún momento del embarazo prevalezcan, por encima del respeto al ser en gestación, la necesidad, el interés o el deseo de la mujer de poner fin al proceso. Desde este punto de vista, al que se suma la consideración de los problemas de salud pública y justicia social que acarrea la penalización del aborto, el énfasis de la argumentación se pone en la mujer como sujeto de derechos y como “agente moral” capaz de adoptar decisiones respecto de su vida sexual y reproductiva, así como de diseñar y realizar su propio proyecto vital. Por ello, la despenalización del aborto -ese contundente “no” de las mujeres ante la imposición de un destino establecido al margen de su voluntad- constituye “un hito en la construcción de la democracia”⁵.

El debate en torno a la reforma de 2007

En el marco de este antagonismo sin solución aparente, en 2007 se produjo una decisión legislativa de proporciones inéditas en nuestro país. El 24 de abril, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) resolvió, por amplia mayoría, despenalizar el aborto a solicitud de la mujer durante las primeras doce semanas de embarazo. Para tal propósito, circunscribió el tipo delictivo de “aborto” a la interrupción del embarazo después de los primeros tres meses de gestación y estableció, para efectos del Código Penal, que el embarazo “comienza con la implantación del embrión en el endometrio”⁶. La resolución se acompañó de otras reformas orientadas a castigar más severamente el aborto provocado contra la voluntad de la mujer y a prevenir los embarazos no deseados. Ya en 2000, 2002 y 2003 se habían hecho importantes reformas legales en materia de aborto inducido en la Ciudad de México. Esas reformas aumentaban el número de causales por las que se permitía el aborto, reglamentaban su práctica en el caso del embarazo producto de la violación, y despojaban del carácter de delito al aborto no punible⁷. Pero si esas resoluciones produjeron polémica, la de 2007 dio lugar al más prolongado y vigoroso debate público sobre el tema en la historia del país.

Los meses previos a la decisión de la ALDF se caracterizaron por una enardecida discusión que rebasó al órgano legislativo y se extendió a muchos otros ámbitos de la sociedad. Semanas después de publicadas las modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y la Procuraduría General de la República interpusieron ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) sendas acciones de inconstitucionalidad que buscaban revertir las reformas. Una vez admitidas las acciones, el debate se canalizó a través de seis audiencias públicas organizadas por la propia SCJN. Así, entre abril y junio de 2008 se reavivó el debate y volvieron a manifestarse argumentos a favor y en contra de la medida misma y de su adecuación a la norma constitucional. Finalmente, en agosto de 2008 la SCJN se pronunció por contundente mayoría a favor de la competencia de la ALDF para legislar en materia penal y de salud, así como de la constitucionalidad de la reforma. Mediante una decisión más centrada en los derechos ciudadanos de las mujeres que en la condición jurídica del embrión humano, la Corte estableció que las modificaciones a la ley del aborto en el Distrito Federal se ajustan a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Y ello no solamente porque no existe en nuestra ley suprema obligación alguna de penalizar el aborto, sino porque el derecho de las mujeres a la vida, la salud, la privacidad y la autonomía reproductiva tiene prioridad sobre el bien constitucionalmente protegido que es la vida en gestación.

Un proceso de dos caras

La despenalización del aborto en el Distrito Federal supuso, sin duda, enfrentamientos, negociaciones y construcción de acuerdos en la arena política. La información disponible en los medios permite conjeturar que diversas organizaciones de la sociedad civil, instituciones y grupos de profesionales trabajaron coordinadamente a favor y en contra de la medida, y que los partidos políticos tuvieron en cuenta, ante todo, la correlación de fuerzas en la coyuntura política. Pero ése fue sólo uno de los componentes del proceso. El otro fue la argumentación misma, de tipo jurídico, filosófico, ético, político y de salud pública. Se puede afirmar que en el camino hacia la reforma legislativa, y quizá también hacia la decisión final de la Suprema Corte, la negociación política operó como filtro de la argumentación.

Este intenso proceso de dos caras, que probablemente se repetirá con diferentes matices en otras entidades de la República, invita a plantear muchas preguntas. Una de las más apremiantes, a mi juicio, se refiere a la posibilidad de formular el problema del aborto inducido de modo tal que puedan esperarse entendimientos mínimos entre las partes enfrentadas. De atenernos a lo ocurrido durante los meses inmediatamente previos y posteriores a la decisión de la ALDF, la esperanza parecería nula. El debate en los medios y en el pleno mismo de la Asamblea se caracterizó, en términos generales, por las imprecisiones habituales de polémicas anteriores: la tendencia a confundir vida humana y persona; la idea de que la vida humana tiene un “principio” definible con exactitud; la inveterada costumbre de identificar la despenalización del aborto con su aprobación moral; la proclividad de quienes se oponen a la despenalización a equiparar información genética con estructura básica y, peor aún, con esencia humana; el abuso de la expresión “momento de la concepción”; el uso ambiguo de la palabra “fecundación”; el empleo arbitrario de nombres inadecuados para el ser en diferentes etapas de gestación, y el recurso a “la ciencia” como autoridad última, fuente de verdades incontrovertibles y fundamento legítimo de la posición de ambos bandos. (Véase, por ejemplo, la versión estenográfica del debate del 24 de abril de 2007 en el pleno de la Asamblea Legislativa)⁹.

Sin embargo, ya en esa etapa se introdujeron al debate algunos elementos novedosos. Los opositores a la despenalización incorporaron explícitamente la defensa de un derecho del varón a participar en las decisiones reproductivas de la mujer, aduciendo que el aborto anula el derecho a la paternidad. A pesar de su fragilidad, este elemento persistió hasta la deliberación final en la SCJN y facilitó la resolución favorable al derecho de las mujeres a decidir sobre la maternidad y el aborto. Aquel bando recurrió también a la comparación entre la protección de los huevos de una especie animal en riesgo de extinción y la desprotección que supone la despenalización del aborto para el embrión humano. La reiteración de este recurso retórico opacó otros argumentos mucho más consistentes de su autor original, Carlos Castillo Peraza. De haber recurrido a esos otros argumentos del ideólogo del Partido Acción Nacional, los oponentes a la despenalización del aborto habrían propiciado quizá una discusión interesante sobre las implicaciones que tienen para la vida democrática ciertas intervenciones deliberadas en los procesos reproductivos.

Por su parte, la defensa de la despenalización del aborto añadió dos elementos decisivos a las consideraciones sobre salud y justicia aducidas en debates anteriores. El primero es el reconocimiento del embrión humano como bien jurídicamente tutelado. Este reconocimiento contrasta claramente con el del carácter de titular de derechos de la mujer gestante, y contribuye a desmontar la falsa dicotomía “aborto sí- aborto no”. La protección del embrión puede y debe ejercerse, aunque no necesariamente por la vía penal. El segundo elemento es el concepto jurídico-ético de “proyecto de vida”. Propuesto inicialmente como causal de no punibilidad y posteriormente desechado como tal⁹, este concepto introdujo un principio del derecho internacional que es expresión y garantía de la libertad individual. Además, dejó planteada una discusión de gran alcance sobre un argumento jurídico fundamental. Basado en el principio kantiano según el cual “ninguna persona puede ser tratada como un medio para fines ajenos”, el argumento sostiene, en su formulación más radical, que es la mujer quien puede atribuir o no al ser en sus primeras etapas de gestación la calidad de persona^{i, 10, 11}.

A la posibilidad de discusión que ofrecen esos elementos novedosos se añade la promesa de cierto nivel de entendimiento entre las partes que despuntó durante las audiencias públicas organizadas por la SCJN. Un análisis detenido puede mostrar que los bandos en conflicto se prestaron atención mutua a lo largo de esa segunda etapa del debate. Aun cuando lo utilizaran en defensa de su posición, las organizaciones adversas a la despenalización del aborto hicieron referencia frecuente al derecho internacional y a los derechos humanos. Adicionalmente, comenzaron a diferenciar, así fuera tímidamente, la oposición moral al aborto de su tratamiento penal. Por su parte, los grupos defensores de la despenalización del aborto y de su constitucionalidad abordaron minuciosamente las objeciones de los opositores, con excepción de las críticas a la nueva redacción de los artículos del Código Penal -tema que sí fue tratado por las y los ministros de la SCJN en su deliberación final. Cabe pensar, pues, que entre ambos grupos ha tenido lugar un proceso de aprendizaje⁸.

La esperanza de nuevos procesos de liberalización de las leyes de aborto en el país se cifra, en mi opinión, no únicamente en el urgente

i Este argumento puede estudiarse en uno de los textos mencionados en los dictámenes de las Comisiones Unidas de la ALDF (Ver referencias bibliográficas, Ferrajoli).

cuestionamiento de la penalización como solución al problema del aborto clandestino sino, ante todo, en la contundente, inesperada y feliz defensa de los derechos humanos de las mujeres que tuvo lugar en el seno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Referencias bibliográficas

- ¹ DWORKIN R, *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, Vintage Books, Nueva York, 1994.
- ² HIERRO G, "El aborto y la ética", en: Martha Patricia Castañeda, coord., *Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, CIICH-UNAM/ Plaza y Valdés, México, 2003.
- ³ JUAN PABLO II, *Evangelium vitae*. Carta encíclica, Ediciones Dabar, México, 1995.
- ⁴ BOBBIO N, *El tiempo de los derechos*, Sistema, Madrid, 1991.
- ⁵ LAGARDE M, "La condición humana de las mujeres", en: Martha Patricia Castañeda, coord., *Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, CIICH-UNAM/ Plaza y Valdés, México, 2003.
- ⁶ GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL (GDF), Administración Pública del Distrito Federal, Jefatura de Gobierno, Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, México, 17ª época, núm. 70, 26 de abril de 2007, pp. 2-3.
- ⁷ GIRE, *El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México*, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), A. C., México, 2008.
- ⁸ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, <http://www.scjn.gob.mx/PortalSCJN/MediosPub/Noticias/2008/Noticia20080613.htm>.
- ⁹ ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL (ALDF), IV Legislatura, Versión estenográfica de la Sesión Ordinaria celebrada el día 24 de abril de 2007, ALDF, Estenografía Parlamentaria.
- ¹⁰ ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL, Comisiones Unidas de Administración y Procuración de Justicia, de Equidad y Género y de Salud y Asistencia Social, IV Legislatura.
 - (a) "Dictamen con propuesta de decreto por el cual se reforman los Artículos 144, 145, 147 y 148 del Código Penal para el Distrito Federal y se reforman los Artículos 14 fracción II y 16 bis 6, y se adicionan los artículos 14 bis 1, 14 bis 2 de la Ley de Salud del Distrito Federal, 16 de abril de 2007, <http://alternativa.bio1.com.mx>.
 - (b) "Iniciativa de reforma de los artículos 145, 146 y deroga el 147 y 148 del Código Penal para el Distrito Federal; reforma el artículo 14 fracción II y se anexa la fracción X del artículo 2 y los artículos 14 bis 1, 14 bis 2, 14 bis 3, 14 bis 4, 14 bis 5, 14 bis 6 y se derogan los artículos 16 bis 6 y 16 bis 7 de la Ley de Salud del Distrito Federal", 19 de abril de 2007.
- ¹¹ FERRAJOLI L, "La cuestión del embrión: entre el derecho y la moral", *Debate feminista*, Año 17, Vol. 34, México, octubre de 2006.

APORTES PARA EL DEBATE SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO

RAFFAELA SCHIAVON* Y ERIKA TRONCOSO**

Hay múltiples evidencias de que las restricciones legales no reducen el número de abortos inducidos que se realizan en un determinado país. En todo el mundo, se estima que de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, 35 buscan interrumpir un embarazo cada año. Las tasas más bajas se observan en países que tienen leyes liberales como Holanda, Bélgica y Suiza en donde se reportan menos de diez abortos inducidos por mil mujeres. En países como Chile y Perú, con legislaciones muy restrictivas, se observan más de 50 abortos inducidos. Otro escenario ocurre en países como Rumania, Cuba y Vietnam donde las leyes son liberales pero el acceso a la anticoncepción es limitado, en estos países las tasas alcanzan aproximadamente 80 de cada 1,000 mujeres¹.

Las restricciones legales del aborto en cambio, ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres en el mundo. Se ha estimado que en América Latina, la tasa de abortos inseguros por 1,000 mujeres entre los 15 y 44 años es de 29, mientras que en regiones donde hay un amplio acceso a procedimientos legales, como Europa, sólo tres de cada 1,000 procedimientos se realizan en condiciones inseguras². En los países donde el aborto está legalmente restringido, suceden en promedio 30 veces más muertes maternas que en los países donde este procedimiento es legal a solicitud de la mujer³.

¿Por qué las mujeres recurren al aborto inducido?

La respuesta es sencilla: porque hay embarazos no deseados. Entonces, para eliminar los abortos, se deben prevenir los embarazos no deseados. Frente a esta situación algunos grupos de la sociedad exigen abstinencia y “regulación” natural de la sexualidad, otros reclaman más educación

* Directora, Ipas México.

** Asociada de Investigación y Monitoreo, Ipas México.

y mayor acceso a servicios de anticoncepción y planificación familiar. Sin embargo, en la vida real el aborto nunca podrá eliminarse por completo debido a diferentes situaciones como las relaciones sexuales forzadas (violación) o no protegidas con métodos anticonceptivos, las fallas de estos métodos, y las razones personales que pueden ser basadas en circunstancias económicas, sociales y de salud (física y mental).

Las relaciones sexuales forzadas (violación)

En México, 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 reproductiva⁴. Se ha estimado que suceden al año 120,000 violaciones en el país y se calcula que la probabilidad de embarazo es de 8-10% por cada acto sexual no protegido⁵. En el supuesto de que la cobertura anticonceptiva de estas mujeres sea nula, se esperarían aproximadamente entre 9,600 y 12,000 embarazos producidos por violencia sexual cada año en todo el país.

Asimismo, se estima que sólo un 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 permitiría la administración de anticoncepción de emergencia para prevenir un posible embarazo. Por lo tanto ocurre un número indeterminado de embarazos anualmente como consecuencia de violaciones. Sin embargo, a pesar de que se trata de una causal contemplada en todos los estados del país, existen barreras para que las mujeres que lo decidan puedan tener acceso a un aborto legal y seguro.

Las relaciones sexuales no protegidas (sin anticonceptivos)

No obstante décadas de programas de planificación familiar, en México todavía menos de 40 de cada 100 adolescentes en unión usan anticonceptivos; 57 de cada 100 mujeres sin escolaridad y 52 de cada 100 mujeres indígenas. La tendencia en los últimos años no ha mostrado un aumento significativo en la cobertura anticonceptiva y, en algunos grupos específicos, como el de las y los adolescentes, se evidencia incluso una reducción⁶.

La necesidad no satisfecha de anticonceptivos, es decir el porcentaje de mujeres que no usan un método anticonceptivo aunque no desean

quedar embarazadas, se ha mantenido alrededor del 10-12% en las últimas décadas, sin lograr disminuciones significativas⁷. Algunos estados presentan más de un 20% de necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos.

Las fallas de los métodos anticonceptivos

A pesar de los avances en el desarrollo de los métodos anticonceptivos en las últimas cuatro décadas, ningún método anticonceptivo es totalmente efectivo para prevenir los embarazos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año alrededor del mundo suceden 26,5 millones de embarazos por fallas anticonceptivas⁸. En el siguiente cuadro se presentan las estimaciones de las fallas debidas a cada método anticonceptivo, incluyendo la abstinencia periódica o “ritmo”. Se distingue entre el “uso perfecto” de los métodos -cuando las y los usuarios siguen a pie de la letra las instrucciones - y el “uso típico”, es decir, el uso normal e imperfecto que las personas hacen de éstos.

Cuadro 1
Embarazos por fallas de métodos anticonceptivos

Método anticonceptivo	Tasa estimada de falla (uso perfecto)%	Tasa estimada de falla (uso típico)%	Número de embarazos accidentales (uso perfecto)	Número de embarazos accidentales (uso típico)
Vasectomía	0.10	0.50	41,000	41,000
Obstrucción Tubaria Bilateral (OTB)	0.50	0.50	1,005,000	1,005,000
Inyectables	0.30	0.30	78,000	78,000
Pastillas	0.10	5.00	78,000	3,900,000
Dispositivo Intrauterino (DIU)	0.60	0.80	894,000	1,192,000
Condón	3.00	14.00	1,530,000	7,140,000
Coito interrumpido	4.00	19.00	1,240,000	5,890,000
Barrera vaginal	6.00	20.00	240,000	800,000
Abstinencia periódica (ritmo)	3.00	25.00	780,000	6,500,000
TOTAL			5,886,000	26,567,000

Fuente: Modificado a partir de Organización Mundial de la Salud, 2003.

Razones económicas, sociales y de salud (física y mental)

Las mujeres, en todo el mundo, interrumpen sus embarazos por varios motivos, de los cuales pocos están considerados en las razones previstas actualmente, en la legislación de las diferentes entidades federativas como es la violación, riesgo para la vida o la salud, o malformaciones del producto. En la gran mayoría de los casos, las mujeres recurren al aborto debido a problemas que afectan la calidad y el proyecto de sus vidas; a veces, esas situaciones no son evidentes antes del embarazo (como son las dificultades con la pareja, en el trabajo, etc.), por lo que incluso un embarazo inicialmente planeado puede volverse no deseado.

En el Cuadro 2 se presentan las razones que declaran las mujeres en el momento de interrumpir un embarazo en un contexto legal. Es de notar que menos del 10% de estas razones están incluidas en los códigos penales actuales en México⁹.

Cuadro 2
Razones para solicitar una interrupción del embarazo

Razones NO consideradas en la legislación actual en ningún estado	No está lista para otro o ese hijo	25%
	Problemas económicos	23%
	Ya tiene el número de hijos deseado	19%
	Problemas de relación con la pareja/no quiere ser madre soltera	8%
	Demasiado joven	7%
	Interferencia en los planes de vida	4%
Razones consideradas en la legislación de algún estado	Problemas de salud de la mujer	4%
	Posibles problemas fetales	4%
	Embarazo por violación	-0,5%
	Otras razones	6%

Fuente: Modificado a partir de Finer, 2005.

¿Cómo se puede prevenir el aborto?

Hay varias maneras de prevenir los abortos y sus consecuencias, que van desde prevenir los embarazos no deseados, hasta los efectos sobre la salud de las mujeres que enfrentan un aborto. Esto significa que se deben realizar acciones tendientes a reducir: el número de abortos, el impacto del aborto inseguro sobre la salud de las mujeres (la morbi-mortalidad) y sobre el sistema de salud (carga y costos).

¿Cómo reducir el número de abortos?

Como ya se mencionó, la forma más efectiva de prevenirlos es evitar los embarazos no deseados mediante un mayor uso de métodos anticonceptivos. Existe una relación directa entre los ideales reproductivos de una población (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 inducido¹⁰. Entre mujeres que aspiran a tener en promedio dos hijos, debe alcanzarse una cobertura de anticonceptivos del 75%, para evitar 12 abortos a lo largo de su vida reproductiva. Si las mujeres aspiran a tener seis hijos, 25% de cobertura anticonceptiva puede prevenir cuatro abortos. Independientemente del número de hijos deseados -dos, cuatro o seis-, se requiere aumentar un 10% la cobertura de anticonceptivos en una población para lograr prevenir 1.6 abortos inducidos por cada mujer. Las autoridades de salud y los responsables de programas que conocen lo difícil que es alcanzar estas metas, deben dedicar todos sus esfuerzos y recursos para lograr aumentar la cobertura anticonceptiva.

¿Cómo prevenir la morbilidad y mortalidad por aborto?

El aborto realizado en condiciones legales y con personal capacitado es un procedimiento muy seguro, con una tasa de mortalidad decenas y en ocasiones cientos de veces inferior a cualquier otro evento obstétrico. De acuerdo a una revisión reciente de la estadística asociada a los eventos obstétricos en Estados Unidos, en este país la mortalidad por aborto inducido en un contexto legal es 14 veces inferior a la de un parto a término¹¹.

Cuadro 3
Mortalidad por eventos obstétricos

Evento	Tasa Mortalidad (por cien mil eventos)
Aborto inducido (legal)	0.567
Aborto espontáneo	1.19
Parto producto vivo	7.06
Embarazo ectópico	31.9
Muerte fetal	96.3
Total	5.59

Fuente: Modificado a partir de Grimes D., 2006.

A su vez, la tasa de mortalidad por aborto, aun en un contexto legal, está directamente relacionada con las semanas de gestación: cuanto más tempranamente se realice el procedimiento, tanto más seguro es. Dentro de las primeras 12 semanas de gestación, la mortalidad es inferior a 0.5 por cada 100,000 procedimientos¹².

Cuadro 4
Mortalidad por aborto inducido según semanas de gestación

Semanas de gestación	Tasa Mortalidad (por cien mil eventos)
< 8	0.1
9-10	0.2
11-12	0.4
13-15	1.7
16-20	3.4
> 21	8.9

Fuente: Modificado a partir de Bartlett, 2004.

¿Cómo reducir los costos del aborto?

En contextos legales restrictivos, los hospitales consumen importantes recursos económicos y humanos, para atender las complicaciones de los abortos inseguros que las mujeres se practican clandestinamente y con prestadores no capacitados. Entre las complicaciones están las hemorragias, las infecciones severas (sepsis) y las lesiones traumáticas como desgarros en el cuello del útero, perforaciones de la matriz, y lesiones de las asas intestinales. En todo el país, en los últimos años, la atención hospitalaria del aborto ha representado en promedio, el 10% de todas las atenciones obstétricas en el sector salud.

En la Ciudad de México una investigación en tres hospitales y clínicas, realizada antes del cambio legislativo que permitió el aborto a petición hasta las 12 semanas de gestación, estimó que la atención de las complicaciones del aborto, con técnicas no recomendadas - como el Lgrado Uterino Instrumental (LUI) - cuesta alrededor de 29 millones de pesos anualmente. En un contexto legal, utilizando tecnología moderna y segura como la Aspiración Manual Endouterina (AMEU)¹³ o medicamentos, este costo podría reducirse a la tercera parte (nueve millones)¹⁴. Estas tecnologías son consideradas como las más adecuadas para el manejo del aborto en las primeras semanas de gestación, por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud¹⁵ y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia¹⁶.

Conclusiones

Los cambios legislativos ocurridos en la Ciudad de México el 24 de abril de 2007, marcaron un hito para una transformación radical en la vida de las mujeres, no sólo en su salud, sino también en sus determinaciones reproductivas. Al mes de julio del 2008, más de 10,000 mujeres habían sido atendidas con procedimientos adecuados y seguros en hospitales públicos de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, además de las mujeres que acudieron a servicios privados. A pesar de estos grandes avances aún existen retos que deben de ser superados para asegurar la completa aplicación de la ley y la ampliación de las causales existentes en otros estados.

Referencias bibliográficas

- ¹ ALAN GÜTTMACHER INSTITUTE, Aborto inducido a nivel mundial, Hoja de datos, 1999.
- ² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000, Fourth edition, 2004.
- ³ GRIMES DA, J BENSON, S SINGH, et al., "Unsafe abortion: the preventable pandemic", *Lancet* 2006; 368: 1908-19.
- ⁴ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres, 2003.
- ⁵ SECRETARIA DE SALUD, Estimaciones del Centro Nacional de Equidad de Género, Secretaria Comunicación personal, 2006.
- ⁶ SECRETARIA DE SALUD, Tabulados Básicos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003.
- ⁷ ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, 2006.
- ⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud, Ginebra, 2003.
- ⁹ FINER L, L FROHWITH, L DAUPHINEE, S SING, A MOORE, "Reasons US Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2005, 37(3): 110-118.
- ¹⁰ BONGAARTS J, C WESTOFF, "The potential role of contraception in reducing abortion", *Stud Fam Plann*, 2000; 31: 193-202.
- ¹¹ GRIMES DA, "Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999". *Am J Obstet Gynecol*, 2006, 194:92-4.
- ¹² BARTLETT LA, CJ BERG, HB SHULMAN et al., "Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States", *Obstet Gynecol*, 2004;103:729.
- ¹³ QUIROZ-MENDOZA G, DL BILLINGS, N GASMAN-ZYLBERMANN, "Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto", *Gac Med Mex*, 2003; 139 (Supl 1): 65-72.
- ¹⁴ POPULATION COUNCIL, The Cost of Unsafe Abortion in Mexico City: Research Evidence to Promote Liberalization of Abortion Laws, Research Brief, 2006; 1.
- ¹⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2003.
- ¹⁶ FAUNDES A (ed.), Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología, Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, 2005.

EL USO DEL MISOPROSTOL PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

SUSANA PATRICIA COLLADO PEÑA*

Antecedentes y normatividad

Los primeros reportes del uso de drogas para inducir abortos datan desde los años 50, con el empleo del metotrexate. En 1980, el desarrollo de la mifepristona (antiprogestágeno que bloquea el efecto de la progesterona), produjo un cambio radical en las opciones disponibles para las mujeres, mismas que se incrementaron unos años más tarde cuando se combinó este medicamento con prostaglandinas para dicho fin.

Actualmente la atención del aborto incluye medidas quirúrgicas y farmacológicas. Las medidas quirúrgicas son la aspiración manual endouterina (de primera elección hasta las 12 semanas de gestación) y el legrado uterino instrumental. Dentro de las medidas farmacológicas se encuentra el uso de diferentes medicamentos, entre ellos el metotrexate, la mifepristona (no disponible en México), la dinoprostona y el misoprostol.

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1, que salió al mercado en 1988 indicado para el tratamiento de la úlcera gástrica asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos. Sin embargo, su uso con fines obstétricos inició en 1990, y para noviembre de 1999 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos publicó una Opinión de Comité y un boletín para la práctica obstétrica, para brindar a sus miembros una guía sobre el uso apropiado del misoprostol. El 17 de abril de 2002 la *Food and Drug Administration*, FDA por sus siglas en inglés, finalmente aprobó una nueva indicación para el uso del misoprostol durante el embarazo: su uso en combinación con mifepristona para inducir abortos tempranos, así como para la inducción del trabajo de parto, enfatizando la contraindicación y precaución de

* Médica gineco-obstetra adscrita a la subdirección de Ginecología y Obstetricia, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud.

que el misoprostol no debe utilizarse durante el embarazo en aquellas mujeres que lo consumen para la prevención de úlceras gástricas. En 2005 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), publicó el primer manual sobre el uso del misoprostol en la práctica obstétrica en los países de la región, y para 2007 se contaba ya con una segunda edición de dicho documento. Hoy, existen revisiones de la Biblioteca Cochrane que evalúan su utilidad en el manejo farmacológico del aborto, y en la guía *Atención Médica a Personas Violadas*, publicada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Secretaría de Salud en 2004, está descrita su utilización para la interrupción legal del embarazo.

Los regímenes eficaces, sus resultados, las tasas de éxito y complicaciones, dependen de la edad gestacional; así, hasta antes de las nueve semanas de embarazo, la tasa de éxito con misoprostol es del 85 al 90%. Se trata de una opción tan segura y efectiva como la aspiración manual endouterina o el legrado instrumental; y al ser un método seguro, eficaz y de relativo bajo costo, cuando una adecuada evaluación lo justifica, debe ser una opción para las mujeres que deciden interrumpir el embarazo.

Propiedades farmacológicas

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1 constituido por partes equivalentes de dos isómeros en equilibrio que puede emplearse a través de diferentes vías de administración: oral, vaginal, sublingual, rectal y bucal; sin embargo, es mediante la vía vaginal que se logra una biodisponibilidad hasta tres veces mayor que con la vía oral, misma que es facilitada por la presencia de agua, de tal forma que el tono uterino comienza a incrementarse a los 21 minutos después de su administración, alcanzando su máximo efecto a los 46 minutos.

Su capacidad para provocar abortos radica en dos mecanismos de acción: por un lado, produce contracciones uterinas y por el otro, genera modificaciones cervicales mediante la liberación local de óxido nítrico. Con la administración vaginal su concentración plasmática máxima se alcanza entre 60 y 120 minutos, y la mínima hasta seis horas posteriores a su aplicación, periodos que explican el intervalo de tiempo adecuado entre una administración y otra. Con la administración oral, tiene un metabolismo hepático de primer paso extenso, siendo su eliminación hasta en un 74% renal y un 15% en heces.

En México este fármaco se comercializa en presentación de tabletas de 200 microgramos cada una, formuladas para la vía oral, se sigue vendiendo sin receta médica para el tratamiento de la úlcera péptica y en su empaque se sigue especificando que se prohíbe su uso durante el embarazo y la lactancia.

Indicaciones, contraindicaciones y precauciones

El misoprostol está indicado en todos los casos en los que se requiera la interrupción segura del embarazo en los dos primeros trimestres de la gestación; en la preparación y dilatación del cuello uterino previo a la realización de un aborto quirúrgico, y en otras condiciones obstétricas entre las que se encuentran la inducción del trabajo de parto con feto vivo, la interrupción del embarazo con feto muerto y retenido, el tratamiento del aborto incompleto e incluso la hemorragia posparto.

Su utilización está contraindicada cuando existe el antecedente de cicatrices uterinas previas, (miomectomía y cesárea); cuando se sospecha embarazo ectópico o cuando existe una tumoración anexial no diagnosticada, así como en presencia de embarazo molar; finalmente, tampoco debe utilizarse si existe el antecedente de alergia a prostaglandinas.

Antes de utilizar este fármaco, debe tomarse en cuenta que no se recomienda en mujeres con disfunciones hepáticas severas, dado que se metaboliza principalmente en el hígado; tampoco cuando existen coagulopatías o cuando la mujer se encuentra bajo tratamiento anti-coagulante. Es importante considerar que, en término generales, hasta las nueve semanas de embarazo, no se requiere hospitalizar a la mujer a la que se le administra; sin embargo, aquellas mujeres que presentan mal estado general, deben estar bajo cuidado médico cercano. En el caso de que se use a partir de las 10 semanas de gestación, es imprescindible que la mujer permanezca hospitalizada hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.

Es importante que la mujer otorgue su consentimiento informado por escrito bajo el pleno entendimiento de los posibles riesgos y complicaciones de su utilización. Indispensable es la realización de una historia clínica completa y una exploración física que no debe omitir, bajo ninguna circunstancia, la exploración de útero, salpinges y ovarios antes de administrar este fármaco. Asimismo, la mujer debe recibir instrucciones claras y sencillas sobre cómo cuidarse después de

que abandone los servicios de salud, explicando a detalle cómo puede reconocer las complicaciones que puedan requerir de asistencia médica, como son el dolor, la náusea, el sangrado y la fiebre. Idóneo es que la mujer cuente con alguien que la acompañe durante el proceso y el traslado, en caso de requerirlo, a los servicios de salud.

Esquemas de manejo para la interrupción del embarazo

Se recomienda la administración por vía vaginal humedeciendo las tabletas con 0.5 a 1.0 ml de agua o solución fisiológica para facilitar que se disuelvan. En la mayor parte de los casos, la expulsión del producto de la concepción ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores a su administración, sin embargo puede demorarse entre 48 y 72 horas en un menor número de casos.

La dosis a utilizar dependerá de la edad gestacional. Así, antes de las nueve semanas se pueden administrar 800 microgramos por vía vaginal cada cuatro horas hasta completar tres dosis; hasta antes de las 12 semanas de gestación, uno de los esquemas recomendados más asequibles, consiste en la administración de 800 microgramos (cuatro tabletas de 200 microgramos cada una) cada seis a 12 horas hasta completar tres dosis por vía vaginal.

Si se utiliza para la preparación del cérvix antes de un aborto quirúrgico, se recomienda utilizar una dosis de 400 microgramos, preferentemente por vía vaginal, entre tres y cuatro horas previas al procedimiento, con esto se logra la maduración del cuello uterino (borramiento y dilatación), lo cual facilita la maniobra quirúrgica, disminuyendo así el riesgo de laceración cervical y perforación uterina.

Se recomienda la administración de inmunoglobulina anti-Rh a las dosis convencionales (dosis única de 150 microgramos por vía intramuscular), al momento de la administración del misoprostol, a mujeres cuyo tipo de sangre es Rh negativo, con la finalidad de disminuir el riesgo de isoimmunización.

Todas las mujeres que reciben este tratamiento deben ser citadas para revaloración, al cuarto día del suministro de este medicamento, en caso de que no hubiera iniciado el proceso del aborto, y a control entre 7 y 14 días después de la primera dosis de misoprostol. Debe confirmarse el aborto completo mediante un interrogatorio y una exploración física, los cuales permiten identificar parámetros clínicos como son la desaparición de la hemorragia, la ausencia de signos de

infección y la disipación del dolor. Cuando sea posible, se pueden solicitar niveles en sangre de fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana, o bien, un ultrasonido para confirmar la ausencia de restos ovulo-placentarios.

Efectos farmacológicos, colaterales y complicaciones

El sangrado vaginal y el dolor cólico son los efectos presentes en la mayoría de los casos, y puede ser también común la existencia de náuseas, vómito, diarrea (suelen desaparecer en las primeras 2 a 6 horas tras la administración) y fiebre; algunas mujeres también refieren dolor de cabeza o mareos. Generalmente, estos efectos no llegan a generar complicaciones médicas o quirúrgicas mayores y en gran medida desaparecen en las primeras 24 horas posteriores a la administración del fármaco.

Frecuentemente, el sangrado inicia una hora después de la administración; típicamente dura de siete a 10 días y es seguido de un ligero manchado, que puede persistir hasta el siguiente período menstrual. Debe explicarse a la mujer que si empapa más de dos toallas sanitarias grandes durante dos horas consecutivas, o si deja de sangrar y presenta nuevamente sangrado abundante hasta dos o más semanas posteriores a la administración del medicamento; o bien si sangra persistentemente durante varias semanas o empieza a sentirse débil o mareada, debe acudir a valoración médica, lo mismo si no presenta ningún sangrado o si presenta sólo un sangrado escaso. Por otro lado, por sí sola, la presencia de sangrado transvaginal no garantiza que el tratamiento haya sido exitoso.

Vale la pena aclarar, que el retorno de la menstruación tiene lugar entre cuatro y seis semanas después de la administración del misoprostol.

El dolor generalmente se presenta el primer día; puede iniciarse a los 30 minutos de la administración. Suele ser mucho más severo que el que se experimenta durante una menstruación, y pueden emplearse medicamentos antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos similares para disminuirlo.

Cuando se presenta náusea, pueden usarse antieméticos convencionales. Se recomiendan medidas generales en caso de diarrea, fiebre y escalofríos. Se debe contemplar la posibilidad de un proceso infeccioso cuando, por más de 24 horas posteriores a la administración del misoprostol, persisten fiebre y escalofríos.

Las complicaciones que pueden presentarse son: la persistencia del saco gestacional, la continuación del embarazo, la hemorragia, la infección y, con menor frecuencia, la ruptura uterina, para las cuales se debe buscar atención médica oportuna.

Bibliografía consultada

- ¹ RAMOS M, S RAMOS, El aborto con medicamentos: una opción para la interrupción legal del embarazo, Grupo de Información en Reproducción Elegida, México, 2007.
http://www.gire.org.mx/publica2/abortomedicamentos_jun07.pdf.
- ² FAÚNDES A et al., Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología, s/l, 2ª edición, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2007.
http://www.misoprostol.org/File/Other_G_FLASOG_Misoprostol_guidelines_Espanol.pdf.
- ³ CHONG YS, L SU, S ARULKUMARAN, Misoprostol: A Quarter Century of Use, Abuse and Creative Misuse, en *Obstetrical and Gynecological Survey*, volume 59, number 2, London, 2004.
- ⁴ SAY L, R KULIER, M GÜLMEZOGLU, A CAMPANA, Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1, Art. No. CD003037. DOI: 10.1002/15651858.CD003037.PUB2.
- ⁵ PEDROZA-ISLAS L, et al., Atención médica a personas violadas Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud, México, 2004.
<http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc/HASHa813.dir/doc.pdf>.
- ⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Aborto sin riesgos, guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Organización Mundial de la Salud, Argentina, 2003.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/text_es.pdf.

LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU): UNA TÉCNICA SEGURA PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

LAURA MIRANDA ARTEAGA*

Introducción

El aborto inseguro es un problema de salud pública, especialmente en la mayoría de los países pobres, donde causa enormes daños a la salud y la vida de miles de mujeres, afectando a las familias y a la sociedad en general¹.

En América Latina, más de la mitad de los abortos son practicados en forma “insegura”, es decir, por alguien no calificado o en condiciones técnicas y de higiene inapropiadas; son la causa de una alta proporción de las muertes relacionadas con el embarazo y de que un número mucho mayor de mujeres sufran secuelas graves como esterilidad, pérdida del útero, infecciones y dolor pélvico crónico.

Las prácticas del aborto inseguro son múltiples y las mujeres que corren un mayor riesgo son aquéllas que viven en condiciones de pobreza o aislamiento, ya sea en zonas urbano marginales o rurales; igualmente mujeres jóvenes, indígenas y/o adolescentes, que por diversas razones se ven en la necesidad de interrumpir un embarazo de manera clandestina e insegura, poniendo en riesgo su salud y sus vidas².

Una tercera parte de los abortos clandestinos terminarán con una complicación. En México, el aborto es la tercera causa de muerte

* Directora de Marie Stopes México-Sureste

materna, y la atención de las complicaciones representa una carga de más del 50% del gasto hospitalario dedicado a la atención de la salud de las mujeres³.

Actualmente, la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A pesar de que se sabe cuáles son las intervenciones eficaces para la atención del aborto inseguro y el manejo oportuno de las complicaciones⁴, la atención del aborto aún sigue siendo un reto para los sistemas de salud, en especial para los servicios en el primer nivel de atención, donde el manejo de las urgencias obstétricas puede salvar vidas, reducir costos y brindar una atención de calidad, sensible e integral a las mujeres.

El aborto en México

Antes de 2007, cuando el aborto durante el primer trimestre fue despenalizado en la ciudad de México, éste era restringido. Aun en los casos cuando el aborto es legal, pocos estados establecieron sistemas de regulación efectivos².

En general, los códigos penales de los estados carecen de los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes, además, son todavía muy pocos los hospitales públicos del país que cuentan con personal sensibilizado y capacitado para ofrecer servicios de aborto, por lo que las mujeres usualmente encuentran el aborto ilegal más accesible⁵.

La situación del aborto refleja las condiciones de desigualdad social que prevalecen en el país; son relativamente pocas las mujeres que tienen acceso a servicios médicamente seguros para interrumpir un embarazo no deseado, ya que sus costos son, en general, elevados y están fuera del alcance de la mayoría.

De los 3.4 millones de embarazos que ocurrieron en el 2006, 28% terminaron en un aborto, 16% en nacimientos no deseados, 42% en nacimientos deseados y 14% en abortos espontáneos. La tasa de aborto en México es de 36 por mil mujeres en edad reproductiva⁶.

Prácticamente se desconoce el número de abortos que ocurre en las comunidades rurales, sin embargo, en los registros de los Centros de

Salud Comunitarios en Chiapas, se ha observado que hasta un 20% de las urgencias obstétricas se deben a un aborto complicado en sus diferentes formas⁷.

Un análisis sobre la mortalidad materna en México, mostró que para las mujeres que habitan en zonas de alta marginación, el riesgo de morir por un aborto inseguro duplica el de aquéllas que tienen mejores condiciones socioeconómicas². En las comunidades rurales, las mujeres indígenas tienen un mayor grado de vulnerabilidad frente a un aborto ya sea espontáneo o inducido, ya que usualmente no cuentan con servicios oportunos en su comunidad en caso de una complicación. Estas urgencias obstétricas son trasladadas a un hospital de segundo nivel, en ocasiones postergando la atención hasta 24 horas, sin tomar en cuenta que muchas veces, una urgencia obstétrica no es considerada como tal, y que al llegar al hospital no hay el equipo ni el personal para su atención, amén del maltrato que llegan a sufrir las mujeres con un aborto incompleto, acusadas de inducirlo y castigadas por el personal de salud al posponer el tratamiento.

Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

El aborto en condiciones de riesgo es un serio problema de salud pública¹. Por ello, durante la última década se han hecho esfuerzos importantes para abordarlo; se han implementado varios programas, proyectos y políticas dirigidas a mejorar la calidad y la accesibilidad de los servicios de atención post aborto.

Los sistemas de salud atendían las urgencias de las mujeres con un aborto incompleto o complicado mediante la técnica del legrado uterino instrumental (LUI); sin embargo, en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, numerosas organizaciones internacionales lucharon porque se brindara un paquete integral de servicios de atención post aborto (APA) a las mujeres, que incluyera información para atender sus necesidades de salud, servicios complementarios de anticoncepción y, cuando fuera posible, el uso de la AMEU como técnica de evacuación uterina².

La técnica de la AMEU es un recurso para la extracción de restos ovulares que pueden causar consecuencias graves a la salud y la vida de las mujeres; garantiza una práctica segura, efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el LUI⁸.

La AMEU tiene una tasa de eficacia de entre 95 y 100%, especialmente si se practica antes de la semana 12 de gestación, ya que se le asocian menos complicaciones, como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y las lesiones cervicales que pueden presentarse con el legrado⁸.

Los costos hospitalarios de la atención del aborto

Los investigadores han reportado que el tratamiento de mujeres con abortos incompletos puede absorber más del 50% de los presupuestos obstétricos y ginecológicos de las unidades, y que el alto costo de los servicios puede ser una barrera para obtener los servicios clínicos⁶.

El costo económico de la atención del aborto complicado, comparado con el aborto seguro fue estimado en tres hospitales de la ciudad de México que ofrecen atención post aborto y servicios de aborto legal, y en una clínica privada que ofrece servicios de aborto. El estudio mostró que el costo promedio del tratamiento del aborto incompleto en el hospital público estuvo en el rango de los \$600 a \$2,100 dólares, mientras que el uso de la AMEU y el uso del Misoprostol redujo el costo hasta en un 62%⁹.

Proveedores de primer nivel

La AMEU, ofrece numerosos beneficios a las mujeres, los prestadores de servicios de salud y los sistemas de salud; es ideal para los servicios del primer nivel de atención.

El tratamiento con la AMEU puede administrarse en una variedad de escenarios ambulatorios, incluyendo salas de procedimientos o de urgencias o áreas de consulta externa. Estudios realizados en diversos países han demostrado la utilidad de contar con diferentes tipos de proveedores capacitados en la técnica de AMEU, tales como médicos, enfermeras, parteras profesionales, promotores de salud y auxiliares médicos trabajando en diferentes áreas geográficas².

El desempeño calificado del personal de salud no médico en el servicio de AMEU, ha sido documentado en estudios internacionales; en Sudáfrica y Vietnam, estos estudios señalan que el personal de salud de nivel medio, con una capacitación apropiada, puede proveer servicios de aborto tan seguros como los médicos¹⁰.

La oferta de servicios en el primer nivel del sistema de salud y cercana al hogar de la mujer, representan la mejor perspectiva para diagnosticar y tratar rápidamente las complicaciones del aborto y para reducir la estancia post procedimiento¹¹.

Múltiples experiencias mundiales y nacionales, muestran que los servicios post aborto deben ser accesibles en todos los niveles de atención, y provistos por personal de salud capacitado para impactar en la mortalidad y morbilidad causada por las complicaciones del aborto. En México el programa IMSS-Oportunidades, implantó un plan nacional para la atención post aborto en 68 hospitales rurales y está llevando a cabo un proyecto piloto para capacitar a los asistentes médicos de las Unidades Médicas Rurales en Chiapas¹².

En su amplio estudio sobre atención post aborto (APA), IPAS recomienda alianzas entre comunidades y proveedores de servicios: “Para lograr el acceso universal a los servicios de APA y a otros servicios de salud sexual y reproductiva que sean sostenibles y de alta calidad, los miembros de las comunidades, trabajadores de salud, los curanderos tradicionales y proveedores de servicios formalmente capacitados deben trabajar en alianza. Los componentes de esta alianza incluyen:

- Educación para aumentar la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, prevenir embarazos no deseados y reducir abortos de alto riesgo.
- Participación en decisiones acerca de la disponibilidad, accesibilidad y costo de servicios.
- Promoción de servicios centrados en la cliente y basados en los derechos humanos que satisfagan las expectativas, prioridades y necesidades comunitarias.
- Educación sobre urgencias obstétricas y conducta adecuada para buscar atención médica.
- Movilización de recursos comunitarios, inclusive transporte, para asegurar que las mujeres que sufren de urgencias obstétricas reciban atención oportuna²².

Resumen

El uso de la AMEU en lugar del LUI para el manejo de las complicaciones del aborto, permite que los proveedores de salud ofrezcan servicios de mayor calidad y accesibles para las mujeres, y reduzcan el costo intrahospitalario favoreciendo la atención ambulatoria⁸.

Un proveedor en el primer nivel de atención, que ofrezca a las mujeres una atención oportuna y segura en la comunidad, abre realmente nuevas posibilidades para la prevención de la morbimortalidad materna; de la misma manera, fomenta el cuidado y la prevención, vinculando los servicios de atención post aborto con otros servicios de salud reproductiva.

A pesar de que la OMS y otras organizaciones, –como la FIGO–, recomiendan el uso de la AMEU, y considerando también los beneficios y ventajas comparativas que esta técnica tiene, en especial en el primer nivel de atención, su adopción ha sido mucho más lenta y complicada de lo que podría suponerse. No obstante, continúa siendo un reto constante lograr que en el primer nivel de atención y en los hospitales, se practiquen nuevas y mejores tecnologías. El personal de salud, tanto médico como no médico, debe aprender e incorporar nuevas técnicas que favorezcan el acceso a servicios eficaces y seguros para la atención integral del aborto, y brinden oportunidades para prevenir embarazos no deseados en el futuro.

Referencias bibliográficas

- ¹ LANGER A, “Embarazo no deseado y aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México”, *Gaceta Médica de México*, vol. 139, Suplemento 1, 2003:3-7.
- ² BILLINGS DL, R VERNON (ed.), *Avances en la atención post aborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo*, Population Council, IPAS, 2007.
- ³ ALAN GÜTTMACHER INSTITUTE, *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*, New York, 1994.
- ⁴ BART HJ, M GALLO, J BENSON, “Reducing the cost to Health Systems of Unsafe Abortion: A comparison of four strategies”, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 33 (4) 2007.
- ⁵ GONZÁLEZ DE LEÓN-AGUIRRE D, DL BILLINGS, *El aborto en México*. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México, 2002.
- ⁶ POPULATION COUNCIL, ALAN GÜTTMACHER INSTITUTE, *Incidencia del Aborto Inducido en México: Cifras actuales y tendencias recientes*. Ponencia presentada por la Dra. Fátima Juárez, junio, 2008.
- ⁷ FREYERMUTH G, *Maternidad peligrosa. Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas*, CIESAS- Sureste, México (144), 2004.
- ⁸ BAIRD T, K FLINN, *Manual Vacuum Aspiration: Expanding women’s access to safe abortion services*, Ipas, Chapel Hill, NC, 2001.
- ⁹ GROSSMAN D, C LEVIN, S GARCIA, *Unsafe abortion cost in Mexico City*, http://www.id21.org/focus/unsafe_abortion/art02.html.
- ¹⁰ WARRINER I, O MEIRIK, M HÖFFMAN, C MORRONI, J HARRIES, N MY HUONG, N VY, A SEUC, “Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomized controlled equivalence trial”. *The Lancet*, Volume 368, Issue 9551, 2006, Pp 1965-1972.
- ¹¹ IPAS, “Manual Vacuum Aspiration an essential and innovative reproductive health commodity”, *Protecting Women’s Health*, Rev 01/07, 2007.
- ¹² BILLINGS D, CRANE B et al., “Scaling up a public health innovation: A comparative study of post abortion care in Bolivia and México”, *Social Science and Medicine* 2007; 64(11): 2210-2222.

EXPERIENCIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL CON EL PROGRAMA DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

PATRICIO SANHUEZA*

El día 24 de abril de 2007, en una sesión histórica, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal amplió las razones de no punibilidad del aborto en la Ciudad de México a aquellos practicados antes de las doce semanas de gestación por solicitud de la mujer. Antes de esa fecha, el aborto no era punible si se realizaba por razones de salud, riesgo para la vida de la mujer, o si el embarazo era resultado de una violación o de inseminación artificial no consentida. Este cambio en la ley estuvo acompañado de un respaldo a los programas de salud reproductiva, con el fin de prevenir los embarazos no deseados o no esperados. Un año y medio después de la votación en la Asamblea Legislativa, la Suprema Corte de Justicia de la Nación sentenció que dicha decisión era constitucional y ratificó las reformas a la Ley de Salud.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF) inició, a pocos días de modificada la ley, el llamado programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en 14 hospitales de segundo nivel ubicados en varias zonas del Distrito Federal. Además, desde abril del 2008 expandió sus servicios a Centros de Salud. Los servicios que ofrece la SSA-DF son gratuitos para las mujeres residentes en el Distrito Federal, y para aquellas que acuden desde otros estados de la República se ha establecido una moderada cuota de recuperación. Los servicios de salud cuentan con protocolos de atención basados en las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el consenso de expertos. En estos protocolos se incluyen la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el uso del Misoprostol como las tecnologías recomendadas. La información

* Coordinador de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

sobre cómo acceder al programa se puede obtener gratuitamente en Internet, así como en los propios hospitales, donde las trabajadoras sociales están capacitadas para ofrecer consejería.

Para el 21 de julio del año 2008, 23,627 mujeres habían solicitado información sobre el programa de ILE, y de ellas 10,953 interrumpieron su embarazo. El 84% de las mujeres que han recibido atención viven en la Ciudad de México, 14% en el Estado de México y el 2% restante en otras entidades federativas. La mayoría de las mujeres (47%) tenían, en el momento de solicitar el servicio, entre 18 y 24 años de edad, y el 6% eran menores de edad. El 15% de las mujeres han cursado estudios primarios, 30% de secundaria, 30% de preparatoria, 20% superiores y 5% estudios técnicos.

Respecto al estado civil, 56% de las mujeres eran solteras, 25% vivían en unión libre, 16% eran casadas, y 3% divorciadas. El 85% declaró profesar la religión católica, y el 4% pertenecía a religiones diferentes a la católica, mientras que el 11% afirmó no pertenecer a ninguna.

El 78% de las mujeres atendidas tenían embarazos de menos de 9 semanas. El 39% de las mujeres recibió atención con Misoprostol, 39% con Aspiración Manual endouterina (AMEU) y el restante 22% con Legrado Uterino Instrumental (LUI). El propósito es que el número de procedimientos de LUI disminuya con el tiempo, en consonancia con las recomendaciones de la OMS para la atención del aborto. El protocolo de atención médica para ILE de la Secretaría de Salud del Distrito Federal está basado en un consenso entre proveedores y en las más recientes investigaciones sobre el tema.

Después de recibir los servicios de aborto legal, 58% de las mujeres decidieron colocarse un Dispositivo Intrauterino (DIU), 13% usar condón masculino, 8% realizarse una Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y 1% usar un anticonceptivo inyectable. Todas las mujeres atendidas han pasado por servicios de consejería anticonceptiva postaborto.

A partir de la despenalización del aborto en el Distrito Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal ha enfrentado algunas dificultades para implementar con éxito el acceso al servicio de abortos legales y seguros, tales como la insuficiencia de personal de salud, la objeción de conciencia, y el déficit de capacitación en la utilización de las nuevas técnicas. Pese a ello, la Secretaría ha sabido buscar soluciones y superar barreras para que las mujeres que

lo solicitan puedan acceder a los servicios. En este sentido, cada vez más integrantes del equipo de salud se han sumado al ofrecimiento del servicio, estimulados básicamente, por las historias y los problemas que transmiten las mujeres y sus necesidades más concretas.

Los retos y metas actuales del Programa consisten en ofrecer servicios seguros en clínicas de primer nivel, protegiendo siempre la confidencialidad; enfatizar la consejería –en la que las opciones de reconciliación con el embarazo, la adopción y la interrupción se presenten y expliquen en equilibrio-; lograr una cobertura anticonceptiva en un 100% post evento obstétrico; sensibilizar a las mujeres para que se sometan a estudios de citología cervicovaginal; el acceso fácil y con atención de calidad al control del embarazo en los centros de salud, y estimular la prevención y detección oportuna para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

El pilar fundamental del Programa de Salud Reproductiva son la planificación familiar y el poder de incidencia en el grupo de jóvenes y adolescentes por medio de servicios amigables. Se trata de un desarrollo estratégico para reducir las solicitudes de interrupción, pero especialmente, para la disminución del número de muertes maternas entre niñas, jóvenes y adolescentes, el cual ha presentado un notable aumento estadístico en los últimos años a expensas de los embarazos de alto riesgo. Una vez más, las acciones de prevención de los embarazos no deseados se están enfocando, principalmente, en la educación y en ofrecer una amplia gama de métodos anticonceptivos.

Por último, hay que decir que toda muerte materna toca fibras profundas en la vida y en el quehacer de los médicos que asistieron a estas mujeres, muchas de las cuales han llegado con complicaciones muy avanzadas o han peregrinado por dos o más hospitales donde fueron rechazadas. La atención tardía provocó, en muchos casos, la muerte de estas mujeres en menos de 12 horas. La mayoría de los médicos han aceptado participar voluntariamente en el Programa de Interrupción pues conocen de cerca las tragedias y las secuelas provocadas por los abortos sépticos; así la solidaridad y la sensibilidad en estos contextos se han convertido en los mejores aliados de las decisiones de las mujeres. Las complicaciones del aborto séptico han desaparecido; en los últimos 8 meses no se ha registrado un solo caso. Son las señales concretas de un proceso que avanza para alcanzar las metas y propuestas de la salud de manera comprometida y competente.

UN ACERCAMIENTO AL ABORTO LEGAL EN MÉXICO: LA EXPERIENCIA DE LAS MUJERES

OLIVIA ORTIZ RAMÍREZ*

El aborto inducido es un evento complejo en la vida de las mujeres que exige atención y análisis desde diversos ángulos. Desde la perspectiva de la salud, incluso la salud mental, es imprescindible replantear los conflictos que el aborto genera en las mujeres, sus parejas y familias, y, en general, en la sociedad, para abordarlo como uno de los más importantes y controversiales problemas de salud pública que enfrentamos.

En algunos casos, el aborto voluntario provoca sentimientos contradictorios: por un lado, está la decisión clara de no continuar con el embarazo, por otro, hay duda y confusión. Sin embargo, no existen metodologías para estimar la frecuencia, el tipo y la gravedad de las complicaciones emocionales cuando existen; por ende, no hay cifras que las muestren.

Los cambios realizados al Código Penal del Distrito Federal, publicados el 26 de abril de 2007 en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, y en la Ley de Salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal publicados en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 4 de mayo de 2007 para la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal, abrieron la posibilidad del aborto inducido y legal a mujeres que radican en la Ciudad de México, con embarazos menores a 12 semanas de gestación. Este cambio legislativo ha dejado de lado las consecuencias legales asociadas al aborto inducido y disminuido la práctica clandestina del mismo, sin embargo, tanto las mujeres como los profesionales de la salud, siguen siendo estigmatizados. Esto se confirma con las acciones

* Consultora Independiente.

realizadas por diversos grupos para declarar la inconstitucionalidad del aborto entre los meses de abril y junio de 2008ⁱ.

La atención del aborto voluntario en el Distrito Federal brinda la oportunidad de estudiar abiertamente diversos factores que durante mucho tiempo habían sido abordados de manera restringida, por ejemplo, los factores psicológicos asociados, que en el contexto actual es propicio rescatar.

Algunos estudios realizados en países de América Latina, han documentado que la atención a mujeres en consulta privada por un aborto inducido-voluntario, se ha centrado en los aspectos clínicos (elección del método: AMEU, LUI, con medicamentos; consejería anticonceptiva post-aborto, prevención o tratamiento de ITS). A partir de los cambios a la ley, la Secretaría de Salud del DF, y algunas organizaciones de mujeres, combinan la atención médica con apoyo u orientación, generalmente centrados en la consejería, que incluyen la toma de decisión previa a la interrupción, sin embargo, pocas veces se da seguimiento a la atención después del aborto. Esto se debe a que una vez confirmado el éxito del procedimiento, las mujeres prefieren no regresar al servicio o “desaparecen” y no acuden a las consultas posteriores. De acuerdo con estudios, esta reacción es entendible porque la mujer muestra una tendencia a evitar pensar en el aborto. Asimismo, la posibilidad de iniciar un proceso de apoyo profesional subsiguiente, no es fácil para muchas mujeres, por cuestiones económicas, por desconocimiento de opciones atractivas, y principalmente, porque nuestra cultura propicia que un acontecimiento de este tipo, sea enfrentado en silencio y en soledad, descartando cualquier búsqueda de apoyo emocional. Además, en el imaginario de las personas, el apoyo emocional se asocia a un proceso largo y costoso. Por todo esto ha sido difícil conocer con detalle los factores psicológicos involucrados al aborto voluntario así como comprender los significados del aborto para las mujeres mexicanas del Distrito Federal.

Este artículo presenta los avances de una intervención realizada desde julio de 2006, que sigue su curso a la fecha, con mujeres radicadas en el Distrito Federal, que optaron por un aborto voluntario, clandestino antes de abril de 2007, legal posteriormente, y que solicitaron apoyo

i El 11 de abril de 2008 iniciaron las audiencias públicas en torno a la constitucionalidad de la ley que despenaliza el aborto en el Distrito Federal. El 27 de junio, día de la última audiencia, los ministros de la Suprema Corte escucharon a quienes interpusieron recursos de inconstitucionalidad (la CNDH y la PGR) y a quienes apoyan estos planteamientos.

psicológico luego del aborto al enterarse de esta propuesta en la radio y por otras personas.

ADAS, Acompañamiento después de un Aborto Seguro, es una propuesta de acompañamiento a las mujeres que interrumpen un embarazo, como parte de un ejercicio responsable del derecho a decidir sobre su propia vida, cuyo objetivo es ayudarlas a distinguir los múltiples significados de su decisión, y que de este modo consideren su experiencia de aborto como una oportunidad de revisión, análisis y comprensión de su historia de vida personal. Es una intervención que combina elementos del psicoanálisis, la psicoterapia, los grupos de apoyo mutuo, la teoría de género y la consejería en salud sexual y reproductiva, que aspira a integrar el acompañamiento post aborto como un elemento adicional y necesario al proceso de atención del aborto.

La propuesta es producto de 13 años de trabajo en proyectos de investigación cualitativa en torno al aborto en México; las entrevistas realizadas en dichos proyectos, permitieron identificar las diversas necesidades de las mujeres en el momento que viven un aborto. Esta experiencia, combinada con la formación profesional como psicóloga clínica, propició que durante varios años se planteara la necesidad de un seguimiento a las mujeres entrevistadas.

La interrupción de un embarazo es un acontecimiento íntimo, profundo e intenso en la vida de las mujeres, que genera reflexiones existenciales tanto en el ámbito de lo subjetivo como en el de la vida cotidiana¹. La diversidad de condiciones de vida (edad, situación de pareja, familiar, salud, económica, laboral, creencia religiosa, principios morales, proyecto de vida, capacidad para reconocerse como responsable de su propia vida, forma/patrón de respuesta para hacer frente a crisis en su vida, apoyo o desamparo de otras personas del círculo social/comunitario), influyen en el curso y desenlace de dichas reflexiones. El manejo de estos factores puede influir, y a veces determinar, el camino que tomará la mujer, por ello cuando ella tiene la oportunidad de reflexionar en el momento en que acontece el aborto, en un ambiente rodeado de comprensión, información, apoyo, amor, confianza y respeto, cambia el significado de la experiencia para ese momento y para las etapas futuras. De esta manera, se propicia que la evaluación de su experiencia sea diferente a la que tendría en un ambiente de descalificación y rechazo, no sólo de su entorno íntimo y privado, sino social.

La desaprobación social suele ser la respuesta más común, y favorece que muchas mujeres enfrenten solas y en silencio la experiencia del aborto, experimentando consecuentemente dolor emocional.

ADAS es una intervención informativa-reflexiva-vivencial que se desarrolla entre cuatro y diez sesiones individuales de una hora a la semana. Contempla la firma de un consentimiento informado, un cuestionario que detecta condiciones de riesgo futuro y seguimiento a los seis meses y al año. El trabajo se organiza a partir de cuatro áreas: 1) proceso de restablecimiento de su salud física; 2) manejo de la situación en su entorno inmediato -familiar, escolar, laboral, otros-; 3) detección de fortalezas y debilidades de la personalidad en momentos de crisis, y 4) integración de los elementos anteriores. Estas áreas se abordan a partir de una breve guía de preguntas, con base en la cual se ha creado un *diagrama de contexto*, que identifica el ambiente en las diversas esferas de su vida (familia, pareja, vida profesional, relación consigo misma) y la influencia de los diversos factores que intervinieron en el embarazo no deseado. La pregunta que subyace es: ¿A qué le dijo *sí* en su vida cuando le dijo *no* a un embarazo? Al preguntárselo en los diferentes ámbitos del diagrama de contexto, se abre frente a la mujer una visión más clara de su vida y una mejor comprensión del significado de las decisiones tomadas.

¿Por qué ADAS es una intervención informativa?

Frecuentemente, las mujeres tienen dudas respecto a lo que pasará en su cuerpo después de un aborto: su fertilidad, los riesgos para su salud, entre otras. En este contexto, la información brinda confianza y claridad para tomar decisiones asertivas en torno al cuidado de la salud. La ausencia de información, en cambio, propicia la permanencia de mitos y prejuicios que inducen decisiones basadas en creencias. Por ejemplo, el rechazo a usar protección anticonceptiva después del aborto, por temor a la infertilidad como castigo —“Dios me va a castigar y después no podré tener hijos”.

¿Por qué ADAS es una intervención reflexiva?

Los pensamientos y sentimientos de las mujeres, reflejan las contradicciones propias del momento: alivio y al mismo tiempo confusión; dudas y temores por las posibles consecuencias en el futuro. Reflexionar desde la visión de género, proporciona elementos para comprender que muchos pensamientos y sentimientos son producto de una educación que presenta la feminidad vinculada íntimamente con la maternidad, y la sexualidad ligada a la reproducción; que las decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer deben ser tomadas por los otros: padres, parejas, familiares, médicos y gobernantes. Cuando la mujer toma decisiones sobre su cuerpo, rompe con lo establecido, contraviene y cuestiona lo que se concibe como natural femenino: ser dócil y obediente. Cuando la mujer aprende que la maternidad se puede entender como una construcción cultural que ella puede cambiar si así lo desea y como un ejercicio de su libre albedrío, sus pensamientos y sentimientos cambian de la confusión a la aceptación; a la comprensión de que negó la experiencia de la maternidad en ese momento de su vida, porque aceptó atender otros aspectos de gran valor para sí misma.

¿Por qué ADAS es una intervención vivencial?

Solamente una mujer sabe de qué manera cambia la percepción de la vida al recibir un resultado positivo de embarazo. Cuando una mujer se sabe embarazada, cada acción en la vida cambia de sentido y, a menudo, la ambivalencia se convierte en la experiencia más intensa de ese momento. A menudo, los embarazos son fuente de alegría y a la vez de malestar². Las nuevas preguntas generan incertidumbre y el sentido de la vida se replantea. Al optar por un aborto hay experiencias o acontecimientos de la vida que ocupan un primer plano, y reconocerlos ayuda a visibilizarlos. Sentirlos para identificarlos, verlos para nombrarlos, darles la palabra para escucharlos. Hablando, las mujeres expresan de qué manera se han sentido denigradas, rechazadas, descalificadas o simplemente ignoradas por su padre o madre, o ambos, provocando un dolor emocional. Otras, guardan silencio ante una serie de emociones que no deben ser mencionadas: la muerte de la madre, el abuso sexual, el maltrato familiar. El aborto inscribe así una larga lista de silencios que hacen fila en la vida de las

mujeres. Hablando, las mujeres expresan su enojo hacia la madre que se somete al maltrato verbal y físico del padre, devaluada y convertida en modelo inaceptable de mujer y madre para ellas en el futuro. Hablando, las mujeres expresan que han sido educadas definiendo femenino como sinónimo de dulzura y tolerancia, y que serán “feas” o “malas”, histéricas e inadaptadas si conjugan el ser femenino desde otro lugar. Hablando, las mujeres expresan su temor a ser castigadas o abandonadas y para evitarlo, reprimen la hostilidad, transforman el enojo en llanto, evitan confrontaciones, complacen y seducen al compañero, tolerando sus agresiones y devaluación³.

Cuando hablan, las mujeres expresan por qué es tan doloroso decir “No” a algo en la vida. La experiencia del aborto brinda la oportunidad de decir NO a una serie de circunstancias que las mantienen atrapadas, les da la posibilidad de cambiar ciertos patrones de comportamiento que han sido establecidos como propios de ser mujer y les permite decidir por sí mismas.

La intervención ADAS, ha evidenciado que la mayoría de las mujeres, al momento de tomar la decisión sobre el aborto, estaban enfrentando uno o varios malestares, que les exigían tomar decisiones que habían sido postergadas; algunas de estas decisiones implicaban una atención especial por estar relacionadas con su proyecto de vida. En este sentido, el aborto detonó una crisis que no había sido atendida previamente, por ejemplo: un abuso sexual sufrido años atrás, una situación familiar agobiante e insostenible, o algún tipo de maltrato en su entorno. Al optar por un aborto y revisar las motivaciones y sentimientos, muchas mujeres reconocieron que habían postergado la resolución de ciertas situaciones que estaban afectando su vida de manera e intensidad diversas. Se percataron que esta decisión simbolizó una oportunidad para responsabilizarse de sí mismas en los diferentes ámbitos de su vida, de una forma que no habían practicado anteriormente. Así, para muchas mujeres, especialmente para las jóvenes o adolescentes, el aborto se convierte en la primera elección que las confronta con su capacidad para decidir sobre su vida. Esta experiencia confirma lo ya expresado por otras autoras: no hay embarazo que sobrevenga por azar, todo embarazo es un signo de la mujer, un efecto en el cuerpo de una necesidad inconsciente, aun cuando vaya a ser suprimido.

Resultados preliminares

Hasta junio 2008 han sido atendidas 30 mujeres en consulta individualⁱⁱ. De acuerdo a la experiencia generada hasta el momento, se puede afirmar que al proporcionar apoyo emocional, además de información clara y precisa sobre lo que ocurre en el cuerpo después del aborto, la mujer tiene condiciones para replantear el acontecimiento y confirmar que es posible enfrentar la experiencia del aborto de una manera afirmativa para su autoestima y respeto propios, viviéndolo con mayor tranquilidad y con menor culpa.

ADAS se presenta como un proceso guiado de empoderamiento individual que repercute en el empoderamiento colectivo de las mujeres, ya que al contrario de lo que se piensa, el aborto le permite a la mujer afirmar su vida, y en este sentido la elección del aborto significa la elección de bienestar.

Bibliografía consultada y referencias

- ¹ LAFAURIE M, D GROSSMAN, E TRONCOSO, D BILLINGS, S CHÁVEZ, “Perspectivas de las mujeres sobre el aborto con medicamentos en México, Colombia, Ecuador y Perú: un estudio cualitativo”, *Reproductive Health Matters*, 2005, 13 (26), pp. 75-83.
- ² BRIOSO L, “Aspectos psicológicos orientados a mejorar la calidad de la atención sanitaria para disminuir el daño por aborto inseguro”, *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Uruguay, Arena, 2007, p. 199.
- ³ DÍAZ I, “El papel del hombre en la construcción de la feminidad”, conferencia de la Dra. Isabel Díaz Portillo, mesa redonda: La otra mirada, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), mayo 16, 2008.
- ⁴ LANGER A, “Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México”, *Gaceta Médica México*, Vol. 139, Suplemento No. 1, Año, 2003.
- ⁵ LARA D, S GARCÍA, O ORTIZ, *Experiencias de los servicios de aborto legal de mujeres y médicos en la ciudad de México*, Population Council, 2005.
- ⁶ CASTAÑEDA-SALGADO MP (coord.), *Interrupción voluntaria del embarazo, reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-Plaza y Valdés, 2003.
- ⁷ ÁVILA-GONZÁLEZ Y, “Tener o no tener hijos”, *La Jornada*, suplemento Triple Jornada, núm. 65, enero de 2004.
- ⁸ CHATEL MM, *El malestar en la procreación*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1993.

ii Para citas o preguntas escribir a: adasmexico@gmail.com

PRONUNCIAMIENTO

Suprema Corte de Justicia de la Nación

PRESENTE

El Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México fue fundado en 1993; su Misión es abatir la morbi-mortalidad materna y contribuir al ejercicio de una maternidad gozosa, decidida libremente, sin violencia y atendida con calidad para todas las mujeres mexicanas.

Desde su nacimiento el Comité está integrado por organizaciones de la Sociedad Civil, Académicas, Gubernamentales y Organismos Internacionales.

Ante el análisis que hace la Suprema Corte de Justicia de la Nación sobre la posible inconstitucionalidad de la decisión tomada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, las personas y organizaciones abajo firmantes, integrantes del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México, reunidas el 24 de julio del año 2008, y en el marco de la Octogésima Reunión Ordinaria manifestamos que:

El aborto inseguro es un grave problema de salud pública, de derechos humanos y de justicia social en México.

Según datos de la Secretaría de Salud, el aborto es la quinta causa de muerte materna en México. En el periodo 1998-2006 se registraron 11,681 muertes maternas, de las cuales 814 fueron por abortos, lo cual representa el 7% de estas muertes.

El debate que actualmente se está dando en la Suprema Corte de Justicia de la Nación es de interés de la ciudadanía en general, y de las mujeres y agrupaciones como el Comité en particular.

CONSIDERANDO

Que México ratificó el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995), en las cuales se reconocen los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas como parte sustancial de los Derechos Humanos.

Que desde el año 2000, México forma parte del esfuerzo internacional amparado bajo los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuyo Objetivo 5 es mejorar la salud materna y su meta es reducir en un 75% para el año 2015, la razón de muerte materna reportada en el año de 1990.

Que para alcanzar dicho objetivo se requieren esfuerzos interinstitucionales decididos y políticas públicas integrales, así como el concurso de la sociedad civil organizada y de agrupaciones dedicadas al tema.

Que las condiciones de injusticia social e inequidad comprometen la salud de las mujeres mexicanas, particularmente de las más pobres, poniéndolas en riesgo de fallecer por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, incluyendo aquéllas ocasionadas por aborto inseguro.

Que las estrategias incluidas en las políticas públicas, deben reforzar las acciones orientadas a reducir los embarazos no planeados y de riesgo, dada la contribución del aborto inseguro como causa de mortalidad materna en México.

Que la atención integral a las mujeres en situación de aborto incluye el uso de las tecnologías de bajo costo recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

Que en México la atención médica a mujeres en situación de aborto representa hasta el 20%¹ de las atenciones obstétricas, lo que redundará en altos costos económicos y sociales.

Que cada año alrededor de 150 mil mujeres son internadas en hospitales públicos por abortos en evolución, lo que representa un costo de atención por mujer de entre \$600 y \$2,100 dólares².

Que fortalecer los programas de educación sexual existentes y facilitar el acceso a una gama amplia de métodos anticonceptivos – incluida la

1 Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3, “Ginecología y obstetricia”, tercera edición, México DF 1995

2 Levin C, D Grossman, S García, “Unsafe abortion costs in Mexico City”, id21 health focus 1 August 2007.

anticoncepción de emergencia-, así como la mejora de las condiciones de seguridad y legalidad, posibilita la reducción del número de abortos.

Que existen aún barreras de acceso para que las mujeres, particularmente las adolescentes y aquéllas que son víctimas de violencia, hagan uso de los servicios considerados en las leyes y ejerzan su derecho a la salud.

LLAMAMOS

A las y los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, a que prevalezca el marco legal actual en el Distrito Federal, ya que contribuye a disminuir las muertes de las mujeres por aborto inseguro.

México Distrito Federal, 24 de julio de 2008

- 1.- FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación A. C.
- 2.- Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina A. C. CIDHAL. A.C.
- 3.- Kinal Antzetik D. F.
- 4.- María Teresita de la Vega. Enlace Estatal en Morelos del Comité por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSR).
- 5.- Miriam Padilla Flores, Posgrado en Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X).
- 6.- María Blanca López Arellano, Posgrado en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X).
- 7.- Lic. Teresa Olvera Caballero. Comité por el Derecho a una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas.
- 8.- Dra. María del Carmen Elu (Instituto Mexicano de Estudios Sociales A. C.).
- 9.- Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero.
- 10.- Susana Patricia Collado Peña. Posgrado en Estudios de la Mujer. Universidad Metropolitana Xochimilco (UAM-X).
- 11.- E. S. P. Andrea Saldaña Rivera. Enlace Estatal en San Luis Potosí del Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México (CPMSR).

-
- 12.- Laura A. Pedrosa Islas. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de México (UNAM).
 - 13.- Dra. Laura Miranda Arteaga. Marie Stopes México-Sureste.
 - 14.- Population Council, Oficina de México.
 - 15.- Alma Gloria Nájera Ahumada. Egresada de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
 - 16.- Centro para los Derechos de la Mujer Nääxwiin, A. C. Oaxaca.
 - 17.- Grupo de Apoyo a la Educación de la Mujer A. C. (GAEM A.C.).
 - 18.- Lic. Guadalupe Carmona y Dra. Paola Sesia, enlaces en Oaxaca del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSR).
 - 19.- Ma. Luisa Becerril Straffon, Coordinadora General, Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina CIDHAL A. C.
 - 20.- Maricruz Coronado Saldierna de CASA (Centro para Adolescentes de San Miguel Allende).
 - 21.- Dr. Armando Ruiz Badillo Profesor Titular A T. C. Universidad Pedagógica Nacional Unidad Ajusco, Ciudad de México.
 - 22.- Lic. Cecilia de la Torre Hernández (Secretariado Técnico del Comité por una Maternidad Sin Riesgos en México).
 - 23.- Dra. Graciela Freyermuth Enciso (Secretariado Técnico del Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México).
 - 24.- Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A. C. (ACAS A. C.).
 - 25.- Ipas México A. C.
 - 26.- CIMAC.
 - 27.- Dr. Ángel Salvador Catalán Ojeda.
 - 28.- Dr. Ignacio Bernal Torres. Médico de la CDI-Oaxaca y por el Comité por una Maternidad Sin Riesgos en Oaxaca.
 - 29.- Dr. David Mariano Meléndez Navarro (Secretariado Técnico del Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México).

Esta publicación fue financiada por
Ipas y Fundación Catherine and John Mac Arthur