

EL ABORTO EN MÉXICO



Elaboración del documento:

Deyanira González de León Aguirre

Departamento de Atención a la Salud,
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
Consultora Externa de Ipas México

Deborah L. Billings

Coordinadora de Investigación y Evaluación
Ipas México

Revisión:

Nadine Gasman Zylbermann

Directora Ejecutiva
Ipas México

Lucía Rayas Velasco

Asesora en Políticas para
América Latina y El Caribe
Ipas

ÍNDICE

El marco legal del aborto

4

El embarazo no deseado

5

La dimensión emocional
del embarazo no deseado y del aborto

8

El aborto como problema
de salud pública

10

La opinión pública
sobre el aborto

15

Comentarios finales

18

Referencias Bibliográficas

21

Nota: Este boletín fue realizado sin fines de lucro y es de distribución gratuita. Las imágenes artísticas que aparecen en este material fueron utilizadas únicamente de manera estética y como complemento gráfico de diseño y sin fines de lucro.

Ciudad de México, diciembre, 2002.

ISBN 1-88-2220-37-4

EL ABORTO EN MÉXICO¹

"Dice mucho sobre nuestra sociedad el que el debate sobre el aborto, sobre su despenalización y su realización en términos sanitariamente adecuados, se haya desviado normalmente hacia una discusión en torno a principios morales abstractos, alejados de la realidad cotidiana de los seres humanos concretos, y muy en especial de la realidad cotidiana de las mujeres. Se invocan criterios morales y jurídicos mientras las mujeres de carne y hueso, las vidas reales de esas mujeres concretas, pasan al segundo plano de la anécdota"
(Cifrián y cols., 1986).

El aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia en México. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos (World Health Organization, 1992).

El tema del aborto genera importantes controversias debido a que involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres; con las leyes y la política; con los valores éticos, morales y religiosos; con las condiciones socioeconómicas de las mujeres; y con las ideas que predominan en nuestro contexto cultural respecto a la feminidad y la maternidad.



El aseo. Pablo Picasso

¹ Este documento está dirigido en particular a estudiantes de medicina y forma parte de las publicaciones producidas por el Proyecto de Colaboración entre Ipas México y las Facultades / Escuelas de Medicina.

EL MARCO LEGAL DEL ABORTO

El aborto en México está penalizado. Sin embargo, los códigos penales de los estados contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible y todos lo autorizan en casos de violación (cuadro 1). A pesar de la existencia de este marco jurídico el acceso de las mujeres al aborto seguro está marcadamente restringido aún bajo las circunstancias previstas en la legislación; la mayoría de los códigos penales estatales carecen de los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes y los hospitales públicos con capacidad para atender casos de aborto legal son muy pocos en el país.

CUADRO 1 CIRCUNSTANCIAS EN QUE EL ABORTO ES LEGAL EN MÉXICO

CIRCUNSTANCIA	Número de estados (n=32)
Violación	32
Riesgo para la vida de la mujer	27
Aborto imprudencial	29
Malformaciones genéticas o congénitas	13
Riesgo para la salud de la mujer	9
Inseminación artificial no consentida	8
Razones socio-económicas graves (cuando la mujer tiene 3 ó más hijos)	1

Fuente: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2000
Miradas sobre el aborto.
México: GIRE

Dadas las restricciones para la práctica del aborto que existen en toda la República Mexicana, la gran mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo lo hacen al margen de las leyes. Muchos abortos se practican en condiciones de inseguridad, lo que propicia una alta incidencia de complicaciones y un número desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse.

Las restricciones legales no impiden que un elevado de mujeres de los sectores sociales pobres utilice procedimientos peligrosos para autoinducir la interrupción del embarazo, o que recurran, muchas veces en forma tardía, a practicantes no calificados que realizan abortos con instrumentos contaminados. La amenaza de la sanción penal tampoco evita que el aborto se practique en numerosos consultorios y clínicas privadas, ni que para muchos(as) profesionales de la medicina represente un negocio que genera importantes ganancias.

La situación del aborto refleja con gran claridad las condiciones de desigualdad social y de injusticia 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 (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2000).

EL EMBARAZO NO DESEADO

A pesar de que en la actualidad existe una gran variedad de métodos para el control de la fertilidad, el embarazo no deseado y el aborto son problemas a los que cotidianamente se enfrenta una gran cantidad de mujeres de todas las edades y de todos los sectores sociales. De acuerdo con una estimación realizada en los años 90, el 40% de los embarazos en México son no deseados, estimándose que el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

Para muchas de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad. Estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres y para los niños y niñas que nacen en estas condiciones. Como señalan algunos de los autores que se han ocupado de estudiar esta problemática:

"... un embarazo no deseado, que se define como un rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación, tiene como consecuencia un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia y en la primera edad adulta, en comparación con el desarrollo social de los hijos deseados" (David y cols., 1991).

Las explicaciones sobre la elevada frecuencia de los embarazos no deseados suelen ser bastante simplistas. En general se supone que la mayoría se deben a la falta de responsabilidad de las mujeres, o bien a que carecen de información para utilizar correctamente los métodos anticonceptivos. Es cierto que el acceso a la información permite un ejercicio más responsable de la sexualidad y disminuye de manera importante el riesgo de un embarazo no deseado; no obstante, el hecho de que las mujeres cuenten con información no es suficiente en todos los casos, ya que cualquiera de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad,

aún cuando se use correctamente, puede fallar. Por otro lado, la responsabilidad de evitar embarazos que no se desean debería compartirse de manera equitativa con los hombres, al menos cuando las mujeres tienen una pareja estable.

La forma en que operan los programas de planificación familiar que utiliza la mayor parte de la población es uno de los elementos que explican la alta incidencia de los embarazos no deseados. Los programas se dirigen primordialmente a las mujeres de los sectores sociales populares, con mensajes apoyados en una perspectiva que refuerza sus roles sociales más tradicionales y contribuye a que pocos hombres asuman su responsabilidad frente a la sexualidad y la reproducción. En muchos servicios la variedad de métodos anticonceptivos es limitada y es común que el personal carezca de la capacitación o del tiempo necesario para ofrecer a las usuarias información completa y accesible sobre los métodos que se prescriben, incluyendo aspectos relacionados con su efectividad, seguridad y efectos secundarios. Con frecuencia se da poca importancia a las necesidades individuales de las mujeres y al contexto socioeconómico y cultural en el que viven, y se da prioridad a las metas de capacitación de usuarias definidas en los niveles centrales de las instituciones de salud. En muchas ocasiones, estas carencias de calidad de los servicios provocan que las mujeres se nieguen a aceptar un determinado método o inducen al abandono del que ya utilizaban.

Cabe también señalar que el acceso a los métodos anticonceptivos no es igual para todas las personas. Ciertos núcleos de la población femenina, como las adolescentes, las mujeres sin escolaridad y aquellas que viven en regiones rurales apartadas o en zonas indígenas tienen mayores dificultades de acceso a la anticoncepción. De acuerdo con datos de 1997, a escala nacional el 68.5% de las mujeres unidas en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que en los grupos de mujeres mencionados las proporciones eran inferiores al 50% (Consejo Nacional de Población, 2000).

Muchas mujeres no usan anticonceptivos por oposición de sus parejas. La desigualdad de las relaciones de poder entre los sexos que prevalece en nuestra cultura propicia que en muchos casos los hombres controlen la sexualidad de las mujeres a través de los embarazos y la crianza de los hijos. No es raro que las mujeres que no desean tener más hijos oculten el uso de la anticoncepción por el temor a ser agredidas verbal o físicamente por parte de sus parejas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000).

Otra causa del embarazo no deseado es la utilización de los métodos naturales autorizados por la Iglesia católica que son de muy baja efectividad. Además, las mujeres se embarazan también por relaciones sexuales no planeadas o como consecuencia de la violencia sexual, en un contexto donde los métodos para la anticoncepción de emergencia son todavía poco conocidos, incluso por los propios profesionales de la salud.

¿Qué es la Anticoncepción de Emergencia?

La anticoncepción de emergencia (AE) permite evitar el embarazo dentro de las 72 horas posteriores a una relación sexual no protegida. Los métodos de AE más utilizados consisten en la administración de dosis mayores de píldoras anticonceptivas de uso común.

La AE no es un método abortivo. Dependiendo de la fase del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer, la AE funciona para detener la liberación del óvulo, impedir la fecundación o la implantación del óvulo fecundado

Los estudios realizados por distintos investigadores han mostrado que la AE es efectiva en el 98% de las mujeres que la usan. Pocas mujeres tienen efectos secundarios (náusea y vómito) y la AE no causa alteraciones a largo plazo cuando se usa en forma esporádica.

La AE constituye un importante recurso disponible para prevenir el embarazo no deseado y el aborto inseguro. Se trata de una alternativa ideal para quienes por cualquier razón han tenido relaciones sexuales sin protección, para las mujeres que fueron violadas y para casos en que ocurren accidentes con el uso de un determinado método (la ruptura de un condón, por ejemplo).

Las marcas comerciales y las dosis recomendadas para la AE son las siguientes:

Marcas Comerciales	1ª dosis durante las primeras 72 horas posteriores a la relación sexual	2ª dosis 12 horas después de la primera dosis
Eugynon 50	2 píldoras	2 píldoras
Nordirol	2 píldoras	2 píldoras
Ovral	2 píldoras	2 píldoras
Neogynon	2 píldoras	2 píldoras
Lo-Femenal	4 píldoras	4 píldoras
Nordet	4 píldoras	4 píldoras
Microgynon	4 píldoras	4 píldoras

Para obtener mayor información sobre la anticoncepción de emergencia consultar:

www.mexfam.org.mx

www.gire.org.mx

www.ipas.org

www.en3dias.org.mx

LA DIMENSIÓN EMOCIONAL DEL EMBARAZO NO DESEADO Y DEL ABORTO

Muchas mujeres viven situaciones de gran conflicto emocional cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, propiciadas por los patrones culturales que limitan sus posibilidades para tomar decisiones autónomas en torno a la sexualidad y la reproducción. Una buena parte de las mujeres que deciden abortar lo hacen en condiciones sumamente difíciles, en tanto son objeto de la estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos fuertemente arraigados en la sociedad mexicana (Rivas & Amuchástegui, 1998).



Desnudo de pie ante puerta abierta. Henri Matisse.

Es importante señalar, sin embargo, que la interrupción de un embarazo no deseado es una experiencia que las mujeres asumen de acuerdo con sus condiciones individuales y con el entorno social en el que viven. Las mujeres interrumpen sus embarazos por razones muy diversas, y no todas tienen secuelas emocionales y sentimientos de culpa después de un aborto. Muchas se sienten aliviadas y agradecidas cuando reciben una atención integral, segura y respetuosa por parte de médicos(as) que practican abortos apoyándose en una postura ética centrada en el respeto a la autonomía de las mujeres.

La carga moral que para muchas personas supone el aborto es consecuencia de los estereotipos culturalmente aceptados para definir la feminidad, así como de la valoración de la maternidad como el atributo esencial de las mujeres. Por otra parte, si bien México es un país de tradición laica, la Iglesia católica ha jugado siempre un importante papel en el contexto político del país e influido en la actitud de sectores sociales muy amplios respecto a la sexualidad y la reproducción. La percepción de la alta jerarquía católica sobre estos aspectos se traduce en normas y principios morales rígidos que operan como un poderoso dispositivo para mantener las condiciones de subordinación y de desigualdad social de las mujeres:

"...en la concepción católica sobre la maternidad, que es la que prima culturalmente en nuestro país, una madre siempre debe anteponer el hijo a sus necesidades y deseos como persona. Así, el valor de una mujer radica tanto en su función de recipiente que tiene una nueva vida, como en que cumpla el imperativo que simboliza la feminidad: el conjunto de virtudes de abnegación, altruismo y sacrificio que exigen postergarlo todo en aras del hijo, del marido, de la familia (...) pocas mujeres se atreven a decir abiertamente que hay ocasiones en que no quieren ser madres. Claro que ante un embarazo no deseado, existen mujeres que no se resignan y recurren al aborto ilegal; pero al no conceptualizar la maternidad como elección sino como destino "natural", viven su elección con culpa, sin asumirla abiertamente. ¿Quién va a reconocer no sólo haber cometido un delito o pecado sino haberse opuesto al destino sublime de ser madre?" (Lamas, 1997).



Las reacciones emocionales negativas posteriores a la interrupción de un embarazo no deseado tienen una relación muy directa con la calidad de la atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres que buscan atención de urgencia por las complicaciones de una intervención realizada en condiciones inseguras. La calidad técnica de la atención varía de acuerdo con los recursos de los hospitales, pero la mayoría carece de personal capacitado para proporcionar servicios integrales de atención post-aborto, que aseguren el seguimiento de las mujeres, les brinden apoyo emocional, o les ofrezcan información amplia y accesible para evitar un nuevo embarazo no deseado.

Por otro lado, es frecuente que las mujeres de quienes se sospecha que se indujeron un aborto sean objeto de la indiferencia o el maltrato por parte del personal de los servicios. Las actitudes punitivas que asumen muchos(as) de los(as) profesionales de la salud frente a las mujeres que abortan tiene que ver no solamente con los estigmas sobre la interrupción del embarazo o con su prohibición legal. El maltrato que en general reciben las mujeres en los hospitales públicos tiene también relación con aspectos vinculados a las condiciones de subordinación genérica de las mujeres, a la precaria situación social de aquellas que sufren complicaciones con mayor frecuencia, y a la desigualdad de las relaciones de poder que habitualmente se establecen entre médicos(as) y pacientes.

EL ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El contexto internacional:

De acuerdo con datos de la OMS, publicados en 1997, cada año se practicaban alrededor de 50 millones de abortos en el mundo; de éstos, 20 millones se realizaban en condiciones inseguras y provocaban la muerte de 78 mil mujeres. Casi la totalidad de las muertes asociadas al aborto inseguro (99%) ocurren en regiones y países con altos niveles de pobreza y marginación social. En los países desarrollados el riesgo de morir por complicaciones del aborto inseguro es de 1 por cada 3,700 procedimientos, mientras que en los del mundo en desarrollo el riesgo es mucho mayor, de 1 por cada 250 procedimientos (Population Reports, 1997). Para el año 2000, la OMS calculó que a escala internacional se realizaron alrededor de 19 millones de abortos en condiciones inseguras (cuadro 2), de los cuales 18.5 millones (97.5%) ocurrieron en países del mundo en desarrollo (Ahman y Shah, 2002).

CUADRO 2 ESTIMACIONES DE LA OMS SOBRE LA INCIDENCIA DEL ABORTO INSEGURO EN REGIONES DEL MUNDO SEGÚN NIVEL DE DESARROLLO, ALREDEDOR DEL AÑO 1995-2000

Región	Número de abortos inseguros / año (millones)
Total mundial	19
Regiones desarrolladas	.5
Regiones en desarrollo	18.5
América Latina y El Caribe	3.7

Fuente: Ahman, E., Shah, I., 2002. Unsafe abortion: worldwide estimates for 2000. *Reproductive Health Matters*, v. 10(19), p. 13-17.

Estas importantes diferencias entre regiones y países obedecen a la situación jurídica del aborto y a la disponibilidad de servicios de salud. En los países desarrollados las leyes permiten el aborto por razones amplias, y las mujeres tienen acceso a servicios de salud donde la interrupción del embarazo se realiza en forma segura por personal capacitado. En contraste, la mayoría de los países en desarrollo tienen legislaciones restrictivas que permiten el aborto sólo en algunas circunstancias, o lo prohíben totalmente; los servicios con calidad son inaccesibles

para la mayor parte de las mujeres, por lo que las complicaciones del aborto inseguro son frecuentes y la mortalidad que ocasionan suele ser elevada (Cook, 1991; The Alan Guttmacher Institute, 1994; Population Reports, 1997; World Health Organization, 1997; Rahman y cols., 1998).

El riesgo de morir o de sufrir secuelas físicas por un aborto es significativamente mayor entre las mujeres pobres y con dificultades para tener acceso a servicios de emergencia (Maine, 1997). La tercera parte de las mujeres que abortan en condiciones inseguras sufren complicaciones serias, pero menos de la mitad reciben atención médica oportuna. En América Latina y El Caribe se realizan cada año alrededor de 4 millones de abortos inseguros y mueren 5 mil mujeres; se estima que en la región alrededor de la mitad de las muertes maternas se asocia al aborto inseguro (World Health Organization, 1997; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000; Ahman y Shah, 2002).

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas y realizada en El Cairo en 1994, fue el primer foro de alcance mundial en el que la salud y los derechos reproductivos de las mujeres ocuparon un lugar central en un acuerdo internacional sobre problemas de población (Germain y Kyte, 1995). En dicho foro se logró un consenso sin precedentes respecto a la importancia social y sanitaria del aborto realizado en condiciones inseguras. El Programa de Acción de la CIPD convocó a los gobiernos participantes a que asumieran su responsabilidad frente al problema y precisó las acciones que deben ponerse en práctica en los servicios de salud:

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



La tarde. Henri Matisse.

plicaciones derivadas del aborto. Se deben ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos" (Asamblea General de Naciones Unidas, 1994; párrafo 8.25).

Cinco años después, en la primera evaluación del Programa de Acción de la CIPD, los gobiernos participantes, entre ellos el de México, reafirmaron su compromiso de mejorar la atención a las mujeres con complicaciones del aborto y de garantizar el acceso a servicios para la interrupción del embarazo en las circunstancias amparadas por las leyes:

"En circunstancias en las que el aborto no está en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar medidas que aseguren que el aborto es seguro y accesible. Medidas adicionales deben ser tomadas para salvaguardar la salud de las mujeres" (United Nations General Assembly, 1999; 63.iii).

Algunos datos sobre el aborto en México:

La penalización del aborto impide contar con datos confiables y actualizados sobre su incidencia y sobre la frecuencia de las complicaciones y las muertes que ocasiona. Como indica un estudio realizado en seis países latinoamericanos cuyas leyes sobre el aborto son restrictivas –Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y República Dominicana–, los datos disponibles incluyen sólo una mínima parte de los abortos que se practican. Las estadísticas registran sólo los casos de las mujeres que buscan atención hospitalaria por complicaciones del aborto y la información reportada por las instituciones de salud no permite diferenciar entre los abortos inducidos y los espontáneos. Los registros dejan fuera todos los abortos no complicados, los de las mujeres que sufren complicaciones pero las subestiman y los de aquellas que no tienen acceso a la atención médica o que no la buscan por temor a las consecuencias legales (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

A pesar de estas dificultades para conocer la magnitud real del problema, en México existen evidencias que permiten ubicar al aborto como un problema social y de salud pública de gran trascendencia.

A mediados de los años 90 se calculaba una cifra anual de un millón 700 mil abortos, estimándose que alrededor de la mitad eran inducidos (López, 1994).

Datos más recientes, del Consejo Nacional de Población (2000), indican que la incidencia del aborto ha disminuido de 230 mil abortos por año en el período 1985-1987 a 196 mil en el período 1995-1997.

Las complicaciones del aborto representan la tercera causa de mortalidad materna en el país (Secretaría de Salud, 1997; Consejo Nacional de Población, 2000) y se ha señalado que muchas de las muertes maternas atribuidas a la hemorragia del embarazo son en realidad provocadas por complicaciones de abortos inseguros (Langer y Romero, 1996)

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 es del doble con relación al de aquellas con mejores condiciones socioeconómicas (Lozano y cols., 1994).

CUADRO 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA POR CAUSA, MÉXICO 1997

CAUSA	%
Toxemia del embarazo	32.8
Hemorragia del embarazo y el parto	19.7
Aborto	8.5
Complicaciones del puerperio	8.4
Causas obstétricas indirectas	3.6
Las demás causas (infección del aparato genito-urinario; parto obstruido; otras)	27.0
TOTAL	100

Fuente: Secretaría de Salud, Mortalidad 1997.



Desnudo con espejo marroquí. Henri Matisse.

Las complicaciones del aborto representan una de las principales causas de morbilidad hospitalaria en todas las instituciones de salud del sector público.

En la Secretaría de Salud, por ejemplo, ocuparon el cuarto lugar en 1999 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2001). En la década de los años 90 se calculaba que un tercio de las mujeres que abortaban presentaban complicaciones y que cada año se ocupaban por esta causa alrededor de 600 mil camas hospitalarias, unas mil 500 por día (López, 1994). Se ha documentado que la atención a las mujeres con complicaciones del aborto inseguro consume, después de los partos normales, la mayor cantidad de los recursos gubernamentales destinados a la atención a la salud reproductiva (Brambila y cols., 1998).

CUADRO 4 MUJERES ATENDIDAS POR ABORTO EN INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO, 1999

INSTITUCIÓN	No. de casos
Secretaría de Salud (hospitales)	68, 874
IMSS	31, 023
IMSS Solidaridad	9, 785
ISSSTE	9, 471
Otras *	4, 070
Total	123, 223

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2001. Estadísticas del sector salud y seguridad social. Aguascalientes: INEGI.
 * Institutos Nacionales de Salud (SSA), Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y PEMEX.

LA OPINIÓN PÚBLICA SOBRE EL ABORTO

En México existe un consenso cada vez mayor respecto a la importancia del aborto como problema de salud pública, reconocido así desde 1973 en el proyecto de la Ley General de Población. Durante las últimas tres décadas distintos sectores sociales han elaborado iniciativas para liberalizar las leyes sobre el aborto, las cuales han enfrentado la franca oposición de la Iglesia católica y de los grupos más conservadores de la sociedad mexicana que defienden el derecho a la vida desde la concepción y pugnan por leyes aún más restrictivas. Los argumentos morales y religiosos contra la interrupción del embarazo bajo cualquier circunstancia han entorpecido la discusión pública sobre el aborto e impedido que la sociedad mexicana en su conjunto tenga una percepción clara sobre sus repercusiones sociales y sanitarias.

En los últimos años, sin embargo, esta situación ha empezado a cambiar. El movimiento de mujeres y otros sectores sociales involucrados en la promoción de los derechos de las mujeres y en el mejoramiento de sus condiciones de salud han intensificado sus esfuerzos para hacer visible la compleja situación del aborto. El debate público sobre el tema ha empezado a adquirir nuevos matices y recientemente se han logrado algunos avances para modificar las leyes.² Por otro lado, distintas encuestas de opinión sobre el aborto han mostrado que buena parte de los habitantes del país tienen opiniones que no coinciden con las de la Iglesia católica y otros grupos conservadores.

Entre los hallazgos de una de estas encuestas destaca que una proporción mayoritaria de la población mexicana está de acuerdo con la práctica del aborto en casos de violación, cuando el embarazo pone riesgo la vida o la salud de la mujer, y por alteraciones del producto (cuadro 5). El 80% de las personas encuestadas opinó que las instituciones públicas de salud tienen que ofrecer servicios de aborto en los casos previstos por las leyes; y el 95% indicó que el voto de los legisladores en aspectos relacionados con el aborto debe apoyarse en consultas amplias a la ciudadanía y no en sus creencias religiosas o sus opiniones personales (Population Council, 2001).

² Ejemplo de esto es la llamada Ley Robles, aprobada por mayoría en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en agosto del 2000. Con esta reforma, el Código Penal del Distrito Federal incluye, además de la violación, tres indicaciones más para la interrupción legal del embarazo admitidas por otros códigos penales estatales: los riesgos para la salud de la mujer, las alteraciones congénitas y genéticas fetales graves, y la inseminación artificial no consentida. La reforma contempla los procedimientos necesarios para dar cumplimiento a las nuevas disposiciones legales y para que la interrupción del embarazo se realice en las instituciones del sector público; establece también responsabilidades para el personal médico, así como los plazos y requisitos para autorizar las intervenciones (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2000).



Mujer en el mirador. Eduard Munch.

CUADRO 5 PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN QUE ESTA DE ACUERDO CON LA PRACTICA DEL ABORTO EN DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS, México 2001*

Circunstancia	%
Cuando la vida de la mujer está en peligro	80
Cuando está en riesgo la salud de la mujer	75
Cuando el embarazo es resultado de violación	64
Cuando el producto tenga defectos de nacimiento (físicos o mentales)	52
Cuando la mujer es menor de edad	20
Cuando la mujer así lo decide	20
Por falta de recursos económicos	17
Cuando la mujer es madre soltera	11
Cuando falló el método anticonceptivo	11

Fuente: Population Council, 2001.

* Los datos corresponden a una muestra probabilística y estadísticamente representativa de la población mexicana en cuanto a características demográficas (sexo, edad, nivel socioeconómico y lugar de residencia urbano y rural); incluyó 3 mil personas de ambos sexos y de 15 a 65 años.

Otra encuesta reciente, aplicada a 181 médicos(as), que participaron en talleres sobre atención integral a víctimas de violencia sexual y trabajan en hospitales del sector público en distintas entidades del país, mostró que la gran mayoría considera que las mujeres deberían tener acceso al aborto en casos de violación, cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer, y cuando se detectan alteraciones fetales. El nivel de aceptación fue bajo –del 30% o menor- en el caso de otro tipo de circunstancias; no obstante, nadie indicó que una mujer no debería tener acceso al aborto bajo ninguna circunstancia (cuadro 6). El 87% opinó que todos los hospitales públicos deberían tener la capacidad para ofrecer servicios de interrupción del embarazo cuando ésta se encuentra dentro de la legalidad (Ipas México, 2002).

CUADRO 6 OPINIÓN DE MÉDICOS(AS) RESPECTO A LAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS CUALES LAS MUJERES DEBERÍAN TENER ACCESO AL ABORTO

Circunstancia	Médicos(as) (n=181) %
Cuando el embarazo es resultado de violación	97
Cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer	96
Cuando el embarazo causa grave daño a la salud de la mujer	93
Cuando el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas	90
Cuando hubo inseminación artificial no consentida	87
Cuando la mujer es menor de edad	30
Por falta de recursos económicos	25
Cuando falla la anticoncepción	22
Cuando la mujer es soltera	14
En ninguna circunstancia	0

Fuente: Encuesta aplicada durante los talleres "Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual", realizados en hospitales ubicados en diferentes entidades del país: Baja California Norte, Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo y Yucatán (Ipas México, 2002).



La mujer del abanico. Pablo Picasso.

COMENTARIOS FINALES



La maternidad no deseada obstaculiza el ejercicio de los derechos humanos básicos de las mujeres y representa una violación a distintos acuerdos internacionales firmados y ratificados por México; asimismo, representa una violación al Artículo 4º de la Constitución Mexicana, en el cual se establece que todas las personas tienen el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Las leyes que regulan la interrupción del embarazo en México constituyen uno de los elementos de mayor peso en la alta incidencia de complicaciones ocasionadas por el aborto practicado en condiciones de inseguridad. Por lo tanto, desde una perspectiva centrada en la necesidad de lograr el pleno reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, la legislación sobre el aborto tiene que ser modificada.

Las respuestas a la cuestión del aborto son necesariamente complejas, por lo que el problema tiene que ubicarse en una perspectiva política que se dirija, en primer término, a ofrecer a la población información amplia sobre el problema y a contrarrestar el impacto que en el debate sobre el tema han tenido los argumentos morales y religiosos contra la interrupción de los embarazos no deseados. La creación de condiciones que permitan el cumplimiento de las leyes vigentes, así como la ampliación de las causales para el aborto legal y su eventual despenalización, implica apoyar los esfuerzos que realizan distintos sectores sociales para sacar a la luz pública las consecuencias de una legislación restrictiva y obsoleta que no evita la práctica del aborto.

No obstante, es necesario considerar que las soluciones a los problemas que plantea el aborto van más allá de las reformas legislativas. La disminución sustancial de las complicaciones y las muertes causadas por el aborto inseguro supone un respaldo político al más alto nivel, que garantice tanto la opción voluntaria de las mujeres para interrumpir el embarazo como el acceso a servicios de aborto en las instituciones públicas de salud, con alta calidad y cobertura amplia.

Es importante tomar en cuenta que en la actualidad existen métodos altamente seguros y eficaces para realizar la interrupción temprana del embarazo, que incluyen la aspiración manual endo-uterina (AMEU) y el uso de algunos medicamentos. La AMEU ha sustituido en la mayoría de los países desarrollados al le-

grado instrumental para interrumpir los embarazos tempranos; asimismo, constituye la técnica quirúrgica más adecuada para atender a las mujeres con abortos espontáneos y a quienes presentan complicaciones de abortos realizados en condiciones inseguras (Baird y cols., 1996). Por otra parte, en distintos países se ha empezado a extender la práctica del aborto médico, el cual se realiza mediante el uso de medicamentos (mifepristone, misoprostol y metrotexate) que se administran bajo diferentes esquemas en las primeras semanas del embarazo, con altos márgenes de seguridad y eficacia (Creinin y Pymar, 2000; Stewart y cols., 2001).

Una respuesta integral al embarazo no deseado y al aborto practicado en condiciones inseguras supone también la aplicación de estrategias para su prevención. Es urgente instrumentar programas de educación sexual que den respuesta a las necesidades específicas de los grupos a los que se dirigen y que propicien condiciones de mayor equidad entre hombres y mujeres en el espacio de la sexualidad y la reproducción. Se requieren también servicios de salud reproductiva accesibles a todas las personas y con una variedad amplia de métodos anticonceptivos eficaces y seguros, así como la difusión intensiva de los métodos para la anticoncepción de emergencia. La aplicación de este tipo de estrategias redundará sin duda en una disminución importante de los embarazos no deseados y de los abortos inseguros; sin embargo, es necesario considerar lo siguiente:

" (...) El aborto no es el tardío invento de una sociedad decadente y moralmente relajada, es una realidad cotidiana de todas las sociedades históricamente conocidas, es incluso una realidad inevitable en nuestro tiempo, ya que ningún medio anticonceptivo es absolutamente infalible y siempre habrá mujeres que tomen la opción de interrumpir un embarazo no deseado" (Cifrián y cols., 1986).

Por otro lado, es también urgente mejorar la calidad técnica y humana de la atención a las mujeres con complicaciones del aborto inseguro, mediante la incorporación del modelo de la atención post-aborto. Dicho modelo, que incluye la técnica de la aspiración manual endo-uterina para el manejo quirúrgico de urgencia, enfatiza la importancia de proporcionar a las mujeres servicios integrales durante su estancia en el hospital, que les ofrezcan consejería amplia sobre anticoncepción y les permitan una mejor comprensión de su situación de salud. La atención post-aborto forma parte de las recomendaciones de la CIPD y su utilidad ha sido probada en distintos hospitales públicos del país; entre sus



Temas y variaciones. Henri Matisse.

ventajas se han reportado la mayor satisfacción de las usuarias y los(as) proveedores, el mejoramiento de la calidad técnica de los servicios y la disminución importante de sus costos (Brambila y cols., 1998; Fuentes y cols., 1998; Fuentes y cols, 2001).

Por último, cabe señalar que los(as) médicos(as) tendrán un papel decisivo para lograr una modificación sustancial de las leyes sobre el aborto en México. Por ello, es necesario que se involucren activamente en el debate público sobre los aspectos sociales, jurídicos, éticos y médicos de la interrupción del embarazo. Las experiencias de otros contextos han mostrado que sin el consenso del gremio médico, el impacto de cualquier reforma legislativa para ampliar el acceso de las mujeres al aborto en condiciones seguras es limitado.

Médicos y médicas, en particular quienes se encuentran en etapa de formación profesional, tienen la responsabilidad de informarse y ampliar su perspectiva ética sobre un problema social muy complejo y con repercusiones de gran importancia en la salud y la vida de miles de mujeres. Las restricciones marcadas en las leyes vigentes, así como los estigmas de carácter moral y religioso frente a la interrupción de los embarazos no deseados, tienen muy poca relación con la realidad actual de la mayoría de las mujeres en México. Ninguna mujer tendría que sufrir secuelas físicas o emocionales ni exponerse a morir a consecuencia de un aborto practicado en condiciones que ponen en riesgo su salud y atentan contra su dignidad. Como señaló el Dr. Jorge Villarreal (1989), un médico colombiano profundamente comprometido con las mujeres que se enfrentan al embarazo no deseado:

"El aborto adecuadamente realizado no es más una amenaza para la salud física o mental de la mujer y puede practicarse humanamente y sin explotación económica. La profesión médica necesita, por lo tanto, actuar racionalmente, con sensibilidad moral y con un profundo sentido de la responsabilidad social. Apoyada en el conocimiento científico disponible, la profesión médica puede encarar honestamente sus obligaciones profesionales y personales".



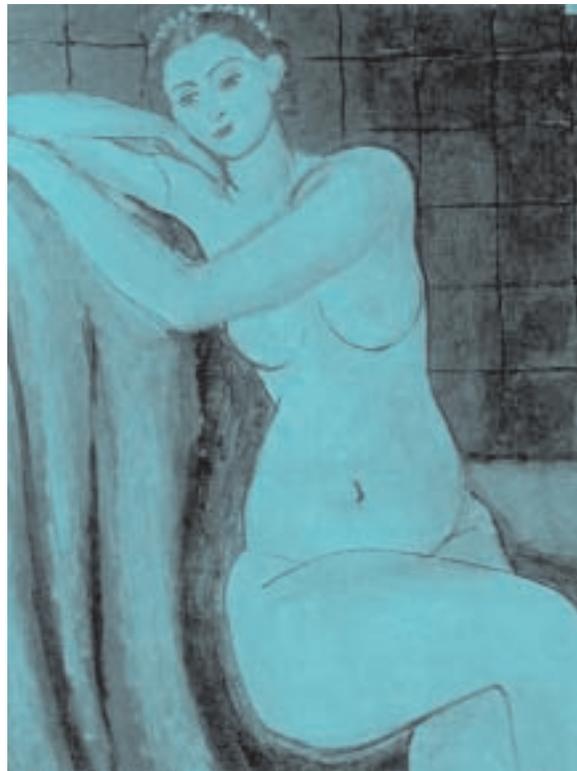
Noche de verano (Inger en la playa). Edvard Munch.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMAN, E., SHAH, I., 2002. Unsafe abortion: worldwide estimates for 2000. *Reproductive Health Matters*, v. 10(19), p. 13-17.
- ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS, 1994. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Documento A/171/13, Nueva York: ONU.
- ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL, 2000. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, décima época, n. 148, 24 de agosto.
- BRAMBILA, C., LANGER, A., GARCIA, C., MOLINA, A., HEIMBURGER, A., BARAHONA, V., 1998. Análisis de costos de los servicios post – aborto en el Hospital General Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. México: The Population Council.
- BAIRD, T.L., GRINGLE, R.E., GREENSDALE, F.C., 1996. AMEU en el tratamiento del aborto incompleto: experiencia clínica y programática. Carrboro (EUA): Ipas.
- CIFRIÁN, C., MARTÍNEZ-TEN, C., SERRANO, I., 1986. La cuestión del aborto. Barcelona: Icaria.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2000. Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana. México: CONAPO.
- COOK, R.J., 1991. Leyes y políticas sobre el aborto: retos y oportunidades. *Debate Feminista*, no. 1, p.89-141.
- CREININ, M.D., PYMAR, H.C., 2000. Medical abortion alternatives to mifepristone. *Journal of the American Medical Women's Association*, v. 55(3), p. 127-132.
- DAVID, H.P., DYTRYCH, Z., MATEJCEK, Z., SCHULLER, V., 1991. Hijos no deseados. México: Edamex (Edición adaptada al español por Anilú Elías y Hortensia Moreno).
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2000. Estado de la población mundial 2000. Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio. Nueva York: FNUAP.
- FUENTES, J., BILLINGS, D., CARDONA, J.A., OTERO, J.B., 1998. Una comparación de tres modelos de atención post – aborto en México. México: Population Council.
- FUENTES, J., WROOMAN, E., PÉREZ-CUEVAS, R., FLORES, B., CARDONA, A., 2001. Evolución de la introducción de aspiración manual endouterina en hospitales del IMSS. *Revista Médica del IMSS*, v. 39(5), p. 393-401.
- GERMAIN, A., KIM, T., 1999. Incrementando el acceso al aborto seguro: estrategias para la acción. Nueva York: International Women's Health Coalition.

- GONZALEZ, A.I., 1995. Crimen y castigo: el aborto en la Argentina. En: GONZALEZ, S. Las mujeres y la salud. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, p.167-197.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA, 2000. Miradas sobre el aborto. México: GIRE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA, 2001. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 17. Aguascalientes: INEGI.
- IPAS MÉXICO, 2002. Resultados de la encuesta aplicada durante los talleres de atención integral e interrupción legal del embarazo para mujeres víctimas de violencia sexual. Informe preliminar (no publicado).
- LAMAS, M., 1997. Deconstrucción simbólica y laicismo: dos requisitos imprescindibles para la defensa de los derechos reproductivos. En: COOK, R.J. Derechos humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales. Bogotá: Profamilia, pp. 156-166.
- LANGER, A., ROMERO, M., 1996. El embarazo, el parto y el puerperio ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México? En: LANGER, A., TOLBERT, K. (editoras) Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. México: Population Council / Edamex, p.13-37.
- LÓPEZ, R., 1994. El aborto como problema de salud pública. En: ELÚ, MC, LANGER, A. (Editoras). Maternidad sin riesgos en México. México: Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México / Instituto Mexicano de Estudios Sociales, p. 85-90.
- LOZANO, R., HERNÁNDEZ, B., LANGER, A., 1994. Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México. En: ELÚ, M.C., LANGER, A. (editoras). Maternidad sin riesgos en México. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. / Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, p. 43-52.
- MAINE, D., 1997 (editor). Prevention of maternal mortality: Supplement to the International Journal of Gynecology and Obstetrics, 59 (supl.2).
- POPULATION COUNCIL, 2001. ¿Qué piensan y opinan las y los mexicanos sobre el aborto? Resultados de una encuesta nacional de opinión pública. México: Population Council.
- POPULATION REPORTS, 1997. Care for post – abortion complications: saving women’s lives. Baltimore: Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health.
- RAHMAN, A., KATZIVE, L., HENSHAW, S.K., 1998. A global review of laws on induced abortion, 1985-1997. Family Planning Perspectives, 24(2), p. 56-64.

- RIVAS, M., AMUCHASTEGUI, A, 1998. Voces e historias sobre el aborto. México: The Population Council / Edamex.
- SECRETARÍA DE SALUD, 1997. Mortalidad. México: SSA.
- STEWART, F.H., WELLS, E.S., FLINN, S.K., WEITZ, T.A., 2001. Interrupción médica del embarazo temprano: aspectos relacionados con la práctica. San Francisco: University of California, Center for Reproductive Health Research.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Nueva York: AGI.
- UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1999. Key actions for the future implementation of the programme of action of the ICPD. New York: UN.
- VILLARREAL, J., 1989. Commentary on unwanted pregnancy, induced abortion and professional ethics: a concerned physician's point of view. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, Supl. 3, p. 51-55.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992. The prevention and management of unsafe abortion, Report of a technical working group. Geneva: WHO/MSM/92.5
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997. Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva: WHO/RHT/MSM/97.16



Desnudo rosa. Henri Matisse.

LA MISIÓN DE IPAS

Ipas es una organización no gubernamental que trabaja para mejorar la calidad de vida de las mujeres, especialmente en el área de la salud sexual y reproductiva. Nuestro trabajo se apoya en el principio de que todas las mujeres tienen derecho al más alto nivel de salud posible, a opciones seguras en su vida reproductiva y a una alta calidad en la atención a su salud. Nos concentramos en la prevención del aborto que ocurre en condiciones de riesgo, en mejorar el tratamiento de sus complicaciones y en reducir sus consecuencias. Dirigimos nuestros esfuerzos a promover los derechos y la autonomía de las mujeres, así como a aumentar su acceso a servicios integrales que mejoren su salud sexual y reproductiva.

Nuestras actividades incluyen el desarrollo e introducción de tecnologías médicas innovadoras, programas de capacitación e investigación, y la edición de publicaciones. La cooperación técnica ofrecida por Ipas ha contribuido a:

- Apoyar políticas de salud reproductiva centradas en las mujeres
- Mejorar la calidad y sustentabilidad de los servicios de salud
- Garantizar la disponibilidad a largo plazo de tecnologías relacionadas con la salud reproductiva
- Promover la participación activa de las mujeres en el mejoramiento de la atención a su salud

Para obtener mayor información sobre las actividades de Ipas consultar nuestra

página web: www.ipas.org

Dra. Nadine Gasman Zylberman, Directora Ejecutiva de Ipas México

Dr. Rubén Ramírez, Coordinador del Proyecto de Colaboración con las Facultades / Escuelas de Medicina
(rubenr@ipas.org.mx)

Ipas México. Pachuca 92, Col. Condesa, México DF,

CP 06140

Tels. 52 11 77 53, 52 11 83 81,

Fax 52 86 31 56

Correo electrónico: ipas@ipas.org.mx