

29  
201



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales  
CAMPUS ARAGON

## LA PRACTICA CLANDESTINA DEL ABORTO EN MEXICO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN DERECHO  
P R E S E N T A:  
ROSA ARIAS GARCIA

ASESOR: LIC. ROSA MARIA VALENCIA GRANADOS



E. N. E. P. ARAGON

MEXICO 1998

267093

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A Angela, quien más que una hermana, ha representado para mí una institución de fortaleza, bondad y sacrificio, que sobrepasa las comunes limitantes humanas. A ella le debo la mayor parte de mi formación académica y el fomento de mis principios; sin su infinito e íntegro apoyo, jamás hubiese tenido el valor de enfrentarme a encomienda tan ardua como lo es la elaboración de esta tesis.*

**Gracias Angela**

*A mi madre, Señora Francisca García, que en ningún momento ha dejado de estar conmigo; siempre apoyándome con su gran optimismo, entusiasmo, temple y, sobre todo, con su enorme amor, que han hecho de mí una persona fuerte y capaz de lograr este objetivo.*

**Gracias Mamá**

*A mi padre, Señor Juan Arias, quien siempre ha procurado forjarme este espíritu de superación constante, mismo que me ha impulsado a vencer grandes desafíos. Su confianza, comprensión, tolerancia y amor, han encauzado la terminación de esta labor.*

**Gracias Papá**

*A la Lic. Rosa María Valencia Granados, quien distinguida por su dedicación e interés en la educación, ha logrado fomentar este deseo interminable de ser mejor cada día. Siempre agradeceré su atención, interés, confianza y preocupación puestas en este trabajo.*

**Gracias Profesora Rosa María**

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, que me ha permitido cursar y concluir una carrera profesional orgullosamente en la ENEP Aragón, donde a través de sus instalaciones, servicios y, sobre todo, de sus profesores, he obtenido el conocimiento y criterio necesarios para afrontarme a retos que antes me hubiesen parecido imposibles de resolver.*

## ÍNDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN	1
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>MARCO JURÍDICO DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO</b>	
1.1. SALUD PÚBLICA	1
1.2. AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	6
1.3. INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA	9
1.4. EL ABORTO, UN PROBLEMA DE SALUD EN MÉXICO	15
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>LINEAMIENTOS GENERALES SOBRE EL ABORTO</b>	
2.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	24
2.2. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS ABORTIVOS	30
2.3. FACTORES	35
2.3.1. CULTURAL	36
2.3.2. SOCIOECONÓMICO	38
2.3.3. OTROS	40
2.4. CONSECUENCIAS DE SU PRÁCTICA CLANDESTINA	42
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>SOLUCIONES ALTERNATIVAS AL PROBLEMA DEL ABORTO</b>	
3.1. ASPECTOS PENALES DEL ABORTO	49
3.2. PREVENCIÓN	63
3.3. ATENCIÓN MÉDICA	73
3.4. PROPUESTAS DOCTRINARIAS	83
CONCLUSIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	97

## INTRODUCCIÓN

El panorama general de México, en cuanto a salubridad se trata, se ha conformado por una mala salud, mal nutrición y altas tasas de enfermedad y muerte. Sin embargo, una gran proporción de las enfermedades que ocupan lugar tan significativo en el país, podría prevenirse o al menos, reducirse considerablemente con mejores condiciones de sanidad y alojamiento; para ello, sería necesario un urgente análisis de los programas nacionales de salud, a la luz de los verdaderos problemas que enfrenta la población tal como lo es el aborto, mismo que ha pasado de interés inadvertido aquí y en los demás países tercermundistas, sobre todo en Latinoamérica, por categorizarse superfluo su estudio ante los graves estragos económicos que envuelven a la mayoría de habitantes, quienes prefieren primordialmente resolver cuestiones que resultan de vital importancia para su subsistencia, tales como la falta de empleo o de recursos, el subempleo, los empleos marginados, la desnutrición, la subida de precios y otras similares. Y aunque nadie niega la trascendencia de estos asuntos, no podemos hacer a un lado el aspecto de la salud, que también puede originar repercusiones económicas si en general es mala en un grupo poblacional. Por ello, no debemos restarle valía a los detrimentos que genera la clandestinidad del aborto, poniendo en peligro miles de vidas y la salud de muchas mujeres, quienes se ponen en manos de gente inexperta que, en pésimas condiciones de higiene y sin el material adecuado, intentan maniobrar en ella dicha operación.

La situación de ilegalidad que conlleva al clandestinaje afecta en mayor medida a mujeres de estratos sociales bajos, en virtud de que algunos médicos aprovechando la penalización del aborto, suelen acudir a dicha práctica sólo a cambio de magnas cantidades de dinero, anteponiendo de justificante el riesgo que corren de ser denunciados. De tal manera, sólo las que pueden pagar grandes cuantías quedan exentas del peligro.

Por otra parte, resulta muy vago e impreciso el conocimiento que se tiene acerca del número de mujeres que recurren al aborto en un lapso determinado. Se suele confundir, no desinteresadamente, el número real de abortos que se realizan en nuestro país, con la cantidad de abortos que llegan a conocerse por ser inocultables. Los datos estadísticos referentes a las pautas de morbi-mortalidad en toda América Latina de por sí dejan mucho que desear, toda vez que la información es incompleta y las causas específicas de las muertes son notoriamente imprecisas dado que muchas no son certificadas por un médico; añádase en este caso, que la clandestinidad acentúa la dificultad para conocer el dato exacto. No obstante, las cifras conocidas revelan que se trata de un problema social y de salud no desdeñable; esa información contiene los datos que, a

pesar de todo, emergen a la luz y aún cuando sólo se aproxima a la cognición del problema, es indicativa de la magnitud del mismo.

Ante tales aspectos, se percibe la inadecuación de los preceptos legales en torno al aborto si entendemos que las transformaciones legales deben ir unidas a las transformaciones sociales, y en el caso del aborto parece no operar dicho supuesto, ya que la conminación penal no está deteniendo el ejercicio abortivo de miles de mujeres que por sus diversos motivos, muy respetables, están abortando en las condiciones más insalubres e inhumanas posibles que podrían evitarse si el texto legal fuese más flexible y la legislación sanitaria tomara parte en el asunto, previendo su práctica clandestina como una situación indeseable que daña la salud de gran parte de la población femenina en edad reproductiva y por lo cual, debiera disuadirse a toda costa mediante su prevención y atención médica oportuna.

**CAPÍTULO 1**  
**MARCO JURÍDICO DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO**

	<b>PAG</b>
1.1. SALUD PÚBLICA	1
1.2. AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS	6
1.3. INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA	9
1.4. EL ABORTO, UN PROBLEMA DE SALUD EN MÉXICO	15

## 1.1. SALUD PÚBLICA

De acuerdo a su etimología, salud; del latín “*salus*”, “*salutis*”; significa estado o situación en la que el organismo ejerce adecuadamente sus funciones síquicas y somáticas (1). Hasta 1946, la salud había sido considerada como la “ausencia de enfermedad” abordando con tal estrechez, una cuestión notablemente más compleja que dicho planteamiento. Es precisamente ese año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS), emite una concepción más amplia y acertada refiriéndose, de esta manera, a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no meramente la ausencia de dolencia o enfermedad”(2), apegándose a esta definición, la emitida por la Subdirección Médica del ISSSTE.

En términos genéricos, se da el nombre de salud pública al “conjunto de servicios a los cuales puede tener acceso la población de un país, por regla general en forma gratuita, con objeto de atender el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, a la prolongación y al mejoramiento de la calidad de la vida humana.”(3) Consecuentemente la medicina y el cuidado a la salud, son asuntos de índole social que, a la vez, reflejan y son integrales a los procesos por los que se reproducen los pueblos. Y aunque comúnmente se ha analizado la medicina y la salud desde una perspectiva estrecha, puramente biomédica, en estudios recientes se ha adoptado la teoría de que las estructuras socioeconómicas y políticas constituyen los determinantes primarios del modo en que se trata y considera a la misma; todo aquello que permita a los individuos de la comunidad, gozar de la oportunidad de condiciones sanitarias para mantener su estado vital, se consideran exigencias actuales que deben vigilar las autoridades encargadas de su reglamentación. Sin embargo, la mentalidad del servicio a la salud en México se concentra en un tratamiento individualizado y no en programas colectivos para mejorar las condiciones de vida en general, lo que origina cierta desigualdad de atención entre los diferentes grupos sociales.

En nuestro país, la organización de la salubridad queda compuesta por varios sectores, uno de ellos comprende los organismos de seguridad social pública, como el IMSS y el ISSSTE; otro nivel de atención a la salud corresponde a la fracción gubernamental-pública, constituyéndose de la Secretaría de Salud, organismos de atención a unidades administrativas políticas especiales, y agencias federales que se encargan de campañas específicas a problemas comunitarios (por ejemplo el DIF); el último sector abarca la medicina privada, agrupando a las clínicas particulares y a las Instituciones de caridad privadas, como la cruz roja, la cruz verde o los grupos de rescate. Así mismo, existen diversos ordenamientos legales que, a razón de su competencia, avalan el derecho a la salud, además de señalar la correcta aplicación y observancia de la sanidad

---

(1).- “Salud pública”, Diccionario jurídico sobre seguridad social, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 1994 (Serie E: varios, no. 62), p.393.

(2).- Acosta, MariClaire, Flora Bóton-Burlá [et. al.]. El aborto en México, F.C.E., México, 1976, p.26.

(3).- “Salud pública”, Diccionario Jurídico, Op. Cit., p.393.

pública, entendiéndose por ésta, el conjunto de servicios profesionales para preservar la salud pública.

## MARCO JURÍDICO

El Manual de Organización General de la Secretaría de Salud instituye el marco jurídico de la misma, ubicando a la Constitución Política (penúltimo párrafo del artículo 4º), como el principal instrumento normativo de la salud pública en México. De igual forma enumera en orden de jerarquía, la demás legislación sanitaria, de la cual extractamos la siguiente:

### LEYES

Ley Federal de Educación (D.O. 29-II-1973)

Ley del Seguro Social (D.O. 12-III-1973)

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (D.O. 29-XII-1982)

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (D.O. 27-XII-1983)

Ley General de Salud (D.O. 07-II-1984)

### REGLAMENTOS

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General (D.O. 11-XI-1974)

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (D.O. 23-IX-1988)

### DECRETOS

Decreto que adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (D.O. 03-II-1983).

Decreto por el que el ejecutivo federal establece las bases para el Programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (D.O. 30-VIII-1983).

### ACUERDOS PRESIDENCIALES

Acuerdo por el que se crea la comisión interinstitucional de investigación en salud (D.O. 19-X-1983).

Acuerdo sobre la integración del Consejo Nacional de Salud (D.O. 25-III-1986).

### ACUERDOS SECRETARIALES

Acuerdo número 43 por el que se crea el Comité de Investigación en Salud (D.O. 11-I-1985).

### ACUERDOS

Acuerdos de Coordinación del Ejecutivo Federal (S.P.P., S.C.G.F. y S.S.A) y las entidades federativas, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los servicios de salud.

### NORMAS TÉCNICAS

Dirección General de Medicina Preventiva.- 25 normas técnicas (dependiente de la Subsecretaría de Servicios de Salud).

Dirección General de Planificación Familiar.- 1 norma técnica (dependiente de la Subsecretaría de Servicios de Salud).

### DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

Plan Nacional de Desarrollo (31-V-1983)

Programa Nacional de Salud 1984-1988 (7-VIII-1984)

Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta (1-IV-1985).

### CONSTITUCIÓN POLÍTICA

En el año de 1983 se elevó a garantía constitucional el derecho a la protección a la salud, consagrándose en el artículo 4º, en el que ya se establecían las garantías de igualdad jurídica del hombre y la mujer ante la ley, y la protección a la organización y desarrollo de la familia. Los párrafos del citado numeral que son de nuestro interés, dicen a la letra:

“Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

“Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las Instituciones públicas.”

De tales preceptos se desprende que el derecho a la salud, es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad y los interesados. Al respecto, el tratadista Ignacio Burgoa aduce que la facultad subjetiva que proclama la declaración de que a toda persona se le proporcionará la protección a su salud, “está subordinado en cuanto, a su goce y ejercicio, a las condiciones económicas y sociales que permitan su efectividad práctica, ya que sin ellas tal derecho se antoja onírico o quimérico”(4). De tal suerte, se hace necesario el crecimiento y avance económico del país, aunado a un equitativa distribución de la riqueza, si es que queremos hablar de eficiencia y justicia en el plano aplicativo del aludido texto constitucional.

En otros términos, el referido derecho también depende de las “bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud” que la legislación secundaria defina, tal como se indica en la Constitución. Y en este caso, la normatividad secundaria parte de la Ley General de Salud, seguida de otras reglamentaciones menores, expedidas por las autoridades sanitarias. En este aspecto, es importante señalar el contenido de la fracción XVI del 73 constitucional, relacionado con el artículo 4º del mismo ordenamiento legal, la cual hace mención de una de las facultades

---

(4).- Burgoa, Ignacio. Las Garantías Individuales, 27ª ed., Porrúa S.A., México, 1995, p. 277.

del Congreso de la Unión: “Para dictar leyes sobre...salubridad general de la República:

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país;

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República;

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.”

## LEY GENERAL DE SALUD

En cumplimiento a las reformas constitucionales publicadas el 3 de febrero de 1983 en el Diario Oficial de la Federación, la Ley General de Salud, vigente desde el 7 de febrero de 1984, reglamenta el derecho a la protección a la salud en términos del artículo 4º constitucional, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y de los Estados, en materia de salubridad general.

A razón de su trascendencia, esta Ley es de aplicación nacional y sus disposiciones son de orden público e interés general. Sus primordiales objetivos, de acuerdo a su artículo 2º son: el bienestar físico y mental del individuo para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de los servicios de salud. De esta manera, define los campos de salubridad general en: atención médica, salud pública y asistencia social, y redistribuye la competencia sanitaria entre la Federación y los Estados, acatando así el mandamiento constitucional.

Con fines auxiliares, se hallan reglamentos varios de la Ley General de Salud, como el interior de la Secretaría de Salud, o aquéllos que rigen en las materias de prestación de servicios de atención médica, de publicidad, y de investigación para la salud, mismos en los que se alude la competencia de las autoridades respectivas, en materias específicas.

## NORMAS TÉCNICAS

La Secretaría de Salud con base en el artículo 13, fracción I de la Ley General de Salud, dicta -a través de las subsecretarías de: “Regulación Sanitaria y Desarrollo”, de “Servicios a la Salud (que abarca medicina preventiva y planificación familiar), y de “Planeación”- las normas técnicas a que se sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de los servicios de salud en materia de salubridad general y verifica su cumplimiento.

La Norma Técnica número 21, publicada el 7 de julio de 1986 en el Diario Oficial, y conforme a lo que establecen diversos numerales de la Ley General de Salud, dispone en su artículo 3º, que la atención primaria a la salud es “la asistencia sanitaria, basada en métodos y tecnología práctica, con fundamento científico, socialmente aceptada, accesible a la comunidad” y comprende las áreas de atención médica, salud pública y asistencia social. A su vez, el artículo 25 de dicha Norma Técnica, dispone que la salud pública prevé las actividades de protección, fomento y restauración de la salud; la primera de ellas implica la detección y control de brotes y de riesgos en grupos vulnerables; las acciones de fomento tienen como finalidad la educación para la salud por medio de orientación, información y capacitación a la comunidad; y por último, la restauración de la salud se maneja principalmente, por medio de tratamientos e instrucción. El personal de salubridad en coordinación con los comités de salud, ejecuta estas gestiones en unidades médicas y aplicativas de asistencia social, en el domicilio, en la escuela, en el centro laboral, y en otros sitios similares.

Así mismo, es preciso indicar que, a pesar de que la restante legislación concerniente al régimen de la salud actúa en sentido complementario o auxiliar de la Ley General de Salud, existen ciertos documentos administrativos de relevancia para la materia, como es el caso del Programa Nacional de Salud 1984-1988, precedido por el Plan Nacional de Salud 1983-1988, donde se ha presentado la intención más auténtica de descentralizar los servicios de salubridad general y de impulsar este sector por parte del gobierno federal en beneficio de los Estados, al menos en teoría, ya que gracias a la expedición de dichos documentos, nació la necesidad legislativa de asignarle mayor significación al derecho a la salud ubicándolo, entonces, dentro del título constitucional de las Garantías Individuales, en vez de hallarse en el Código Sanitario el cual, por cierto, fue derogado por las reformas constitucionales que dieron a luz el referido derecho, mismas que hicieron hincapié para que se adecuaran los ordenamientos que ya se percibían inoperantes en este ámbito, dando paso a varios acuerdos pactados entre las entidades y la federación, y a nuevas leyes como la General de Salud.

Resta señalar que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, estructurado en la presente administración al mando de Ernesto Zedillo, da cabida a un programa de reforma del sector salud que, además de la creación del Consejo Nacional de Salud, la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS), y el desarrollo y operación del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC); tiende a privilegiar las acciones de prevención sobre las curativas y a descentralizar los servicios. Este último punto es incluido también en el Programa de Modernización de la Administración Pública 1995-2000, que se dio a conocer el 6 de mayo de 1996 por el jefe del Ejecutivo, y en el aspecto concerniente menciona: “En respetuosa consulta y coordinación con los gobiernos estatales y municipales, el gobierno federal seguirá promoviendo una decidida descentralización administrativa para fortalecer nuestro federalismo... proponemos profundizar en la federalización educativa; impulsar la descentralización definitiva de los servicios de salud.”(5) No observándose en dicho escrito, un apartado más en referencia a la salud.

---

(5).- “Transformar la Administración Pública Federal en un organización eficaz”. El Día (México, D.F.), 7 de mayo de 1996, p. 16, Testimonios y documentos.

## 1.2. AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS

El Derecho administrativo se ocupa de regular la administración pública, por lo que le compete, sin menoscabo de los múltiples asuntos de que se encarga, la cuestión relativa a los servicios públicos, mismos que conocen de necesidades comunitarias como las que residen en la asistencia social y la salud pública. La Constitución política señala los órganos y autoridades, bajo orden de jerarquía, que habrán de dirigir las acciones públicas; no olvidando que existen leyes más específicas en el tema, como lo es la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que establece la integración de la misma, cuyo régimen centralizado es encauzado por el Ejecutivo federal y secuencialmente, por las Secretarías de Estado, Departamentos administrativos, y Consejería Jurídica; además de enumerar las funciones de cada uno de estos organismos.

Por otra parte, sabemos que para la mejor atención de los servicios públicos es menester desglosarlos en áreas, de las cuales sólo enfocaremos el ramo de la salud, por así solicitarlo el objetivo del presente trabajo.

Para empezar, citaremos el artículo 4° de la Ley General de Salud, que designa las autoridades sanitarias:

- I.- El Presidente de la República
- II.- El Consejo de Salubridad General
- III.- La Secretaría de Salud
- IV.- Los gobiernos de las entidades federativas

Varias son las gestiones de salud pública que corresponde su atención primaria y eficaz a los órganos de la Administración pública, encargados de satisfacerla a plenitud en la medida de lo posible. Para objeto de nuestra investigación, basta mencionar las siguientes:

\*Promover reglamentos que contengan recomendaciones prácticas bajo el rubro de salud general;

\*Reexaminar todas las disposiciones relativas a la salud con la frecuencia necesaria, a efecto de que se encuentren permanentemente actualizadas, según los avances de la ciencia y la técnica;

\*Fomentar estudios e investigaciones destinados a identificar toda clase de riesgos públicos y prever su manifestación;

\*Facilitar información y asesoramiento públicos que posibiliten un entendimiento elemental en la población, de todas aquellas interrogantes relacionadas a la preservación de la salud;

\*Coordinar el ejercicio de las labores entre las mismas autoridades, incluyendo la cooperación forzosa que deben prestar organizaciones empresariales, educativas, de trabajadores, de difusión, de comunicación, o de auxilio; cuyo carácter sea privado.

Todas estas acciones deben ser coordinadas sistemáticamente, atendiendo a cada ámbito jurisdiccional.

En cuanto a la participación del Presidente Constitucional, además de encabezar la política sanitaria, le compete emitir toda clase de estatutos federales referentes al tema como lo son leyes, reglamentos, decretos, documentos administrativos o acuerdos, así mismo, sanciona los enviados por las Cámaras del Congreso, tal como lo estipulan los artículos 89 fracción I constitucional, 1º y 2º de la Ley General de Salud .

El Consejo de Salubridad General, es concebido como un órgano desconcentrado, dependiente del Presidente de la República sin intervención de las Secretarías de Estado. Sus determinaciones deben ser obedecidas en todo el país, según lo establece el artículo 73 fracción XVI constitucional; además tendrá la facultad de emitir las normas complementarias relativas a modalidades o áreas de la investigación científica en las que lo considere necesario, así como para opinar sobre programas y proyectos que provengan de la misma.

Relativo a la Secretaría de Salud, encontramos en el artículo 2º de su reglamento interior, cita de sus unidades administrativas siendo éstas, las subsecretarías, la oficialía mayor, las direcciones generales, las unidades y órganos administrativos desconcentrados. El artículo 1º del mismo reglamento, establece que la Secretaría tiene asignado el despacho de los asuntos que le encomiendan la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley General de Salud, y otros preceptos legales; y en cumplimiento a este mandato, el artículo 39 de la Ley Orgánica citada, dispone qué actividades habrá de realizar la Secretaría de Salud, de las cuales sólo elegimos algunas fracciones concernientes a nuestra labor:

I.- Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general; coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal;

II.- Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional;

IV.-Organizar y vigilar las Instituciones de beneficencia privada;

V.- Administrar los bienes y fondos que el gobierno federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública;

VI.-Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que prestan servicios a la salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección a la salud.

Propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho sistema y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;

VII.- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que corresponden al Sistema Nacional;

VIII.- Dictar las normas técnicas a que se sujetará la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general, incluyendo las de asistencia social, por parte de los sectores público, social y privado, y verificar su cumplimiento;

IX.- Organizar y administrar servicios sanitarios generales en la República;

X.- Dirigir la política sanitaria general;

XIX.- Organizar Congresos sanitarios asistenciales;

XX.- Prestar los servicios de su competencia directamente o en coordinación con los gobiernos estatales;

XXI.- Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;

XXII.- Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que prestan las dependencias y entidades federativas y proveer a su cumplimiento.

Así mismo, la Ley General de Salud indica, entre las facultades asignadas a la Secretaría de Salud, que ésta elaborará y llevará a cabo un programa de descentralización para la impartición de salud en los Estados, de conformidad con las leyes aplicables y los acuerdos de coordinación que se celebren. El artículo 33 de la misma ley, precisa que la Secretaría podrá celebrar convenios con los gobiernos estatales para establecer los Servicios Coordinados de Salud Pública en cada uno de los Estados, los cuales deberán prestar los servicios de salud que la Secretaría desconcentre, así como las labores que la misma les confiera, de acuerdo a los planes y programas federales, estatales y municipales.

Por tanto, la actuación de la Secretaría en los Estados consiste en coordinar y dirigir la integración, desarrollo y consolidación del sistema estatal de salud, así como organizar, evaluar, supervisar, coordinar y dirigir los programas dedicados a la atención médica y salud pública. En cuanto a las atribuciones del titular de los Servicios Coordinados en el Distrito Federal puede, éste, proponer reformas a la legislación aplicable en cuestiones de salubridad, y coordinar con los Institutos Nacionales de Salud y otras dependencias federales, la prestación de los servicios de salud; todo ello dentro de su marco jurisdiccional.

De lo anterior se desprende que los gobiernos estatales concertarán, tanto con la Secretaría de Salud, como con el Ejecutivo Federal y el Consejo de Salubridad General -cada uno en el contexto de sus facultades- para que coordinadamente, se obtenga uniformidad y equidad en los planes y programas de salud.

Cabe señalar que bajo el presente gobierno, el Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000 dio nacimiento al Consejo Nacional de Salud, estableciéndolo como un órgano de

coordinación entre la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA), con la finalidad de mejorar la aplicación de ciertos argumentos contenidos en la legislación sanitaria.

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud se integra por las dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local, y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones. Su objetivo general es el cumplimiento del derecho a la protección a la salud; sus objetivos específicos son el abastecimiento a la población de servicios de servicios de salud pública, custodiando la calidad de los mismos.

Los actos preventivos de mayor importancia que debe desarrollar, son los relacionados con los factores que condicionen o causen daños a la salud, pero la labor social que le corresponde en primer lugar, es la de colaborar al bienestar colectivo mediante servicios de asistencia social y, en segundo término, impulsar el desarrollo de la familia, la integración social y el crecimiento físico y mental de la niñez a través de la modificación de los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes vinculadas con la salud y el uso de servicios sanitarios asistenciales.

Este sistema ha sido concebido y definido como la instancia mediante la cual los sectores público, social y privado, deberán corresponsabilizarse en la realización efectiva del derecho a la protección a la salud por medio de mecanismos de coordinación y concertación de acciones, así como de la racionalización de los recursos al efecto disponibles.

Entre los órganos que lo constituyen, se hallan inmersas diversas Instituciones, como las citadas con anterioridad, cuyo propósito coincide en suministrar atención médica entendida, esta última, como el “ conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud mediante acciones de prevención, curación y rehabilitación.”(6) Para ello, estos organismos se han dividido en sectores, teniendo como diferencia su régimen, costo, ubicación, eficiencia pero, todos, bajo la misma consigna: preservar la salud de toda persona.

### 1.3. INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA

La organización de la salubridad en México se basa en la división por sectores, los que a su vez, se integran por varias Instituciones de las cuales hablaremos en seguida.

#### A) Sector Público gubernamental

---

(6).- “Atención médica”, Diccionario Jurídico, Op. Cit., p. 75.

Uno de los sectores participantes es el sector público-gubernamental, cuyo organismo fundamental es la Secretaría de Salud, la cual se auxilia de programas comunitarios locales introducidos en los centros de salud comunitarios, y de centros médicos integrados como los hospitales generales, clínicas y centros de salud, así como de hospitales de especialidades cuyas acciones van dirigidas a la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, a la formación y desarrollo de personal para la salud y a la investigación científica; de esta última, se encargan primordialmente los Institutos de Investigación, que también se encuentran facultados para atender urgencias, consultas externas y de hospitalización a personas con enfermedades específicas o afecciones del sistema.

De acuerdo a datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), los hospitales y unidades de consulta de las Secretarías ascienden a 8,003, de tal manera abarca más de la mitad del total de unidades médicas del Sistema Nacional de Salud (7). Sin embargo, a pesar de ser mayor el número de sus instalaciones, la Secretaría de Salud registra menos consultas externas que el IMSS, incluyendo las de planificación familiar, las de gineco-obstetricia, los partos y los abortos atendidos.

#### B) Instituciones de Seguridad Social

La seguridad social comprende una amplia gama de servicios esenciales, comúnmente asistenciales, clínicos, económicos, sociales y culturales, para preservar y mejorar la condición humana. Tiene por finalidad, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales, ineludibles para el bienestar individual y colectivo. Su fundamentación radica en la prevención de riesgos, cargas, necesidades y contingencias, todos de tipo social, y en conceptos o ideas que el Estado debe resolver por medio de sus órganos, sustentándose en todo caso, en los principios doctrinarios y filosóficos de esta materia que, a saber son: el económico, que se ocupa del financiamiento a través de los impuestos; el político, cuya idea es que el ente jurídico se ve obligado a encontrar y atacar las causas generatrices de la inseguridad colectiva, auxiliándose de planes y acciones ideados para tal fin; y el social, que describe la coordinación del gobierno mediante el Derecho, la política y la economía, dirigidos hacia el bien colectivo.

En efecto, los distintos regímenes de seguridad social se basan en los criterios de capacidad contributiva y de redistribución del ingreso, en los sistemas de solidaridad social que usan recursos fiscales y cooperación comunitaria e institucional, y en los sistemas de asistencia que descansan en el esfuerzo fiscal del Estado.

Por otra parte, los principios del derecho a la seguridad social determinan que, ésta, presupone un resguardo total en cuanto a situaciones emergentes, atendiendo al riesgo social sin tener en cuenta la causa generadora, sino el efecto que produce. La labor del Estado es, entonces,

---

(7).- Fuente: Boletín de Información Estadística, no. 15, Vol. I, Sistema Nacional de Salud, 1995.

la de coordinar las actividades de las dependencias oficiales y no oficiales vinculadas al cuidado a la salud, logrando así, una protección integral que se denota como una seguridad social institucional.

De las Instituciones de seguridad social destaca, por el volumen de renglones que atiende y por el número de sus asegurados y beneficiarios, el IMSS; probablemente esto se deba a que empezó a operar desde 1944. Le sigue en dimensión, el ISSSTE, fundado en 1960, y posteriormente han emergido otros programas médicos que cuentan con sus propios hospitales y clínicas. Dichas Instituciones son definidas como “organismos que forman parte del sistema encaminado a la protección de la clase trabajadora, de sus familiares y de la comunidad misma, contra los riesgos derivados del trabajo y de la existencia en general (riesgos vitales).”<sup>(8)</sup>

### IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social, es un órgano descentralizado por servicio de la Administración Pública Federal, de composición tripartita (representantes obreros y patronales bajo la rectoría del representante gubernamental), que otorga prestaciones de seguridad social en el plano de las gestiones productivas en general. Los afiliados a este régimen se atañen a lo dispuesto por el apartado “A” del artículo 123 constitucional y por la Ley Federal del Trabajo, que es complementaria de la primera. La función primordial de este Instituto, es la de organizar, administrar y estructurar el sistema de seguridad social en México. Sus disposiciones se hallan reguladas en la Ley del Seguro Social, cuya fundamentación deriva de la fracción XXIX del aludido artículo 123, y de la Ley Orgánica respectiva.

Durante el gobierno de Salinas de Gortari, al igual que en otros sexenios, se propuso mejorar la calidad de los servicios institucionales en beneficio de los usuarios, así como reforzar los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar, empero, el ingreso real del IMSS no puede aumentarse considerablemente sin renegociar una mayor aportación proporcional con los empleados, con los patrones, o con ambos, debido a que se constituye a base de fondos tripartitas. Al respecto, algunos economistas ponen de manifiesto que sólo cuando se dispone de dinero pueden, los políticos, proponer planes vastos y grandiosos para atender los sectores varios de la administración pública, pero cuando existe una limitante monetaria como en el caso de la economía mexicana, las soluciones argumentadas para los asuntos de salubridad, se basan únicamente en la medicina comunitaria.

### ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios (artículo 4º de su Ley Orgánica), que se ocupa de preservar la salud de los trabajadores al servicio del Estado – haciéndose extensivo para los familiares que el individuo adscrito destine- y, en general, de

---

(8).- “Instituciones de Seguridad Social”, Diccionario Jurídico, Op. Cit., p. 259.

proporcionar las prestaciones propias del régimen de seguridad social a estos servidores públicos quienes se conducen, en sus relaciones laborales, por el apartado "B" del numeral 123 de la Constitución y por su ley reglamentaria, la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Cabe mencionar que forman parte de la junta directiva de este Instituto, entre otros, los titulares de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, de Salud, y de Trabajo y Previsión Social.

Las prestaciones y servicios primordiales que brinda el ISSSTE en materia de salud son: labores de asistencia médica, prevención, rehabilitación, farmacia y hospitalización, así como de asistencia y protección a la familia, con servicios de maternidad y estancias de bienestar infantil.

En su proceso evolutivo, los servicios médicos de este organismo, han afrontado la influencia de una serie de factores socioculturales y de restricción financiera, producto del contacto nacional donde se hallan inmersos; consecuentemente, ha sido indispensable implantar estrategias de organización y desarrollo que faciliten la racionalidad y congruencia de los servicios médicos que se otorgan, en la búsqueda de lograr que la red institucional se constituya en el paradigma del cuidado a la salud que requiere el asegurado, por lo que la directriz institucional deberá orientarse a aspectos como los siguientes:

- a) Reorientar la distribución de los recursos existentes por división y servicios, acorde con la tendencia de su demanda.
- b) Intensificar las campañas de detección temprana de padecimientos crónico-degenerativos, así como fortalecer las clínicas de control y seguimiento de los mismos.
- c) La reorientación presupuestal que incida de manera real en acciones preventivas y de fomento a la salud, cuya consecuencia natural sea el impacto beneficioso para el trabajador, dentro de un modelo médico asistencial.

## ISSFAM

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, es el organismo descentralizado federal encargado de las prestaciones clínicas, asistenciales y culturales para los miembros de la corporación militar y la armada nacional. El servicio médico integral se proporciona a los militantes en activo por las Secretarías de la Defensa Nacional, y de Marina, a través de unidades hospitalarias instituidas con apego a su régimen.

Por último, debemos agregar que similarmente operan otros Institutos, que suministran los servicios de salud -implícitos en la seguridad social- a ciertos núcleos laborales como el de PEMEX, o poblacionales como el Instituto Nacional Indigenista (INI), mismos que cuentan con un menor número de unidades médicas por adscribir, así mismo, a menos derechohabientes a sus listas.

### C) Sector privado

El último sector a saber es el de la medicina privada, integrado por las clínicas particulares y las Instituciones de asistencia social, que comúnmente son conocidas como fundaciones o asociaciones de “caridad” en virtud de que con bienes de propiedad particular, estas entidades jurídicas ejecutan actos con fines humanitarios de asistencia, sin propósito de lucro y sin designar individualmente a los beneficiarios. Las diversas asociaciones encaminadas a labores específicas con relación a riesgos o accidentes, como los grupos de rescate, la cruz roja y otros, son de gran trascendencia para sucesos de emergencia, empero, el bajo subsidio de sus “caritativas” percepciones causa en ocasiones una insuficiente instrumentación o un personal poco idóneo para ciertos casos específicos. No obstante, la definición moderna de asistencia social se ha ampliado, tratando de resguardar no sólo las necesidades más elementales del ser humano, sino las fundamentales para su desarrollo; es por ello que las distintas organizaciones bajo este rubro, se han dado a la tarea de emprender diligencias tendientes al bienestar físico y mental de las personas, haciendo efectivo, al menos en teoría, el concepto de salud emitido por la OMS.

En cuanto a las clínicas de médicos particulares, éstas se atañen a lo que determinan la Ley General de Salud, las normas técnicas expedidas por la Secretaría de Salud y otras disposiciones tocantes al desempeño profesional del médico y a su establecimiento.

Regularmente el sector privado será frecuentado por los no afiliados al seguro social, aunque algunos casos prácticos demuestran que muchos de los asegurados del IMSS o del ISSSTE, también acuden a consultas en clínicas particulares para ahorrarse tiempo principalmente, ya que en aquéllos, la demanda es mayor por el enorme conglomerado de derechohabientes que asiste.

La otra opción para quien no tiene seguro social, es la Secretaría de Salud que, por cierto, va aumentando responsabilidades dada la creciente explosión demográfica que se aprecia en México y por ser relativamente insuficiente la cobertura -en todos los Estados y en todos los estratos sociales- de los servicios ofrecidos por el IMSS y por los restantes Institutos.

### DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS

Respecto a la distribución de servicios de salud observamos que, al igual que el personal médico, las consultas se han concentrado particularmente en la Ciudad de México y en zonas aledañas, advirtiendo de tal forma, que en los diferentes Estados existe una desigual repartición de servicios asistenciales, ajena al principio de equidad que se infiere del artículo 4º constitucional, cuyo texto prevé la “protección de la salud” a toda persona.

El IMSS por ejemplo, ha sabido concentrar sus recursos en enormes Instituciones hospitalarias como el “Centro Médico”, el “Hospital la Raza” y otros grandes centros de salud y de especialidades ubicados en la capital del país. Las estadísticas de 1995 emitidas por el INEGI muestran que el IMSS, cubre más de las dos terceras partes del total de la población que goza de

servicios médicos, así mismo el Distrito Federal es quien controla la mayor parte de los asegurados; por tanto, ciertas entidades federativas como: Tlaxcala, Colima y Baja California Sur, están relativamente desprovistas de servicios médicos en comparación al Distrito, incluso en algunos casos como el de Tlaxcala, el sector estatal se presenta en ceros, incluyendo la cruz roja y cruz verde. Y aunque estos Estados cuenten con menos habitantes, requieren de instalación de centros hospitalarios más cercanos a sus localidades, sobre todo en las zonas rurales apartadas de la ciudad, ya que el trasladarse a un hospital en esas condiciones, produce un detrimento en la economía y en la propia salud del enfermo; de hecho, algunos Estados carecen de hospitales de especialidades, entre ellos, Guerrero, Nayarit y Zacatecas, y en otros se nota un bajo registro de afiliados así como la falta de servicios médicos específicos (9).

Los doctrinarios justifican estas carencias, dados los enormes costos que resultan de implantar y mantener dichos centros de salud, pareciendo razonable instalarlos en las más grandes urbes. Sin embargo, de la Constitución se desprende que es obligación del Estado facilitar las condiciones para que las capas más necesitadas de la sociedad, disfruten progresivamente de los satisfactores que aseguren plenamente su derecho a la salud, por ello, la desconcentración de servicios de salud de que tanto han hablado los planes y programas de gobierno pasados, debe operar satisfactoriamente, ya que ni los servicios otorgados por la Secretaría de Salud, ni los que ofrecen las Instituciones de seguridad social, han sido repartidos de manera que pueda considerarse que el derecho a la salud cumple su papel de garantía constitucional.

De lo anterior se deriva una observación que ya es obvia en nuestro país y que es indicativo de uno de los problemas graves que se detecta al revisar la política mexicana: la tendencia de las iniciativas a ser superficiales. La mayoría de la gente permanece fuera de los aspectos de atención a la salud proporcionados por las más conocidas dependencias de seguridad social que es, en general, superior a la que se recibe de la Secretaría de Salud. Las mejoras son insignificantes y, comúnmente, han sido intentos por extender los servicios del IMSS a ciudades a las que antes no llegaba; aunque esto es positivo, la población cubierta por dicho Instituto y por otros, aún es mínimo. En los asentamientos irregulares de México, parte de los habitantes poseen pleno resguardo del IMSS, otros tienen una seguridad parcial, y otros pertenecen al ISSSTE, todos los demás saben que si caen enfermos, la Secretaría de Salud o un médico particular, les dará el cuidado adecuado si es que pueden erogar los gastos de la medicina o de la consulta. De nueva cuenta los intereses de la comunidad están divididos desde el comienzo.

Otro punto a tratar, es que la gente no considera como un problema la provisión del cuidado y vigilancia sanitaria; casi todos se muestran complacidos con el tratamiento que reciben, y aunque unas normas objetivas indican que dicha atención en el Distrito Federal es inadecuada y desigual, la existencia misma de varias fuentes de tratamiento produce satisfacción con el status quo.

---

(9).- Fuente: Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. INEGI (cuaderno 13), Aguascalientes, México, 1997.

Cabe señalar que en las diversas Instituciones de salud, se registran abortos casi tan frecuentes como los partos realizados, empero, estos datos de ninguna manera cuantifican la incidencia de su práctica, ya que con certeza se desconoce la cifra real de abortos inducidos al año, quedando un buen número de ellos en el anonimato, bien porque no presentan complicaciones o porque éstas se resuelven en forma extrahospitalaria. Por eso, no es conveniente confiar plenamente en las estadísticas o los registros expedidos por los hospitales, ni en los censos elaborados en clínicas o centros de salud, es decir, únicamente han de servirnos dichas cifras como apoyo para imaginar la magnitud de la gravedad del aborto en nuestro país, al ser realizado clandestinamente por miles de mujeres al año sin que, por ello, las autoridades puedan tomar en serio este asunto que afecta a un sector poblacional considerable.

#### **1.4. EL ABORTO, UN PROBLEMA DE SALUD EN MÉXICO.**

En el marco del sector salud, que es parte de la administración gubernamental, emergen determinadas situaciones que por sus características especiales, son de encuadrar en los denominados “problemas de salud pública”, cuya atención debe ser prioritaria a otras cuestiones de menor envergadura. Respecto a que sí el aborto resulta una complicación tan grave para la sociedad, que pueda catalogarse como uno de estos asuntos, ha sido durante muchos años y en diversos países, un tema de discusión y polémica que aún en nuestros días implica dudosas soluciones, sin embargo, el criterio que tomamos como base para iniciar este trabajo es precisamente, el que percibe a la práctica del aborto como un problema de salud, independientemente bajo qué lineamientos se conciba al mismo, ya sea que se delimite por preceptos morales, o por leyes que todavía no han permitido su estudio objetivo.

Para reafirmar lo dicho, es ineludible puntualizar sobre qué normas ha de encasillarse una cierta situación como de interés público. Para tal efecto, tomamos como referencia un documento dirigido por el Doctor Roberto Tapia, Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud, expedido por esta última en 1997(10) –en cumplimiento al Programa Nacional de Salud 1995-2000-, cuya pretensión consiste en imprimir en las actividades diarias de la Secretaría, la idea de que la salud no puede ser abordada en forma parcial, sino se requiere brindar una atención integral a la comunidad; haciendo posible con este enfoque, la propuesta de la OMS acerca de que los servicios de salud deben orientarse hacia los grupos poblacionales que compartan riesgos.

Por otra parte y “puesto que no se pueden cubrir todos los problemas de salud, resulta fundamental el identificar las acciones más efectivas para mejorar las condiciones de salud de una población y así diseñar, los contenidos prioritarios, estableciendo con claridad las metas, así como los indicadores que permitan un adecuado seguimiento y evaluación.”(11) Con esta

---

(10).- Tapia Conyer, Roberto. Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud, Junio 1997, p. 12

(11).- *Ibidem.*, p. 12.

visión y en el contexto de los planes y programas de gobierno emitidos al inicio del presente sexenio presidencial –que contemplan la descentralización de servicios de salud-, y ante la necesidad de hacer eficientes los esfuerzos y recursos asignados, “mejorar la calidad de los servicios, privilegiar lo preventivo sobre lo curativo, pero sobre todo, lograr un impacto importante en la salud de la población”(12); se llevó a cabo un ejercicio colegiado de consulta y consenso, en el cual participaron los responsables de la conducción de los programas de prevención y control de enfermedades a nivel central de la Secretaría de Salud, las áreas mayores de la misma que tuvieran incumbencia en el desarrollo de estas funciones, y se contó con la opinión de los encargados de estos programas en los Servicios Estatales de Salud (SESA). Inicialmente fueron identificados 32 programas que estaban catalogados como de prevención y control en la operación de los servicios, para analizarse bajo diferentes criterios tales como su eficiencia, costo, impacto, tipo de prestación de servicios, existencia de recursos tecnológicos y financieros para su seguimiento, así como su factibilidad. Con apoyo en estas indicaciones y con la intención de mantener lo logrado en materia de salud pública, fortalecer la prosecución de gestiones en torno de eventos en vías de control y prepararse para hacer frente a nuevos desafíos de salud, fue como se establecieron las denominadas “Funciones Prioritarias de Prevención y Control de Enfermedades”, las cuales son de interés nacional y a veces, por sus características epidemiológicas, serán de cobertura regional.

De tal forma, siguiendo las políticas y lineamientos del Programa de Reforma al Sector Salud, estas funciones prioritarias se agruparon con fundamento en su prioridad, objetivo, población beneficiada y metodología empleada, entre otras consideraciones, además, se distinguió que existieran asignaciones presupuestarias identificadas para su desarrollo, así como indicadores claros de medición de su impacto, es decir, estas funciones se categorizan de acuerdo a las repercusiones que producen en la salud de la comunidad y la manera de interactuar entre ellas en:

- a) Programas Sustantivos.- los cuales tienen un impacto directo en el estado de salud de grupos específicos de personas;
- b) Líneas Estratégicas.- son utilizadas como herramienta para lograr los fines requeridos;
- a) Mecanismos de Apoyo.- proporcionan información y orientación para los dos incisos anteriores.

De éstos, los dos últimos proceden en auxilio de los Programas Sustantivos.

Por otro lado, es importante señalar que todos estos programas que la Secretaría de Salud marca como Funciones Prioritarias, son integrales y complementarios entre ellos, además deben considerarse como esenciales para los SESA. La secuencia coordinada de todos los elementos y acciones de prevención y control, tendrán un impacto en la salud de la comunidad, y es con la medición de estos efectos, como se evaluarán los programas, se tomarán decisiones y se reforzarán o replantearán los mismos. Para tal fin, la Secretaría de Salud ha establecido 71

---

(12).- Tapia Conyer, Op.Cit., p. 13.

indicadores de resultados de los cuales, 64 están asociados directamente al impacto de las Funciones Prioritarias de Prevención y Control de Enfermedades, por ejemplo, en salud pública hay 8 indicadores y en salud reproductiva, 9.

De lo anterior inferimos que un problema será calificado como de "salud pública", cuando incurran en él ciertos factores o circunstancias que impliquen darle un trato distinto a otras cuestiones de salud y por lo visto, influyen en esta determinación : el número de individuos perjudicados, la vulnerabilidad del grupo poblacional afectado, la gravedad del asunto de que se trate, las posibilidades que existan de extensión de no detenerse o prevenirse a tiempo, las consecuencias que arrastre y la magnitud de las mismas, entre otros indicadores que han de tenerse como punto de referencia para darle un seguimiento especial, oportuno y adecuado. Parte de esta política, la prevé el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud al indicar, en su artículo 3º, que dicha investigación comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

II.- al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- a la prevención y control de los problemas de salud.

## EL ABORTO EN CIFRAS

Después de dar vista al panorama anterior que, de manera muy amplia, muestra cómo son clasificados los asuntos de salud pública; compilaremos en este apartado, algunas cifras interesantes concernientes al aborto que reflejan, en cierta forma, la gravedad del mismo.

En México, a pesar de las restricciones legales y morales que existen en torno al aborto, éste no deja de ser una realidad que reviste proporciones alarmantes. Aunque si bien, la clandestinidad obligatoria en que se practica el aborto, hace difícil la obtención de datos exactos sobre la cantidad de mujeres que recurren a él, las estadísticas más recientes realizadas por el INEGI en relación al sector salud en el año de 1995 (13), calculan en 144,516 el número de mujeres que son atendidas por abortos en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, apreciándose la mayoría de ellas en el IMSS y en la Secretaría de Salud. A su vez, el Distrito Federal con un total de 22,527 abortos registrados y el Estado de México con 15,702 comprenden la mayor incidencia respecto a otras entidades como Baja California Sur con 811 o los Estados de Yucatán con 2,252, Puebla con 5,232, y Tlaxcala 1,725 casos de aborto; cantidades que suenan paradójicas si recordamos que dichos Estados, poseen una legislación de aborto más flexible que el Distrito Federal o el Estado de México y sin embargo, en estos últimos se contemplan más abortos inducidos que en los primeros.

---

(13).- Fuente: Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social ( cuaderno 13) citado.

Aunque, como ya habíamos mencionado, a pesar de que en las provincias estatales se cuenta con menor número de habitantes, las cifras que se presentan dan paso a múltiples meditaciones. Podemos pensar, verbigracia, que es difícil saber si los lugares urbanos son menos saludables que los distritos rurales, debido a que muchas muertes y enfermedades rurales ocurren en los campos o no se toma nota de ellas debidamente en los sitios más aislados, ya que como los recursos hospitalarios y médicos del país se concentran en las zonas más urbanizadas, es casi imposible encontrar datos satisfactorios sobre la magnitud del problema en el campo. Lo que sí es un hecho, es que en el área metropolitana los altos índices de mortalidad y de morbilidad están relacionados con las zonas de bajos ingresos y las malas condiciones de alojamiento. Así mismo, la incidencia del aborto parece ser mayor en las zonas urbanas y semiurbanas que en las rurales; probablemente esto se deba a que en el campo, siguen prevaleciendo patrones tradicionales de conducta, que favorecen la procreación de grandes familias, y los hijos, generalmente, representan una carga menor que en la ciudad, ya que colaboran en el trabajo agrícola. Podría esperarse, entonces, que de no tomarse ciertas medidas preventivas, el aborto inducido irá en aumento, paralelamente al incremento de la urbanización y del crecimiento total de la población, cuya tasa anual coloca a México como uno de los países de más fuerte explosión demográfica.

Por otra parte, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en su informe del Estado de la Población Mundial de 1997 (14), indica que al rededor de 531,000 mujeres mexicanas, entre los 12 y 19 años, se embarazan anualmente y uno de cada cinco niños, de este grupo de mujeres, nace. Este comunicado resalta que en México, anualmente fallecen 1,400 mujeres entre los 15 y 44 años de edad por embarazos o partos mal controlados, consecuencia, en la mayoría de los casos, de abortos inducidos en situaciones no aptas, de hemorragias, infecciones o toxemia, que pudieron evitarse. A nivel mundial, cada año 585,000 mujeres —una cada minuto— mueren por causas relacionadas con el embarazo, y casi todas viven en países en vías de desarrollo, según el referido informe, mismo que sostiene que al menos 75 millones de embarazos por año (de un total de 175 millones), son no deseados y como resultado, hay 45 millones de abortos de los cuales, 20 millones se originan en malas condiciones y en los que 70 mil mujeres pierden la vida.

De acuerdo a datos del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), encabezado por Martha Lamas, en México se realizan aproximadamente 800,000 abortos al año y de ellos, 110,000 son inducidos, mismos que generan ganancias de 770 millones de pesos anuales a quienes los efectúan y trayendo la muerte de 1,000 mujeres al año por complicaciones post-aborto (15). Sin embargo, aún no se ha logrado un estudio objetivo que desenmascare las cantidades reales de este tipo de operaciones, ya que a veces las notas que proporcionan las propias feministas varían, contándose menos o más de los abortos que verdaderamente se inducen.

---

(14).- Carrasco, Patricia. "Anualmente mueren 1,400 mujeres por partos mal atendidos: FNUAP". La Prensa (México, D.F.), 29 de mayo de 1997, p.22, Información general.

(15).- *Ibidem.*, p.22.

Mientras tanto, aludiremos a algunos datos interesantes hallados en los registros del INEGI de 1995 (16), que señalan como la tercera causa de mortalidad en mujeres de 25 a 34 años, las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, con un total de 591 defunciones de las cuales, 159 implican toxemia del embarazo, siendo que 70 muertes son por septicemia, sin especificar su etiología. En mujeres de 35 a 44 años, estas mismas complicaciones son la séptima causa de mortalidad, habiendo 340 decesos de los que, la hemorragia del embarazo y del parto comprenden 93 defunciones y 65 de ellas, son por septicemia, igualmente sin especificar su causa indirecta.

Ahora bien, las mismas estadísticas pero relativas a la morbilidad en establecimientos particulares de salud, muestran un total de 27,388 pacientes egresadas con diagnóstico definitivo de aborto, ocupando 36,854 días estancia y 42 muertes; de la primera cifra se desprenden: 20,220 abortos espontáneos con 27 defunciones, 1,886 abortos inducidos legalmente con 3 decesos, 175 abortos inducidos ilegalmente sin hallarse, aparentemente, muerte alguna; y las demás causas abarcan 5,107 casos con 12 defunciones. Más, insisto, estas cantidades no son totalmente confiables ya que, sobre todo en el sector privado, es poco probable que se registren todos los abortos, en especial los inducidos, debido al temor que nace de su ilegalidad. Es muy difícil para las estadísticas oficiales, poder cuantificar los abortos efectuados en clínicas particulares y todos los que –aunque en pésimas condiciones como los que practican las “comadronas”, parteras, yerberas, o las mismas mujeres- no precisan de una hospitalización posterior.

Otro problema que traen consigo las dificultades nacidas a raíz de un aborto mal hecho, es el tiempo y espacio que necesita el tratamiento médico subsecuente a esta práctica, es decir, las maniobras abortivas que suelen provenir de manos inexpertas y elaborarse antihigiénicamente, repercuten en el cuerpo de la mujer con infecciones y hemorragias, requiriendo frecuentemente hospitalización por complicaciones de infección, y ocupando un buen número de camas censables. El cuadro de morbilidad hospitalaria por diagnóstico principal de egreso, elaborado por el Sistema Nacional de Salud, indica que en 1995 se presentó el diagnóstico de aborto en 112,725 mujeres, con 202,909 días estancia; y la Secretaría de Salud fue la que abarcó la mayor parte de éstos. Así mismo, en el sector privado se detectaron 36,854 días estancia por diagnóstico de aborto en 27,388 mujeres (17). De tal manera, los días-cama para una paciente por aborto o sus complicaciones, comúnmente son más que los utilizados en la atención de un parto normal, y su costo representa una erogación anual de varios millones de pesos para la seguridad social; se presume por ejemplo, que un significativo número de camas censables de los servicios gineco-obstétricos del IMSS, están ocupadas por mujeres que se han provocado abortos. Es obvio que estas cifras se reducirían de forma tajante, si la mujer pudiera recurrir a los servicios hospitalarios en primera instancia y no cuando ya se ha presentado una complicación seria.

---

(16).- Fuente: Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social (cuaderno 13) citado.

(17).- Fuente: Boletín de Información Estadística, no. 15, Vol. I, citado.

## ¿ES EL ABORTO UN PROBLEMA DE SALUD?

La práctica del aborto en sí, no resulta un problema de salud, lo que realmente afecta o dificulta su ejecución, es la manera en que procede dicha maniobra. Los métodos, la pericia y, en general, las limitantes en que se lleva a cabo una operación de esta índole, son causantes directas de muchas enfermedades. Dice Malka Pardo que el responsable de que bastantes mujeres mueran impunemente en las condiciones más sórdidas de insalubridad es, precisamente, el aborto configurado como delito en los Códigos penales de la República; por ello, su ejercicio “debe salir del mercado negro, dejar el perímetro de la medicina veterinaria y guardarse de cualquier semejanza con la carnicería de la esquina.”(18) Así es percibido el aborto porque sabiendo, el personal paramédico dedicado a estas actividades –a menudo sin siquiera un mínimo entrenamiento-, que las sustancias reputadas como abortivas no siempre responden a su objeto, recurren a maniobrar directamente sobre la vagina o útero y, siendo la matriz un órgano muy excitable, las maniobras internas sobre ésta, sea por lavados intrauterinos, por introducción de cuerpos extraños o por el legrado, pueden producir un paro cardiorespiratorio y la muerte súbita de la madre por inhibición. También son comunes las infecciones, las hemorragias uterinas –que en casos extremos pueden comprometer la fecundidad definitivamente-, los infartos hemorrágicos (útero y anexos), las lesiones en vagina, cérvix y cuerpo de útero (perforaciones), y la embolia gaseosa, al penetrar el aire por la herida placentaria. Por eso, el Doctor Murillo afirma que “la importancia actual del problema del aborto y sus complicaciones son de tal envergadura que es la causa de graves mutilaciones a mujeres jóvenes que inclusive pueden llevarlas a la muerte con el consiguiente desajuste del núcleo familiar.” (19)

Es innegable que el aborto no debe usarse sistemáticamente como un método de control de la natalidad, empero, muchas mujeres lo utilizan como un último recurso para hacer frente a una situación de hecho. El GIRE, al oponerse a la postura de Pro-vida en relación a este tema, niega que haya grupos “pro-aborto”, aclara que sólo existen organizaciones a favor de su despenalización, en virtud de que en México, el aborto “es un problema que se ha manejado en la clandestinidad por su parcial prohibición, generando así, serios problemas de salud y justicia social. Así mismo señalan que, para su solución, “en este debate hay que confrontar posiciones, fundamentar conclusiones, mostrar estadísticas y no recurrir a los ataques personales como el de Pro-vida” (20), cuyo dirigente toma una posición sumamente moralista en cuanto a la despenalización del aborto.

Victor L. Urquidí, economista especialista en cuestiones de población, considera que, independientemente de cómo se observe el caso de una vida iniciada que se va a abortar, “las

---

(18).- Pardo, Malka. El libro rojo del aborto, 5ª ed., Costa-Amic Editores, S.A., México, 1995, p.47.

(19).- Martínez Murillo, Salvador. Medicina Legal, 16ª ed. corr. y aum., Méndez Editores, México, 1991, p. 189.

(20).- “Rechazan la postura de Pro-vida”. El Universal, (México, D.F.), 16 de julio de 1997, p.5, Primera sección.

condiciones en que se realiza el aborto en México constituyen un crimen social, ya que la mujer que quiere hacerse un aborto, no puede contar con los beneficios que le daría la legalidad, y tiene que ponerse en manos no muy calificadas que pueden hacer peligrar su vida.”(21) Al respecto, Giovanna Machado asegura que la gran cantidad de mujeres que aborta anualmente, representa un rechazo colectivo a la incriminación del aborto; mientras subsista ésta -que califica de arcaica e inoperante-, se seguirá promoviendo la desigualdad ante la ley, ya que la misma, discrimina a las mujeres de las clases menos favorecidas, mientras que las de sectores minoritarios que gozan de mejor posición económica, eluden sin dificultades la legislación, lo que significa una grave injusticia social. Por ello, el aborto -se pronuncia rotunda- “debe ser libre y gratuito y debe dejar de ser considerado un delito. El aborto es un problema de salud pública y según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la salud es un completo estado de bienestar físico, emocional y social de una población.” (22)

Efectivamente, el aborto “es un problema de salud pública y, como tal, debe enfocarse. Lo es por su prevalencia y por su alta proporción como causa de la mortalidad materna”(23), asevera Guillermo Soberón, presidente de la Fundación Mexicana para la Salud, quien, para ejemplificar, alude que de acuerdo a la agenda estadística de la Secretaría de Salud de 1988, el aborto fue la cuarta causa de morbilidad hospitalaria en 1986, ocupando un 6% de los egresos hospitalarios y en 1985, se debieron al aborto el 8.5% de todas las muertes maternas. Empero, estas cifras son en rigor estimativas, y seguramente están muy por debajo de la realidad como antes mencionábamos, el subregistro debe ser muy elevado ya que, a pesar de sus graves consecuencias, el aborto se ha tratado con tal ligereza que ni siquiera existe un buen estudio epidemiológico, ni una aceptable evaluación numérica de su incidencia. Por eso, una prioridad cuando se ubica al aborto como un problema de salud, es llevar a cabo análisis que permitan conocer la magnitud del mismo de manera confiable.

Tendiente a esta postura, la escritora Elena Poniatowska medita que “convertir un problema comunitario en un problema individual es, en cierta forma, nulificarlo.”(24) Si bien, el aborto no parece deseable ni para la sociedad ni para el individuo, no debe por ese motivo, descartarse la idea de que es constitutivo de una problemática que no se ha enfrentado y que, sin embargo, tampoco la represión ha sido eficaz. No obstante, no faltan quienes “desde otras filas atacan la lucha de las mujeres por su autodeterminación, relegando sus problemas a un plano secundario... como si el hecho de que millones de mujeres que ocupan lugares en las Instituciones de Salud Pública, necesitando tratamientos largos a consecuencia de abortos clandestinos mal practicados, no fuera un problema. Olvidan, así mismo, los enormes trastornos psíquicos que

---

(21).- Pardo, Op. Cit., p.44.

(22).- Machado, Giovanna. En defensa del aborto en Venezuela, Ateneo de Caracas, Venezuela, 1979, p.17.

(23).- Ortiz Ortega, Adriana (editora). Razones y pasiones en torno al aborto, una contribución al debate, Thepopulation Council Edamex, México, 1994, pp. 141-144.

(24).- Acosta, Op. Cit., p.41.

ocasiona un hijo indeseado, tanto a la madre como al niño.”(25) Al respecto, “si consideramos a las mujeres como grupo social, tenemos que reconocer que, en su conjunto, constituyen un grupo marginado que se caracteriza por su participación limitada en la sociedad y por no gozar de la plenitud de sus derechos” y, primordialmente en países subdesarrollados como el nuestro, “la posición de la mujer suele ser aún más desventajosa e injusta que en las sociedades más avanzadas. Las mexicanas empiezan apenas a incorporarse en números significativos a la fuerza laboral y a las actividades educativas.”(26)

Sobre estos aspectos, podemos percatarnos de que los distintos puntos de vista con que se enfoca al aborto, incitan a la polémica y controversia en cuanto a que si realmente es un problema o no, y en caso de que así lo sea, qué tipo de repercusiones crea, si son de salud, sociales, económicas o de otro tipo.

Si decidimos que el aborto encuadra bajo el rubro de salud pública, debemos aclarar que así lo es, principalmente, por la frecuencia con que se suscita porque, según cifras conservadoras expuestas en un ciclo de ponencias dirigido por la División de Educación Médica Continua de la UNAM, se estiman en México, entre 600.000 y 1,200,000 abortos clandestinos al año(27), ocasionando que la morbi-mortalidad en mujeres en edad reproductiva sea elevada debido a que las condiciones antihigiénicas, carentes de toda asepsia o antisepsia en que se lleva a cabo el aborto clandestino, provocan serias repercusiones en la salud de la mujer. Aunado a ello, encontramos la cuestión de los prominentes gastos que, para el Estado, implica su atención en Instituciones públicas al recibir a pacientes por complicaciones de aborto.

Añádase a esto, que algunos autores adjudican el carácter de social al aborto, alegando que la reciente legislación en torno a él, hace de la salud un privilegio para la persona que tiene los suficientes recursos para pagar un aborto bien elaborado y sin dificultades, a comparación de la que no los tiene y por ello, es quien sufre las consecuencias de la penalización. En efecto, las elevadas tasas de mortalidad causadas por abortos mal realizados, el riesgo que significa abortar en la clandestinidad de manera pésima, “los altos costos y las agresiones por parte de algunos médicos, quienes a fin de cuentas, son los únicos beneficiarios de la actual ley que prohíbe el aborto”(28); hacen del mismo, un problema que desemboca en una grave injusticia social.

Sin menoscabo a esta postura que, sin duda es razonable, notaremos al reflexionar sobre lo visto con antelación, que la práctica generalizada del aborto representa en México un problema de salud pública, aparte de originar otro tipo de complicaciones dentro de distintos ámbitos que, siendo igualmente interesantes, pertenecen a otros temas de estudio; y es el caso que estamos trabajando en esta investigación, con base en el criterio de que el aborto debe ser tratado como

---

(25).- Pardo, Op. Cit., pp. 76-77.

(26).- Acosta, Op. Cit., p.13.

(27).- Ciclo de Actualización Sobre Grandes Problemas de Salud en México. Un Enfoque Integral. Aborto. Facultad de Medicina, UNAM, México, 1990, p.8.

(28).- Pardo, Op. Cit., p.76.

una situación trascendente en el ramo de la salud, ya que podemos inferir que el aborto, posee los elementos indispensables para ser parte de una de las llamadas “Funciones Prioritarias de Prevención y Control de Enfermedades”, de las que anteriormente hablamos.

En torno a esta cuestión de si el aborto es o no un problema de salud pública, concluiremos con lo dictado en un documento internacional, firmado por todos los ministros de salud pública de las Américas en los años 70's, en el cual surge un concepto universal de la salud -sin detrimento del elaborado por la OMS en 1946- , definiéndola como “un fin para el individuo y como un medio para la comunidad”(29), aludiendo además que aquélla, es un derecho y no un privilegio. Si es cierto esto, el aborto está fuera de todo marco de salud pública porque hasta ahora, no ha sido un derecho sino un privilegio de quien puede comprar el servicio, y debido a su carácter clandestino y mercenario, sólo genera condiciones de pérdida para la misma sociedad y el individuo.

---

(29).- Acosta, Op. Cit., p.30.

**CAPÍTULO 2**  
**LINEAMIENTOS GENERALES SOBRE ELABORTO**

	<b>PAG.</b>
2.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	24
2.2. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS ABORTIVOS	30
2.3. FACTORES	35
2.3.1. CULTURAL	36
2.3.2. SOCIOECONÓMICO	38
2.3.3. OTROS	40
2.4. CONSECUENCIAS DE SU PRÁCTICA CLANDESTINA	42

## 2.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

### A) DEFINICIÓN

Etimología.- La palabra “aborto” proviene del latín “*abortus*”:

- a) *Ab*: partícula privativa
- b) *Ortus*: nacimiento (30)

De esta manera, puede entenderse como “*no nacimiento*”, o sea que al salir –el producto no ha respirado, no importando el tiempo que tenga de vida intrauterina.

También podemos encontrar el origen del término en el vocablo “*aborire*”, que significa “*nacer antes de tiempo*”. “En cualquier caso, aborto quiere decir destrucción de un organismo antes de su nacimiento.”(31)

En virtud de que la terminología de “aborto” remite a un concepto médico-obstétrico, debemos primeramente precisarlo bajo esta perspectiva, para después pasar a la explicación médico-legal por la que han optado los legisladores penales. El Diccionario de la Lengua Española establece que el aborto es “la interrupción del embarazo, espontánea o provocada, si se efectúa en una época en que el feto no puede vivir aún fuera del seno materno.”(32) Por su parte, la OMS considera que el aborto es “la expulsión de un embrión (organismo en desarrollo desde el momento de la fecundación hasta finalizar la octava semana; fase en la que quedan establecidas las bases de los sistemas orgánicos principales) o feto (así denominado desde el inicio de la novena semana hasta el momento del nacimiento) de menos de 500g., independientemente de la época de gestación, existencia o no de vida, y de que sea espontánea o provocada.”(33) Siguiendo esta postura, Ramón Fernández Pérez dictamina al aborto como “la expulsión del producto de la concepción antes de que sea viable (viabilidad: capacidad de vida extrauterina del producto, o sea la posibilidad de vida autónoma), es decir, alrededor del sexto mes de embarazo”(34), después de este lapso, entre el sexto y el noveno mes (durante los tres últimos meses de gestación), se llamará parto prematuro en virtud de ser más fácil que sobreviva mediante cuidados especiales: en incubadora con oxígeno y alimentación con gotero porque todavía no tiene el reflejo de succión.

---

(30).- Fernández Pérez, Ramón. Elementos básicos de medicina forense, 6ª ed. corr. y aum., Méndez Editores, México, 1992, p.223.

(31).- De la Barrera Solórzano, Luis. El delito de aborto: una careta de buena conciencia, M. A. Porrúa, grupo editorial, México, 1991 (Instituto Nacional de Ciencias Penales), p.15.

(32).- “Aborto”, Diccionario Jurídico, Op. Cit., p.1.

(33).- *Ibidem.*, p.1.

(34).- Fernández Pérez, Op. Cit., p.223.

Con lo anterior podemos deliberar que el aborto, bajo la óptica médica, se muestra como el “proceso de nacimiento provocado o espontáneo ocurrido antes de las veinte semanas de gestación completa consistente en la expulsión de un embrión o feto con vida o sin ella. En caso de ser provocado, se debe a la necesidad de extraer el producto (vivo o muerto) para preservar la vida de la madre.”(35)

Cabe señalar que los términos utilizados para establecer la viabilidad o no del producto, varían según la fuente de información que se trate pero, en todo caso, consisten en diferencias mínimas que oscilan entre los cinco, cinco meses y medio, seis meses; o contándose por semanas, que van de veinte a veintiuna, para determinar que el feto aún no es viable hasta antes de esos plazos. Pero en común, la mayoría se atiene a lo dispuesto por las reglas oficiales, tal como se advierte en la Norma Técnica número 36 para la atención del embarazo, parto y puerperio normal y del complicado por toxemia, hemorragia e infección en la atención primaria a la salud, expedida por la Secretaría de Salud y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de julio de 1986, cuyo texto resuelve que el aborto, es la interrupción del embarazo antes de la semana veintiuno, y de acuerdo a su evolución, se clasifica en: amenaza de aborto, aborto eminente o en evolución, aborto inevitable, aborto incompleto y aborto diferido.

Por otro lado, el Doctor Murillo manifiesta que en medicina legal, “se llama aborto a la suspensión del embarazo y, en consecuencia, a la muerte del producto en cualquier momento de la preñez, siempre que sea provocado (intencional).”(36) Anteriormente, en la medicina forense se entendía que el aborto era la expulsión prematura, voluntariamente provocada, del fruto de la concepción; de tal manera, no se consideraba la hipótesis de que el producto muriese sin ser expulsado, por lo que al notar que, excepcionalmente, la expulsión puede tardar tiempo según sea la causa, dicha definición fue desplazada desde la época de Carrara para quien “el aborto es la muerte dolosa del feto en el útero (feticidio) o su violenta expulsión del vientre materno, con la que también se consigue su muerte”(37), es decir, la interrupción del embarazo es suficiente para corroborar el aborto, ya que la expulsión, insisto, en ocasiones es muy tardía y en algunos casos no se origina espontáneamente, quedando el feto muerto en la matriz donde puede sufrir diversos procesos: disolución, momificación, calcificación. Además, en la actual legislación penal no necesariamente la muerte del producto debe acaecer dolosamente sino, cabe la posibilidad de que sobrevenga culposamente. El concepto médico jurídico, entonces, derivará del texto legal respectivo a cada país, el cual no será siempre igual.

De esta manera, el autor Fernández Pérez hace ver que la postura médico-obstétrica es, en cierta forma, más amplia que la jurídica-defectiva en cuanto aquella no toma en juicio, como esta última, la génesis del aborto; para el ginecólogo son abortos tanto el espontáneo por causas patológicas o accidentales, como el provocado sea terapéutico, criminal o culposo. No obstante, desde otro punto de vista, el lenguaje obstétrico es más restringido porque hace referencia a la

---

(35).- “Aborto”, Diccionario Jurídico, Op. Cit., p.1.

(36).- Murillo, Op. Cit., p.190.

(37).- De la Barreda, Op. Cit., p.15.

época de la no viabilidad del feto y en cambio, se habla de la muerte del producto de la concepción “en cualquier momento de la preñez” en el Código penal vigente(38).

## B) CLASIFICACIÓN

Existe un sinfín de clasificaciones adheridas a diversos análisis referentes al aborto, para ello se prevén aspectos múltiples como su etiología, el tiempo de gestación, o las indicaciones legales. En principio, es importante precisar las formas clínicas que puede presenciar el aborto, enumeradas bajo el enfoque médico por el autor Manuel Mateos Cándano:

- a) Aborto esporádico.- sucede en una sola ocasión.
- b) Aborto habitual o repetido.- ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos cuando no se intercalan entre ellos, embarazos a término ni embarazos que concluyan en partos prematuros.
- c) Aborto infectado.- es el asociado con infección de los órganos genitales;
- d) Aborto séptico.- aborto infectado en el que hay diseminación de microorganismos y sus productos en el sistema circulatorio materno.
- e) Aborto temprano o de principio.- emana antes de finalizar la décima semana (antes de los 69 días a partir del primer día de la última regla).
- f) Aborto tardío.- deviene a partir de la décima semana y antes de cumplirse la vigesimosegunda de gestación.
- g) Aborto diferido, retenido u óbito en útero.- el embrión o feto muere pero es retenido en el útero.
- h) Aborto inaparente, dudoso, subclínico o microaborto.- cuya evolución no ha sido conocida (generalmente se presenta sólo un ligero sangrado transcervical de origen intrauterino sin otro síntoma o signo).
- i) Aborto franco o demostrable.- cuya existencia es indudable.
- j) Aborto complicado.- demuestra patología, primordialmente de índole traumática, hemorrágica o infecciosa.
- k) Aborto no complicado.- no muestra patología.
- l) Aborto autoinducido.- provocado por la propia gestante, y puede ser repetido cuando hay reincidencia de acciones abortivas.(39)

Otra de las clasificaciones que, igualmente se atañe más a la visión obstétrica que a la jurídica, es la que contempla el Doctor Murillo, según sea la edad de la vida intrauterina:

- a) Aborto ovular.- aplicable a los primeros dos meses de gestación.

---

(38).- De la Barreda, Op. Cit., p.16.

(39).- Mateos Cándano, Manuel. “Aspectos médicos y de salud” en Luisa María Leal (coord.). El problema de aborto en México, M.A. Porrúa librero editor, México, 1990, pp.18-19.

- b) Aborto embrionario.- para los dos meses siguientes al ovular (dentro del tercer y cuarto mes de embarazo).
- c) Aborto fetal.- a partir de los cuatro meses de gestación y en adelante.(40)

El mismo autor expone una división más amplia del aborto de la que tomamos los aspectos más interesantes y, al lado de otras opiniones doctrinarias, hemos llegado a la creación del siguiente esquema(41):

	*Patológico	* Causas Fetales
		* Causas Maternas
	*Por Imprudencia	
<b>ESPONTÁNEO</b> (No intencional)	*Por accidente	*Traumatismos
		*Intoxicaciones
		*Infecciones
	*Por Idiosincrasia	

## ABORTO

	*Terapéutico
	*Resultado de una violación
	*Honoris Causa
<b>PROVOCADO</b> (Intencional)	*Eugenésico
	*Accidental
	*Criminal

## ABORTO ESPONTÁNEO

En general, se alude a este tipo de aborto cuando acontece sin alguna interferencia deliberada, por causas naturales, patológicas o mecánicas.

- a) Patológico.- a consecuencia de una enfermedad:

1.- Por causas fetales, se da en presencia de: inserción viciosa de la placenta, hemorragia

(40).- Murillo, Op. Cit., p.191.

(41).- Ibidem., p.203.

retoplacentaria, defectos del cordón umbilical (como el filiforme), incompatibilidad materno-fetal, malformaciones fetales;

2.- Por causas maternas: cuando la madre sufre de endometritis, tumores, desviaciones del útero, enfermedades generales, traumatismos, intoxicaciones, insuficiencias endocrinas, sífilis, tuberculosis, fiebre tifoidea, paludismo o alcoholismo.

b) Por imprudencia.- la mayoría de las veces se debe a la ignorancia de la mujer embarazada que practica deportes, ejercicios violentos, saltos, sube escaleras, levanta objetos pesados o tiene cópulas frecuentes. Un ejemplo de ello, lo observamos en las mujeres humildes que a pesar de su gravidez, debilidad y fatiga intensa, lavan ropa y tienen que asumir un cúmulo de actividades.

c) Por accidente.- al haber traumatismos, intoxicaciones o infecciones que sufre la gestante, v.gr. al resbalarse y caer sentada o al correr y tropezar sobre el abdomen.

d) Por idiosincrasia.- son casos muy raros sin motivo aparente a qué achacarlo. Desde el inicio del embarazo, la mujer muestra intolerancia a este estado en virtud de que –siendo el feto un parásito de la madre toda vez que se alimenta de lo que ella come y los productos de desasimilación los elimina por los emunctorios de la misma- algunas personas no toleran este exceso de sustancias tóxicas y espontáneamente, abortan comúnmente en el primer y segundo mes de gestación, y si vuelven a preñarse, otra vez abortan.

## ABORTO PROVOCADO

En contraposición al espontáneo, el aborto es inducido o provocado cuando se interrumpe deliberadamente el embarazo por cualquier medio. Lo anterior se verifica fácilmente en ciertas condiciones: al encontrar un útero perforado, fondos de saco también perforados, gangrena del cuerpo del útero, zonas esfaceladas, peritonitis causada por maniobras torpes, y otros indicios. Así mismo, el huevo o feto proporciona valiosos elementos de diagnóstico que, aunados al examen del sitio en que se consumió el aborto e instrumentos hallados, hacen cabal evidencia. Por eso, es muy difícil la diferencia entre un aborto espontáneo y uno inducido cuando hay ausencia de datos o huellas que lleven a un diagnóstico claro.

a) Terapéutico.- se justifica cuando la madre se halla en inminente peligro de muerte y, en algunas ocasiones, también es considerado el riesgo a la salud de la misma. La toxemia gravídica, ciertos casos graves de hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca, la situación cardíaca endeble en mujeres de edad relativamente avanzada y con un elevado número de partos, las nefropatías (enfermedades del riñón) crónicas, y el cáncer de mama o de los órganos pelvianos, son algunos supuestos de alteración a la salud que de no interrumpirse el embarazo, significan inseguridad para la vida de la gestante.

b) Resultado de una violación.- al efectuarse el acto sexual y el embarazo contra la voluntad de la ofendida a través de una violación, estupro, incesto u otro delito semejante, no puede obligarse a la mujer a tolerar las numerosas molestias consecutivas a este estado. En estos casos el aborto es moralmente permisible, sea o no considerado el feto como persona, porque se

sustenta aquí, que el requerimiento de la madre para abortar es “una situación justa de autodefensa, provocada por una amenaza inocente”(42); se alude entonces, al derecho de la madre a no ser muerta.

Distintos doctrinarios, mediante controvertidas discusiones y sobre bases de justificación un tanto diferibles; han llegado, de todos modos, a la concordancia de que la inducción del aborto debe ser totalmente autorizada tanto legal como moralmente, cuando la gestación es secuela de una violación; como Jiménez de Asúa, por ejemplo, indica que este tipo de aborto tiene “motivos altamente respetables y significa el reconocimiento del derecho de la mujer a una maternidad consciente.”(43) Y aunque no todos estén de acuerdo con estas afirmaciones como la Iglesia Católica y ciertos organismos como el de Pro-vida, cuyos estatutos no toleran por motivo alguno la práctica del aborto, la generalidad coincide en facultarlo en estas circunstancias.

c) *Honoris Causa*.- con el fin de salvaguardar el “honor” u ocultar la “deshonra” de la mujer en cinta, algunos países, principalmente latinoamericanos, han introducido en sus legislaciones una medida atenuante para el aborto provocado, invocando ciertos requisitos referentes a la moral sexual de la mujer, como el hecho de que ésta no tenga mala fama, que haya logrado ocultar su embarazo y que, el mismo, sea resultado de una unión ilegítima.

d) *Eugenésico*.- obedece a sospechas serias que se tengan, de un defecto fetal somático o psíquico incurable, derivado de factores hereditarios originados en los genes de los padres. Se agregan en la etiología de la malformación fetal, las perturbaciones sufridas por el embrión durante su desarrollo intrauterino y las anomalías cromosómicas debidas a accidente en el tiempo de la fecundación. La indicación médica suele basarse en rubeola o poliomielitis de la mujer gravídica, efectos de radiación con rayos X, virosis, o consumo de determinadas drogas. De ahí que no deban eludirse las secuelas de un niño malformado o tarado ya que, comúnmente, “son seres llenos de complejos, hostigados por una sociedad que generalmente no les otorga protección alguna..., el ser humano tiene el derecho a nacer normal y bien dotado biológicamente para su desarrollo ulterior físico o psíquico.”(44)

e) *Accidental*.- el aborto se suscita después de un traumatismo en pared abdominal por puntapiés, puños, contusiones por atropellamientos o choques automovilísticos.

f) *Criminal (intencional)*.- es aquél sin justificantes y penado por la ley; se castiga la privación de la vida del producto, misma que se manifiesta desde los once días posteriores a la cópula fecundante.

---

(42).- Diego Farrell, Martín. La ética del aborto y la eutanasia, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1993, p.27.

(43).- De la Barreda, Op. Cit., p.41.

(44).- Acosta, Op. Cit., p.27.

## 2.2. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS ABORTIVOS

Existen indicios que hacen suponer la práctica del aborto desde los albores de la humanidad. Todos los grupos humanos tienen medidas abortivas, ya sean mecánicas (como los golpes en el estómago) o la ingestión de brebajes más o menos efectivos. Además se recurre a la píldora en los dos primeros meses de gestación, a la introducción de diversos artefactos en el útero, a los lavados intrauterinos, y a toda una gama de yerbas.

En el consenso popular, a ciertos procedimientos se les ha asignado el carácter de abortivos sin razón ya que, más bien, son métodos de eficiencia relativa sólo en relación con determinadas mujeres predisuestas, por ejemplo, hay una planta llamada “gobernadora” en el argot popular, a la que se aplica función de anticonceptivo por poseer, supuestamente, propiedades abortivas, y al parecer sólo es un fuerte vomitivo (aunque a veces un vomitivo sí puede secuenciar un aborto, son situaciones muy especiales que casi no se dan). Contribuye a estas creencias, el hecho no muy infrecuente de que hay mujeres que sin estarlo, tienen la certeza de su preñez; así mismo, cabe la posibilidad de un aborto espontáneo cuando se hacía uso de algún método inidóneo, es decir, un aborto que de todos modos, independientemente de ese obrar, se hubiese suscitado pero que, por acontecer en ese momento, se atribuye al mecanismo puesto en juego.

A continuación, hemos compilado una serie de clasificaciones que presentan en sus estudios varios doctos en la materia, entre ellos el Doctor Murillo, el Doctor Alfredo Achával y el jurista Solórzano de la Barreda, quien retoma la formulada por Landrove Díaz en su “Política Criminal del Aborto”; relativas a las técnicas y procedimientos, sean o no efectivos, para la consecución de un aborto(45).

### MEDIOS MECÁNICOS O MANIOBRAS

#### A) Genitales

a) **Maniobras sobre vagina y superficie del cuello uterino:** lavajes vaginales durante varias horas (lavajes de Kiwish), taponamiento vaginal, cauterizaciones de cuello.

b) **Maniobras sobre la cavidad cervical:** las laminarias o tallos de laminaria que producen el aborto entre uno y tres días, inyecciones intrauterinas, dilatadores metálicos, histerómetro.

c) **Maniobras sobre el huevo:** punción de membranas con o sin inyección de alguna

---

(45).- Cfr. De la Barreda, Op. Cit., pp.19-20, Achával, Alfredo. Manual de medicina legal. Práctica forense, 6ª ed., corr. y aum., Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1994, p.493., Murillo, Op. Cit., pp. 192-198.

sustancia, con lo que se origina el aborto en dos a cuatro días o sino, mediante el desprendimiento parcial de las membranas se obtiene de doce a catorce horas. Los diversos instrumentos punzantes usados, deben tener la consistencia *ad hoc* para franquear el cuello uterino y la longitud suficiente; los más socorridos son: agujas de tejer, varillas, alambres, horquillas, tijeras, plumas de ave, tallos de madera y principalmente, sondas de Nélaton cuyo uso, por ser el más frecuente y difundido, es considerado clásico. Estos medios suelen ocasionar infecciones en la mayoría de las veces.

Así mismo, el curetaje de la cavidad uterina, indistintamente llamado vaciamiento uterino, legrado o raspado uterino, es otra de las manipulaciones directas hacia el huevo nidado en el útero; esta operación se facilita en las primeras etapas de la gestación dentro de los tres meses que siguen a la fecundación debido, entre otras cosas, a que los restos son blandos y las paredes uterinas poseen cierta resistencia, por ello, no es sencillo descubrirlo.

d) **Maniobras de aspiración:** el método denominado “aspiración en el vacío”, ha alcanzado una considerable propagación técnica de eficiencia probada y escaso riesgo en embarazos de duración no mayor a las doce semanas. La “regulación menstrual” contribuye a este proceso, cuya indicación primordial sería dentro de los primeros catorce días de la amenorrea. Se hace una cánula plástica conectada a un dispositivo para producir vacío, como una jeringa de 50 ml.; en otras palabras, se utiliza un tubo de plástico, metal o vidrio unido a una botella cuya presión se disminuye por medio de una bomba de succión, con lo que se obtiene una no difícil aspiración del feto. La intervención no se alarga más de cinco minutos, requiere de menor cantidad de anestesia que el operativo quirúrgico ordinario y provoca una menor dilatación del útero en relación con otros mecanismos tradicionales, además como no es indispensable inducir la dilatación cervical, pueden no existir signos de aborto en el examen ginecológico clínico.(46)

## B) Extragenitales

a) **Traumatismos abdominales:** generalmente de naturaleza contusiva, que al adquirir determinada intensidad y darse en las inmediaciones del útero, son eficaces para abortar.

b) **Traumatismos menos intensos pero más localizados:** como los que producen masajes uterinos a través de las paredes abdominales o presiones hipogástricas para desprender el huevo.

c) **Compresión abdominal violenta y prolongada :** por medio de fajas, cinturones o prendas similares.(47)

---

(46).- Cfr. Achával, Op. Cit., p.493 y De la Barreda, Op. Cit., p.20.

(47).- De la Barreda, Op. Cit., p.19.

## MEDIOS FÍSICOS

a) **Utilización de calor:** a manera de duchas genitales calientes que actúan sobre el cuello uterino. Se trata de un procedimiento habitual en los abortos procurados, “mediante un irrigador que se sitúa a la altura adecuada para obtener cierta presión, se proyecta un chorro de líquido – agua o solución desinfectante- a 40 o 45 grados centígrados, para no propiciar quemaduras vaginales, contra la porción vaginal del cuello.”(48)

b) **Empleo de electricidad:** a través de corrientes galvánicas o aplicaciones diatérmicas repetidas.

c) **Los rayos röntgen:** no causan graves trastornos en la mujer, pero son empleados con éxito sólo dentro de los cuatro primeros meses de gravidez, posteriormente fallan y devienen lesiones fetales de naturaleza teratológica.(49)

## MEDIOS TÓXICOS O SUSTANCIAS ECBÓLICAS

a) **Venenos minerales** (dosis tóxicas): el fósforo blanco (en infusión preparada), el anhídrido arsenioso y otros compuestos arsenicales (arsénico), el plomo y el mercurio.

b) **Alcaloides:** actualmente tienen una propagación extensa, como el cornezuelo de centeno y su derivado la ergotamina, así como la estriquina, y la quinina, que aún en pequeñas aplicaciones, da lugar a violentas reacciones, a veces muy intensas como vómitos, sudores, enfriamiento, pulso débil y disnea.

c) **Fármacos de empleo terapéutico:** purgantes que, en dosis abusivas, conducen a una posible congestión del intestino grueso que se extiende a los órganos genitales internos y amenaza con hemorragias uterinas. También se usa la ergotina, los estrógenos, la hipofisina, la penicilina en proporciones cuantiosas y las prostaglandinas.(50)

Al respecto, el ginecologista Joel Robins “comparando los datos de los abortos inducidos con prostaglandinas y solución salina hipertónica, encontró que el aborto completo sin necesidad de intervención quirúrgica se lograba en 89.4% con la solución salina, y en el 73% con las prostaglandinas”(51), así mismo, no observó diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al tiempo requerido de instilación de la sustancia para obtener el aborto, ni en la proporción de complicaciones importantes.

---

(48).- Murillo, Op. Cit., p.195.

(49).- De la Barreda, Op. Cit., p.20.

(50).- Cfr. Achával, Op. Cit., p.493, De la Barreda, Op. Cit., p.21, y Murillo, Op. Cit., p.198.

(51).- Murillo, Op. Cit., p.189.

d) **El azafrán:** en dosis elevadas puede ejercer efecto sobre el útero, originando fuertes hemorragias y, por ende, el aborto.

e) **Otras sustancias ecbólicas** (dosis tóxicas): enebro, cantárida, tuya, enejo, áloes, jalapa, perejil, apiolina.

Por la vía en que son suministrados, los medicamentos aludidos se subclasifican en:

- a) Vía oral: la ruda, la sabina, el apiol, la quinina, el fósforo.
- b) Vía subcutánea: el cornezuelo de centeno, la pituitrina (hipofisina).(52)

Por supuesto todos los procedimientos arriba señalados, conllevan un alto índice de riesgo a la intoxicación severa, sean empleados en la vía de administración oral o en la aplicación local por contacto directo con las partes sexuales, además de no proporcionar una seguridad absoluta. De tal suerte, los abortadores de profesión recurren preferiblemente o como segundo término, a las medidas mecánicas enumeradas con antelación, como un legrado o la introducción intrauterina de cuerpos extraños.

En México, todos los grupos indígenas conocen alguna práctica abortiva y la utilizan en algún momento, aunque es más evidente en algunos grupos que en otros. Pero ello no quiere decir que en las ciudades no sean comunes diversas medidas para abortar, que en principio, resultan obsoletas para tal fin.

De la Barreda hace alusión a un informe del “Grupo Interdisciplinario Para el Estudio del Aborto en México”, en el que se enlistan las técnicas abortivas más frecuentemente usadas en el país(53):

1) **Pociones y tés (pócimas).**- a pesar de que todos los grupos indígenas de la República conocen alguna práctica anticonceptiva, faltan evaluaciones científicas de eficiencia y toxicidad de las plantas usadas en su preparación, aún cuando se sabe que algunas son adecuadas y otras tóxicas como lo es el barbasco.

La ruda, el toloache, el epazote, el xoapatli y otras hierbas, son aprovechadas en brebajes con propiedades supuestamente abortivas. Por ejemplo, el xoapatli –planta productora de un alcaloide- genera una contracción intensa que logra solamente algunos desprendimientos y sin embargo, muchas mujeres lo conocen y acuden a él en una pócima compuesta de “cerveza con orégano hervida, xoapatli o flor de nochebuena con piloncillo negro, todo esto en ayunas y antes que se forme el feto (en el primer mes), sale el coágulo.”(54)

---

(52).- Murillo, Op.Cit., p.198.

(53).- De la Barreda, Op. Cit., p.29.

(54).- Acosta, Op. Cit., p.71.

2.- **Automaniobras.**- manipulando cuerpos extraños a través de la vagina, sobre todo agujas de tejer. Su manejo es peligroso de cualquier manera.

3.- **Sondas intrauterinas.**- son colocadas por personal empírico no calificado, dando lugar a infecciones por la ausencia de asepsia y antisepsia en la técnica. Al reconocimiento ginecológico, se nota entreabierto el cuello uterino si la sonda es empleada en nulípara, toda vez que es preciso dilatar primero y luego introducirla dejándola a permanencia durante 24 horas o menos, según la naturaleza de la mujer preñada; en múltipara, la salida de la sangre y las erosiones que se perciben, hablan a favor de una acción abortiva.

4.- **Cáusticos vaginales.**- las sustancias cáusticas son ubicadas en la vagina; preferentemente se usan las pastillas de permanganato de potasio o sodio, cuya acción corrosiva quema las paredes vaginales, sucediendo hemorragias graves y serias dificultades sin devenir el aborto, pero creyendo la gestante que al sangrar, le ha venido la menstruación y por tanto, ha abortado.

5.- **Fármacos orales** empleados como abortivos.- la quinina y la ergotina que sólo son efectivos en dosis tóxicas.

6.- **Hormonas sexuales** .- son ineficaces.

7.- **Dilatación y legrado.**- ocurre clandestina y mercenariamente en consultorios y clínicas pequeñas o en hospitales con "reserva". Las complicaciones son mínimas cuando acontece en nosocomios con todos los recursos físicos y humanos, acrecentándose estos riesgos, cuando se configura en lugares extrahospitalarios.

Al respecto, en el University of California Medical Center, un grupo de médicos dirigidos por el Doctor Sadjá Goldsmith, al experimentar con métodos alternativos para el aborto del tercer trimestre, en particular la dilatación y la extracción -proceso en que el médico fragmenta y extrae quirúrgicamente el feto a través del cuello uterino dilatado-, han corroborado que un aborto, así intervenido, es más rápido y barato, menos peligroso y doloroso para la paciente, que aquellos que involucran instilación intraamniótica de prostaglandinas(55).

El aborto sobreviene entonces, más o menos rápido según la táctica empleada y la época del embarazo (los abortos inducidos aparecen con mayor frecuencia en los tres primeros meses de gestación) y, comúnmente, es más factible despegando las membranas, que perforándolas y aún más rápido, si interfieren inyecciones intrauterinas.

Actualmente, hay métodos tan modernos como el de succión (sirve nada más para el embarazo ovular: de una a ocho semanas después de la fecundación), que implica una operación muy sencilla donde prácticamente no se requiere hospitalización y que ha elevado la probabilidad

---

(55).- Murillo, Op. Cit., pp.189-190.

de éxito notablemente. Cabe mencionar la aparición del RU 486, que marca un paso adelante en la ciencia médica, toda vez que esta droga es una antiprogestina que conduce al aborto con una hemorragia poco significativa(56).

Empero, los procedimientos más avanzados en el área son los menos habituales en México, a comparación de otros que, a pesar de ser ineficientes son los más socorridos, como los ejercicios bruscos, golpes en el vientre, las inyecciones de soluciones salinas, jabonosas o avinagradas a determinada presión, cuya probabilidad de embolia es elevada, los medicamentos orales y otros tantos que, a menos de un raspado uterino bien manejado, suelen ser muy riesgosos, sobre todo porque proceden de manos inexpertas y en lugares insalubres.

Con todo esto, concluimos que la mayoría de procedimientos abortivos utilizados por las mujeres, implican un alto riesgo para su salud y hasta para su vida, por las condiciones en que se practica.

### 2.3. FACTORES

Desde tiempo inmemorial el aborto se ha practicado en toda población, prevaleciendo unas razones sobre otras, pero básicamente, es utilizado a nivel familiar como un recurso extremo para contrarrestar la fecundidad. La realidad señala que, factores intervinientes en la difícil elección de abortar, los hay de todo tipo y pueden ser determinados por necesidades de índole socioeconómica, indicaciones médicas, éticas, humanitarias, psicológicas, emocionales o psiquiátricas, pasando por toda clase de circunstancias o motivos personales. Móviles tan trascendentes para la mujer, son los que la llevan a abortar y no se atañe solamente, a un “resbalón, a que no se planeó la llegada del bebé, a sostener relaciones sexuales sin ninguna protección” o que al haberlas tenido, su pareja “las abandona tan pronto se entera del embarazo”; es superfluo aseverar que una mujer se expone al peligro de una operación de este tipo, exclusivamente, por “el temor al ‘que dirán’ o no ser madres solteras señaladas por toda la sociedad como mujeres fáciles, o bien, la presión de sus familiares para que no sea la ‘oveja negra’ de la familia.”(57)

Si bien es cierto que algunas personas abortan para evitar las represalias de sus ascendientes, siendo solteras, también lo es que gran cantidad de mujeres, aún casadas, abortan para salvar una situación de hecho, sobre todo si no se cuenta con los recursos económicos suficientes para mantener más descendencia, de por sí ya numerosa, tratando de evitar posibles conflictos que suelen suscitarse en viviendas donde se aglomeran diez o doce individuos en un mismo cuarto carente de intimidad, como lo es la promiscuidad que a su vez, conlleva a otras cuestiones apremiantes para la familia y la comunidad misma.

---

(56).- De la Barreda, Op. Cit., p.21.

(57).- Oviedo, Iram. “El aborto está prohibido, pero se practica por todas partes”. Extraí, (México. D. F.), 27 de enero de 1998, p.4, Sección de policía.

Igualmente, hay quienes se justifican por asuntos sentimentales (como la desavenencia conyugal), sociales o morales, para argumentar que su decisión reside, esencialmente, en que no aceptan tener un niño que no desean y que por lo mismo, rechazan desde el inicio.

Por tanto, no puede juzgarse al aborto como un simple problema de natalidad contra no natalidad, sino debe dársele un marco más amplio, observando la sociedad en que vivimos: primero, la inconsciencia de la pareja al traer al mundo un hijo que no esperaban; segundo, la inconsciencia del hombre por su falta de educación, que es parte de una situación social más extensa, como muestra de ello, percibimos que la mujer sola es quien asume la responsabilidad – que su compañero se niega a compartir- de emplear algún método contraceptivo, agréguese que las actuales campañas de planificación familiar, no han encauzado significativamente a las parejas, precisamente por sus prejuicios morales y religiosos que les impiden informarse o hacer uso de anticonceptivos; tercero, vivimos en una sociedad muy desigual, en la que una pequeña parte de la población tiene privilegios y puede gozar de las ventajas generadas en su propio provecho.

### 2.3.1. FACTOR CULTURAL

“Varios autores confunden las causas sociales del aborto con las causas de relaciones sexuales ‘socialmente indeseadas’. La promiscuidad y la libertad sexual ocasionan la pérdida precoz de la virginidad, más si ha habido enseñanza sexual, esto no es símbolo de embarazo no deseado.”(58) Así lo argumenta Alfredo Achával, para quien el factor primordial del aborto intencionado, es la ausencia de educación sexual, toda vez que la paternidad y maternidad no son conscientes y a veces, no es fruto de un hogar ni del amor.

La insuficiente orientación sexual entonces, incumbe en la cópula = gestación, porque “se enseña a ser responsable de los actos cívicos y públicos y por prejuicio no se enseña a ser responsable de los actos privados, los sexuales entre ellos”, por ejemplo, hay familias aparentemente honestas, que apañan al hijo que embarazó a la empleada doméstica, “sin enseñarles que así como los deberes cívicos se logran con la edad que los hace responsables civilmente, los deberes sexuales se logran también con la edad biológica que los hace responsables socialmente.”(59)

En México, la falta de planificación familiar generalizada, es uno de los principales factores que determinan la magnitud del aborto, en virtud de que la misma, se ha topado con una serie de obstáculos, de los que destacan: la vigencia de muchos patrones culturales tradicionales que ponderan el papel procreativo y maternal de la mujer e inculcan que la aspiración fundamental de toda joven debe ser el matrimonio y la maternidad, tan es así, que todavía escuchamos comentarios tan absurdos e inadecuados a nuestra realidad, como aquellos que

---

(58).- Achával, Op. Cit., p.503.

(59).- *Ibidem.*, p.503.

aseveran que “la dama que es capaz de procrear un hijo, por designio de Dios, es feliz al saber que se convierte completamente en mujer al dar a luz un nuevo ser que comenzará una vida y - por el contrario- es una completa frustración como mujer el no sentir en su vientre que lleva a un ser humano que en un futuro le agradecerá el que le haya dado la vida”, es decir, que la dicha total de la pareja o de una mujer casada o soltera, reside precisamente en tener un bebé que constituye la “cumbre máxima que puede pisar una persona del sexo femenino.”(60)

Añádase a esto, el tabú sexual (que propicia a la incomunicación de esos asuntos) y la convicción de que el acto sexual debe tener como única finalidad, la fecundación; postura oficial de la Iglesia Católica quien se opone rotundamente a todo medio que obstaculice el funcionamiento natural del organismo, a excepción del “ritmo”, método tan rudimentario y falible en la mayoría de las veces, que no tiene objeto recomendarlo.

Argumentos tan arraigados como “qué se le va a hacer si ya estoy embarazada”, o la obligación de parir los hijos que “Dios manda” aunque sean todos indeseados, son ideas que todavía no han logrado erradicarse de la ideología mexicana, sin embargo, existe la esperanza de que tal como vaya cambiando la posición de la mujer en la sociedad, se irá restando terreno a la relativa importancia de tener hijos, ya que en varias ocasiones se ha visto que con la creciente participación de la mujer en el sistema socioeconómico y político de nuestros días, se crea el período de transición que incide en una reducción del tamaño de la familia.

Emma Goldman afirma al respecto, que es el puritanismo quien impone a la casada tener descendencia sin reparar en su debilidad física ni en su precaria economía, toda vez que resulta indecente y sucio para una muchacha de respetabilidad, el enterarse de las relaciones maritales antes de contraer nupcias. Y aunado a que los métodos preventivos para regular la fecundación, aún los más seguros y científicos, están absolutamente prohibidos por costumbres puritanas y la Iglesia Católica, infinidad de mujeres se exponen a cualquier riesgo –como abortar en condiciones infrahumanas-, antes de seguir dando a luz. Agrega la misma autora, que la clandestinidad con que se practica el aborto, es causa propia de las ideas puritanas que ciegan todavía a un considerable número de personas(61).

Es fácil decir que podrían evitar la preñez quienes no lo desean, sin embargo, no toda la gente conoce bien las técnicas contraceptivas comprobadas medicamente; cada vez que éstas son aludidas, se piensa en la mujer urbana y alfabeta, en virtud de que los programas de planificación familiar se concentran en las ciudades, por ser igualmente mayor la distribución de asistencia hospitalaria en esos lugares, apareciendo sólo en pequeña proporción, la cobertura médica, en las localidades rurales o apartadas de la capital. En esas comunidades se carece de servicios de maternidad y aún más de planeación familiar, por eso, las mujeres están enteradas a nivel popular, de toda una serie de anticonceptivos tradicionales con amplio margen de error y los usan esporádicamente; así mismo, desconocen el aborto científico, cuando optan por abortar, acuden a

---

(60).- Oviedo, reportaje citado, p.4.

(61).- Goldman, Emma. “La hipocresía del puritanismo” en Pardo, Op. Cit., pp.85-86.

la “yerbera” para que les dé cocimientos y consejos, o a la “rinconera” que les coloca un objeto extraño en la cavidad cervical, e incluso la propia gestante, aunque en menor medida, se procura el aborto. Empero, esto no es motivo para pensar que en las ciudades, inclusive en el Distrito Federal, no se ponen en marcha este tipo de medidas.

Con todo esto, se pone de manifiesto que “no basta hablar de concepción y de aborto, sino de sexualidad y de cultura. Cuando hayamos influido en estos dos factores, entonces dejaremos de ver aquellas dos medidas como actos culpables.”(62)

### 2.3.2. FACTOR SOCIOECONÓMICO

Siguiendo los argumentos del Doctor Alfredo Achával, el primer factor secundario a que se atribuye la determinación de abortar, es la mala situación económica(63).

Para empezar, el bajo nivel socioeconómico –que abarca gran parte de la población- ha tenido como consecuencia el desconocimiento y/o la inaccesibilidad de los métodos anticonceptivos existentes, toda vez que un considerable número de gente aún no tiene acceso a los servicios médicos gratuitos, y la generalidad de contraceptivos además de ser onerosos, requieren de supervisión médica.

Así mismo, en los estratos sociales muy decadentes, los rasgos más patentes de su forma de vida se constituye por su fuerte orientación hacia el presente, con una correspondiente capacidad limitada a postergar los deseos y placeres más inmediatos, derivada de la experiencia cotidiana de estas personas, llena de frustraciones y privaciones. Si a estas tendencias, añadimos la creencia de superioridad masculina, valor cultural inherente a nuestra sociedad pero agravado en este medio, resolveremos que las mujeres pobres tienen más dificultades que las burguesas, para prever la posibilidad de un embarazo y para impedirlo fácilmente siendo que, estas últimas, son quienes poseen los mejores medios para prevenir los nacimientos no deseados, y no vacilan en ir al médico cada vez que creen estar preñadas, entregando fuertes sumas de dinero para evitar un hijo imprevisto.

De esta manera, una pareja por su ubicación en la clase media o alta, cuenta con las reservas económicas suficientes y con éstas, la capacidad de obstaculizar la aparición del niño que no se ha esperado, porque los posibles padres no se sienten aptos para educar al futuro hijo. Pero con todo y los sufrimientos concretos de una pareja de escasos recursos, el Estado expresa una preocupación impersonal por el feto, mientras se despreocupa por completo del futuro de los críos. Esta conducta ambivalente, es producto de nuestro subdesarrollo, “no es por otra cosa que los ejidos y los centros urbanos de nuestro país parecen hormigueros a causa del número

---

(62).- Pardo, Op. Cit., p.28.0

(63).- Cfr. Achával, Op. Cit., p.504, Acosta, Op. Cit., p.32 y 56, De la Barreda, Op. Cit., p.98, Pardo, Op. Cit., p.42.

creciente de hijos 'no previstos' que nacieron porque sus padres y el Estado no supieron evitarlos."(64) De nada sirven en la práctica, los múltiples intentos fallidos que el gobierno de México ha prescrito en documentos que hasta hoy, no han sido más que letra muerta. Ese es el caso de la suscripción de la "Declaración de los Derechos del Niño", dada a conocer en Ginebra desde 1959 cuyo texto estipulaba que "el infante debe tener la posibilidad de desarrollarse en una atmósfera de afecto y de seguridad moral y maternal"(65), sin embargo, la realidad proclama que en las familias más pobres, un hijo es una carga económica real y, a menudo, implica una menor atención y un nivel de vida más bajo para los demás. En estas circunstancias es cuando aparece con mayor frecuencia el síndrome del abuso infantil y el abandono.

Generalmente, se considera que la problemática que atañe a los menores maltratados, se restringe a familias de reducida instrucción escolar y bajo nivel socioeconómico toda vez que, aunque el agresor puede provenir de cualquier grupo social, su prevalencia coincide con un estrato social mermaado; de manera que el panorama comúnmente observado en los hogares de niños menospreciados, es de desorden, inestabilidad y desorganización familiar, desavenencia conyugal, penuria económica, enfermedades, conductas antisociales, ausencia de cuidados, ropa sucia, alimentos deficientes o mal preparados, habitaciones inmundas, mala administración del dinero, desempleo o subempleo, embarazos no deseados, expulsiones de la escuela y, a la postre, desintegración del núcleo familiar. De tal suerte, el pequeño se convierte en víctima de múltiples abusos físicos, sexuales, psicológicos y de todo tipo, que pueden alterar su salud o incluso, llevarlo a la muerte si la agresividad en su contra es vasta.

Por otra parte, se ha establecido que en virtud de ser el medio familiar de primordial importancia para el adolescente, toda vez que constituye la base de su desarrollo sea positivo o negativo, el infante que sufrió no sólo daños físicos, llegará a la edad juvenil en muchos casos, privado de claros y definidos conceptos de solidaridad humana, de respeto a los individuos y a la colectividad, con sentimientos de odio y agresividad y tal vez, de revanchismo; le será difícil adaptarse a la vida colectiva y, por ende, puede incurrir en conductas antisociales como reacción a los perjuicios sufridos. De hecho, se ha investigado que "en elevado porcentaje, los menores infractores presentan defectos de formación moral, y dentro de esta deformación, tienen especial importancia los malos tratos que implican falta de cariño, lo que puede producir jóvenes carentes de afecto hacia sus semejantes, individuos que no han recibido nada positivo y que, en reciprocidad, no saben ofrecer tampoco nada positivo. Los malos tratos en los niños pueden producir jóvenes antisociales"(66), cuya proyección hacia la nueva familia, será la misma historia aterradora de que fueron víctimas.

Con lo visto, no podemos pensar que ciertos conflictos juveniles, como los problemas escolares, la delincuencia, el suicidio, las conductas antisociales (farmacodependencia,

---

(64).- Pardo, Op. Cit., p.42.

(65).- Ibidem., p.42.

(66).- Osorio y Nieto, César Augusto. El niño maltratado, Trillas, México, 1990 [3ª reimpr. de la 2ª ed. De 1985], p.56.

prostitución) y otras tantas cuestiones sociales, son situaciones aisladas, sino consecuencia, entre otras causas, de los hogares que, ya numerosos y con escasos recursos monetarios o inestabilidad económica, siguen teniendo hijos.

Ahora, si reparamos en que los menores que van a la escuela en vez de trabajar, son vistos como una carga para los padres y representan, por lo menos en los primeros años de su vida, una desventaja económica, más que una ventaja, dilucidamos el porqué muchos progenitores irresponsables mandan a sus hijos desde temprana edad, a ocuparse de diversas actividades marginadas como: pedir limosna, cantar en el metro o en los autobuses, contar chistes, disfrazarse de payasos y hacer piruetas, limpiar parabrisas, ofrecer estampillas, lustrar calzado, guardar mercancía en los supermercados e infinidad de actos similares. “Es erróneo pensar que los menores de edad ayuden a sus familias con sus esfuerzos, lo que pasa es que sus propios padres los utilizan para no hacerse cargo de la responsabilidad que tienen ante sus hijos.”(67). Y en la actualidad, un buen número de nuestra población se compone de estos pequeños provenientes de lugares pobres –en los que suele maltratárseles-, a quienes se les ha denominado “niños de la calle” precisamente en alusión a que varios de ellos, se drogan, carecen de vivienda o aún teniéndola, sufren humillaciones, lesiones, abusos sexuales y en casos extremos, son muertos por sus padres o por otro familiar cercano a ellos. También es común en México, la venta de infantes, la prostitución infantil, la utilización de menores en la pornografía y la adopción de niños con fines mercantiles.

Este es el panorama general donde se desenvuelven esos pequeños que viven en precarias condiciones, a la intemperie física, social, familiar y espiritual, donde abundan infecciones respiratorias agudas, epidemias, deficiencias nutricionales, infecciones gastrointestinales y otras tantas enfermedades que son causantes directas de un índice bastante elevado de decesos en la totalidad de la población infantil mexicana. Sin embargo, de esos menores no se preocupan organismos como el de Pro-vida, cuyos argumentos no toleran como causa justa para abortar, la situación económica deplorable de las familias que ven en el aborto un último recurso; no defienden así, ni a los niños aún no dados a luz, ni a los ya nacidos.

### 2.3.3. OTROS

Los fundamentos aludidos corroboran que, a diferencia de lo que suele pensarse, no es la “mujer de mala reputación” la más propicia para abortar, sino la madre cuya situación económica y social le impide mantener y educar al nuevo hijo. Precisamente Solórzano De la Barreda, apoyándose en una serie de estudios e investigaciones elaboradas en años anteriores, respecto a la práctica del aborto, aduce que: a mayor edad, se eleva el porcentaje de abortos; las mujeres con mayor grado de escolaridad son más propensas a abortar o lo padecen, así mismo, entre más hijos tengan, la posibilidad de abortar provocada o espontáneamente es mayor(68). El hecho de que los

(67).- Medina, Carlos A. “Millón y medio de menores son explotados por sus padres”, Excélsior (México, D.F.), 25 de mayo de 1978, p.15.

(68).- De la Barreda, Op. Cit., pp.24-27.

abortos provengan primordialmente de mujeres casadas, puede explicarse a razón de que las cópulas en muchos de estos casos, son más frecuentes que las de las solteras –quienes por regla general se cuidan mucho-, y son mediante concubito toda la noche, causado sin medidas anticoncepcionales o con poco estímulo de libido que los hace inapropiados.

Por su parte, distintos autores han coincidido en que las razones prevaletentes, contempladas por la mujer para decidir definitivamente abortar son, en orden de importancia:

- 1.- Falta de educación sexual
- 2.- Número excesivo de hijos
- 3.- Mala situación económica
- 4.- Desavenencia conyugal
- 5.- Ocultación social
- 6.- Problemas profilácticos o terapéuticos(69)

Otros factores considerados por la mujer son: los hijos indeseados por comodidad, temor físico del parto y enfermedad temida, miedo económico por pérdida del trabajo o no conseguirlo, la edad avanzada (temor de tener un hijo deforme o sufrir enfermedad irreversible). Además, un factor que directa o indirectamente, incide en la alta tasa de abortos –aún en los supuestos de que los anticonceptivos fuesen accesibles a toda la comunidad- es que los mismos, no resultan al 100% seguros, inclusive la píldora y los dispositivos intrauterinos (DIU) que son los más eficaces, llegan a fallar. Otrosí, no todas las mujeres pueden usar anticonceptivos sin trastornos, por ejemplo, la píldora ocasionalmente propicia malestares, a veces muy graves como náuseas, tensión arterial baja, aumento de peso y problemas de la circulación; así como el DIU puede ser rechazado por deformaciones de la matriz o provocar cólicos, hemorragias, perforaciones uterinas y peritonitis; aunado a toda una gama de efectos colaterales o secundarios que, como éstos, producen intolerancia o miedo de usar los diversos anticonceptivos.

Por tanto, juzgar a una mujer por embarazarse sin desearlo, resulta una actitud bastante ligera en cuanto a que, no se toma en consideración que todo método para prevenir la fecundación arroja siempre un margen de error o fracaso. Aún más si notamos que, del bajo nivel de información y educación de muchas personas, y de la limitación en la disponibilidad de medios para impedir la concepción, deviene el desconocimiento y la no adquisición de métodos efectivos para tal fin. Recordemos, por ejemplo, que no basta abstenerse de hacer el coito durante los días de la ovulación para evitar la preñez y, sin embargo, se siguen empleando técnicas tan anticuadas, como la de las temperaturas o el método Ogino, que arrastran la venida de bebés indeseados, y que a la postre, puede el estado de gravidez inesperada, crear alteraciones psicológicas graves o exacerbar algún desequilibrio emocional o mental ya existente, en virtud de que muchas madres no están preparadas ni mental ni prácticamente para el cuidado del niño, verbigracia, si éste solloza se le alimenta, si continúa llorando se le cambia, y si prosigue el

---

(69).- Cfr. Acosta, Op. Cit., p.18, Achával, Op. Cit., pp.503-505, De la Barreda, Op. Cit., p.30.

llanto, se le golpea. De tal suerte, los cuidados y el amor maternal se trastornan en aversión que a su vez, puede generar malos tratos sobre los menores que no han sido deseados. Además en no pocas ocasiones, las desavenencias conyugales, la situación económica grave o el número excesivo de hijos, pueden incidir negativamente en el estado mental de la madre, poniendo en peligro no sólo su propio bienestar sino el de toda su familia.

Abortar, es la más remota salida para quien no pretende tener un hijo por sus circunstancias personales que no se lo permiten. "Este último recurso es un acto desesperado en defensa de la vida, de una vida digna: no dejar venir al mundo a un ser de antemano rechazado"(70) por razones económicas, sociales, emocionales o de salud. Sólo si la mujer se encuentra en condiciones de planear libre y racionalmente la vida que quiere llevar, podrá vivirla con plenitud, con madurez, y ser realmente una persona creativa y productiva. Al tener un control real de su fecundidad, la mujer adquiere la posibilidad de criar hijos en vez de dejarlos crecer; de amarlos en vez de fabricarlos.

A final de cuentas, todos pueden dar su opinión, empero la resolución final de abortar o no, concierne exclusivamente a la mujer, toda vez que nadie como ella, lo va a cuidar y educar. Varios aluden a otro tipo de argumentaciones para explicar dicha aseveración, estimando que el aborto, es una de las manifestaciones de libertad del individuo, "se trata, en primer lugar, del derecho de decidir sobre nuestro propio cuerpo, sobre si queremos ser madres o no y sobre cuántos hijos queremos tener. Nunca hemos planteado que el aborto sea un medio de anticoncepción, quienes lo manejan así, lo hacen de mala fe o por ignorancia total"(71), afirma categóricamente Ana Alvarado.

Algo más que debemos tener en cuenta, son las fallas de previsión humana acontecidas constantemente –varias de ellas calificadas de negligentes-, por lo que el acto sexual, no es planeado todas las veces y así, es difícil prever sus alcances.

De todo lo anterior, se desprende que siempre será necesaria la existencia de una solución extrema que subsane las consecuencias involuntarias de eventos impredecibles y embarazos no deseados; por lo que ante un hecho consumado, el aborto es el único medio disponible. Además, debemos entender que el aborto no es una situación aislada, sino uno de los problemas derivados de la estructura sociocultural, económica y política de nuestro país.

## 2.4. CONSECUENCIAS DE SU PRÁCTICA CLANDESTINA

En México, el aborto es muy frecuente y debido a su ilegalidad, se realiza en condiciones que ponen en peligro la salud y a menudo, la vida de muchas mujeres. Esto es así, porque la clandestinidad del aborto o silencio del delito, como lo han denominado algunos autores, obliga a

---

(70).- Alvarado, Ana. "Sobre el aborto... 'va de nuez'" en Pardo, Op.Cit., p. 75.

(71).- *Ibidem.*, p. 75.

la mujer a recurrir a gente inexperta o, ella misma, procurarse un aborto; de tal suerte, la integridad de la mujer se pone en juego, al someterse a dicha operación en lugares insalubres que, generalmente, carecen de las normas sanitarias más básicas, aunado al trato brutal a que son expuestas tanto en esas “clínicas” como en hospitales públicos.

Por tanto, los factores primordiales de las complicaciones suscitadas por un aborto son: clandestinidad, inexperiencia, septicidad y concausas genitales y extragenitales ignoradas.

La clandestinidad está derivada más del temor a la pena, que de la persecución, y esa circunstancia hace cómplices obligados a embarazada y abortador, comprometiendo el silencio de ambos. Al parecer, la clandestinidad de cualquier hecho, engendra o es el medio de pingües negocios, y la ilegalidad del aborto no marca la excepción, toda vez que muy poca es la gente del cuerpo médico que accede a un ejercicio abortivo, precisamente por su penalización que lleva a la ocultación e industrialización de su práctica. Actualmente, existen en el país “hospitales clandestinos que se encargan de practicar abortos, desde módicos hasta precios demasiado caros. Costos que oscilan entre los mil a diez mil pesos, dependiendo del riesgo que se corra.”(72) El objeto de estas “industrias” no es un bien social, ni la resolución de una cuestión psicológica, ni un ajuste de nivel económico de la familia, sino una actitud meramente mercenaria protegida a través de “mordidas” o la “igualá” (la irregularidad del cohecho). Al respecto, delibera Manuel Mateos Cándano: “hay un puritanismo asqueroso en el manejo del problema.”(73)

Por otra parte, se estima que la mayoría de abortantes suele acudir, en orden de importancia a: médicos, comadronas, ellas mismas, parteras, enfermeras y estudiantes de medicina(74). Como podemos observar, es significativa la proporción de embarazadas que, por carencia de medios económicos, se intentan solas un aborto, exponiendo gravemente su salud. De esta manera, el aborto inducido clandestinamente, puede presentar las siguientes formas(75):

a) Aborto doméstico.- autoprovocado o asistido y alentado por la madre, encargada, amiga u otra gente allegada: es burdo y sin precauciones abortivas. En no pocas ocasiones, las mujeres se infectan por introducirse cuerpos extraños por el cérvix o útero, para comunicar la cavidad externa con la interna. Dicho estímulo conlleva a la expulsión del feto, aunque sólo es efectivo en términos variables; hay personas muy sensibles que a los pocos minutos abortan, pero otras tardan más tiempo y es cuando los gérmenes llegan al tejido placentario y embrionario –apto para el desarrollo de los microbios-, sobreviniendo las infecciones que al cabo, conducen de todos modos a la mujer a consultar un médico, que la trata si aún hay remedio, ya que en múltiples casos la complicación es tan grave, que deviene la muerte.

c) Aborto profesional.- realizado por partera, farmacéutico o médico. Los abortadores de

---

(72).- Oviedo, reportaje citado, p.5.

(73).- Acosta, Op. Cit., p.33.

(74).- Ibidem., p.19.

(75).- Achával, Op. Cit., p. 494-496.

profesión actúan sobre la vagina y la superficie externa del cuello, sobre la cavidad (inyecciones intrauterinas) o bien, sobre el huevo, donde puncionan las membranas, las desprenden, o hacen el raspado uterino, pero preocupándose siempre de posibles denuncias, emplean el procedimiento que más los deja a cubierto de sus prácticas ilícitas.

c) Aborto seudo profesional.- gestionado por enfermeras, empleados de farmacia y otros similares. Hay veces que los agentes vulnerantes empleados por manos inductas, inducen a la perforación de la pared uterina o de alguna de los fondos del saco, con las secuelas que lógicamente son de presumirse. Otras veces, la irrigación de líquidos en el útero de dudosa asepsia, da lugar a infecciones graves, y si éstos, son tóxicos o cáusticos, hasta pueden llegar a formar una placa de gangrena en la vagina, en el útero o en ambos a la vez.

Justamente esta clasificación corrobora que, a menos que este tipo de operación sea intervenida por un profesionalista, la paciente queda en manos de la inexperiencia de un tercero o de ella misma, cuya impericia “hace del manejo de un tóxico la intoxicación, de los fármacos la indicación incompleta, del curetaje las perforaciones, de los lavajes la embolia gaseosa o tóxica, con sus cuadros convulsivos, comas, parálisis, trastornos de sensibilidad, etc. Las perforaciones se encuentran en el fondo en 45%, en el cérvix en 40%, en la vagina en 15%, su gravedad depende principalmente, de la infección vehiculizada con el instrumento o la brecha, y de la hemorragia. El histerómetro y las sondas, hacen perforaciones puntiformes poco o nada desgarradas, la cureta crea perforaciones extensas e irregularidades de bordes anfractuados.”(76)

De lo mencionado se desprende, que la septicidad es propia de la clandestinidad y de la inexperiencia en virtud de que, al estar penado, el aborto se origina a escondidas por gente incompetente, en condiciones antihigiénicas donde no se cumple con los mínimos requisitos de asepsia y antisepsia; todo ello con el único fin de lucrar. De manera que, en la práctica médica puede usarse el aforismo “es provocado todo aborto con infección, mientras no se prueba lo contrario”(77), pero no es aplicable a la medicina forense que, adecuada a lo jurídico y sus normas, debe tomar en cuenta que el delito y no la inocencia, es el que debe probarse.

La septicidad aparece entonces, como una “infección generalizada, causada por bacterias. Los gérmenes se encuentran, con la constancia y en abundancia en la sangre; para su aparición, es prescindible que las bacterias pasen al torrente circulatorio.”(78) Una septicemia muy frecuente y grave, antes de la era antibiótica, era la puerperal. El primero en denunciar la fiebre puerperal como una enfermedad contagiada fue Semmelweis, médico húngaro que, a raíz de una serie de observaciones, concluyó que la enfermedad era debida a la falta de higiene adecuada en la asistencia de los partos y, lógicamente, de los abortos inducidos(79). La infección puede ser localizada o generalizarse casi siempre con una peritonitis previa.

---

(76).- Achával, Op. Cit., p.494.

(77).- Ibidem., p.494.

(78).- Fernández, Cruz. El libro de la salud. Danae S.A., Barcelona, 1990 (Tomo I), p.164.

(79).- Ibidem., p.164.

Con todo esto, se agrava la incidencia de mortalidad materna y de complicaciones secundarias post-abortivas, que disminuirían considerablemente, si pudiesen efectuarse bajo otras circunstancias. Las secuelas a largo plazo, propicias de la mujer que ha abortado en condiciones propias de la clandestinidad son:

1.- Esterilidad por obstrucción de los orificios de las trompas y los estados neuropáticos consecutivos;

2.- Imposibilidad para la fijación del huevo después de la fecundación, por la descamación masiva de las células de la mucosa uterina (esterilidad por la dificultad a la nidación);

3.- Dolores abdominales por lesión de filetes nerviosos;

4.- Por ser una herida en la mucosa uterina, el punto de inserción de la placenta puede ser el punto de partida de lesiones cicatriciales degenerativas o tumorales.(80)

La más grave de todas las complicaciones, como es de suponerse, es la muerte, que puede acontecer durante la práctica abortiva, poco tiempo o varios días después. La muerte inmediata es causada, primordialmente, por shock reflejo, embolia gaseosa o con jabón o lisol, y hemorragia; las embolias se deben en especial, a burbujas de aire inyectadas, por no llenar completamente la pera o jeringa de Higginson o pera común, pero aún cuando la pera está llena o la presión es grande, el líquido usado para desprender las membranas puede pasar a la circulación materna y el émbolo irá a actuar, provocando una embolia pulmonar, cardíaca o cerebral.

La muerte refleja por inhibición vagal, se presenta durante la dilatación del cuello uterino por bujías, sea con técnica o sin ella, o mediante pinzas dilatadoras de cuello. También aparece el fallecimiento con cualquier tipo de anestesia usada; debe recordarse que casi nunca, el abortador tiene a su lado un anestésico o médico, de tal suerte, aumenta la cantidad de anestésico si la mujer se queja, se mueve o contrae. El cuadro clínico está conformado por pérdida de conocimiento y relajación muscular interrumpida por contracciones musculares de escasa duración. Algunas ocasiones, se presencia un paro respiratorio en espiración, con pulso hipotenso y rápido, se instala cianosis y luego palidez y sudoración.

Las muertes tardías comprenden la mayoría del total de decesos por aborto; el principal tributo lo hacen las infecciones y las hemorragias.

Como hallazgos de necropsia en la mujer que se ha producido un aborto, se pueden encontrar quemaduras por líquidos corrosivos en la vagina, en cuello, o interior de la matriz; heridas punzantes del cuello, del cuerpo de la matriz y fondos de saco que pueden ser perforantes de abdomen y dar lugar a peritonitis o hemorragias más o menos intensas por lesión de vasos importantes y en cuyo caso, la muerte de la madre deviene por hipovolemia o por septicemia. En

---

(80).- Murillo, Op. Cit., p.194.

el feto se contemplan lesiones en su cuerpo que van desde punturas, hasta heridas más o menos extensas, surcos en el cuello que pueden corresponder a circulares de cordón, fracturas de cráneo (frecuentemente accidentales).

Así entonces, las principales causas de fallecimiento de la mujer en el aborto inducido son: infección, hemorragia y perforación del útero o de los fondos del saco que, prácticamente, dan origen a las infecciones. Rara vez, se presenta la embolia pulmonar, pero no se excluye.

Por otro lado, Fernández Pérez enumera las más frecuentes complicaciones del aborto criminal en México:

1.- **Hemorragias uterinas**, que comúnmente producen anemia aguda y llevan a la muerte. Por ejemplo, el fósforo da lugar a graves intoxicaciones que pueden suscitar un aborto pero, a la vez, el deceso de la madre por hemorragia.

2.- **Lesiones en la vagina, cuello uterino o cuerpo de la matriz**, en este caso, perforaciones.

3.- **Muerte súbita por inhibición** a consecuencia de medios mecánicos como la dilatación del cuello uterino en el momento de la maniobra, en virtud de que la matriz es una de las vísceras más sensibles a las excitaciones.

4.- **Embolia gaseosa** por entrada de aire a la inserción placentaria.

5.- **Quemaduras cáusticas** o líquidos calientes.

6.- **Infecciones uterinas**: peritonitis, septicemia, gangrenas.(81)

Al respecto, en un estudio efectuado en el Hospital de Gineco Obstetricia del Centro Médico Nacional del IMSS, referido por Mateos Cándano, se investigó a un grupo de cien pacientes que aceptaron haberse inducido el aborto; “los datos obtenidos señalan una mortalidad del 8% causada por shock séptico, anemia aguda e insuficiencia renal aguda.”(82)

No obstante, en México se siguen induciendo abortos en situaciones espeluznantes en el campo y en la ciudad. Los famosos tés abortivos – tan difundidos en el país- que provocan contracciones, dejan adherencias en las paredes uterinas y ocasionan el nacimiento de niños mal conformados, porque muchas de las veces la pócima no actúa consistentemente y la mujer sigue su gestación con un feto dañado.

---

(81).- Fernández Pérez, Ramón. “Obstetricia médico-forense” en Alfonso Quiróz Cuarón (coord.). Medicina forense, 8ª ed., Porrúa S.A., México, 1996, pp.680-681.

(82).- Mateos Cándano, Op. Cit., pp. 48-49.

Desde otro punto de vista, algunos doctrinarios como Urquidí (83), están convencidos de que la práctica clandestina del aborto, arrastra también implicaciones económicas. En primer lugar, repercute en la economía del país en cuanto a la utilización de los recursos médicos y asistenciales del Estado que, en vez de emplearse en las cuestiones de salud normales de la población, se distraen para atender abortos sépticos en los servicios hospitalarios públicos, toda vez que gran parte del presupuesto destinado a esas Instituciones, es absorbido por la atención brindada a mujeres que arriban con diagnóstico de amenaza de aborto, aborto en evolución, o consumado, pero casi siempre al borde de la muerte; ocupando de esta forma, un buen número de camas censables destinadas, en principio, a problemas varios de la mujer. Frente a esta situación, caben dos posiciones: a) que de no existir el aborto, se pudo haber economizado en la expansión de los servicios hospitalarios, y b) que pudo haberse mantenido el ritmo de expansión pero dedicando los recursos a otras necesidades de salud.

Otra implicación económica del aborto es el gran costo que representa para la economía familiar, ya que su clandestinidad ha hecho del aborto un negocio lucrativo. Los médicos que acceden a tal operación, justifican sus elevados honorarios con base al riesgo legal que corren, aunado al soborno que deben pagar a funcionarios corruptos y deshonestos; y es el caso, que significa un gravamen muy fuerte al ingreso familiar: la gente se ve obligada a vender sus pertenencias o a endeudarse onerosamente para poderlo solventar. Se extiende entonces la problemática del aborto, al ámbito social, toda vez que las elevadas cantidades entregadas a un médico para que realice un legrado, pueden ser cubiertas sólo por las que se ubican en una posición económica estable, las que no —que constituyen la mayoría—, se ven reducidas a las técnicas más primitivas y peligrosas, recurriendo a curanderas o “comadronas que por módicas sumas de dinero, tratan de deshacer el producto mediante unos trapos calientes, unas pinzas u otros instrumentos sin esterilizar.

Aunado a todo esto, el aborto implica una gran soledad para la abortadora, que casi siempre está sola porque todas las miradas coinciden en tomarla como culpable. Moralmente las mujeres se sienten mal al inducirse un aborto, sabiendo que es ilegal pero que de todas maneras se lo van a practicar por sus múltiples problemas. En una de las experiencias relatadas en “El aborto en México”, aparece la de una mujer que abortó por razones económicas inestables, y sobre la clandestinidad que envuelve al aborto, alega que “el ambiente tan desagradable hace sentir que se está haciendo algo malo. Si se pudiera ir a un buen hospital, con un buen médico, se aliviaría mucho la culpa. El aborto debe legalizarse para dar a la mujer alternativas y no obligarlas a correr riesgos. La clandestinidad no deja muchas opciones, sólo que nos traten como objetos, sin ninguna consideración; te orilla a correr muchos riesgos que de otra manera no existirían, y más ahora que hay tantos avances médicos. Y la gente tiene todo el derecho a planificar su familia de acuerdo a su situación económica, social y emocional.”(84)

El caso es que la legislación actual concerniente al aborto, no sólo ha sido incapaz de

---

(83).- Acosta, Op. Cit., pp.28 y 48.

(84).- Ibidem., p.63.

cumplir su cometido de proteger la vida sino, en forma indirecta, fomenta situaciones de clandestinidad que la ponen en peligro, además de exacerbar la injusticia social al concretarse, dicho problema, a las mujeres pobres, quienes habrán de acudir a sitios sórdidos, sin higiene, inidóneos profesionalmente, exponiendo su salud y vida en todo momento.

Con todo lo aquí expuesto, podemos entender porqué el aborto voluntario suele ser la principal causa de morbilidad en mujeres en edad reproductiva, quedándoles secuelas para toda la vida. El dilema no es, entonces, sí o no al aborto, ya que aún enteradas de que cometen un ilícito, las mujeres abortan; “la disyuntiva es: un aborto en condiciones infrahumanas, en el que se adicione al desgarrador dolor de abortar, un grave riesgo para la salud y aún para la vida de las mujeres pobres; o un aborto no clandestino e higiénico, cuyo contexto no haga más amargo el trago a esas mujeres, y permita que conozcamos los factores y las dimensiones reales del problema y más aún, posibilite que en ciertos casos se disuada a las mujeres de abortar, y en fin, sea el punto de partida para afrontar la cuestión con mejores armas que el Código penal.”(85)

---

(85).- De la Barreda, Op. Cit., p.96.

**CAPÍTULO 3**  
**SOLUCIONES ALTERNATIVAS AL PROBLEMA DEL ABORTO**

	<b>PAG.</b>
3.1. ASPECTOS PENALES DEL ABORTO	49
3.2. PREVENCIÓN	63
3.3. ATENCIÓN MÉDICA	73
3.4. PROPUESTAS DOCTRINARIAS	83

### 3.1. ASPECTOS PENALES DEL ABORTO

Según las circunstancias en que el aborto se dé y dependiendo de la legislación penal aplicable, este hecho constituirá o no un delito, el Doctor López Rey afirma que “sus antecedentes se hallan casi en todas las antiguas legislaciones. Lo que varía es su evolución penal y, por ende, las sanciones aplicables.”(86)

En el caso de México, la interrupción voluntaria de la preñez siempre ha sido considerada un delito. Desde la época de los aztecas, cuando la mujer deliberadamente abortaba, era brutalmente castigada –al igual que el que la ayudaba– con la pena de muerte; entonces, el aborto era visto como un delito que afectaba los intereses de la comunidad, debido presuntamente, al fuerte sentido de organización visible en las ciudades aztecas, al respeto de la mujer embarazada y a la importancia de todo nacimiento. Por eso, la pena era tan severa, otrosí, el principio de restitución, que en otros ilícitos atenuaba la sanción, no procedía en este caso. Durante la época precolonial y comienzos de la colonial, el aborto era una conducta poco frecuente, aunque después aumentó; la razón principal de ese incremento la encontramos en que dicho “delito”, está íntimamente ligado a todo cambio social, económico y político.

Lo que no ha cambiado relevantemente, ha sido la legislación penal en torno al aborto, que ha permanecido casi intacta desde el Código penal de 1871 que enunciaba:

ART. 569. “Llámase aborto en Derecho penal: a la extracción del producto de la concepción y a su expulsión provocada por cualquier medio, sea cual fuere la época de la preñez, siempre que esto se haga sin necesidad. Cuando ha comenzado ya el octavo mes del embarazo, se le da también el nombre de parto prematuro artificial, pero se castiga con las mismas penas del aborto”.

El Código de 1929 conservó la misma definición agregando sólo, que la extracción o expulsión debía hacerse “con objeto de interrumpir la vida del producto. Se considerará siempre que tuvo ese objeto el aborto voluntario provocado antes de los ocho meses de embarazo”(art.1000).

Actualmente, el Código Penal para el Distrito Federal, vigente desde 1931, contempla dentro de su Libro Segundo, Título decimonoveno “Delitos contra la vida y la integridad corporal”; el Capítulo VI que regula penalmente el “Aborto”, cuyo concepto lo encontramos en su artículo 329 como “la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.” Como podemos observar, nuestro Código no prevé la expulsión del producto como elemental para tipificar el delito de aborto. Al respecto, Ramón Fernández ha escrito que desde el punto de vista de la jurídica delictiva, en consonancia con la médico legal, “no se define al delito por la maniobra abortiva como expulsión del producto, sino por la consecuencia de ella, que es la

---

(86).- “Aborto”, Diccionario Jurídico, Op. Cit., p.6.

muerte del concebido.”(87)

En cuanto a su clasificación legal, el aborto es:

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>ABORTO<br/>ILÍCITO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Consentido o consentimiento de aborto<br/>(agravado para el profesional que lo practica)</li> <li>* Procurado</li> <li>* Sufrido (con o sin violencia)</li> <li>* Honoris Causa (pena atenuada sólo para la mujer)</li> <li>* Culposo (por imprudencia de un tercero)</li> </ul> |
| <b>ABORTO<br/>IMPUNE</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Terapéutico o por estado de necesidad</li> <li>* Por causas sentimentales (violación)</li> <li>* Imprudencial (sólo por culpa de la mujer)</li> </ul>  |

El Código penal encuadra estas modalidades en los artículos 330 al 334, de la manera que sigue:

ART. 330.- “Al que hiciere abortar a una mujer se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años, y si mediare violencia física o moral, se impondrán al delincuente de seis a ocho años de prisión.”

La primera parte de este numeral alude al aborto consentido, que es la muerte del producto causada por cualquier persona, siempre que cuente con la anuencia de la mujer embarazada. En cuanto al sujeto activo, se ha dicho que es un delito plurisubjetivo y bilateral en virtud de que tanto la mujer como el tercero, son sujetos activos (una consiente la muerte y el otro la provoca), sin embargo, no debemos olvidar que la conducta típica del aborto (cualquier actividad idónea para privar de la vida al producto), no encuadra con la conducta de consentir, que es la única que hace partícipe a la mujer al facultar a otro para que practique en ella maniobras abortivas. Por ende, la conducta de consentir expresada por el legislador, da lugar a un tipo distinto al aborto consentido, pudiendo denominársele correctamente, consentimiento de aborto.

Por otra parte, si el aborto se realiza sin la anuencia de la mujer embarazada, estaremos frente al aborto sufrido, donde la mujer, su derecho a la maternidad y la vida del producto de la fecundación, son igualmente tutelados bajo esta figura. Y en caso de que medie violencia física o moral, se afecta un tercer bien: la libre determinación de la mujer en cinta.

---

(87).- Fernández Pérez. Elementos, Op. Cit., p.224.

Se actúa sin violencia física o moral, cuando la conducta del tercero es dolosa o culposa; la primera se presenta mediante engaño o por el “querer propio” de una incapacitada mental (de acuerdo a la ley, no puede otorgar su consentimiento), o por encontrarse la mujer en estado de inconsciencia no provocado. La culpa, puede invocarse cuando el aborto ha sido consecutivo a una violencia llevada a cabo sobre una embarazada, pero sin que exista intención de provocárselo; o por causas tóxicas, infecciosas o traumáticas, como es el caso de la mujer que aborta a resultas de un atropellamiento o del suministro de una sustancia nociva para el producto, siempre que se haga sin intención de producir un daño. Y aunque el artículo en comento no habla expresamente de culpa, la hipótesis recoge no sólo el dolo, sino también la culpa de un tercero, acarreado la misma penalidad.

Hay violencia física, cuando se utilizan medios o elementos materiales (golpes, privación de la libertad, malos tratos) para que la mujer realice o acepte que se le practique un aborto, o cuando de la utilización de estos medios, devenga el aborto, así mismo, el suministrarle algún fármaco, sea hipnótico (medicamento que produce sueño) o narcótico (sustancia que, en cantidad suficiente, origina adormecimiento o somnolencia e insensibilidad), configura violencia física, al hacer imposible la manifestación de la voluntad y la incapacidad de la mujer para dar o negar su consentimiento. La violencia es moral, si se emplean sobre la mujer embarazada, amenazas que ocasionen un temor fundado de sufrir un mal inminente y grave sobre su persona, su libertad, su honra o sus bienes, o de su cónyuge, de sus descendientes o de sus ascendientes.

ART. 331.- “Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforma al anterior artículo, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.”

El texto es claro al manifestar la penalidad agravada en atención al agente. Lo mismo tratándose de aborto sufrido, que de aborto consentido, proceden dos sanciones (prisión y suspensión de actividades) al abortador que tiene alguna profesión médica. Cabe aclarar que la ley reglamentaria del artículo 5º constitucional, no reconoce la profesión de “cirujano”, ni la de “comadrón”, sino sólo la de “médico en sus diversas ramas profesionales” y la de partera (art. 2º de la citada ley); la cirugía más bien, es una especialidad de la medicina, de igual manera que el “comadrón” es el médico que asiste a la mujer parturienta, por lo que ambos conceptos entran como modalidades de la profesión médica. En cambio, cuando se trata de un “comadrón práctico”, es decir, sin título profesional, no le es aplicable la sanción de suspensión temporal de actividad profesional. Esta cuestión resulta un tanto paradójica para algunos doctrinarios, quienes argumentan que si supuestamente el Código penal busca proteger la vida, porqué entonces impone una pena mayor a la persona cuya preparación daría más probabilidad de salvar la salud y la vida de la madre.

ART. 332.- “Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consienta en que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias:

- I.- Que no tenga mala fama;
- II.- Que haya logrado ocultar su embarazo;
- III.- Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

Faltando alguna de estas circunstancias mencionadas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión.”

Aquí, observamos el aborto procurado y la atenuante por “móviles de honor”. En el primer supuesto, la gestante es el agente principal al efectuar sobre su propio cuerpo, las maniobras dirigidas a producir la muerte del producto; o al ingerir sustancias medicamentosas o tóxicas, tratando de alcanzar el mismo fin. En cuanto a los móviles del honor, éstos operan tanto en el aborto procurado como en el consentimiento de aborto, si concurren las tres circunstancias enunciadas, mismas que reflejan que la única atenuante considerada como válida, es el aborto efectuado para evitar la deshonra de la mujer y de la familia. Lamentablemente este texto se ha conservado casi intacto al paso de los años, a pesar de que “está fundado en una concepción de la honra que data del medievo y que es a todas luces inoperante en nuestros días: aquella que equipara el honor y la buena fama con una determinada conducta sexual, propia sólo para la mujer casada...no sólo justifica la hipocresía, sino implica que el honor es una mera cuestión de apariencia: se salva si la mujer oculta su ‘deshonra’.”(88)

ART. 333.- “No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.”

Al parecer, el aborto imprudencial es impune cuando incurra “sólo” la culpa de la gestante (con ausencia de conciencia y voluntad de causar el resultado, o sea sin dolo). Esta causa especial de impunidad, según Francisco González de la Vega, “se funda en la consideración de que, cuando la mujer por sus simples negligencias o descuidos, sin intención dolosa, causa su propio aborto, resultaría absurdo reprimirla, por ser ella la primera víctima de su imprudencia al defraudarse sus esperanzas de maternidad”; por tanto, la interpretación correcta de la frase “sólo por imprudencia de la mujer” es que, la misma, “no haya tenido ni la más remota intencionalidad del aborto.”(89) De esta reflexión se intuye que, aunque concorra con la culpa de la mujer, la culpa de un tercero, la conducta de aquélla no debe castigarse, en virtud de que “la excusa absoluta está configurada en la ley en consideración a la maternidad involuntariamente frustrada.”(90)

En cuanto a la culpa en que pudiera incurrir un tercero, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha resuelto: “si la muerte de la ofendida se debió a tratamiento obstétrico, consecuencia de las maniobras abortivas que realizó el acusado en sus órganos genitales, aún suponiendo que la condición orgánica de la víctima hubiera contribuido a su deceso, no puede fundadamente estimarse inexistente el nexo de causalidad entre la conducta y el resultado, ya que en el orden natural y a pesar de la concurrencia de concausas, que adquieren la categoría de condiciones, las

(88).- Acosta, Op. Cit., p.25.

(89).- González de la Vega, Francisco. El Código Penal comentado, 12ª ed., Porrúa S.A., México, 1996, p.431.

(90).- Carrancá y Rivas, Raúl. Código Penal anotado, 19ª ed., Porrúa S.A., México, 1997, p.784.

citadas maniobras abortivas constituyen una condición más que, en concurrencia con las demás llevó al resultado de la muerte. En estas condiciones la conducta sigue teniendo eficacia causal en el resultado de la muerte. Por otra parte, la esencia de la culpa radica en la previsibilidad del efecto nocivo, que es de naturaleza prevenible. De ahí, que puedan estimarse como elementos constitutivos del delito culposo: a) un acto inicial voluntario; b) un resultado comprendido dentro de un tiempo penal determinado; c) ausencia de intención delictuosa; d) relación causal entre el acto voluntario inicial y el resultado; e) falta de previsión del resultado y f) naturaleza previsible del evento. Y la forma en que se realizaron las maniobras abortivas y los datos que arroja el certificado de autopsia son por sí mismos suficientes para concluir que el procesado obró con negligencia, es decir con descuido y falta de atención, sin prever el resultado previsible y evitable y, además con impericia, si el certificado aludido está demostrando que carecía de la capacidad técnica necesaria, por deficiencia, para realizar la referida intervención.”(91) Por otro lado, “aunque el aborto de la ofendida, se hubiera producido a consecuencia de los golpes que le propinó la encausada, ésta sólo sería responsable de un delito culposo, dada su ausencia de voluntad criminal en caso de no comprobarse que tuviera conocimiento de que su víctima se encontraba en cinta.”(92)

En la segunda parte del artículo que comentamos, el legislador excluye del campo delictivo al aborto por causas éticas, sentimentales o humanitarias, siguiendo la tendencia mundial basada en la premisa de que la mujer violada merece una consideración especial, ya que sería no sólo injusto, sino “monstruoso, imponerle el nacimiento de un hijo engendrado contra su voluntad, y al que difícilmente, por el ultraje sufrido, podría no repudiar” reconoce Jiménez de Asúa (93). No obstante, se ha llamado la atención sobre el hecho de que, en la práctica, la mujer que se halla en esa situación y quiere interrumpir su no deseado embarazo, se encuentra con que no hay autoridad facultada por la ley para autorizar el aborto y, como sabemos, a mayor demora corresponde mayor peligro para la salud, inclusive para la vida de la gestante.

ART. 334.- “No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.”

En concordancia con la mayoría de los códigos punitivos internacionales, el nuestro otorga impunidad al aborto terapéutico, sólo cuando la vida mujer embarazada peligra. La fórmula de este numeral aparece como una especificación, técnicamente mal planteada, de la causa de licitud conocida como estado de necesidad, desprendida de la excluyente de responsabilidad que tiene lugar cuando se sacrifica un bien de menor valor, por constituir ese sacrificio, la única vía para salvaguardar el bien de mayor valor. No cabe duda de que la vida de la mujer embarazada, es considerada de mayor valía que la vida en formación del producto.

---

(91).- Semanario Judicial de la Federación, 6ª época, Volumen XVII, pp. 9-10, segunda parte.

(92).- Semanario Judicial de la Federación, 5ª época, Tomo XCII, p.986.

(93).- De la Barreda, Op. Cit., p.48.

Evidentemente, esta fórmula no requiere de la presencia del profesional en medicina, toda vez que si su intervención no aparece, pero la vida de la mujer corría peligro y tenía que recurrirse al aborto, quienes hayan sido partícipes en su elaboración, quedan amparados por la justificante invocada.

Anteriormente, ciertas enfermedades solían significar un serio problema para la mujer embarazada, pero gracias al avance de la medicina, estos riesgos han disminuido considerablemente, siempre que se cumplan ciertos requisitos de higiene, dieta y reposo, bajo una adecuada supervisión médica; sin embargo, las condiciones reales en que vive la mayor parte de nuestra población, hacen imposible que las mujeres se mantengan en una condición ideal, por lo que la medicina poco puede ayudarles, aún si no mueren, su salud puede dañarse seriamente, con lo cual se reduce la esperanza de vida. “Tomando en cuenta esta situación tan generalizada, es inexplicable que el artículo restrinja el aborto al peligro de muerte inmediata, subestimando un aspecto tan vital como la conservación de la salud integral” invocada por la OMS(94).

En cuanto a la legislación procesal penal destinada a la demostración del aborto, de acuerdo al artículo 112 del Código de Procedimientos Penales, se procede de conformidad con lo dispuesto en los artículos destinados al homicidio, pero además: reconocerán los peritos a la madre, describirán las lesiones que presenta ésta y dirán si pudieron ser la causa del aborto, expresarán la edad de la víctima, si nació viable y todo aquello que pueda servir para determinar la naturaleza del delito.

Las diligencias básicas de la investigación del Ministerio Público comprenden:

1.- **Razón de intervención de peritos médicos forenses** a fin de que examinen a la mujer, practicando examen ginecológico para determinar las lesiones que presente, señalando cuál fue la causa del aborto y la edad clínica probable del producto (arts. 96 y 112 del Código de Procedimientos Penales). Se pueden consignar en el sistema de pruebas:

A) Pruebas de ausencia de aborto

a) No concibió nunca.- examen de himen, cuello de útero, periné y pared cutáneoabdominal. En este caso, si la mujer supone estar embarazada y un tercero le intenta un aborto durante lo cual ella muere, aquél comete homicidio.

b) Aún embarazada.

c) Parto.

B) Diagnóstico de aborto

---

(94).- Acosta, Op. Cit., p.25.

a) Existencia de embarazo previo.- en mujer viva se halla hemorragia, restos placentarios o retenida la placenta (en examen inmediato); un cuello grande con desgarros, evolucionando a la cicatrización (en examen tardío) y tomas de pinzas. Los signos físicos se encuentran presentes hasta el octavo o décimo día posterior; si hay duda, se pueden hacer pruebas biológicas como la reacción del embarazo que sale positiva una semana después del parto, y en el aborto el término es un poco mayor. En el cadáver, se estudia el útero (placenta, restos, cavidad uterina) y el feto, sus lesiones o restos.

b) Diagnóstico de la edad del embarazo por el feto o restos fetales. La edad del feto se determina teniéndolo a la vista por su talla, peso, aspecto exterior y puntos de osificación, principalmente.

c) Origen del aborto.- las lesiones que presenta el feto indican el agente vulnerante empleado, pero no debe confundirse la provocación de la expulsión del feto muerto por causas patológicas, con el aborto ilegal. Si el huevo está íntegro, corresponde a las primeras cinco semanas de gestación y se puede pensar en aborto espontáneo, en cambio si está desgarrado, el aborto es criminal; de la sexta a la décima semana de preñez, se puede encontrar desgarrado en ambos casos.

**2.- Fe ministerial de lesiones de la mujer, del examen ginecológico y del producto de la concepción**, corroborada con los certificados médicos periciales que se agregan a las diligencias una vez que se da fe de los mismos (arts. 95 y 265 del Código de Procedimientos Penales).

**3.- Fe de objetos hallados con el producto de la concepción y que se encuentran relacionados con el mismo** tales como ropas y papeles (arts. 94, 95 y 265 del Código de Procedimientos Penales). Al respecto, Carrancá y Rivas apunta la jurisprudencia aplicable cuando el feto no pueda ser hallado, estableciendo que el cuerpo del delito se acredita, según el artículo 112 del Código de Procedimientos Penales, en relación con las disposiciones del mismo ordenamiento, relativas a la comprobación del cuerpo del delito de homicidio por la justificación de los siguientes elementos: a) prueba de que el feto existió; b) reconocimiento de peritos de la mujer abortada con la descripción de las lesiones que presente y la certificación de que dichas lesiones pudieron ser causadas por el aborto (A. J., 6ª Sala, agosto 30, 1941) (95).

Por otra parte, si la propia mujer atenta contra su gestación, ya sea empleando medios mecánicos, físicos o químicos, y se causa infección, quemaduras o sufre envenenamientos y muere a consecuencia de ello, el asunto es tomado como similar al suicidio. Además, en cualquier caso en que la mujer fallezca a causa de una práctica abortiva, al juez debe precisarse si la mujer era nulípara o múltipara, si el aborto fue la causa del deceso y si no había alguna enfermedad concomitante que hubiese originado la muerte.

---

(95).- Carrancá y Rivas, Op. Cit., p.782.

## LEGISLACIÓN ESTATAL

En lo que atañe a los Códigos penales de las diversas entidades federativas, éstos acogen las mismas hipótesis que enuncia el Código penal para el Distrito Federal, y en algunos se consagran otros supuestos que excluyen de responsabilidad penal a los participantes de un aborto. Aguascalientes, Baja California Sur, Baja California, Campeche, Guanajuato, Zacatecas, Estado de México, Guerrero, Morelos, Querétaro, Tabasco y Sonora, conservan la misma postura que el Distrito Federal en cuanto al aborto. Cabe mencionar que el Código penal de Tlaxcala, ha sido el único hasta ahora que, bajo una visión médica, ha definido el aborto como la muerte del producto “antes de que éste sea viable”.

Otras entidades han optado por modificar el período en que ha de elaborarse un aborto consecutivo a una violación: Coahuila, Durango, Veracruz, Colima, Chiapas y Chihuahua, establecen hasta los tres primeros meses, y Oaxaca restringe a tres meses a partir de la violación, tratando quizás de proteger la salud de la mujer; sin embargo, en México la justicia no es ni pronta ni expedita, por lo que en el transcurso demostrativo de la violación es probable que ya haya pasado dicho lapso de tiempo. Por ello, los doctrinarios plantean que toda modificación legal debe ir siempre acompañada de una reglamentación que la haga factible.

Los Estados que amplían dentro del aborto terapéutico la causal de peligro para la salud -no sólo para la vida- de la mujer, son: Hidalgo, Jalisco, San Luis Potosí, Tlaxcala, Michoacán, Nayarit, Nuevo León y Tamaulipas.

Cuando el producto viene con malformaciones genéticas o hay riesgo cierto de ello, el aborto -llamado eugenésico- es permitido en Coahuila, Durango, Veracruz, Colima, Chiapas, Chihuahua, Quintana Roo, Puebla, Oaxaca y Yucatán. El Código penal de este último Estado parece ser el menos represivo en materia de aborto al tolerar, también, la interrupción voluntaria del embarazo cuando el aborto obedezca a causas económicas graves justificadas, siempre que la mujer embarazada tenga ya cuando menos tres hijos. Anteriormente Chihuahua también mantenía impune esta clase de aborto.

Chiapas, en su Código de 1990 presentaba innovadoramente en el ámbito jurídico, una situación médica que introducía las más amplias hipótesis de abortos no punibles de todo el Derecho penal mexicano, consistentes en razones de planificación familiar por común acuerdo de la pareja y en casos de madres solteras, sin embargo, no faltó la reacción en contra por parte de la Iglesia y organizaciones católicas -encabezadas por Pro-vida-, provocando que el 31 de diciembre de 1990, la legislación chiapaneca votara dejar suspendida la vigencia de los artículos del nuevo Código referentes al aborto, otorgando vigencia temporal a los artículos respectivos del Código de 1984 “ hasta en tanto la Comisión Nacional de Derechos Humanos emita opinión definitiva al respecto.”(96)

---

(96).- De la Barreda, Op. Cit., p.49.

Actualmente los Códigos de Chihuahua, Colima y Guerrero, aceptan la elaboración del aborto cuando el embarazo sea resultado de una inseminación artificial indebida (no querida ni consentida por la mujer), no obstante, hay que considerar que en México no hay muchas inseminaciones; añádase que, aproximadamente de seis meses a un año, se debe estar inseminando a la mujer para que se embarace, de manera que no posee gran relevancia fáctica la inclusión de esta causal de impunidad.

De esta forma las legislaciones estatales han ido implementando nuevas premisas en que se permite el aborto -eficientes o no-, con base en el artículo 4º constitucional que reconoce derechos de igualdad, libertad y protección a la salud. Es la Constitución, entonces, la que garantiza la libertad de las mujeres para interrumpir su embarazo, al intuir del citado artículo, la facultad de la mujer y de la pareja para decidir de modo libre, responsable, informado y oportuno sobre el número y espaciamiento de sus hijos; así lo argumentan quienes encuentran en la Ley máxima, una excusa absoluta para la prosecución de un aborto(97), Mireya Toto por ejemplo, al referirse a esa parte del artículo en mención, se pregunta si la mujer que se embaraza a pesar de haber utilizado anticonceptivos, puede interrumpir su preñez, a lo que responde que, de acuerdo con el Código penal, no; de acuerdo con la garantía constitucional, sí, “y aquí, es preciso señalar la supremacía constitucional; en la jerarquía de leyes la Constitución es la ley suprema de toda la unión. Entonces si el aborto se sigue considerando como un delito, no podemos hablar de libertad de procreación y se está violando la garantía constitucional.”(98)

## SISTEMAS DESPENALIZADORES DEL ABORTO

La respuesta de los países al problema de la legitimidad o ilegitimidad del aborto, guarda estrecha relación con su estructura sociocultural, su religión, la historia de sus pueblos y la tolerancia de las mayorías a las ideas opuestas a las que ellas sustentan. Contemporáneamente, en algunos países se ha visto un cambio en la permisivibilidad del aborto, en una tendencia que apunta a la desincriminación, así sea parcial, sobre todo en Europa. Inglaterra, las dos Alemanias, Austria, Francia, Italia, Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Suiza, Portugal, Hungría, Checoslovaquia, Polonia, Rusia, Yugoslavia, Rumania, Hungría, Chipre, Bulgaria, entre otros países, han sustituido el régimen clásico por un sistema despenalizador amplio o restringido, sea por medio del plazo o a través de las indicaciones.

En el **SISTEMA DEL PLAZO** el aborto es libre a petición de la mujer embarazada, sólo se exigen requisitos elementales: la intervención facultativa, la realización en un centro de salud y ciertos límites temporales en el desarrollo del embarazo, generalmente de tres meses o noventa días a partir de la concepción. Zulita Fellini agrega que, hasta el primer trimestre de embarazo “la

(97).- Nethel, Ana Laura y Agustín Pérez Carrillo. Modelo de Política Legislativa. Aplicación al caso del aborto en México, UAM, México, 1982, p.85.

(98).- Toto, Mireya. “El aborto y la legislación mexicana”, Fem (México, D.F.), no. 2, enero-marzo de 1977 (Vol. I), p.6.

interrupción del mismo queda a la decisión personal de la mujer, la cual previa información de carácter médico y jurídico, valora la situación y las dificultades ante las que se encuentra, y decide por sí sola sobre la continuación o interrupción del embarazo.”(99) Un ejemplo claro de este sistema lo encontramos en Italia.

El **SISTEMA DE LAS INDICACIONES** consiste en diversas hipótesis que excluyen del campo delictivo situaciones de carácter excepcional.

a) La **indicación médica o terapéutica** es la más ampliamente acogida internacionalmente, por considerar que se sacrifica una vida en formación para salvar una vida ya formada. Algunos países visualizan no sólo el peligro de muerte para la mujer, sino también el riesgo a su salud. Al respecto, escribía el médico parisiense Milliez: “ante una mujer en cinta cuyo embarazo implicaría su muerte casi con absoluta seguridad, jamás he dudado, ni siquiera ante la viabilidad del feto: hago abortar a la parturienta sin ningún escrúpulo.”(100)

b) La **indicación eugenésica** procede, si existe la expectación de un defecto fetal somático o psíquico incurable, debido a la herencia mórbida transmisible de uno o ambos padres, o a causa de un daño ocasionado durante el embarazo. En la actualidad, los avances logrados en las técnicas de diagnóstico prenatal, permiten detectar la presencia de malformaciones o alteraciones de salud en el producto, en épocas tempranas de la gestación. Ya desde 1970 la OMS indicaba en su Informe de Salud, que se habían logrado detectar anomalías fetales en una fase temprana de la preñez, cuando el producto todavía no es viable (101). De esta manera, la probabilidad de transformarse en certeza y es posible programar el aborto selectivo de los productos afectados y el embarazo a término de aquellos que resultan normales, explica Alessandra Carnevale(102).

c) Sobre la **indicación ética**, se comenta que el ordenamiento jurídico en la época actual, no puede ser “sordo, ciego e insensible ante la dramática situación psicológica en que se halla la madre que ha sido fecundada en una violación y que por repulsa a su violador, al acto antijurídico por él perpetrado y a las consecuencias que éste ha dejado en sus entrañas, procura su aborto o consiente en que otro se lo produzca.”(103) Jiménez de Asúa habla de causas sentimentales, incluso nobles, toda vez que se libera a la mujer de la indeseable consecuencia del “bárbaro atropello”; y Cuello Calón admite rotundo, que “nada puede justificar que se imponga a la mujer una maternidad odiosa que dé vida a un ser que le recuerde eternamente el horrible episodio de

(99).- Fellini, Zulita. “El problema del aborto en México y en el Derecho comparado”, en El aborto: tres ensayos sobre...¿un crimen? (compilación), UAM, México, 1985, p.18.

(100).- De la Barreda, Op. Cit., p. 35.

(101).- *Ibidem.*, p.38.

(102).- Carnevale, Alessandra. “Las enfermedades genéticas y su prevención” en El aborto, un enfoque multidisciplinario, UNAM, México, 1980, pp.21-23.

(103).- Jiménez Huerta, Mariano. Derecho Penal Mexicano, 12ª ed., Porrúa S.A., México, 1992, p.199.

una violación sufrida.”(104)

d) En cuanto a la **indicación económica-social**, Landrove Díaz anota que se ha ido incorporando a muchas legislaciones paulatinamente, porque “con toda evidencia, la falta de recursos económicos para el mantenimiento de la prole es, en la realidad vital, factor determinante de primera magnitud en actividades de aquella naturaleza.”(105) José Agustín Martínez es partidario de esta indicación, en virtud de que “un hijo más vendrá a gravitar sobre la sociedad familiar. Mientras no sea el Estado el que ha de subvenir a sus necesidades presentes y futuras, ¿con qué derecho querrá imponerlo al mísero que involuntariamente lo ha procreado?. Ya sabemos que algún moralista de gabinete dirá: ¿y porqué lo ha procreado? si sabía que no podía soportarlo, ¿porqué lo ha traído?; es fácil razonar -sentencia el mismo autor- bajo la luz de una buena lámpara, de una habitación confortable, cuando se ha comido bien y las ideas filantrópicas y altruistas son huéspedes agradables de un cerebro inútil.”(106) Igualmente, Tabía defiende esta postura, insistiendo que no se puede obligar a persona alguna a vivir azotado a la miseria, en unión de los hijos, por muy respetable que sea la concepción y su trascendencia socio-biológica (107).

#### LA INEFICIENCIA DE LA PROHIBICIÓN PENAL

En la actualidad el aborto se considera un tema social, económico, jurídico, político, religioso y médico. En razón a ello, a los problemas de salud pública que origina, y a los nuevos métodos para abortar en condiciones de seguridad, las legislaciones mundiales han evolucionado a una tendencia de mayor flexibilidad. Jiménez Huerta admite que sería “volver la espalda a la viva realidad desconocer -y poco honesto silenciar- los cambios habidos recientemente en torno al aborto en las legislaciones y en el pensamiento cultural de sociólogos y juristas que inspiran las leyes, pues desde distintos flancos han surgido consideraciones que motivan el insoslayable cambio de frente acaecido en este delito... transformaciones de calado tan hondo ponen de manifiesto, por una parte, el trasfondo sociológico del derecho; por otra, que lo antijurídico finca su base en una evaluación cultural y, una tercera, que lo antijurídico - y por tanto, lo antijurídico tipificado- varía y se transforma en mayor o menor escala, al unísono de las normas de cultura imperantes en cada momento histórico en la entraña de la comunidad o en regiones determinadas de la misma.”(108)

Ante la cuestión de si se tutela eficazmente por las normas jurídico-penales la vida del feto, De la Barreda se auxilia de varios criterios para responder finalmente que, de ningún modo,

(104).- De la Barreda, Op. Cit., p. 43.

(105).- Landrove Díaz, Gerardo. Política criminal del aborto, Casa Editorial Bosch, Barcelona, 1976, p.87.

(106).- Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre los delitos contra la vida y la salud personal, 10ª ed., Porrúa S.A., México, 1994, p.474.

(107).- Ibidem., pp. 476-477.

(108).- Jiménez Huerta, Op. Cit., p.179.

procede tal supuesto (109):

A) **El bien jurídico tutelado** constituye, en definitiva, la justificación de la existencia de una figura delictiva en virtud de que el Derecho penal, al igual que las demás ramas del Derecho, tutela intereses sociales que se ponen de manifiesto en las normas de convivencia. De ahí, que las condiciones culturales de la comunidad desapruében ciertas conductas con miras a la protección de esos intereses, sin embargo, tales convicciones culturales han variado actualmente en diferentes órdenes, y las mudanzas experimentadas, en relación a la mujer -sin olvidar el valor de la vida fetal-, han originado el debate despenalizador del aborto en razón de que se les ha asignado mayor jerarquía a ciertos valores sociales, como el que la mujer ejerza integralmente sus aptitudes de ser humano, que los hijos cuenten con los elementos indispensables (afectivos, económicos, educativos) para alcanzar su pleno desarrollo físico, intelectual y espiritual; y que la pareja se responsabilice plenamente de sus hijos.

De por sí, la magra punibilidad del aborto es indicativa de una depreciación que en las valoraciones sociales, ha sufrido la vida en formación como interés social tutelado penalmente, toda vez que los doctrinarios coinciden en que el bien jurídico tutelado es un interés reconocido por la sociedad, creado por la vida misma y no por el ordenamiento jurídico, por lo que el legislador asigna a cada bien jurídico, en orden a su protección, el intervalo de protección adecuado. Con ello, intuimos que se le ha otorgado menor valía a la vida en formación, que a la vida de un ser ya nacido. Aún más, una segunda desvaloración de la vida fetal se presenta al atenuarse la pena ante los “móviles de honor”; y si se introducen nuevos valores sociales como los arriba mencionados, estaremos ante una depreciación mayor del feto. De tal suerte, los defensores de la regulación jurídica actual tendrían que reconocer que si el aborto es como aseveran, un homicidio, resulta incomprensible su actitud acrítica frente a una legislación como la mexicana, que establece la paradójica sanción máxima de ocho años de prisión para el delito de aborto, a comparación de la aplicable al homicidio calificado que alcanza hasta los cincuenta años; lo cierto es que nadie ha pugnado por su aumento.

B) El Derecho penal, de acuerdo con la **teoría retributiva de la pena**, tiene a su cargo el imperativo ético de restablecer la justicia a través del castigo al culpable del delito, compensando la culpabilidad del autor mediante la imposición de un mal penal equivalente al mal causado para alcanzar el ideal de justicia. En lo que atañe al aborto, el “delito” no se denuncia, salvo en aquellos casos contados en que el denunciante busca, exclusivamente, evadir el cargo de encubrimiento u otra responsabilidad penal, pero de ninguna manera pretende cumplir con el imperativo ético de poner en marcha el mecanismo *ad hoc* para que se castigue una conducta de antisocialidad extrema, lo que menos interesa es que la mujer reciba una sanción. De hecho, quienes se oponen a la despenalización del aborto, no quieren que éste se castigue: se conforman con que permanezca tipificado en el Código para que, de los cientos de miles de abortos, apenas una pequeña cantidad sean objeto de sentencias condenatorias. A cambio de ello, la incriminación propicia que miles de mujeres pobres sufran daños severos en su salud y muchas de ellas, pierdan

---

(109).- De la Barreda, Op. Cit., pp.80-89.

la vida, ¿eso les contenta! acierta De la Barreda. Tal como lo explica el sociólogo español José Vincent Marqués: “defender la penalización del aborto no es evitarlo, pero quienes la defienden dan a entender que realizan algún tipo de cruzada o acción global contra el aborto (no quieren que no haya abortos, sino sólo que sean clandestinos y peligrosos).”(110) No se justifica, entonces, la resistencia de los enemigos a la modificación legislativa, porque su interés en mantener las prohibiciones legales no se identifica con un deseo de que haya una persecución real contra las abortadoras, como si el puro texto legal bastase aún sin aplicarse para alcanzar los “objetivos” del tipo penal, al contrario, sólo dañan los intereses que supuestamente pretenden preservar.

Esteban Rigui por su parte, condena que “la actitud del Estado que pertrechado tras la conminación penal, no desarrolla ninguna actividad asistencial, resulta más hipócrita que ética. Esto es así porque la hipotética tutela que se ofrece al bien jurídico con la pena, está acompañada por una notoria despreocupación por resolver los graves problemas que puede enfrentar la madre antes, durante y después del parto. Cuando es ‘empujada’ al aborto por factores sociales de importancia, principalmente de naturaleza económica, el Estado no puede limitarse a contramotivarla con la amenaza penal, sin remover ninguno de los factores que gravitan sobre la embarazada.”(111)

C) La finalidad del Derecho penal, desde el punto de vista de la **prevención general**, es la de disuadir al conjunto de la población a través de la amenaza de imposición de penas de no cometer delitos, o sea que la pena se justifica por sus efectos intimidatorios sobre la sociedad. Cuando alguna persona comete un ilícito, el Estado debe sancionarla para reforzar la coacción sobre la colectividad, empero, esta función disuasiva debe producir sus efectos también en la fase ejecutiva, ya que sólo si las penas se cumplen, resultan eficaces relativamente.

Luego, si vemos la desmesurada cantidad de abortos clandestinos y sus escasas denuncias, podemos dilucidar que el aborto sólo propicia lesiones y muertes pero a nadie intimidada, es decir, carece en absoluto de efectos disuasivos. Paradójicamente se corrompe el bien jurídico de la vida, de la manera en que la incriminación genera clandestinidad que, a su vez, conduce a un mercado negro en que el precio de la intervención es exagerado; desembocando todo esto, en un alto costo humano que da lugar a un problema de salud pública configurado por una higiene deplorable y conlleva enfermedad y muerte para las mujeres pobres que tienen que recurrir a una operación subrepticia. De esto mismo se desprende el turismo abortivo y otras prácticas delictivas periféricas, como las servidumbres sexuales o el chantaje, por lo que la ilegalidad del aborto -concluyen varios autores-, se torna un factor criminógeno, es decir, la tipificación del aborto origina delitos.

La eficacia de la pena, entonces, no radica en su rigor abstracto sino en la seguridad de

---

(110).- Marqués, Joseph Vincent. “El fetismo no es un humanismo”, Fem (México, D.F.), no. 89, mayo de 1990, p. 22.

(111).- Rigui, Esteban. “El Derecho Penal ante la interrupción voluntaria del embarazo” en El aborto: tres ensayos, Op. Cit., p.70.

que será aplicada. Y en el caso del aborto, la tutela en abstracto -con el texto legal- que recibe la vida del producto, se desvanece en las etapas de aplicación fáctica del Derecho penal: la judicial y la ejecutiva. Por eso debemos insistir, si las leyes son violentamente contrarias a la realidad, es imposible acatarlas.

D) Conforme a la **teoría de la prevención especial**, la pena cumple la función de evitar nuevos delitos del delincuente, es decir, se evita la reincidencia a través de la pena, intentando la readaptación social; empero, al ver la magna cantidad de abortos no podemos verdaderamente creer que las abortadoras sean unas desadaptadas ; “la desadaptación parece, más bien del legislador que mantiene las actuales normas prohibitivas”(112), porque si el Derecho penal es un barómetro de las ideas morales y sociales de la comunidad y debe ser sensible a los cambios, al observar el número de denuncias podemos corroborar que no hay reacción social, que justifique la persecución oficial a problemas que pertenecen a la convicción y fuero interno(113), ya que, hasta los órganos judiciales se resisten a imponer penas excesivamente duras a hechos que no consideran “fruto de manifiesta perversidad”.

Podemos entonces afirmar, que la legislación del aborto en materia penal resulta anacrónica e inoperante, toda vez que desde su promulgación no ha sufrido modificaciones importantes y por ende, prácticamente no se aplica. Su empeño por “defender” a toda costa la maternidad y la vida en potencia, se convierte paradójicamente en una imposición que torna la maternidad en una condena ineludible que, por su obligatoriedad, priva a muchas mujeres de lo que debería ser una experiencia gozosa y enriquecedora. Al respecto, escribía Claus Roxin que “se obliga a la mujer a dar luz al niño una vez que se ha concebido pero, después es ella sola quien debe ver el modo de resolver la situación que la ley le ha impuesto. Esto es inhumano e indigno... por lo cual habrá que decir: si el estado impone a una mujer el deber de traer al mundo al feto, aquél tendría que cuidarse simultáneamente de que el niño pueda vivir en condiciones humanas dignas y desarrollarse libremente, y de que no recaiga sobre los padres un peso que supere desproporcionadamente las cargas normales de la paternidad. Y si el Estado no está en situación de crear esas condiciones, tampoco le es lícito exigir a la mujer que dé a luz a su hijo, sino tendrá que permitir la interrupción del embarazo y asumir incluso la responsabilidad de ello.”(114) González de la Vega, a pesar de oponerse al aborto, admite el innegable “fracaso del Derecho para prevenirlo por la represión; ésta fomenta la maniobra clandestina con sus peligros; la madre ante el temor de la ley, acude a abortadores empíricos, poco escrupulosos y llenos de codicia que exponen la vida de la mujer.”(115)

Por tanto, la vía penal no es una solución óptima, al contrario, sólo crea una situación de miseria moral: ocurren miles de abortos, las condenas judiciales ni siquiera muestran un número

---

(112).- De la Barreda, Op. Cit., p.89.

(113).- Lima Malvido, María de la Luz. Criminalidad femenina. Teorías y reacción social, 2º ed. corr. y aum., Porrúa S.A., México, 1991, p. 204.

(114).- De la Barreda, Op. Cit., p. 87.

(115).- González de la Vega, Op. Cit., p. 124.

significativo de su incidencia, miles de mujeres sufren daños físicos y psíquicos y, muchas de ellas, mueren. Más, cuando se procura desacreditar a los partidarios de la despenalización, no se repara en la contrariedad que supone la permanencia de normas jurídicas cuyo cumplimiento no se exige y cuyo incumplimiento es tolerado, acaso con alivio. Esta postura de poner barreras y dificultades para abortar pero, a la vez, tolerar que no se persiga siquiera una parte significativa de mujeres que abortan, aparece como una careta de buena conciencia: “que al aborto siga penalizado en el Código penal, independientemente de lo que acontezca en la realidad”(116), propiciando la muerte de millares de mujeres. En cambio, “esa sociedad permite, por ejemplo: menores trabajando lejos del control de sus padres, bajo estándar de vida que obliga a trabajar a los padres en el mismo horario sin vigilar ni educar directamente a sus hijos, ignorancia sexual (concepto de los temas prohibidos)” (117) y otras situaciones similares.

Por consiguiente, el Doctor García Ramírez sugiere que el aborto debe conducirse “como antes se incorporó una serie de conductas a su marco más auténtico, remotamente: la blasfemia, la herejía; más cercanamente la sodomía, el adulterio y otras figuras más del elenco oscilante de la criminalidad artificial”, de modo que el Derecho penal debe guardar silencio frente al aborto y permitir la acción asistencial del Estado(118).

### 3.2. PREVENCIÓN

Uno de los rasgos de la política causada por la crisis económica, es una insistencia en la participación comunitaria tanto en la atención de la salud, como en las campañas educativas y preventivas locales; lo irónico es que sólo la falta de recursos, ha logrado que se abandone la mentalidad puramente curativa de la atención a la salud. En caso de México, la imperante mala salud subraya la necesidad de unos programas de salud comunitaria que se concentren en la medicina preventiva; bajo este enfoque, sería elemento crucial, entre otros, el mejor conocimiento de la higiene y sanidad.

En principio, quien se encarga de promover y apoyar la política nacional de prevención y control de enfermedades y riesgos a la salud, es la Dirección General de Medicina Preventiva de la Secretaría de Salud, cuyas actividades se concretan en fomentar la investigación para el desarrollo de métodos de diagnóstico, control y, en su caso, erradicación de las enfermedades y riesgos a la salud; promover y coordinar la participación de los sectores público, social y privado; así como apoyar la producción de información para los programas de prevención y control de enfermedades y riesgos a la salud, entre otras (art. 19 del reglamento Interno de la Secretaría de Salud). En su auxilio, ha venido a coadyuvar la creación de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, nacida en 1997 con base en el Programa de Reforma del sector Salud, para coordinar las denominadas “Funciones Prioritarias de Prevención y Control de

---

(116).- De la Barreda, Op. Cit., p. 97.

(117).- Achával, Op. Cit., p. 505.

(118).- García Ramírez, Sergio. Criminología. Marginalidad y Derecho penal, Depalma, Buenos Aires, 1982, (Criminología contemporánea), pp. 90-91.

## Enfermedades”.

De las funciones prioritarias establecidas por la Secretaría, tres de los programas sustantivos (salud reproductiva, salud del niño y salud del adulto y del anciano) fueron planteados de acuerdos con grupos de población específica a los cuales van orientados sus acciones. El programa sustantivo que vamos a retomar, en su parte concerniente, es el de Salud Reproductiva(119), cuyo objetivo general es el de brindar información y servicios de reproducción a la población –incluyendo planificación familiar-, para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, así como para contribuir a que los individuos y las parejas disfruten de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada el número y espaciamiento de los hijos y, de esta forma, regular armónicamente el crecimiento de la población.

### I. Componentes

- Planificación familiar
- Salud perinatal -salud reproductiva perinatal  
-prevención de defectos congénitos
- Salud de la mujer - cáncer cérvico-uterino  
- cáncer mamario  
- mortalidad materna

### II. Estrategias

- Incrementar acciones de información y comunicación educativa y social, a través de diversos medios que promuevan actitudes y prácticas de planificación familiar entre la población, para postergar el nacimiento del primer hijo, incrementar el espacio intergenésico y promover la terminación temprana de la reproducción.
- Intensificar la prestación de servicios de calidad en atención prenatal, del parto y del recién nacido, para detectar oportunamente las complicaciones obstétricas y los padecimientos asociados al embarazo y su secuencia, con la finalidad de indicar la atención específica y disminuir la mortalidad materna y perinatal.
- Fomentar la lactancia materna y el alojamiento conjunto de madre e hijo.
- Fortalecer los mecanismos para la detección temprana y el manejo oportuno del hipotiroidismo congénito, así como otros defectos observados al nacimiento.
- Incrementar la atención oportuna y de calidad del aborto incompleto y de sus complicaciones, mediante acciones terapéuticas apropiadas y complementadas con orientación y consejería de anticoncepción postaborto.
- Implantar un programa de educación continua sobre perspectiva de género, dirigido a los prestadores de servicios de salud, para contribuir al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población, particularmente de las mujeres.

---

(119).- Tapia Conyer, Op.Cit., pp. 14-28.

### **III. Impacto**

- 1.- Reducir la tasa global de fecundidad a 2.4 hijos por mujer.
- 2.- Elevar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil a 70.2%.
- 3.- Mantener la cobertura de mujeres del área urbana en cifras superiores a 70% y elevarla en las áreas rurales a 57%.
- 4.- Reducir la tasa de mortalidad materna en 50% respecto a los registros de 1990.
- 5.- Disminuir la tasa de bajo peso al nacimiento, a menos de 7%.
- 6.- Eliminar el hipotiroidismo congénito.

### **IV. Coordinación**

1.- Institucional.- Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS), Programa de Capacitación al Personal de Salud (PCPS), Consejo Nacional de lucha contra el SIDA (CONASIDA), Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE), Dirección General de Regulación de Servicios de Salud (DGRSS), Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), Dirección General de Estadística e Informática (DGEI).

2.- Territorial.- Servicios Estatales de Salud (SESA).

3.- Interinstitucional.- incluidas en el siguiente nivel de coordinación.

4.- Intersectorial.- requiere reforzarse el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva integrado por representantes del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Gobernación, el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Instituto Nacional Indigenista (INI), la Secretaría de Educación Pública, el Programa Nacional de la Mujer (PNM) y las Organizaciones No Gubernamentales(ONGS).

En cuanto a las Líneas Estratégicas, para los programas sustantivos en general, tenemos:

1.- Promoción a la salud.- su objetivo general es el de participar en el desarrollo de los programas sustantivos a través de: Salud Familiar, Salud Escolar, Municipio Saludable y Comunicación Educativa.

2.- Investigación en servicios de salud.- su objetivo general es: generar información importante para la toma de decisiones y contribuir a la evaluación de las intervenciones y resultados de los programas sustantivos por medio del desarrollo, aplicación y evaluación de tecnologías en salud; investigación operativa de los programas, y formación de recursos humanos.

Por último, los Mecanismos de Apoyo, se integran con la información estadística y desarrollo informático como INTERNET y hoja electrónica de la Secretaría de Salud, así como

por supervisión integral que abarca indicadores de proceso e impacto, seguimiento y control, y análisis integral del programa.

Sin embargo, aunque éste parezca un buen planteamiento, no hay que olvidar que un plan de salud -con todos sus respectivos programas- debe considerarse como parte inseparable de un plan de desarrollo económico y social, por lo que el primero, debe incluir la relación existente entre la salud y la economía, así como el segundo, las previsiones en materia de salud.

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Si actualmente el número de hijos que una mujer desea o acepta es de tres a cuatro (en México la fecundidad es de 3.4.), y considerando doce meses como período infértil después de un embarazo -9 meses de gestación y 3 de infertilidad *post partum*-, ello quiere decir que cerca del 90% de la vida reproductiva de la mujer, está ocupado por el esfuerzo consciente de no quedar embarazada si es sexualmente activa(120).

Es aquí donde entra en juego la planificación familiar, definida por la Norma Técnica número 22 para la planificación familiar en atención primaria a la salud -publicada en el Diario Oficial el 7 de julio de 1986-, como el “derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.”

Por su parte la Ley General de Salud, en su artículo 67, establece que la planificación familiar tiene carácter prioritario y en sus actividades debe incluir la información y orientación educativa a los adolescentes y jóvenes. Así mismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien, después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número. Todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

El artículo 68 del mismo ordenamiento, enuncia los servicios de planificación familiar:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual con base en los contenidos y estrategias que establece el CONAPO;
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con

---

(120).- Ortíz Ortega, Op. Cit., p.143.

las políticas establecidas por el CONAPO;

IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar; y

VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

La Secretaría de Salud, con base en las políticas del CONAPO, es el organismo encargado de definir las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos en lo concerniente a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud, además de coordinar las actividades de dependencias y entidades del sector salud para poner en marcha las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar que formule el CONAPO (conforme a la Ley General de Población) y luego, las incorpora al programa sectorial.

Las Instituciones del sector público, social y privado están obligadas por el artículo 118 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, a proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las normas técnicas que emita la Secretaría de Salud. Justamente, podemos invocar la Norma Técnica número 22, antes aludida, en la que se especifican las acciones de planificación familiar, tales como la promoción y difusión de información en grupo o individualmente, la prescripción del método adecuado según sus indicaciones y contraindicaciones, así como otras precisiones contundentes al tema.

A la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, se le ha asignado la facultad para participar en la definición de los contenidos técnicos y mensajes en materia de planificación familiar y orientación sexual que se utilicen en los medios de comunicación masiva dirigidos al público en general, así como para coordinar la elaboración de contenidos didácticos de información y educación para prestadores de servicios y para la comunidad. También planea y promueve la realización de estudios e investigaciones sociodemográficas, epidemiológicas, biomédicas y psicosociales, en apoyo de las actividades del Programa de Planificación Familiar, tal como lo prevé el artículo 20 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Sin embargo, a pesar de todas estas previsiones legales, las campañas de “paternidad responsable” y educación sexual, aún no han tenido efectos notables sobre la población mexicana, toda vez que se la sigue responsabilizando casi totalmente a la mujer, de la regulación de su fecundidad. Añádase que, aunque exista la intención de que los servicios de anticoncepción se extiendan sobre todo el país, la tesis del gobierno establece que la planificación familiar debe ir unida a los servicios de salud, de manera que aquella va llegar a las áreas rurales, en la medida

en que lleguen ahí plenamente, dichos servicios asistenciales. Y es el caso que una gran campaña de ese género no puede organizarse en unos pocos meses, es preciso entonces, que el programa oficial de planificación familiar se intensifique para contribuir a que la tasa de abortos baje, aunque esto lleve tiempo, ya que se ha indicado que el uso generalizado de anticonceptivos contrarresta el número de abortos.

Por otro lado, es importante acertar que ningún programa de planificación familiar, prevé qué se le ofrece a la mujer a la que se le ha estado controlando su fecundidad médicamente y le falla la píldora o el DIU (Dispositivo Intrauterino), quedando embarazada contra su voluntad; porque la Secretaría toma medidas para prevenir embarazos no intencionados, más a la falla de un anticonceptivo, el Sistema Nacional de Salud no puede hacer cosa alguna –replican los funcionarios de dicha Institución–, en virtud de que existe una legislación penal a la que tiene que someterse la Secretaría toda vez que ella, no tiene competencia para legislar; sin embargo, olvidan que a través del Secretario sí pueden: proponer al Presidente de la República los proyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes sobre los asuntos de la competencia de la Secretaría y del sector salud. Y ¿acaso no es de su competencia, la determinación de un problema de salud pública?, o entonces ¿quién debe demostrar la necesidad de implementar en la legislación sanitaria el aborto, a razón de la magnitud de sus consecuencias?, porque al parecer, el aborto encuadra en una situación de las denominadas “prioritarias” por la Secretaría. En todo caso pareciera que lo esperado, es la buena voluntad del legislador, dejando cualquier aspecto contundente en sus manos y ni siquiera pensar si se podría ayudar en algo.

Por ende, es necesario luchar por una modificación de las leyes relativas al aborto y por la aplicación masiva de medios anticonceptivos; tanto estas prescripciones, como las que en lo general se refieren a la mujer, están muy atrasadas. Es preciso también, planear campañas intensivas de orientación, sobre todo entre nuestros sectores indígenas o zonas rurales, porque en algunos Estados de la República como Oaxaca, Puebla, Michoacán, Yucatán y Guanajuato, entre otros, los métodos anticonceptivos tradicionales o rústicos –léase ineficaces–, presentan un porcentaje muy alto en la incidencia de su uso. Igualmente, una medida importante, es incitar a la investigación de nuevos y más eficaces métodos contraceptivos.

## LA REPERCUSIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA INCIDENCIA DEL ABORTO

Si planteamos el aborto como un problema de salud, debemos tratar de responder a una pregunta fundamental: ¿es posible disminuir la práctica del aborto?

Tomemos como premisa que el aborto se da como consecuencia de embarazos no deseados, entonces ¿cómo contrarrestar una preñez no querida o no programada?. Ya sabemos que la planificación familiar de eso se encarga a través de todo tipo de anticonceptivos, pero veamos más a fondo: el problema traspasa las fronteras de la individualidad y de la pareja para convertirse en una cuestión social, porque la sociedad mexicana aún no permite abiertamente a los púberes, informarse sobre la manera de decidir si puede o no soportar tanto física como psíquicamente, un repentino embarazo. Y aquí, se hace necesario entender que las relaciones

amorosas que nacen ahora, dan lugar a vínculos sexuales más precoces que antaño, originados mucho antes de pensar seriamente en la posibilidad de integrar una pareja duradera e independiente desde el punto de vista económico, es decir, los adolescentes ya están teniendo una vida sexual activa desde una edad más temprana. La primera relación sexual del 56.4% de las jóvenes, se da antes de los 20 años, según el Informe del Estado de la Población Mundial 1997 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) (121). En México, se calcula un promedio de 16 años para la primera actividad sexual y una mayor exposición en chicas de 15 a 19 años en los Estados de Tabasco, Baja California, Zacatecas, Colima y México, donde la mayoría de las parejas no usa métodos anticonceptivos, por lo que es cada vez más frecuente el embarazo entre adolescentes (122).

El problema incide en que la gente no se atreve a preguntar o acudir con un médico para recibir información reproductiva y obtener un método adecuado, debido a prejuicios morales o religiosos que pueden pesar demasiado sobre ellos o en sus padres, quienes no les permiten informarse se “esas cosas”. De hecho, hay mujeres de edad adulta que después de un aborto séptico, el hospital les enseña por primera vez los métodos para contrarrestar la fecundación, y algunos grupos marginados hasta desconocen los derechos reproductivos de las parejas, tales como el decidir libremente el número de hijos y su espaciamiento.

Para alcanzar una solución hace falta, antes que nada, un programa de educación sexual de real aplicación, con información completa sobre los distintos medios de regulación natal y la posibilidad de un acceso fácil a ellos. Sólo así podrá la mujer tener un verdadero control de su propio cuerpo, explica Mariclaire Acosta, quien agrega que “la mujer debe saber que es mucho más que una máquina de hacer hijos, su justificación como ser humano no se encuentra sólo en el papel de madre (papel cuya nobleza y dignidad no negamos, pero del cual pretendemos insistir en que no es el único). Debe saber que tiene derecho a elegir, ante todo, entre dos alternativas: tener hijos o no tenerlos; y si elige la primera, que la asiste pleno derecho a determinar cuántos hijos va a tener, y en qué momento. La maternidad no debe ser nunca un fardo que la mujer reciba como inevitable... si debe ser, en cambio una responsabilidad muy seria que, cuando se asume se lleve a cabo con plenitud y con alegría, como producto de una decisión consciente y libre.”(123)

Es evidente que esto significa un cambio fundamental en la consciencia social, porque cuando se observa en un país descensos importantes en la fecundidad debido a una amplia aceptación de métodos anticonceptivos, es muy probable que ello esté reflejando no sólo una mayor disponibilidad de servicios de planificación familiar, sino también cambios socioculturales con los que los embarazos no deseados ya no son aceptados como alguna vez lo fueron, gracias a “las transformaciones operadas en nuestros días sobre la condición social y jurídica de la mujer, la libertad por ella reclamada a una maternidad consciente y el respeto que reivindica para su

---

(121).- Carrasco, Patricia, reportaje citado, p.22.

(122).- Salas, Guadalupe y Lucía Rayas. “Mapa demográfico: la situación del aborto en México”, programa de radio Red-Monitor, México, D.F., 11 de diciembre de 1996.

(123).- Acosta, Op.Cit., p. 9.

genuina intimidad”(124); además de que han ido cambiando las valoraciones culturales y jurídicas por doquier, hasta el extremo de que el aborto va dejando de ser un hecho que ofende los ideales valorativos de la comunidad.

Sin embargo, en México ni la educación sexual, ni la consiguiente utilización de anticonceptivos, han tenido una difusión considerable, por eso, muchas son las mujeres que ante la falta de alternativas, siguen recurriendo al aborto.

La Secretaría de Salud, insisto, debería tomar cartas en el asunto y encaminar a una verdadera aplicación de los preceptos legales que regulan la educación para la salud, cuyos objetivos, según el artículo 112 de la Ley General de Salud son, entre otros: fomentar en la población el desarrollo de actividades y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales o colectivas y protegerse de riesgos que ponen en peligro su salud, así como orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de educación sexual, planificación familiar y uso adecuado de los servicios de salud.

La Norma Técnica número 279 de educación para la salud, publicada en el Diario Oficial el 18 de febrero de 1988, define la educación para la salud como un proceso intencionado de enseñanza-aprendizaje, que promueve cambios en la conducta del individuo, la familia y la comunidad, en beneficio de la salud; es componente indispensable de todo programa de salud, y se dirige a la población en general. El concepto es bueno, pero sería mejor si se aplicara. De nueva cuenta es la Secretaría, la que a través del CONAPO, debe prestar el asesoramiento para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual que le requiera el sistema educativo nacional, en concordancia con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos estatales. Además, mediante la Dirección General de Medicina Preventiva, la Secretaría debe promover y fomentar la participación del sector educativo mediante la incorporación de contenidos educativos sobre medicina preventiva en los programas de enseñanza básica, media y superior; así mismo tiene la facultad de definir, establecer y aplicar la normatividad técnica, los sistemas de diseño organizado, su supervisión y evaluación, dirigidos a tratar problemas relacionados con la salud materno-infantil, formulando y proponiendo las políticas y estrategias pertinentes.

Al respecto, se han obtenido algunos avances por parte de la Secretaría, como la elaboración de programas similares al de Salud Reproductiva que presentamos en un inicio, sin embargo, todavía queda mucho por hacer, sobre todo en lo que hace a la disponibilidad de medios que hagan factible la aplicación de este tipo de programas, para que no sean –al igual que el “delito” de aborto- letra muerta.

## UN ÚLTIMO RECURSO

El aborto no aparece como una práctica común en sociedad alguna, aún en los países que

---

(124).- De la Barreda, Op. Cit., p. 56.

lo permiten, no es algo que se haga usualmente. Una mujer puede llegar a propiciarse hasta cuatro abortos, pero son casos realmente extraordinarios; lo común hasta ahora, es o tener al niño o prevenir el embarazo, más, cuando una mujer ya está en cinta y no pretende ser madre, sería preferible que se le permitiera el aborto, en virtud de que tener un hijo es toda una responsabilidad, no es sólo echarlo al mundo sino mantenerlo y educarlo.

Lamentablemente la familia mexicana en todos sus niveles, ha decidido que la mujer es la encargada de gestar, parir y criar a los niños, y aunque biológicamente sí es apta para gestar, la socialización y endoculturación del niño es tarea de la pareja y no sólo de la mujer. Elena Poniatowska recrimina la injusticia de dejar el problema del aborto sólo a la mujer, más bien debería “enfrentarse socialmente y considerarse como un problema de la pareja, porque hacen el amor un hombre y una mujer, y tienen un hijo, un hombre y una mujer. Dejarlo sólo a la mujer es contribuir a su opresión y me parece muy indignante tratarla como culpable.”(125)

Lo deseable es que ninguna mujer se vea orillada a abortar, pero para lograrlo habría que garantizar una amplia y efectiva educación sexual y la existencia de anticonceptivos no falibles. Como hasta ahora esto no ha sido posible, el aborto aparece como un último recurso para la mujer a la que le falló el anticonceptivo o que ni siquiera tuvo información o acceso a él. Bajo este enfoque se torna imprescindible un cambio en la legislación, si retomamos la hipótesis de que sin protección efectiva al bien jurídico, no hay figura delictiva que se justifique, y es el caso que la gestante tentada a abortar es colocada, en virtud de la incriminación, en una situación de soledad donde no habrá voces médicas o psicológicas que puedan disuadirla, y abortará en las peores condiciones. Cabe preguntarnos si las abortadoras son sujetos tan peligrosos socialmente, que se las tenga que catalogar como delincuentes, comparándolas con homicidas.

Es la magnitud que tiene este fenómeno en el país, así como sus graves consecuencias para la salud de la población y bienestar de la sociedad en su conjunto, lo que hace necesaria la modificación de los preceptos legales. Los autores coinciden -ante el hecho de que tener el delito de aborto no inhibe su práctica y sólo arriesga la vida de la mujer pobre- que son más eficaces las prácticas anticoncepcionales y las medidas sociales de apoyo a la madre soltera, que la dureza de la punición, para reducir en alguna forma la incidencia del aborto.

Tales medidas se concretan en:

1.- Mejorar el estándar de vida: confort en el hogar y padres en contacto con sus hijos, es decir, “educar queriendo el hogar”(126). Cabría aquí la intervención del maestro, quien también debe ir introduciendo al niño en el estudio de la reproducción, ya que muchas de las veces, los padres no lo hacen, o sólo cuando ya son mayores sus hijos.

2.- Protección de la madre y del niño: toda madre debe tener su hogar (no hogares de vida

---

(125).- Acosta, Op.Cit., p. 40.

(126).- Achával, Op.Cit., p. 504.

en común o barrios) y todo lugar de trabajo debe anexar o disponer realmente de guarderías para niños. Además, debemos destacar la utilidad de una campaña de difusión educativa que mostrara a las mujeres embarazadas la posibilidad de ser mantenidas durante su embarazo –si ello es necesario- y la seguridad de que su hijo será luego colocado en un buen lugar. “Si estamos dispuestos a pagar por esto, el resultado bien podría ser una drástica reducción en el número de abortos. Yo creo que vale la pena”, opina Diego Farrell (127), quien además cree necesario para este fin, el aumento de presupuesto para el sector salud, así como la amplitud de difusión de anticonceptivos seguros.

3.- Efectiva educación para obtener una maternidad consciente y la destrucción de aquellos prejuicios sobre deshonor, piedad o caridad a la madre soltera. La maternidad debe ser vista como un derecho biológico de la mujer, como el derecho a la salud y no sujetarlo a prejuicios, beneficencias o dádivas.

Elena Poniatowska comenta al respecto, que en Estados Unidos funcionan unas clínicas auto-ayuda, donde las mujeres pueden plantear sus problemas y aprenden a controlar su fecundidad, reciben ayuda médica, se inician en el encuentro personal de tumores e incluso, pueden abortar en condiciones higiénicas y salubres mental y físicamente. Lo más importante es que ellas, ahí aprenden a ver sus problemas, a ventilarlos, a enfrentarlos y a no hacer pasar por individuales, problemas que son colectivos; en cambio, “¿qué es lo que el gobierno de México ha ofrecido o ha hecho concretamente para ayudar a la mujer mexicana?” se pregunta la autora(128). Es elemental que se reconociera la libertad individual y el derecho a tener sólo los hijos que uno quiere y puede mantener, en este sentido es como debe entenderse la “paternidad y maternidad responsable” que predica el artículo 4º constitucional.

Por otra parte Marta Lamas, dirigente del GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), asegura que la despenalización del aborto es un mecanismo que disminuye radicalmente la incidencia del mismo, porque se posibilita la prevención mediante la recomendación más amplia de anticonceptivos. “Esto está comprobado en países europeos y otros continentes que han despenalizado la interrupción voluntaria del embarazo.”(129)

Sin embargo, a pesar de la trascendencia que implica la modificación de la ley en cuanto al aborto, lo más importante reside en crear consciencia de este problema a través de la educación sexual y el fomento de la paternidad responsable; por ello, toda despenalización abortiva debe ir, necesariamente, precedida por una extensa campaña de planificación familiar y asesoría médica. A partir de esto, sería posible que la mujer no perdiera la capacidad de volver a ser madre en virtud de una intervención desafortunada, y también que se le disuadiera de la práctica del aborto con asesoría médica y con ayuda socioeconómica o laboral.

---

(127).- Diego Farrell, Op.Cit., p. 64.

(128).- Acosta, Op.Cit., p. 41.

(129).- “Rechazan la postura de Pro-vida”, reportaje citado, p. 5.

De esta manera, se permitiría a la mujer decidir sin estar sola y atormentada, ya que “si se conduce a la gente al aislamiento y se le deja sola con su necesidad y sus problemas, no cabe sorprenderse de que las acciones en cortocircuito sean la consecuencia de este estado. La ayuda de la sociedad para solucionar estas situaciones sólo será posible si la embarazada afectada encuentra un clima propicio para franquearse con otra gente. Esto no lo hará ella, empero, en tanto tema que de tal forma se exponga al peligro de un castigo.”(130)

No obstante, el problema de abordar la socialización del aborto es muy difícil, tomará tiempo porque la ley actual es muy restrictiva y hay que vencer muchas resistencias tanto religiosas como morales. La discusión debe ser amplia y no sólo entre abogados, legisladores y autoridades, sino con la participación de médicos, sociólogos, antropólogos, personas de la comunidad interesadas y conocedoras de la realidad social del país, y personas que hayan sufrido alguna experiencia abortiva, para que expliquen claramente, porqué tuvieron que recurrir a dicho expediente y bajo qué condiciones, haciendo hincapié de las diferencias de acceso al aborto entre las distintas capas sociales del país.

Se debe crear consciencia de todo esto y enfatizar que la práctica del aborto no puede ser irresponsable, la mujer debe saber que su repetición es nociva para su salud y que lo deseable no es abortar, sino prevenir la concepción. Así mismo, la mujer después de un aborto, debe adquirir el compromiso moral de usar sistemáticamente alguna forma de anticoncepción, para lo cual es indispensable proporcionarle la información completa sobre su sexualidad y darle todo el acceso a los anticonceptivos más compatibles con su cuerpo y con sus necesidades.

### 3.3. ATENCIÓN MÉDICA

La salud pública obliga hoy en día, a la atención de tantos factores de coordinación y privilegio, que siempre se estima útil cualquier acción que se ponga en marcha por las autoridades encargadas de atenderla. Los servicios de salud cuanto más amplios sean, cumplen con mayor rigor su función social de cuidar uno de los aspectos más trascendentes del género humano: su derecho a una vida placentera y generosa.

El artículo 32 de la Ley General de Salud entiende por atención médica, el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. El artículo 33 de la misma Ley, enumera las actividades de atención médica en:

- I. Preventivas**, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas**, cuyo fin es efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación**, que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y a corregir las invalideces físicas o mentales.

---

(130).- De la Barreda, Op.Cit., p. 92.

La Norma Técnica número 21 para la prestación de servicio de atención primaria a la salud, publicada en el Diario Oficial el 7 de julio de 1986, en sus artículos 8, 9 y 14, especifica que dentro de las actividades preventivas, cabe la atención materno infantil, la cual abarca: diagnóstico y control de embarazo, parto, vigilancia de puerperio, atención del recién nacido, vigilancia y control de nutrición y desarrollo, y planificación familiar. Estas acciones se proporcionan a toda persona que lo solicite y pueden llevarse a cabo en: el domicilio, la escuela, la unidad médica, el centro laboral y las unidades aplicativas de asistencia social, entre otros lugares comunitarios. Así mismo, el artículo 11 del Reglamento Interno de la Secretaría de Salud prevé, dentro de la competencia de la Dirección General de Atención Materno Infantil de la propia Secretaría, la investigación de los problemas de salud de la población materno infantil, con el fin de ampliar los conocimientos sobre sus causas y las técnicas para su prevención, curación y atención efectivas, así como detectar, analizar y procurar el estado de salud de la población materno infantil.

En este orden de ideas debemos admitir que el aborto, por ser de las principales causas de morbi-mortalidad materna en el país, constituye un problema de salud pública. Ya en 1977 un fascículo de la revista "Fem" dedicado al aborto(131), lo analizaba desde los puntos de vista de la medicina, el psicoanálisis, la antropología, el derecho, la economía y la ética. En la presentación se aclamaba la legalización del aborto argumentando que el mismo, no es un delito sino un grave problema de salud pública, en virtud de que gran parte de las mujeres que recurren al aborto, muere y muchas quedan afectadas en su salud física y psíquica. Se proponía entonces como recurso urgente, una amplia difusión de métodos anticonceptivos para controlar la práctica del aborto, aclarando que el mismo, más que una medida anticonceptiva, es un último recurso.

Por su parte, el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México, auspiciado por el Gobierno Federal a través de la Secretaría General del CONAPO, y formado por 62 profesionales destacados en las distintas áreas que conforman el marco que constituye el fenómeno del aborto inducido en México, elaboró en 1976 un documento del que se desprenden las conclusiones y recomendaciones siguientes:

"La perspectiva correcta y adecuada a partir de la cual se debe considerar, en cualquier tratamiento, el aborto inducido dentro de la concreta situación en que se practica en nuestra sociedad, es la de un serio problema de salud pública; sus secuelas negativas y sus nefastas repercusiones inciden precisamente en detrimento del bienestar físico y psicológico de gran número de mujeres mexicanas y en el desajuste de la sociedad en su conjunto. La práctica del aborto en México está determinada y caracterizada por una contradicción entre la realidad social y la estructura ideológica, jurídica y religiosa... se ha constituido en un problema de salud pública de urgente y necesaria solución, precisamente por las condiciones en que se practica: un sistema legal que lo penaliza pero el cual no se aplica; una ideología puritana, que no corresponde al comportamiento real de gran parte de mujeres y hombres; un mercenarismo discriminatorio, que afecta fundamentalmente a los sectores más desválidos económicamente; un marco religioso que

---

(131).- Fem, enero-marzo de 1977, fascículo citado, pp. 71-72.

obstaculiza su correcto tratamiento destruyendo así los valores que dice pretende salvaguardar; un cúmulo de información amarillista que, por fortuna, no penetra ni logra manipular la mentalidad de vastos sectores de la población mexicana, cuyo único móvil es el legítimo beneficio económico de los prevaricadores de la salud del pueblo; una inadecuada atención que redundaría en las primeras causas de morbi mortalidad materna; una clandestinidad que conduce al autoengaño y la autocondenación de todos nosotros.”(132) Por ello, es menester que el Estado cumpla con la necesaria tarea de ofrecer los servicios y recursos sanitarios, hospitalarios, jurídicos, administrativos y humanos, requeridos para la práctica adecuada y prevención correcta del aborto; suprimiendo de la legislación mexicana toda sanción penal a las mujeres que por alguna razón decidan abortar y al personal calificado que, con consentimiento de la mujer, lo elabore; expidiendo a su vez, las normas sanitarias pertinentes para que la prestación del servicio se realice en óptimas condiciones.

En el mismo sentido se pronunciaba un documento publicado en 1989, suscrito y firmado por múltiples mujeres de variadas posiciones ideológicas y dedicadas a diferentes actividades. Se trata de una proclama a favor de modificaciones legislativas, en virtud de que –aludían- ninguna mujer aborta por gusto, por lo que no debería enfrentar, además del conflicto que supone esa práctica, todo lo que implica la clandestinidad: el riesgo, la extorsión, la enfermedad y la muerte. Martha Lamas fue la responsable de esta publicación, en la que se enjuiciaba: “Cientos de miles de mujeres mexicanas abortan cada año. Miles mueren por los abortos mal practicados y las secuelas de éstos se cargan de por vida. Esto es un grave problema de salud pública que debe ser enfrentado con madurez, porque también implica un serio problema de justicia social: las que mueren o sufren complicaciones son las mujeres que no tienen los medios económicos para pagar el precio de un buen aborto ilegal. También hay que considerar el que nazcan miles de niños no deseados en ambientes hostiles, sin las mínimas condiciones afectivas para desarrollarse... cada mujer que enfrente un embarazo no deseado tendrá que tomar la decisión de si aborta o no de acuerdo a sus valores y sus circunstancias; despenalizar el aborto y convertirlo en un servicio de salud no obligará a abortar a quienes no quieren hacerlo. En cambio permitirá llevarlo a cabo en condiciones sanitarias y psicológicas adecuadas a las mujeres que de todos modos están decididas a hacerlo y que, al carecer de recursos, arriesgan su salud y muchas veces, su vida.”(133) En lo referente a la reglamentación de la legislación sanitaria, ésta debe tener elasticidad por ser las demoras, perjudiciales para la salud de la mujer.

Al respecto, se ha estado contemplando que dentro de la indicación médica, debe tomarse en cuenta lo que le espera a la mujer no sólo durante el embarazo sino, en el parto y después del mismo. Esta tendencia se apoya en el concepto moderno de salud, que es muy distinto al que prevalecía anteriormente; antes se pensaba que salud era ausencia de enfermedad, ahora se entiende como un estado de bienestar orgánico permanente.

---

(132).- De la Barreda, Op.Cit., p. 63.

(133).- “Ninguna mujer aborta por gusto”, La Jornada (México, D.F.), 5 de abril de 1989, p. 16, Sección “El País”.

Habiendo encuadrado el aborto como un problema de salud pública, cabría cuestionarnos si es posible disminuir la morbi-mortalidad causada por el mismo. En principio hay que considerar, que en la medida que tanto la morbilidad como la mortalidad resultan de las malas condiciones higiénicas en las que se efectúan las maniobras abortivas, o de la falta de experiencia de las personas que las llevan a cabo, resulta una inferencia lógica que muchas muertes maternas podrían evitarse, si los servicios de salud estuvieran en la situación de dar asistencia a esas mujeres.

Desde esta perspectiva, el problema parecería ofrecer una esperanza de contender con la cuestión en un sentido positivo, sin embargo, no es algo fácil porque hay que conciliar otros aspectos importantes de tipo social, cultural, religioso, jurídico, entre otros. Y puesto que no es probable que los grupos existentes de presión que han obtenido beneficios de seguridad para sus miembros, busquen unos cambios que hicieran equitativo el sistema, seguirán presionando sólo para dar mejoras a sus miembros y lucharán por obtener su ventaja relativa sobre otros grupos de presión. De tal suerte, todo futuro cambio importante en la naturaleza de la salubridad pública para la mayoría, se derivará de la iniciativa y la generalidad del gobierno y no será resultado de la movilización organizada de asentamientos o sindicatos.

Para empezar, deben erradicarse: la absoluta inadecuación de los centros sanitarios y hospitales para el asesoramiento a las mujeres, la organización de la industria farmacéutica para el lucro y no para la asistencia médica, y el comercio del aborto clandestino; fin que no será alcanzado sin una modificación a la reglamentación, además de la expedición de las normas técnicas pertinentes, para que la prestación del servicio se realice en óptimas condiciones.

## EL MÉDICO ANTE EL ABORTO

En contraposición al hecho de que el aborto inducido implica un grave problema de salud pública –replica Mateos Cándano-, “los médicos tenemos grandes limitaciones para resolverlo, pues hemos sido condicionados en contra desde que entramos a la escuela. Este condicionamiento está fundamentado en los aspectos jurídicos”(134), toda vez que si un joven estudia cinco años para hacerse médico pero si practicó un aborto, según la ley puede perder su título. El mismo autor juzga que el juramento hipocrático, tan obsoleto como la epístola de Melchor Ocampo, pone al médico ante ese dilema.

Si de por sí en México, la profesión médica es relativamente conservadora y se niega a abandonar o a modificar radicalmente la estructura existente, añádase que la incriminación ubica al médico en una difícil posición ética cuando se resiste a asistir a una mujer decidida a abortar, sabiendo que como consecuencia de su negativa, irá al curandero u otros “aficionados” para ser igualmente intervenida pero en deficientes condiciones sanitarias, poniendo en peligro su vida.

---

(134).- Mateos Cándano, Op.Cit., p. 32.

Si bien, la incriminación inhibe al médico, ello no implica una efectiva protección al bien jurídico, en virtud de que de todas maneras, la mujer buscará a alguien que le realice el aborto, y al caer en manos indoctas, otros intereses se ponen en juego como su salud, acaso su vida. El secreto de la práctica se traduce entonces, en destrucción de la vida de mujeres pobres; ésta debiera ser la principal razón por la que se revisara la actual legislación porque “no se trata de optar por un sí o no al aborto ya que las mujeres, con incriminación o sin ella, abortan... la opción es entre la vida y la muerte de esas mujeres. Mantener las vigentes normas punitivas significa, objetivamente y más allá de las intenciones, optar por la muerte.”(135)

De hecho, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 19, fracción V, obliga al encargado de un establecimiento de atención médica a notificar al agente del Ministerio Público y, en su caso, a las demás autoridades competentes, los asuntos en que se requieran sus servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente, se encuentren vinculados a la comisión de hechos ilícitos. En atención a esto, encontramos la situación del médico de Institución de salud pública que –exclusivamente para evitarse imputaciones legales-, notifica al agente del Ministerio Público en cuanto arriba al hospital una mujer con graves complicaciones, tras un aborto séptico. Esto explica que las escasas damas procesadas por el delito de aborto a lo largo de toda la historia forense mexicana, sean en su totalidad pobres, no se hallará un solo expediente en que una mujer que no sea pobre haya sido procesada, es decir, no existe otra figura delictiva de aplicación tan clasista como la del aborto, si entendemos que el principio de igualdad de todos ante la ley no queda a salvo con la pura redacción del abstracto legal, ya que si la aplicación de la ley es desigual, el principio se desmorona. Cabe mencionar que la fracción VII del artículo 7 del Reglamento señalado, considera como población de escasos recursos a las personas que tengan ingresos equivalentes al salario mínimo vigente en la zona económica exclusiva correspondiente, así como sus dependientes económicos.

Siguiendo con el citado Reglamento, volvemos con la ética del médico, al pronunciarse los artículos 9 y 17 por una atención médica que se lleve a cabo de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. Surge en este momento la interrogante sobre lo que debemos llamar “ética profesional”, cuestión que invita a la reflexión y que pienso esclarecer con la anotación de algunas experiencias de mujeres que han abortado. La primera de ellas comenta sobre el médico que la atendió: “lo vimos en una clínica, pero como ahí no se dedica a eso nos dio otra dirección donde dijo que me operaría. Era un lugar antihigiénico, totalmente horrible... era como una vecindad donde este hombre alquilaba un departamento para hacer abortos. Tenía dos piezas: una como sala de espera con un diván, y otro cuarto que no tenía ningún instrumental, ni siquiera mesa de operaciones. Era una mesa vil de madera carcomida, como de fonda. Pero era tal mi rechazo al embarazo, que no me importó el riesgo que corría. Sabía también que la clandestinidad me podía causar problemas, pero tampoco me importó... media vestida me subieron a la mesa, que sólo tenía un trapo encima. Me pusieron muy poca anestesia... luego fui a ver a mi médico para que me revisara. Lo primero que me preguntó fue

---

(135).- De la Barreda, Op.Cit., p. 90.

¿cuánto te cobraron?.”(136)

Otra mujer que recurrió al aborto asegura –en relación al alto costo de un aborto-, que cobran eso no por miedo sino por mercantilismo, por lo que “se debe pugnar por la legalización del aborto. Pero el problema es que aquí no tenemos una persona importante en la política que pida, cuando menos, el análisis del problema, inclusive a estos médicos (que practican abortos) les he comentado y me han dicho: ¡Cómo! Eso nunca puede ser en nuestro país.”(137)

Una tercera vivencia, es la de una mujer que abortó a razón de su edad avanzada luego de quedar embarazada, a pesar de haber estado tomando anticonceptivos bajo prescripción médica; ella se queja de que su ginecólogo no la auxilió, “no hubo descuido de mi parte –dice-, yo me creía con derecho de que él me ayudara, puesto que con la pildora que él me había recetado quedé embarazada. Él sólo me dio un nombre y una dirección de otro médico para que acudiera. Pienso que tenemos el privilegio de escoger: desde el momento en que estoy tomando la pildora anticonceptiva, es que no quiero tener hijos”(138); no es que se esté cerrada a la vida desde un principio, como afirma el dirigente de Pro-vida.

Por el otro lado, vamos a encontrar una postura que me parece más cercana de lo que podría ser la “ética profesional” del médico, como es el caso de “*Rex vs. Bourne*”, resuelto por los Tribunales Británicos en 1939 (139), donde el Doctor Alex Bourne practicó un aborto a una chica de 14 años que había sido violada por cuatro soldados. El juez al cargo sentenció que hizo lo correcto –a pesar de ser ilegal- y debía hacerlo en cumplimiento de su deber como miembro de una profesión dedicada a aliviar el sufrimiento humano, en estas circunstancias puso en evidencia lo indeseable de un embarazo a tan temprana edad, con los huesos pélvicos aún no del todo consolidados, así como el efecto mental de la gestación.

Bajo la misma óptica observamos al médico que efectúa un aborto a la gestante, luego de someterla a un método conocido como amniocentesis, mismo que consiste en extraer una pequeña cantidad de líquido amniótico del saco que rodea al feto y someterlo a un examen microscópico para detectar si el feto padecerá síndrome de Down (mongolismo), microcefalia, fibrosis de páncreas o la enfermedad de Tay-Sachs, en la cual el chico padece un desorden genético y “sufre una degeneración de células nerviosas del sistema nervioso central, incluyendo la retina, la espina dorsal y el cerebro, los síntomas son irreversibles, incurables, progresivos, y pueden aparecer entre la infancia temprana y la niñez, incluyendo pérdida de visión, ataques convulsivos, parálisis, demencia y por último, la muerte.”(140) Siendo detectada una enfermedad como ésta, ¿no sería pertinente y humanitario, un aborto en estas condiciones?, es decir, ¿qué tipo de médico procede con más apego a la “ética profesional”: el que practica un aborto por dinero o

---

(136).- Acosta, Op.Cit., pp. 63-64.

(137).- Ibidem., p. 69.

(138).- Ibidem., pp. 59-60

(139).- Diego Farrell, Op. Cit., p. 81.

(140).- Ibidem., pp. 95-96.

el que lo hace en casos como los mencionados?, acaso ¿puede asimilarse el criterio de un médico que actúa con fines lucrativos al que obra con fines filantrópicos?. Esta clase de cuestionamientos queda abierta a la meditación, según las convicciones morales y religiosas de cada uno, sin embargo, me inclino a pensar que existe una sola respuesta.

## LA ÉTICA DEL ABORTO

Si para arribar a una decisión respecto al tema del aborto debiéramos sopesar solamente principios morales, ya el problema en sí, resultaría grandemente complicado, pero aún es mucho más complejo, porque hay quienes pretenden también, involucrar en el debate principios religiosos. El orden jurídico por su parte, está dirigido a todos, creyentes o no creyentes, así que para elaborar cualquier contenido del ordenamiento legal, hay que dar razones, proporcionar argumentos y discutir, no dogmatizar. Los principios religiosos por ende, parecen fuera de lugar en la evaluación de una conducta de cuyo resultado dependen consecuencias jurídicas. La religión tiene su propio campo de acción, por cierto muy respetable, pero la historia de la humanidad ha demostrado reiteradamente, el intento de la autoridad religiosa de invadir esferas ajenas a su competencia, sea el gobierno civil, sea la actividad científica y aún, los principios morales (su contenido); por eso, debemos circunscribir la religión a su propia esfera legítima.

Al respecto, Landrove Díaz apunta que “el legislador no puede exigir de un creyente que vulnere preceptos eclesiásticos pero tampoco se cree legitimado para obligar, mediante amenaza de sanción penal, a los que piensan de otra manera o a los no creyentes a observar doctrinas morales teológicas que no son compartidas por la generalidad de los ciudadanos”(141), porque los destinatarios de la legislación —no debe olvidarse— son solamente seres humanos y en ocasiones no católicos, por lo que para ellos también podrían tener cabida indicaciones desincriminadoras.

México es un país donde la gran mayoría de la población profesa el catolicismo, donde la influencia de las ideas religiosas en la vida de las personas, incluso de las no creyentes, todavía se pone de manifiesto; donde al parecer, las mujeres son más persuadidas que los hombres por este tipo de normas; y a pesar de todo ello, anualmente se efectúan infinidad de abortos aquí y en toda América Latina, donde igualmente la mayoría es católica. Con esto dilucidamos que la postura de la iglesia no influye, como tampoco lo hace el Código penal, al punto de disuadir a las mujeres de abortar, repercute en otra forma: siendo siempre una experiencia traumática, es aún más doloroso por la condena de la iglesia que se añade a las penas que implica esa práctica en sí misma.

El aborto se ha legalizado en muchos países, incluso en algunos católicos, pero esto no quiere decir que para los creyentes sea aceptable; una cosa es la ley civil y otra la ley moral o religiosa, no deben confundirse. Si bien, el principio del respeto a la vida humana en cualquier momento de la misma es indiscutible, las matizaciones que al mismo pueden hacerse, es algo

---

(141).- Landrove, Op.Cit., pp. 151-152.

sobre lo que deben incidir y condicionar convicciones religiosas personalmente sentidas, principio que por supuesto debe inspirar nuestra legislación, pero en la misma habida cuenta de que a quienes va dirigida no son ángeles sino seres humanos.

En concreto, la legislación no debe servir como arma para que un sector de la sociedad imponga sus principios subjetivos a los demás; “dentro de una corriente ética y moral realmente preocupada por el ser humano, lo que debe enfatizarse no es el derecho a la vida por sí misma, sino el derecho a nacer en un medio y en condiciones que permitan el pleno desarrollo de las facultades humanas.”(142) Stuart Mill advertía que llegaría el día en que se comprobara que “la verdadera inmoralidad consiste en tener hijos que no puedan alimentarse y educarse convenientemente.”(143)

Volviendo al supuesto de que la vida del producto de la concepción es un bien al que debe protegerse porque merece respeto y tutela, el aborto aparecería como un mal que como tal, debiera evitarse por todos los medios adecuados, y la ley penal no es un medio adecuado para otorgar esa protección, en principio porque el Código penal equipara la existencia de la mujer con la del cigoto microscópico, al encasillar al aborto como un delito contra la vida. Cabría preguntarnos al respecto, si el óvulo fertilizado o el embrión son realmente seres humanos o lo son en potencia y si es lícito igualar sus derechos con los de una mujer. Al hacer la homologación jerárquica del aborto con el homicidio, se presenta un problema de congruencia: si ambas vidas tienen el mismo valor, ¿porqué en ningún Código penal del mundo se sanciona con el mismo rigor ambos delitos?. La punibilidad del aborto siempre ha sido considerablemente menor a la del homicidio, y es el caso que, entre el intervalo de punibilidad y el bien jurídico tutelado, hay una relación directamente proporcional: a mayor jerarquía del bien, más elevado intervalo de punibilidad y viceversa; por eso intuimos que el legislador le asigna menor valía al ser en formación que a una vida ya consolidada.

Añádase a esto, que numerosos científicos coinciden en distinguir entre “vida humana” y “ser humano”: “el óvulo fertilizado con el patrón completo de cromosomas humanos y el código genético humano, es vida humana, sin ser necesariamente un ser humano”, afirma Rudolph Ehrensing (144). Otros se han dado a la tarea de determinar el status del feto, estableciendo las diferencias entre una persona y un ser humano; Mary Anne Warren hace notar que a veces, ser humano es empleado para significar algo así como ser miembro completo de la comunidad moral, otras veces se lo emplea en el sentido en el cual, cualquier miembro es un ser humano, el primero es un sentido moral, el segundo, un sentido genético (145). Richard Werner, basándose en datos científicos, fija la adquisición de la sensibilidad del producto entre las ocho y las diez semanas de gestación; los abortos durante esa etapa temprana no dañarían moralmente al feto, y puesto que

---

(142).- Acosta, Op.cit., p. 74.

(143).- Murillo, Op.Cit., p. 195.

(144).- Acosta, Op.Cit., p. 28.

(145).- Diego Farrell, Op.Cit., p. 35.

no existe una obligación moral directa, las consideraciones acerca del valor intrínseco de una vida humana no serían lo suficientemente grandes como para desplazar los derechos de la madre (146). Por otro lado, las investigaciones de la “Albert Einstein Medical School” han sugerido que la “vida cerebral”, es decir, la capacidad para la inteligencia humana incluyendo la conciencia, la auto-conciencia y otras funciones generalmente reconocidas, no se alcanza sino hasta después de la vigésimo octava semana de vida fetal (147).

Atendiendo a estos aspectos, podemos sostener que una posición moral completa se adquiere gradualmente, el umbral no debe buscarse en un punto sino en un período o etapa; para tal efecto, debemos puntualizar que los componentes cerebrales constituyen las condiciones mínimas de sensibilidad, sirviendo así la evolución cerebral, de indicador de tipo y grado de sensibilidad poseído por una particular especie animal. En un cigoto no encontramos sistema nervioso central; la médula espinal hace su aparición tempranamente en el período embrionario (tercera semana), y las divisiones mayores entre telencéfalo, metencéfalo y tronco cerebral son evidentes sólo al concluir la octava semana, cuando el producto mide de 2.5. a 3 centímetros y la placenta comienza a diferenciarse, así mismo, el cordón umbilical y los vasos sanguíneos empiezan a desarrollarse y finalmente, al concluir el primer trimestre, pueden ser distinguidos virtualmente todos los componentes neurológicos (148). Y aunque parezca dificultoso ubicar con exactitud la etapa en la cual, la sensibilidad emerge, se sabe científicamente que la estructura del cerebro, incluida la corteza, queda establecida al final del segundo trimestre, cuando el producto mide aproximadamente 30 centímetros (149).

De estos datos biológicos, los autores deducen, que durante el primer trimestre los fetos no son todavía sensibles, pero en el tercer trimestre posiblemente posean algún grado de sensibilidad, por lo que presuntamente en el segundo semestre, aún cuando no sea claro el momento justo, aparece el umbral de la sensibilidad (150).

En cuanto a la potencialidad de la vida fetal, Mary Warren manifiesta que una persona potencial es una entidad que no es ahora una persona, pero que es capaz de desarrollarse y convertirse en una persona, dadas ciertas condiciones posibles biológicas y/o técnicas; sin embargo, ello no implica que esa capacidad se realice necesariamente, por lo cual resulta un error lógico deducir derechos reales de simples condiciones potenciales para adquirir esos derechos; lo que sigue de condiciones potenciales, son derechos potenciales no reales; lo que implica un derecho actual, es una condición actual (151). Uno de los argumentos potenciales clásicos, es el de “yo no estaría aquí si mi madre, cuando estaba embarazada de mí hubiera optado por abortar, pero tampoco –refuta Jonathan Glover- estaría aquí si mis padres hubieran utilizado un

---

(146).- Diego Farrell, *Op.Cit.*, p. 41.

(147).- *Ibidem.*, pp. 43-44.

(148).- Murillo, *Op.Cit.*, p. 203.

(149).- *Ibidem.*, p. 203.

(150).- Diego Farrell, *Op.Cit.*, p. 46.

(151).- *Ibidem.*, pp. 54-55.

anticonceptivo eficaz.”(152) Y es difícil ver de esta forma, cómo la teoría potencial puede tener éxito contra el aborto, sin tenerlo frente a la contracepción.

Con todo lo anterior y después de múltiples ejemplos, Warren llega a la conclusión de que cualquier derecho a la vida que podría tener una persona en potencia, en su carácter de tal, es por lo menos billones de veces más débil que el derecho de una persona real; y lo que no existe y nunca existirá, no puede ser dañado ni tener sus derechos violados (153).

Así mismo, si tomáramos de referencia la doctrina hilomórfica sustentada por Santo Tomás de Aquino, precursor del catolicismo, podríamos inclusive modificar la legislación respetando el punto de vista religioso, toda vez que dicha doctrina establece que no hay un ser humano en el vientre materno durante las primeras etapas de la preñez, en virtud de que el alma es infundida en el cuerpo sólo cuando el feto comienza a tomar forma humana; y para determinar ese momento, retomemos el argumento científico de que sólo a las ocho semanas de gestación el aspecto del producto es claramente humano; a partir de entonces ya no se llama embrión sino feto. En base a ello, se pronuncia Jaques Monod –premio Nobel- por una despenalización abortiva mediante el sistema del plazo, basándose en la concomitancia de que hasta la octava semana del embarazo, el encefalograma del embrión es absolutamente plano: el cerebro no responde (154).

Por otra parte, es falso que haya partidarios del aborto, cualquiera prefiere evitar un embarazo no deseado; es inimaginable, salvo casos demenciales, que una mujer se embarace deliberadamente para poder abortar, tampoco se emplea como medio para controlar el crecimiento demográfico, se recurre a él con pesar inmenso cuando por alguna razón, no pudo evitarse la concepción. Pese a ello, nunca faltan los comentarios falaces, predicadores de que al legalizarse el aborto, aumentará considerablemente su incidencia, a lo que la experiencia internacional ha demostrado que en la etapa inmediatamente posterior a la liberalización, sí se incrementa levemente la cantidad de abortos, más luego tiende a estabilizarse, sobre todo si hay una eficaz educación sexual y un mayor alcance de planificación familiar. Otros alegan que no existen en el país, recursos hospitalarios suficientes para atender todos los casos que se presentaren, empero, es ésta una situación administrativa y/o técnica, además de que un aborto elaborado en las primeras etapas del embarazo no requiere hospitalización ni grandes cuidados. Frente a la supuesta promiscuidad sexual que se desataría con la permisibilidad del aborto, recordemos que la mujer mexicana que aborta generalmente es casada, con varios hijos y en una situación económica o familiar que no le permite asumir responsabilidades mayores.

En realidad los que se oponen al aborto, se preocupan por una vida futura en abstracto, pero jamás se han preocupado por una vida concreta que llevará la madre que no quiso serlo, ni

---

(152).- Diego Farrell, Op.Cit., p. 56.

(153).- *Ibidem.*, p.58.

(154).- Azurduy, Victoria. “La práctica del aborto en México”, Proceso (México, D.F.), no. 199, 25 de agosto de 1980, p. 16.

por un niño que, en el mejor de los casos, será considerado como una carga indeseada. Debieran mejor preocuparse por la debida capacitación de los médicos y su preparación mediante cursos específicos en cuestiones de control natal, así como por la adecuación de servicios hospitalarios y la oportunidad de asistencia facultativa, con lo que se evitarían muchas muertes de mujeres que abortan. Todos estos son problemas que a largo plazo pueden resolverse, pero merecen mucho más esfuerzo del que se les concede actualmente.

Meditemos lo siguiente: si ante una epidemia, una peste o una infección viral que destruye un alto número de vidas, el Estado interviene para revertir esa situación indeseable ¿debe, entonces, permanecer indiferente ante los estragos que la incriminación del aborto origina?. Este asunto, más bien debiera ser prioritario para el Estado en términos de legitimidad “si entendemos que la justificación de su existencia estriba en una política que beneficie a los gobernados. En tal sentido, es ilegítima la preservación de la actual legislación penal en materia de aborto.”(155)

Los tiempos actuales, empero, acercan la posibilidad de encontrar formas de avenir intereses aparentemente encontrados, por lo que resultaría de gran importancia un debate responsable que pueda esclarecer y superar cuestiones que han sido difíciles de encauzar, y lograr así que el aborto sea tratado desde la óptica de la salud.

### 3.4. PROPUESTAS DOCTRINARIAS

Existen recomendaciones internacionales que aconsejan la revisión de las legislaciones para acrecentar el número de casos legítimos del aborto provocado, claro que en todos ellos se recomienda que la interrupción del embarazo sea cuidadosamente instrumentada por la ley.

Zulita Fellini comenta que en países como México, en que “la reacción al levantamiento de la prohibición se ha manifestado en numerosas oportunidades, aún con fundamentos que no trascienden el plano emocional, sería un significativo adelanto legislativo, ampliar las causas de justificación a la interrupción voluntaria del embarazo, poniendo preferentemente en consideración, situaciones de orden social.”(156)

Al respecto, se han presentado ya diferentes iniciativas y proyectos en torno al aborto, que no han pasado a ser más que meras propuestas frustradas por su carácter supuestamente irrelevante e inmoral, que impide a las mismas, ser materia de una discusión seria por parte de las Cámaras del Congreso; y aún los proyectos “revisados”, son rechazados por falta de interés.

Por ejemplo, hace más de una década se presentó ante el Congreso una iniciativa de ley referente al aborto, por parte de la Coalición de Izquierda conocida como “Ley de maternidad voluntaria”, misma que básicamente proponía la despenalización del aborto, salvo que fuese sin

---

(155).- De la Barreda, Op.Cit., p.94.

(156).- Fellini, Op.Cit., p. 63.

la anuencia de la gestante, así como la gratuidad de aquél, estableciéndose como un servicio de los hospitales estatales. De sus principales argumentaciones, se aludía que en un Estado laico, las consideraciones morales no son suficientes para mantener leyes que no cumplen su cometido sino que, por el contrario, ocasionan la muerte prematura de muchos miles de mujeres cada año, y mientras no se despenalice, “las mujeres seguirán practicando el aborto por encima de prohibiciones legales.”(157) En la exposición de motivos se daba un enfoque socioeconómico al aborto, señalando los problemas propios de la mujer embarazada, tales como la falta de guarderías (que hoy representan un verdadero privilegio), los despidos laborales (por el costo que implica para la empresa pagar la incapacidad) y la doble jornada de trabajo (la de su centro laboral y la de su hogar). Añadían que la estructura familiar mexicana, debido a la idiosincrasia prevaleciente respecto a los quehaceres domésticos, obliga a la mujer trabajadora a encargarse de esos deberes y cada vez con más hijos que atender, ante la imposibilidad legal de escoger el momento y la oportunidad de un embarazo deseado y asumido libremente. Aunque estas cuestiones podrían parecer egoístas o intrascendentes para muchos, debemos aceptar que es una situación de hecho que se presenta en la vida diaria y desata no sólo alteraciones para la mujer, sino desemboca en una serie de problemas sociales más complicados.

El 14 de septiembre de 1976, el Movimiento Nacional de Mujeres expidió un documento en que fijaban su postura frente al aborto, muy similar a la anterior citada. En inicio planteaban la necesidad de reformar el Código penal, eliminando toda punición del aborto siempre que fuese con el consentimiento de la gestante y, al mismo tiempo, sugerían su reglamentación en la legislación sanitaria, donde debía establecerse como un servicio gratuito de los hospitales públicos. Señalaban la conveniencia de “promover investigaciones científicas tendientes a desarrollar anticonceptivos más eficaces y seguros para la salud de la mujer, así como impartir en todos los niveles de edad una adecuada orientación sexual y durante la adolescencia, una amplia difusión sobre el uso de anticonceptivos y a la vez, desarrollar campañas de información acerca de la esterilización masculina y femenina”(158), proporcionándola gratuitamente una vez que la persona haya sido debidamente asesorada sobre el carácter irreversible de la misma.

Por otro lado, el Proyecto de Código Penal del Instituto Nacional de Ciencias Penales de 1979, en su artículo 131, fracción V, contemplaba el aborto por móviles económicos de la manera en que “no se sancionará el aborto cuando la mujer carezca de medios económicos para el sostenimiento de la familia, tenga tres hijos y se lleve a cabo dentro de los 90 días de gestación.”(159) La fracción II del mismo numeral establecía –con la finalidad de un sano desarrollo familiar- que tampoco sería punible el aborto cuando, a juicio de dos médicos, hubiese motivos suficientes para suponer que el producto padecía alteraciones genéticas o congénitas que dieran como resultado, el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves; indicando en su exposición de motivos, que estos señalamientos también podían ser atendidos en el ámbito penal porque “no puede exigírsele a la mujer embarazada la continuación del embarazo

---

(157).- De la Barreda, Op.Cit., p. 61.

(158).- Fem, enero-marzo, fascículo citado, pp. 71-72.

(159).- Petit, Op.Cit., p. 477.

y forzarla a la maternidad, ya que su situación conflictiva es difícil porque los niños nacidos con anomalías, además de implicar una enorme carga moral y social para la madre y la familia, tienen mayores problemas sociales y emocionales.”(160)

Otro importante proyecto gubernamental desechado –sin explicaciones oficiales-, fue el Plan de Acción para la Integración de la Mujer al Desarrollo, presentado en 1982 por el Consejo Nacional de Población de la Secretaría de Gobernación. Dicho documento apreciaba al aborto como “un grave problema social de salud pública que perjudica a un gran número de mujeres y pone en peligro su bienestar y, en muchos casos, su vida debido a su carácter clandestino e insalubre.”(161)

En agosto de 1983, la Procuraduría General de la República envió al Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, un anteproyecto de Código Penal para el Distrito Federal, pretendiendo sustituir el vigente desde 1931. La propuesta sustentaba la tesis de que el Derecho penal debe ser utilizado como último recurso de control social y ser consecuente con las necesidades de una sociedad concreta en un cierto tiempo, por ello “han desaparecido determinados delitos que no ameritan represión penal, sino sólo sanciones administrativas o civiles como, por ejemplo, las injurias, los golpes simples, y algunos hechos de tránsito.”(162)

El anteproyecto citado encauzaba reformas para el aborto, el adulterio y la drogadicción, reconociendo que quizás, más que en otros temas regulados por el Código, sea en el caso del aborto donde las opiniones se encuentran notablemente divididas, por ello se trata de buscar un equilibrio entre los que pretenden su despenalización y quienes incluso, piensan en una penalidad mayor. De tal manera, en la iniciativa se sigue contemplando el delito de aborto pero, a la vez, recoge otras hipótesis de impunidad (reconocidas ya por varios Estados de la República), como la concepción producida por una inseminación artificial indebida, supuesto que razonablemente puede equipararse a la violación.

El artículo 108 de este anteproyecto, textualmente dispone: “No es punible el aborto:

- 1) Cuando sea causado sólo por culpa de la mujer embarazada;
- 2) Cuando el embarazo sea resultado de una violación o se esté en el caso previsto del artículo 139 (sanciona la inseminación artificial indebida). En estos casos no se requerirá sentencia ejecutoria sobre el delito cometido, sino bastará la comprobación de los hechos;
- 3) Cuando el embarazo se hubiese producido en condiciones que excluyan la posibilidad de conocimiento a la mujer acerca del hecho mismo de la fecundación;

---

(160).- Petit, Op.Cit., pp. 478-479.

(161).- De la Barreda, Op.Cit., p. 64.

(162).- Cabildo, Miguel. “Propone la PGR reformas al aborto, la drogadicción y el adulterio”, Proceso (México, D.F.), no. 355, 22 de agosto de 1983, pp. 30-31.

4) Cuando se practique con el consentimiento de la madre y del padre, si es posible obtener éste y exista razón suficiente a juicio de dos médicos, para suponer que el producto sufre alteraciones genéticas que puedan dar por resultado el nacimiento de una persona con trastornos físicos o mentales graves, y

5) Cuando se practique con el consentimiento de la madre y del padre, cuando es posible obtener éste, durante los 60 días siguientes a la concepción, y obedezca a causas económicas justificadas.”(163)

Así mismo, se cree conveniente incluir -sea para despenalizar, sea para sancionar con pena atenuada equitativa- el aborto con anuencia de ambos progenitores durante los 60 días de gestación, siempre que se hayan utilizado anticonceptivos bajo control médico. Un dato que llama la atención, es que no se habla de aborto terapéutico como causal de impunidad, aunque probablemente se tenga por asentada dicha excluyente de responsabilidad al invocar el “estado de necesidad”, previsto en la parte general del Código penal.

A pesar de que esta propuesta no constituía una despenalización del aborto, al menos se trataba de un significativo avance elaborado bajo los auspicios del gobierno federal que, lamentablemente, no llegó a presentarse al poder legislativo gracias a la oposición de grupos conservadores.

Por su parte, los autores han tratado con mayor seriedad el tema del aborto y se han dado a la tarea de encontrar el punto concomitante en que pudiesen armonizar los diferentes criterios que rigen la polémica abortiva, en la inteligencia de que los predicadores de postulados extremistas, deben ceder paso a la universalidad de opiniones para dar cabida a soluciones más racionales y mayormente aceptadas por la generalidad de los gobernados.

Sergio García Ramírez se percató de ello y manifiesta nuevas meditaciones sobre el tema, exponiendo el replanteamiento de los artículos 329 al 334 del Código penal para el Distrito Federal, con su respectiva secuela sanitaria. Luego de reconocer que su postura se muestra un tanto conservadora por sólo dar apertura a unas hipótesis más de impunidad, el autor ofrece, retomando opiniones de los profesores Porte Petit y Sergio Vela Treviño, el siguiente planteamiento del aborto:

**“ARTÍCULO 329.** Es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

**ARTÍCULO 330.** Al que por cualquier medio, y fuera de los casos previstos en el artículo 333, hiciera abortar a una mujer con el consentimiento de ésta y del padre del producto, cuando hubiere sido posible obtenerlo, se le aplicarán de uno a tres años de prisión. Si el aborto se practica contra la voluntad de alguno de los padres, la prisión será de uno a cinco años, y si

---

(163).- Cabildo, reportaje citado, p. 31.

carece del consentimiento de ambos, se aplicarán de tres a seis años de prisión. Cuando mediare violencia física o moral, la pena será de seis a ocho años de prisión.

**ARTÍCULO 331.** Si en el aborto participare un profesional de la salud o un auxiliar de éste, además de las sanciones que corresponden conforme al artículo anterior, se aplicará suspensión de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión. Cuando quien participa es una persona que ejerza la patria potestad o la tutela sobre el padre o la madre del producto, se impondrá además de las penas previstas por el artículo anterior, la privación de los derechos inherentes a aquéllos.

**ARTÍCULO 332.** Se aplicarán de uno a tres años de prisión al padre y a la madre que, actuando de concierto causen el aborto o consientan en él. La pena será de uno a cinco años de prisión cuando el aborto sea causado o cometido por uno solo de los progenitores, sin acuerdo del otro.

Se aplicarán de seis meses a un año de prisión:

I. Cuando el embarazo sea resultado de una relación extramarital; y

II. Cuando el aborto se causa o consiente por el padre o la madre, sin obtener el consentimiento del otro progenitor, de haber sido posible recabarlo, en los casos de las fracciones IV, V y VI del artículo 333.

**ARTÍCULO 333.(164)** No es punible el aborto:

I. Cuando sea causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada;

II. Cuando el embarazo sea resultado de un delito del que la mujer haya sido víctima. En este caso no se requerirá sentencia ejecutoria sobre el delito cometido, sino bastará la comprobación de los hechos;

III. Cuando el embarazo se hubiese producido en condiciones que excluyan la posibilidad de conocimiento o consentimiento de la mujer acerca del hecho mismo de la fecundación o de la identidad del padre;

IV. Cuando se practique con el consentimiento de la madre y del padre, en su caso, y exista razón suficiente, a juicio de dos médicos, para suponer que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves;

V. Cuando se practique con el consentimiento de la madre y del padre, en su caso, durante

---

(164).- Al parecer, el contenido de este artículo sirvió de base para sustentar el anteproyecto de reformas al aborto presentado por la PGR en 1983 (v. p.85 y 86 de este cap.).

los sesenta días siguientes a la concepción y obedezca a causas económicas graves y justificadas, siempre que la mujer embarazada tenga ya cuando menos dos hijos; y

VI. Cuando se practique con el consentimiento de la madre y del padre, en su caso, durante los sesenta días siguientes a la concepción siempre que ésta se hubiese producido a pesar de que la mujer hubiera utilizado medios anticonceptivos bajo control médico para evitar el embarazo.

ARTÍCULO 334. Sólo se perseguirá a instancia del padre según corresponda, el aborto realizado sin el consentimiento de alguno de aquéllos, cuando hubiese sido posible obtenerlo, en los supuestos de las fracciones IV, V, VI del artículo 333. Satisfecho el requisito de procedibilidad se procederá en contra de todos los participantes. El perdón que se otorgue a uno de éstos, beneficiará a todos.

Para los efectos de este capítulo, siempre que la mujer embarazada, el padre del producto, o ambos, sean menores de edad y no emancipados, el consentimiento que de ellos se requiere podrá ser suplido por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela. En caso de discrepancia entre el titular de este derecho y los menores, el juez de lo familiar resolverá lo procedente, escuchando en una sola audiencia a los interesados.”(165)

Por otra parte, Luis de la Barreda Solórzano pugna por la despenalización del aborto practicado dentro de los cinco meses de embarazo, con base en el argumento de la potencialidad. Explica que el hecho de concordar con un cierto plazo y no pedir la liberalización total del aborto se debe a que “se trata de realizar un esfuerzo de reflexión auténtica no prejuiciada”(166), que tendrán que afrontar las feministas que pretenden la despenalización del aborto, al igual que organismos tan radicales como Pro-vida, que no toleran siquiera una modificación a la legislación existente. Sus posturas, acaso sus criterios, deben abrirse y asimilar otros puntos de vista para que, cediendo un poco cada grupo ideológico, pueda arribarse a una solución óptima.

El mismo autor se percató de que el lapso de cinco meses puede parecer excesivo si recordamos que sólo dentro de los primeros 90 días, las mujeres que abortan en condiciones adecuadas corren un riesgo muy escaso, pero refuta que si después de los tres y antes de los cinco meses cumplidos de gestación, la mujer prefiere afrontar el riesgo antes de seguir adelante con su embarazo, no sería justo que se le castigara. Al implantar este plazo se daría protección tanto a la salud de la mujer como a la viabilidad del feto. Aún más, si realmente se quisiera tutelar el bien de la vida del producto, Roxin piensa en “la asistencia psíquica y la ayuda social que podrían resultar de relativa eficacia, proporcionadas en centros de asesoramiento donde la mujer que no quiere proseguir su embarazo o que duda en continuarlo, tenga la posibilidad de acudir, a efecto de ser aconsejada profesional y humanamente por médicos, psicólogos, abogados y trabajadores sociales; y sería más efectivo si se ofreciera auxilio financiero, habitacional, laboral y guarderías

---

(165).- García Ramírez, Op.Cit., pp. 116-119.

(166).- De la Barreda, Op.Cit., p. 101.

que servirían de ayuda material complementaria a los profesionales.”(167)

Esta solución cuesta dinero, admite De la Barreda, pero la actual situación cobra miles de vidas humanas, y si el gobierno no quiere o no puede poner en práctica una propuesta como ésta, “¡entonces no tiene legitimidad para punir el aborto!” y si la mujer ya asesorada y con ofrecimientos de ayuda, decide abortar, “el servicio debe darlo el Estado gratuitamente, en todos los casos en que la mujer demuestre que no puede costear una intervención privada y su embarazo no lleve más de tres meses, lapso en que el riesgo es ínfimo.”(168) Después del primer trimestre ya no sería obligatorio para el Estado, proporcionar el servicio gratuito, pero si dentro de los cinco meses de gestación la mujer decide abortar, debe permitírsele y no considerarse un delito, a menos que sea sin la anuencia de la mujer. Recordemos que “en la vida muchas veces hay que optar; entre dos males, por el mal menor. Las fórmulas ideales pueden tranquilizar buenas conciencias hipócritas, pero no siempre sirven para resolver problemas.”(169)

Martín Diego Farrell por su parte, se pronuncia por una modificación legislativa también en alusión al sistema del plazo, pero sólo hasta el primer trimestre de gestación; y haciendo a un lado argumentos que cree innecesarios, llega a sus propias conclusiones. Inicia señalando que las modificaciones jurídicas a la regulación del aborto, deben provenir de la vía legislativa, toda vez que en el ámbito judicial, no es muy factible que nuestra Suprema Corte emita una resolución de la talla de la sentencia que sentó jurisprudencia en la Suprema Corte de los Estados Unidos el 22 de enero de 1973, al fallar el caso de “*Roe vs. Wade*”(170), en que se dictó que las mujeres tienen derecho a abortar durante los tres primeros meses del embarazo, invocando para ello, el respeto a la vida privada de las mujeres.

Es oportuno hacer hincapié en esta jurisprudencia que, por sus alcances, marcó un hito. La opinión mayoritaria de la Corte fue expuesta por el juez Blackmun, quien reseñó que la actora alegaba ser soltera y estar embarazada; ella deseaba terminar su preñez por medio de un aborto hecho por un médico competente y en condiciones de seguridad clínica, pero en Texas el aborto era ilegal y ella aseguraba que esta ley era inconstitucionalmente vaga y cercenaba su derecho a la privacidad personal. Observaba el juez que la permanencia de altas tasas de mortalidad, en el caso de abortos ilegales, robustece más que debilita, el interés del Estado en regular las condiciones bajo las cuales se realizan los abortos.

Por otro lado, al analizar la personalidad del feto, el tribunal quedó persuadido de que la palabra “persona” no incluye al no nacido, aunque señaló Blackmun que no necesitaba resolver la dificultosa cuestión de cuándo comenzó la vida humana “porque cuando aquéllos entrenados en sus respectivas disciplinas médicas, filosóficas y teológicas son incapaces de arribar a ningún acuerdo, los Tribunales –en este punto de desarrollo del conocimiento humano- no están en

---

(167).- De la Barreda, Op.Cit., p. 102.

(168).- Ibidem., p. 102.

(169).- Ibidem., p. 102.

(170).- Diego Farrell, Op.Cit., pp. 80-86.

posición de especular acerca de la respuesta.”(171)

El Estado, entonces, tiene un interés importante y legítimo en preservar y proteger la salud de la mujer embarazada, pero también tiene otro interés legítimo en tutelar la potencialidad de la vida humana; de manera que éstos, son intereses separados y distintos –advirtió el juez-, cada uno crece en su sustancialidad cuando el embarazo se aproxima a su término y cada uno se va tornando compelente. En relación al primer interés, el punto compelente a la luz del conocimiento médico actual, ocurre aproximadamente al final del primer trimestre, en virtud de que hasta ese tiempo, la mortalidad materna puede ser menor que la mortalidad en el nacimiento normal; a partir de ese punto, es preciso que el Estado regule el aborto como medida para preservar y proteger la salud materna. En cuanto a la vida en potencia, se determina como punto compelente la viabilidad, porque a partir de entonces, el feto tiene presumiblemente la capacidad de vivir fuera del útero materno, y el Estado que adopta dicha postura, tiene suficientes justificantes lógicos y biológicos para llegar tan lejos, al grado de proscribir el aborto durante ese período (cuando el feto ya es viable). De hecho, el Estado puede requerir que los abortos sean practicados por personal médico calificado, con el mismo objetivo de preservar la salud de la madre.

En resumen, el alcance de esta decisión se funda en la división de tres períodos trimestrales del embarazo, para luego determinar que se autoriza el aborto sin restricción alguna durante el primer trimestre; en el segundo, la Corte reconoce la existencia de un interés por conservar la salud de la madre y autoriza algunas restricciones referentes a su práctica (condiciones del médico como el título profesional y la realización en un hospital o clínica). En los últimos tres meses de gestación, se alude al interés del Estado por preservar la vida en potencia, de modo que incluso, puede prohibirse la práctica del aborto en ese lapso, excepto si la mujer lo requiere por correr peligro su vida o su salud.

Resulta importante para Diego Farrell la anterior reseña, porque de ahí devienen la mayoría de sus conclusiones, mismas que califica de moderadas pero propias, toda vez que “en un tema tan conflictivo y delicado es necesario que las reformas legislativas se produzcan de manera gradual buscando poco a poco el asentamiento generalizado”(172), considerando que la principal resistencia al aborto proviene de convicciones religiosas y no de convicciones morales.

Para empezar, el autor invoca la premisa de que puede demostrarse científicamente que las características que convierten a un ser humano en persona, no aparecen durante los dos primeros trimestres del embarazo, pero a manera de adoptar una postura aún más prudente, con seguridad, esas características no dimanan durante el primer trimestre. De esta forma se atañe, aunque parcialmente, a la división temporal sugerida en la resolución del caso “*Roe vs. Wade*”, aunque de modo más cauteloso, dividiendo sólo en dos etapas el desarrollo fetal. La primera fase abarca los tres primeros meses, la segunda implica el resto del embarazo; durante la primer etapa,

---

(171).- Diego Farrell, Op.Cit., p. 84.

(172).- Ibidem., p. 97.

el autor incita a una reforma legislativa tendiente a la impunidad del aborto practicado por un médico; a partir de la segunda etapa, sólo debería permitirse el aborto cuando, a criterio de un médico, estuviera en peligro la vida de la madre. Al optar por esta posición, resultaría superflua la cláusula concerniente al aborto proveniente de una violación, así mismo no habría necesidad de implementar nuevas modalidades de impunidad, como los móviles económicos, la falla de anticonceptivos o la inseminación artificial.

A su vez, Diego Farrell no concuerda con la exigencia del consentimiento marital que invocan otros doctrinarios, como García Ramírez, en virtud de que es la mujer la que se encuentra personalmente comprometida con su cuerpo en el embarazo, y si hubiera discrepancias, en rigor, siempre debería darse preferencia a la mujer; solución que se alcanzaría más fácilmente, eliminando el requisito del consentimiento marital. Tal como lo acordó el mencionado juez Blackmun, en sentencia relativa a una ley promulgada en 1974 por el Estado de Missouri concerniente a este tema: “el Estado no puede delegar en el marido un poder de veto que al Estado mismo le está absoluta y totalmente prohibido ejercitar durante el primer trimestre del embarazo”; y si hay discrepancia en esta decisión, sólo puede prevalecer el punto de vista de la mujer, quien es “la que físicamente soporta al chico y la que resulta más directa e inmediatamente afectada por el embarazo, entre los dos la balanza se inclina a su favor.”(173)

En cuanto al consentimiento paternal que en ocasiones pudiera requerirse, por ser la mujer menor de edad, Diego Farrell asienta que efectivamente, la chica puede estar asustada o presionada si no tiene la oportunidad de examinar fríamente las distintas alternativas puestas a su disposición, sin embargo, la solución adecuada no radica en requerir el consentimiento pero sí podría ser, el dar aviso a los padres para asegurar la oportunidad de que proporcionen sus consejos.

Finalmente, este autor insiste que en un tema tan delicado como el aborto, ninguna cautela es excesiva, por lo que cualquier reforma debería implantarse, únicamente, luego de que el debate hubiese progresado. Así mismo, propone que de adoptarse estas modificaciones legislativas, deberían ser acompañadas de una rigurosa campaña de información, mediante la cual se difundieran las alternativas disponibles frente a la decisión de abortar, y si la iniciativa privada en este terreno es insuficiente, el Estado debe dar las facilidades para la atención, cuidado y colocación de las criaturas que nazcan a consecuencia de una decisión de no abortar (provengan o no de matrimonios legítimos); empero, los fondos de esta acción estatal deben provenir de un aumento presupuestal al sector salud: “en este campo pueden mostrar su genuina buena voluntad y deseo de cooperación aquéllos que hoy se oponen incondicionalmente al aborto.”(174)

Otros doctrinarios, como Francisco González de la Vega, aducen que ante la posibilidad presente de encontrar una fórmula que solucione satisfactoriamente el problema de los abortos practicados por diferentes razones, especialmente por “la profunda miseria económica o un deseo

---

(173).- Diego Farrell, Op.Cit., p. 88.

(174).- *Ibidem.*, p. 124.

piadoso de impedir el advenimiento de un nuevo ser con graves taras mentales o corporales debería, a lo menos, hacerse más elástica la represión con Instituciones, como la del perdón judicial, para casos humanos justificables.”(175) No obstante, aún hay doctrinarios que, como Antonio de P. Moreno, piensan que “no se vería con buenos ojos la adopción de tendencias exóticas en nuestra legislación”(176).

Como pudimos apreciar en los comentarios de varios autores, si anhelamos un cambio real y tangible en la ley penal, debemos actuar moderados y precavidos para que, de ser posible, los dos extremos ideológicos llegaren a un punto coincidente, aunque mínimo, para iniciar las reformas contundentes en torno al aborto. Al respecto, la perspectiva que me parece más convincente, es la que adopta Diego Farrell cuando habla de iniciar una modificación legislativa, no antes de haber discutido ampliamente el tema mediante una concientización colectiva; coincido también en la innecesidad del consentimiento marital. En cuanto al sistema del plazo que atañe la libertad de abortar en el primer trimestre de gestación me parece prudente, sin embargo una modificación de esa índole, aunque no sea tan radical, parecería más aceptable si el plazo fuese menor; claro que después de un avance en este sistema, seguiría seguramente ese lapso de tres meses.

Con todo lo expuesto, es posible sustentar las siguientes argumentaciones: en principio, vamos a considerar que mientras no existan métodos anticonceptivos perfectos, 100% confiables, ni condiciones que permitan su uso generalizado, siempre habrá embarazos no deseados y, por tanto, seguirá existiendo el aborto. Sin embargo, podemos suponer que éste no es el momento adecuado para la liberalización total del aborto, toda vez que la idiosincrasia imperante en el país no lo permitiría; pero sí podríamos encauzar algunas reformas penales y su consiguiente reglamentación sanitaria.

En cuanto al aspecto preventivo, ya vimos que sería indispensable la educación en todas sus dimensiones, enfatizando la sexualidad humana y procurando que ésta sea obligatoria. Así mismo, los programas de planificación familiar deben ser prioritarios y extenderse a todos los estratos sociales, sin influencias u obstáculos políticos o religiosos.

En el ámbito jurídico, debe pugnarse por una legislación más flexible, ya que si en México se adecuara la ley a la realidad, seguiría probablemente la tendencia que impera en todas partes: admitir el aborto cuando el daño que se le ocasiona a la mujer embarazada es importante, atendiendo además, la amenaza a la salud mental de la misma, y no sólo cuando corre riesgo su vida; de hecho, todos los Estados de la República deberían introducir esta causal de impunidad dentro del aborto terapéutico. Igualmente sería un gran adelanto si se implementaran otros motivos de impunidad –como el aborto eugenésico y la situación económica grave- en un proyecto de homologación a los Códigos estatales más avanzados en la materia, como el de Yucatán, que prevé ambas clases de impunidad. Esto sería una etapa intermedia para el arribo de

---

(175).- González de la Vega, Op.Cit., p. 124.

(176).- De la Barreda, Op. Cit., p. 55

una legislación más liberal, tal como ha ocurrido en varios países, pero esa fase implica que se pueda justificar el daño físico, psíquico o económico que se le quiere evitar a la mujer si llega a tener un hijo, por lo cual, también en el plano procesal tendría que contemplarse algún tipo de modificaciones.

Una innovación más, correspondería a la licitud del aborto provocado a la mujer que se embaraza a pesar de haber utilizado anticonceptivos bajo prescripción médica, como lo refiere García Ramírez; sin embargo, aquí cabría la discriminación del precepto legal hacia las parejas que emplean métodos que no ameritan consulta médica, como lo son los preservativos. Por eso, es más recomendable ir despenalizando poco a poco, Estado por Estado, mediante la amplitud de otras causales de impunidad, hasta que lleguemos al sistema de reglamentación más apto, que parece ser el del plazo, mismo que podría llevarse a cabo bajo una perspectiva multifacética, respetando la mayoría de criterios encontrados de pro y anti abortistas.

Por ejemplo, si se ofreciera la libertad de abortar dentro de las ocho semanas siguientes a la concepción, se estaría preservando la salud de la mujer -por ser ese lapso de tiempo el menos riesgoso para abortar y generalmente no se requiere hospitalización, sino sólo una pequeña intervención quirúrgica-, y simultáneamente, se estaría ahorrando el uso de recursos humanos y materiales de Instituciones de Salud Pública que, en vez de atender complicaciones de abortos sépticos, se aprovecharían para otras prioridades de salud. Además, si en ese lapso de tiempo el aborto fuese gratuito, como un servicio estatal en hospitales públicos, las familias de bajos recursos, que son las más agraviadas con la actual legislación abortiva, no tendrían que erogar gastos que, de por sí, no pueden cubrir y, a su vez, la mujer no arriesgaría su vida ni su salud; es decir, se erradicaría paulatinamente el clasismo, el mercenarismo y, a la postre, el problema de salud en concreto que deviene de la ilegalidad del aborto. Y no procedería lo que muchos han afirmado en cuanto a que, al irse liberalizando el aborto, se incrementa su incidencia; lo que realmente pasa es que se conocen las cifras reales de su frecuencia porque se incluyen los abortos clandestinos que actualmente no se registran, por ello, lo que sí sería más probable, es que hubiese menos muertes maternas por complicaciones abortivas, en razón de que se elaborarían con los cuidados pertinentes.

Con este planteamiento se estaría respetando la opinión católica (mayor opositora al aborto), que califica al feto como una persona pero no antes de que aquél comience a tomar forma humana (de acuerdo al catolicismo clásico, sustentado por Santo Tomás de Aquino y su doctrina hilomórfica), toda vez que, precisamente hasta las ocho semanas de gestación, el producto adquiere su fisiología humana. En los meses posteriores a ese plazo, únicamente seguiría impune el aborto hecho para preservar la salud física o mental de la madre o su propia vida, así como los casos de violación no denunciados con anterioridad y el emanado sólo de la culpa de la mujer preñada.

En cuanto al aborto producido sin el consentimiento de la mujer, haciendo o no uso de la violencia física o moral, creo conveniente que deba seguir penado, inclusive aumentarse la sanción, si a raíz de un aborto violento se propician secuelas importantes en la salud de la mujer, tales como la imposibilidad de una nueva fecundación. Aún más, invocando el derecho a la maternidad y a la libre determinación de procreación, en estas circunstancias sí debería proceder

para el abortador, la suspensión parcial o temporal de actividad profesional –si es que la tiene-, según la gravedad de las complicaciones y atendiendo si hubo o no violencia y de qué tipo.

En lo que atañe a la reglamentación sanitaria del aborto, ésta debe propiciarse junto con la modificación penal legislativa, aunque bien es cierto que la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud –bajo la batuta del Secretario-, tiene la competencia necesaria para poder encauzar una propuesta de inclusión del aborto en la legislación de sanidad, declarándolo problema de salud pública y reglamentando los aspectos contundentes a través de la expedición de normas técnicas y reglamentos en que se previera: la forma en que ha de tratarse un aborto, el material técnico requerido, la calidad de médico titulado para tal maniobra, el tiempo de gestación óptimo autorizado y la implementación de personal especializado para esta clase de operación.

Una condición imprescindible para el funcionamiento efectivo de una reglamentación de este tipo, sería que al elaborarla se tomasen en cuenta las experiencias de otros países, no olvidando que el costo de un aborto legal, si no está debidamente reglamentado, puede ser tan inaccesible para muchas mujeres, que tengan que seguir recurriendo a prácticas más baratas y peligrosas, al nivel de la medicina popular. Además los trámites indispensables no deben ser, como ocurre en varios casos, tan complicados y humillantes, que equivalgan a una restricción efectiva, y con lo cual sucedería el clandestinaje igualmente.

Por último, debemos asumir que el hecho de la constante violación de los artículos que prohíben el aborto en México, no es una fundamentación legal suficiente para suprimir el delito de aborto; para ello deben entrar en juego otros valores como la moral, la perspectiva médica y la libertad de disposición de la propia persona. Así mismo, hay que concientizar que el solo cambio en la legislación no llegará a la raíz del problema, éste solamente puede ser atacado mediante la modificación profunda de las estructuras socioeconómicas del país, para alcanzar una verdadera justicia social. Pero mientras esto acontece y mientras llegue el momento apto para despenalizar el aborto, podríamos iniciar tal cometido afrontando el aborto como lo que es actualmente en México: un problema de salud pública.

## CONCLUSIONES

I. La práctica clandestina del aborto en México es un problema de salud pública en virtud de las altas tasas de morbilidad y mortalidad que origina.

II. El aborto es un último recurso a que recurre la mujer por múltiples factores trascendentes para ella; no es visto como un medio anticonceptivo.

III. La penalización del aborto no logra proteger el bien jurídico para lo que fue creada, únicamente genera clandestinidad y con ello, su práctica mercenaria por parte de algunos médicos que sólo buscan lucrar.

IV. La ilicitud del aborto afecta a las mujeres de escasos recursos económicos que no pueden pagar el alto costo de una buena operación hecha por un profesional, teniendo que acudir así, a personal empírico en lugares insalubres y sin el instrumental adecuado, exponiendo en todo momento su vida y salud.

V. El Derecho penal tiene el imperativo legal de regular las situaciones de hecho que afecten a la colectividad de cualquier manera, siguiendo los patrones de conducta que imperan en la sociedad en determinado tiempo y acordes a los principios morales, que son cambiantes. En el caso del aborto, su legislación prácticamente no se aplica por tornarse obsoleta a la realidad en que vivimos, ya que ni siquiera los antiabortistas han exigido su eficaz aplicación.

VI. Al irse despenalizando el aborto no aumentaría drásticamente su incidencia, porque no se estaría obligando a abortar a las mujeres que no lo desean, simplemente se conocerían las cifras reales del número de mujeres que incurrían en él.

VII. Para iniciar las reformas legislativas en torno al aborto, es indispensable un estudio exhaustivo de sus causas y consecuencias sin anteponer ciertos recatos morales y religiosos a la propia vida de la mujer.

VIII. Las transformaciones legales radicales no pueden ser aceptadas de un momento a otro, por ello la despenalización del aborto debe ser paulatina iniciando por ampliar las causales de impunidad en los Códigos penales de toda la República, para proseguir luego por un sistema del plazo.

IX. A la par de las modificaciones legales en el ámbito penal, sería óptimo reglamentar el aborto en la legislación sanitaria, declarándolo en primer término, un problema de salud pública y procediendo a la expedición de normas técnicas y demás disposiciones concernientes a su realización.

X. En tanto la planificación familiar y la educación sexual sean deficientes y no den una cobertura al 100% en el país y tomando en cuenta que los anticonceptivos siempre arrojan un margen de error, seguirá existiendo el aborto. Por tal motivo, debería permitirse como un último recurso para aquellas mujeres que tienen razones altamente justificables y humanas para abortar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, Mariclaire, Flora Bóton-Burlá [et. al.]. El aborto en México, F. C. E., México, 1976, 81 pp.
- Achával, Alfredo. Manual de medicina legal. Práctica forense, 6ª ed. corr. y aum., Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1994, 987 pp.
- Antología de la sexualidad humana III (compilación), Porrúa-CONAPO, México, 1994, pp. 105-122.
- Arnáiz Amigo, Aurora. Derecho Constitucional Mexicano, Trillas, México, 1990, 583 pp.
- Burgoa, Ignacio. Las Garantías Individuales, 27ª ed., Porrúa S.A., México, 1995, 810 pp.
- Carnevale, Alessandra. "Las enfermedades genéticas y su prevención" en El aborto, un enfoque multidisciplinario, UNAM, México, 1980, pp. 21-23.
- Cázares Hernández, Laura, María Christen [et. al.]. Técnicas actuales de investigación documental, Trillas - UAM, México, 1997 [4ª reimpr. de la 1ª ed. de 1980], 164 pp.
- Ciclo de Actualización Sobre Grandes Problemas de Salud en México, Un Enfoque Integral. Aborto, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1990, 115 pp.
- Comentarios relacionados con la despenalización del aborto. Dirección General de Reproducción de los Servicios de Salud, México, abril 1989, 189 pp.
- De la Barreda Solórzano, Luis. El delito de aborto: una careta de buena conciencia, M. A. Porrúa, grupo editorial, México, 1991 (Instituto Nacional de Ciencias Penales), 185 pp.

Diego Farrell, Martín. La ética del aborto y la eutanasia, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1993, 121 pp.

El aborto: tres ensayos sobre... ¿un crimen? (compilación), UAM, México, 1985, 315 pp.

Fernández, Cruz. El libro de la salud, Danae S.A., Barcelona, 1990 (Tomo I), pp. 163-166.

Fernández Pérez, Ramón. Elementos básicos de medicina forense, 6ª ed. corr. y aum., Méndez Editores, México, 1992, pp. 223-250.

García Ramírez, Sergio. Criminología. Marginalidad y Derecho penal, Depalma, Buenos Aires, 1982 (Criminología contemporánea), 249 pp.

Garduño Garmedia, Jorge. El M.P. en la investigación de los delitos, Limusa, México, 1991, pp. 56-71.

González de la Vega, Francisco. Derecho Penal Mexicano. Los delitos, 29ª ed. actualizada, Porrúa S.A., México, 1997, 473 pp.

Hall, Robert. El aborto en un mundo cambiante, Extemporáneos, México, 1980, 158 pp.

Jiménez Huerta, Mariano. Derecho Penal Mexicano, 12ª ed., Porrúa S.A., México, 1992, pp. 185-215.

Landrove Díaz, Gerardo. Política criminal del aborto, Casa Editorial Bosch, Barcelona, 1976, 255 pp.

Lima Malvido, María de la Luz. Criminalidad femenina. Teorías y reacción social, 2ª ed. corr. y aum., Porrúa S.A., México, 1991, 360 pp.

Machado, Giovanna. En defensa del aborto en Venezuela, Ateneo de Caracas, Venezuela, 1979, pp. 15-48.

Martínez Murillo, Salvador. Medicina legal, 16ª ed. corr. y aum., Méndez Editores, México, 1991, 415 pp.

Mateos Cándano, Manuel. "Aspectos médicos y de salud" en Luisa María Leal (coord.). El problema del aborto en México, M. A. Porrúa librero editor, México, 1990, pp. 18-65.

Nethel, Ana Laura y Agustín Pérez Carrillo. Modelo de Política Legislativa. Aplicación al caso del aborto en México, UAM, México, 1982, pp. 85-88.

Ortiz Ortega, Adriana (editora). Razones y pasiones en torno al aborto, una contribución al debate, Thepopulation Council Edamex, México, 1994, 320 pp.

Osorio y Nieto, César Augusto. El niño maltratado, Trillas, México, 1990 [3ª reimpr. de la 2ª ed. de 1985], 82 pp.

Palacios Vargas, J. Ramón. Delitos contra la vida y la integridad corporal, 10ª ed., Trillas, México, 1992, 248 pp.

Pardo, Malka. El libro rojo del aborto, 5ª ed., Costa-Amic Editores S.A, México, 1995, 127 pp.

Pavón Vasconcelos, Francisco y G. Vargas López. Los delitos de peligro para la vida y la integridad corporal, 6ª ed., Porrúa S.A., México, 1992, 219 pp.

Pérez de León E., Enrique. Notas de Derecho constitucional y administrativo, 15ª ed., Porrúa, México, 1994, 285 pp.

Porte Petit Candaudap, Celestino. Dogmática sobre los delitos contra la vida y la salud personal, 10ª ed., Porrúa S.A., México, 1994, pp. 433-479.

Quiróz Cuarón, Alfonso (coord.). Medicina Forense, 8ª ed., Porrúa S.A., México, 1996, pp. 680-695.

Tapia Conyer, Roberto. Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud, Junio 1997, 45 pp.

## LEGISLACIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 123ª ed., Porrúa S.A., México, 1998 (Leyes y Códigos de México), 134 pp.

Código Penal para el Distrito Federal, 58ª ed., Porrúa S.A., México, 1998(Leyes y Códigos de México), 338 pp.

Carrancá y Rivas, Raúl. Código Penal anotado, 19ª ed., Porrúa S.A., México, 1997, pp. 784-790.

González de la Vega, Francisco. El Código Penal comentado, 12ª ed., Porrúa S.A., México, 1996, p. 431-435.

González de la Vega, René. Comentarios al Código Penal, pról. de Sergio García Ramírez, 12ª ed., Cárdenas ed. y distrib., México, 1992, pp. 436-443.

Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, 52ª ed., Porrúa S.A., México, 1997 (Leyes y Códigos de México), 1023 pp.

Código de Defensa Social para el Estado de Yucatán, Porrúa S.A., México, 1996, 227 pp.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 17ª ed., Porrúa S.A., México, 1997 (Leyes y Códigos de México), 1032 pp.

Ley General de Salud. Ley de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones complementarias, 14ª ed. actualizada, Porrúa S.A., México, 1997 (Leyes y Códigos de México), 1163 pp.

Ley del Seguro Social, 58ª ed., Porrúa, S.A., México, 1997 (Leyes y Códigos de México),(Tomo I y II), 958 pp.

## OTRAS FUENTES

Diccionario jurídico sobre seguridad social, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 1994 (Serie E: varios, no. 62), 506 pp.

Doezis, Michel. Diccionario de sinónimos, antónimos y parónimos, Libsa, Madrid, 1994 (Grandes Diccionarios), 531 pp.

Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado, Selecciones del Reader's Digest, México, 1990, (Doce Tomos), 4099 pp.

## HEMEROGRAFÍA

Azurdy, Victoria. "La práctica del aborto en México". *Proceso* (México, D.F.), no. 199, 25 de agosto de 1980, p. 16-25.

Cabildo, Miguel. "Propone la PGR reformas al aborto, la drogadicción y el adulterio". *Proceso* (México, D.F.), no. 355, 22 de agosto de 1983, pp. 30 y 31.

Carrasco, Patricia. "Anualmente mueren 1,400 mujeres por partos mal atendidos: FNUAP". *La Prensa* (México, D.F.), 29 de mayo de 1997, p. 22, Información general.

Diario Oficial de la Federación (México, D.F.) de: 21 de abril de 1981, 3 de febrero de 1983, 7 de febrero de 1984, 7 y 8 de julio de 1986, 20 de agosto de 1986, 17 de julio de 1987, 23 de noviembre de 1987, 18 de febrero de 1988.

Marqués, Joseph Vincent. "El fetismo no es un humanismo". *Fem* (México, D.F.), no. 89, mayo de 1990, p. 22-25.

- Medina, Carlos A. "Millón y medio de menores son explotados por sus padres". Excelsior (México, D.F.), 25 de mayo de 1978, p. 15.
- "Ninguna mujer aborta por gusto". La Jornada (México, D.F.), 5 de abril de 1989, p. 16, Sección "El País".
- Oviedo, Iram. "El aborto está prohibido, pero se practica por todas partes". Extra; (México, D.F.), 27 de enero de 1998, p.4, Sección de policía.
- "Rechazan la postura de Pro-vida". El Universal (México, D.F.), 16 de julio de 1997, p. 5, Primera sección.
- Toto, Mireya. "El aborto y la legislación mexicana". Fem (México, D.F.), no. 2, enero-marzo de 1977 (Vol. 1), p. 6, 71 y 72.
- "Transformar la Administración Pública Federal en una organización eficaz". El Día (México, D.F.), 7 de mayo de 1996, p. 16, Testimonios y Documentos.