



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES CAMPUS ARAGON

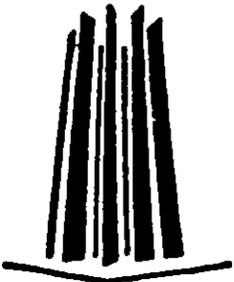
DERECHO A UN ABORTO SEGURO PARA MUJERES CON VIH-SIDA EN MEXICO DISTRITO FEDERAL

276800

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN DERECHO PRESENTA: ALMA DELIA GARRIDO LUGO

ASESOR: LIC. GLORIA CLEMENTINA ZARATE DIAZ





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.

AL EQUIPO DE TAEKWONDO DE LA E.N.E.P. ARAGÓN

Prof. Martín López
Lorena Granja
Irma Ortiz
Roberto Barranco
Ulises Sois
Victor Arriaga
Rubén Pavana
Emilia Valverde
Ángeles Juárez

Por enseñarme que cuando la gente se propone metas, trabajando arduamente, consigue llegar a ellas.

Porque los años dedicados a este noble deporte me han enseñado a tener valentía y decisión, para enfrentarme al rival más fuerte, rápido, inteligente y con la mejor técnica del mundo: LA VIDA.

Por enseñarme valores como humildad, lealtad y amistad.

Por todas aquellas satisfacciones inigualables.

Por todos aquellos felices recuerdos.

GRACIAS.

A DIOS

Porque estoy segura que hay alguien supremo que es justo y tarde o temprano da a cada quien lo que le corresponde.

MUY ESPECIALMENTE A MIS PADRES

ADOLFO GARRIDO MARTÍNEZ
NIEVES LUGO GUERRERO

Porque sin su apoyo, cariño y comprensión, no hubiera sido posible este momento. Así por este medio les agradezco toda la ayuda que me han brindado durante todos estos años, porque todos los logros realizados en mi vida han sido gracias a ellos y para ellos.

GRACIAS POR CONTAR SIEMPRE
CON SU APOYO.

A MIS HERMANAS

CARINA GARRIDO LUGO
MODESTA SILVIA GARRIDO LUGO
MARIA DEL PILAR GARRIDO LUGO
ADRIANA GARRIDO LUGO

Quiénes con su compañía y convivencia han hecho que mi vida este llena de agradables recuerdos.

A MIS SOBRINOS

MAX ANTONIO Y ADRIANITA

Quienes a pesar de sus limitaciones, diariamente nos dan una lección de vida, porque con el gran apoyo y valentía de su mamá realizan un enorme esfuerzo para salir adelante, no importando el sufrimiento o el trabajo que ello implique.

A MI ASESORA

LIC. GLORIA CLEMENTINA ZARATE DÍAZ

No pudiendo pagarle con nada su paciencia y atención para dirigirme y orientarme en este trabajo de tesis.

Mil gracias.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

E.N.E.P. ARAGÓN

Por proporcionarme la oportunidad de tener una herramienta más para defenderme en la vida.

Gracias por darme una profesión.

A LAS PERSONAS CON
VIH.SIDA

A todas ellas mi más grande
ADMIRACIÓN Y RESPETO, porque enfrentan
el mayor reto de su vida y lo hacen con mucha
decisión, valentía y coraje.

AL DR. JULIO CÉSAR GARCÍA
GRANADOS

Por que su ayuda, orientación y cariño
para la realización de este trabajo fue
fundamental.

GRACIAS.

AL HONORABLE JURADO

POR DEDICARME PARTE DE SU
TIEMPO Y ATENCIÓN, ASÍ COMO POR SUS
OPORTUNAS OBSERFACIONES Y
COMENTARIOS.

MUCHAS GRACIAS.

INTRODUCCIÓN	IV
--------------------	----

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES DEL ABORTO	2
1.1.1. ROMA	2
1.1.2. MÉXICO	3
1.1.2.1. EPOCA PREHISPANICA	3
1.1.2.2. EPOCA COLONIAL	5
1.1.2.3. EPOCA INDEPENDIENTE	6
1.2. ABORTO	8
1.2.1. CONCEPTOS GENERALES DE ABORTO	8
1.2.2. TIPOS DE ABORTO Y METODOS ABORTIVOS	10
1.2.3. RAZONES QUE GENERAN LA NECESIDAD EN LA MUJER PARA ABORTAR	18
1.2.4. ABORTO CLANDESTINO	20
1.2.4.1. MORBILIDAD Y MORTALIDAD	23
1.3. ANTECEDENTES DEL VIH-SIDA	29
1.3.1. EN EL MUNDO	29
1.3.2. EN MÉXICO	31
1.4. INFECCIÓN POR VIH-SIDA	32
1.4.1. CONCEPTO DEL VIH-SIDA	32
1.4.2. GRUPOS DE RIESGO	34
1.4.2.1. LA MUJER: OTRO GRUPO DE RIESGO	35
1.4.3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD	37
1.4.3.1. TRATAMIENTOS ACTUALES PARA EL VIH-SIDA	42

CAPITULO II
SITUACIÓN JURÍDICA DEL ABORTO

2.1.	SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL Y SU COMPARACIÓN CON OTROS ESTADOS DE LA REPÚBLICA.....	45
2.2.	HISTORIA DE LAS PROPUESTAS LEGISLATIVAS PARA LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN MÉXICO.....	53
2.2.1.	CASO CHIAPAS.....	58
2.2.2.	PROPUESTA DE ROSARIO ROBLES PARA DESPENALIZAR EL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL.....	59
2.3.	LA LEY Y EL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL.....	62
2.4.	LEGISLACIÓN MUNDIAL DEL ABORTO.....	63
2.4.1.	AMERICA Y EL CARIBE.....	63
2.4.2.	EUROPA OCCIDENTAL, EUROPA ORIENTAL, MEDIO ORIENTE, PAÍSES ASIÁTICOS, PAÍSES AFRICANOS.....	68

CAPITULO III
EL DELITO DE ABORTO

3.1.	ELEMENTOS DEL DELITO DE ABORTO.....	75
3.1.1.	CONDUCTA - AUSENCIA DE CONDUCTA.....	75
3.1.2.	TIPICIDAD - ATIPICIDAD.....	76
3.1.3.	ANTIJURIDICIDAD - CAUSAS DE JUSTIFICACIÓN.....	81
3.1.4.	IMPUTABILIDAD - CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD.....	83
3.1.5.	CULPABILIDAD - CAUSAS DE INculpABILIDAD.....	84
3.1.6.	PUNIBILIDAD - AUSENCIAS DE PUNIBILIDAD (EXCUSAS ABSOLUTORIAS).....	85

CAPITULO IV
INFECCIÓN POR VIH-SIDA EN MUJERES EMBARAZADAS,
VIH-SIDA PEDIÁTRICO Y PROPUESTA

4.1. VIH-SIDA EN MUJERES	89
4.1.1. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	89
4.1.2. CONSECUENCIAS FÍSICAS.....	89
4.1.3. LA INFECCIÓN POR VIH EN MUJERES EMBARAZADAS	92
4.2. VIH-SIDA PEDIÁTRICO	93
4.2.1. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	95
4.2.2. EPIDEMIOLOGIA	96
A) A NIVEL MUNDIAL	96
B) EN MÉXICO	98
4.2.3. EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS	99
4.2.4. EFECTOS DEL VIRUS EN LOS NIÑOS	101
4.2.5. TRATAMIENTO, PRONOSTICO Y PREVENCIÓN	103
4.3. PROPUESTA: DERECHO A UN ABORTO SEGURO PARA MUJERES CON VIH-SIDA EN MÉXICO DISTRITO FEDERAL.....	106
CONCLUSIONES	110
BIBLIOGRAFÍA	112

INTRODUCCIÓN.

Durante muchos años la mujer ha sido objeto de discriminación en diversos ámbitos, tales como el laboral, social, económico, político, deportivo, entre otros, y en materia de salud reproductiva y sexual no ha sido la excepción, un ejemplo claro de esto, es la limitación, con respecto al hombre, de su derecho y libertad para decidir acerca de su cuerpo, incluyendo con ello, su maternidad, que puede pasar, de ser un estado hermoso, a ser algo terrible cuando no ha sido planeada, ni esperada. Ante tal situación, la mujer se enfrenta a la decisión de escoger entre un hijo no deseado o un aborto, que por supuesto será clandestino, si no se encuentra dentro de los "tolerados" por la ley y la sociedad.

Cuando una mujer decide abortar, también escoge arriesgar su vida, ya que en nuestro país, las complicaciones por un aborto mal practicado, ocupa el tercer lugar de mortandad en las mujeres.

El aborto ha sido practicado desde hace ya muchos años, sancionándolo mediante diversos métodos que han llegado a ser muy crueles, como el empalamiento, ahogamiento y la muerte, entre muchos otros.

El castigo para la mujer que aborta y la limitación social a su derecho para decidir de manera libre sobre su cuerpo son problemas, que evidentemente, son exclusivos de las mujeres y que por lo tanto un hombre nunca los va a padecer. Motivo por el cual, las mujeres, nos sentimos en desventaja, ya que como lo mencionamos anteriormente, desde los tiempos más primitivos hemos sido objeto de limitaciones, prohibiciones, abusos y castigos por el solo hecho de ser mujeres, condición genética no escogida, sino dada por la naturaleza. Por lo que en el tema del aborto, consideramos que lo importante no es saber quien está en contra o a favor de él, o porque existen diferentes posturas, sino legislar acerca de éste, con el objetivo de reconocerle a la mujer su legítimo derecho para tomar decisiones, incluso sobre su cuerpo.

Es sumamente importante analizar los motivos por los cuales una mujer toma la decisión de abortar, ya que pueden ser diversos, sin embargo, el que a nosotros nos ocupa para el desarrollo del presente trabajo es el de la existencia de un virus llamado VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), que aunque afecta tanto a hombres como a mujeres tiene especial significado en ésta última, ya que es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por VIH que los varones, pero sobretodo, debemos considerar que las mujeres embarazadas que son seropositivas al VIH, se enfrentan a la gran posibilidad de transmitir el virus a su hijo durante o después del embarazo.

El sentido común nos diría que una mujer con VIH o SIDA difícilmente se arriesgaría a tener un hijo, sabiendo que ella va a morir pronto y que puede transmitir el virus al bebé, pero también hay que contemplar el hecho de que muchas mujeres no saben que tienen el VIH cuando se embarazan, o cuando se enteran ya lo están, o bien, otras deciden embarazarse aún cuando saben de su infección y precisamente por eso, esperan que sus hijos estén entre el 60 y el 85% de bebés nacidos de madres seropositivas, que no contraen el virus. Pero algo igualmente importante, es que muchas mujeres infectadas con VIH que quedan embarazadas, no quieren correr el riesgo que implicaría llevar adelante un embarazo pues saben que aunque su hijo nazca sano, ella va a enfermar y quizá morir al poco tiempo dejando desprotegido a éste.

El VIH una vez que entra al organismo tarda varios años en dar manifestaciones, teniendo predilección por atacar las células del sistema de defensa de los seres humanos. Este virus provoca la reducción paulatina en la producción de anticuerpos, hasta llegar a un estado crónico llamado SIDA, etapa en la cual una persona infectada, pierde habilidad para combatir enfermedades causadas por microorganismos que se encuentran normalmente en el medio ambiente, y que no representan ningún peligro para los individuos sanos. Las personas que padecen SIDA se vuelven susceptibles a infecciones oportunistas múltiples que los llevan a vivir en condiciones físicas deplorables.

Actualmente, en la legislación mexicana, la interrupción del embarazo en mujeres con infección por VIH no está incluido como motivo de aborto terapéutico o eugenésico, aunque existen argumentos médicos que lo justifican, como son: el riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo, las infecciones oportunistas asociadas al virus que pueden causar daño al producto, la necesidad de usar medicamentos tóxicos para el hijo al dar tratamiento a la mujer para preservar, mejorar y prolongar su calidad de vida durante el embarazo. No obstante, la causa más válida para la mujer embarazada no es que ella esté infectada, sino que su hijo pueda nacer con la misma enfermedad.

Pensamos que es injusto para una mujer seropositiva al VIH, que además de padecer las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que conlleva dicha enfermedad, también tenga que enfrentarse a un aborto y peor aún que sea clandestino. Aunado a esto, es importante mencionar que los niños que nacen con VIH pueden sufrir diversas enfermedades como son infecciones oportunistas, neoplasias, malformaciones congénitas, etc., que afectan de manera significativa su calidad de vida, puesto que, si para un adulto, vivir con esta enfermedad, resulta traumático, imaginemos lo que puede representar para un niño.

Todo lo anteriormente mencionado nos motiva a realizar éste trabajo de tesis, en el que sugerimos que se adhiera al Código Penal del Distrito Federal, el derecho al aborto en mujeres con Virus de Inmunodeficiencia Humana, o con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Este trabajo consta de cuatro capítulos: en el primero, explicaremos los conceptos, antecedentes y algunos aspectos básicos relacionados con el Aborto, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), con el fin de que el lector entienda el tema que vamos a tratar.

En el segundo capítulo, haremos una recopilación de las diferentes formas de regular el aborto, tanto en el Distrito Federal y los distintos Estados de la República Mexicana, así como en algunos otros países del mundo.

En el tercer capítulo, estudiaremos al aborto desde el punto de vista jurídico, analizando para ello los elementos del cuerpo del delito.

El cuarto capítulo contendrá información necesaria a cerca del VIH-SIDA perinatal y en mujeres embarazadas, con la finalidad de sustentar nuestra propuesta, la cual está incluida en el mismo capítulo.

Por último sólo queremos aclarar que no estamos a favor o en contra del aborto, solo pretendemos que las mujeres seropositivas al VIH sean tomadas en cuenta, y que si así lo desean, tengan la libertad de decidir si corren o no el riesgo de llevar hasta el final un embarazo, que puede traer como consecuencia un hijo infectado.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DEL ABORTO.

1.1.1. ROMA.

Durante el transcurso del tiempo el aborto ha atravesado por épocas durante las que ha sido severamente sancionado, aunque en ocasiones con cierta benevolencia.

El antiguo Derecho Romano, quizás debido a la influencia de la filosofía estoica, adoptó el criterio de la más absoluta impunidad, apoyado en el concepto de que el feto era una "víscera" en el cuerpo de la mujer fecundada, quien tenía legítimo derecho a la expulsión o a la muerte del producto de la concepción. Si el aborto lo procuraba la mujer voluntariamente, tal acto era considerado como una libre disposición de su propio cuerpo, pero si una mujer casada era quien lo llevaba a cabo, el marido podía considerarse agraviado y por excepción, sancionarse el hecho por constituir un atentado a su derecho a la paternidad. Lo mismo ocurría cuando el aborto lo sufría la mujer a consecuencia de acciones de terceros sin su consentimiento. Posteriormente, en tiempos de Séptimo Severo, el aborto fue considerado delito grave y se castigó con penas extremas, llegándose a aplicar la pena de muerte cuando el móvil era la avaricia, o bien, cuando la muerte del feto era provocada para beneficiar a los herederos del marido.

En la Edad Media la influencia de la iglesia estableció definitivamente la punibilidad del aborto, superando así la época de la impunidad que caracterizó al Derecho de los pueblos antiguos. El Derecho Canónico otorgó el carácter de delito grave al aborto y distinguió los casos de feto formado (*corpus formatum*) y feto no formado (*corpus informatum*) para establecer la procedencia o improcedencia de la asimilación del aborto al homicidio, pues mientras en el primero el cuerpo podía ser receptor de alma, convirtiéndose en feto animado, el segundo aún no estaba en esas condiciones. La concepción existente en el antiguo Derecho, sufrió una modificación esencial al considerarse que el hombre tiene una alma inmortal y ha sido creado por dios a su imagen y semejanza, de acuerdo a las sagradas escrituras. En San Agustín encontramos la idea de que el hombre, tanto en cuerpo como en alma, es obra de dios, principio que con anterioridad fue sostenido por las santas escrituras, y del cual se deriva que si dios es el creador del cuerpo y del alma del hombre, sólo él tiene el derecho sobre el alma y también sobre el cuerpo.

En las leyes longobardas, como ocurrió entre los pueblos bárbaros, el aborto consensual se declaró impune, sancionándose únicamente el aborto no consentido, pero considerándolo un "medio homicidio" y consiguientemente señalándoles como pena la mitad de la correspondiente al homicidio.

Las leyes bárbaras, aunque generalmente más dóciles a las enseñanzas eclesiásticas que las imperiales romanas, por no pesar sobre ellas el glorioso y rotundo legado clásico, adoptaron en el asunto del aborto, la más desorientada variedad: extrema

benevolencia se registra en las leyes longobardas que consideraron impune el aborto consensual y al no consentido, medio homicidio.

Dentro del antiguo Derecho español el aborto fue objeto de sanción, ejemplo de ello es el Fuero Juzgo, en el cual se reglamentó el ejecutado por terceros con violencia y se distinguió, en razón de la pena, el aborto recaído sobre un ser *formatus* y un *informens*, sancionándose más gravemente al primero, excepcionándose de esta penalidad el auto aborto, ya sea que lo ejecutara la propia mujer o terceros con su consentimiento.

Las Partidas sancionaron el aborto de acuerdo al criterio del Derecho Romano, señalando penas diversas para el auto aborto, el aborto consentido y el realizado por el marido, atendiéndose para la cuantificación de la sanción a que la criatura fuera o no viva, castigándose el primer caso con pena de muerte y el segundo, con destierro en una isla.

1.1.2. MÉXICO.

1.1.2.1. ÉPOCA PREHISPÁNICA.

La primera legislación que penaliza al aborto en México data de la época prehispánica. La tipología de los delitos contemplados dentro del derecho penal desarrollado por los antiguos mexicanos se encontraba estrechamente ligada con la defensa de sus creencias religiosas.

Varias grandes civilizaciones neolíticas se sucedieron en el territorio actualmente ocupado por México y los demás países centroamericanos: primero, la Olmeca, cuyo florecimiento ocupa los últimos siglos anteriores a la era cristiana; luego simultáneamente, la Teotihuacana y la del Antiguo Imperio Maya (heredera de los Olmecas) de los siglos III a IX de nuestra era; después la Tolteca (Tula), en el siglo X, que fertiliza los restos de la primera civilización Maya; y, finalmente, la Azteca, ramificación de la Chichimeca, con absorciones toltecas y en íntima convivencia con la Texcocana. En la periferia de estas culturas fundamentales encontramos otras, como la Totonaca en la zona costera del Golfo, la Zapoteca y la Mixteca en el sureste, y la Tarasca del lado del Pacífico.

Desde el punto de vista jurídico describiremos sólo tres de estas culturas, ya que se tiene poca información de su vida jurídica, además de que pese a que cada cultura tuvo formas independientes de gobernar a su pueblo, en materia jurídica tenían mucha similitud. Por ejemplo, el aborto que ya desde ese momento se entendía como un delito contra la vida, ubicado junto con los de homicidio y lesiones, era sancionado con la pena de muerte en todas las culturas.

a) DERECHO PENAL OLMECA.

Poco y vago es lo que sabemos de los aspectos jurídicos de la cultura Olmeca. La escasez de la figura femenina sugiere una sociedad en la que la mujer no gozaba de un status importante; una sociedad, por lo tanto, sin ecos del matriarcado. En lo que se refiere al derecho penal olmeca y en particular al aborto no se tiene información, sólo se sabe que eran leyes muy rígidas y crueles.

b) DERECHO PENAL MAYA.

Al igual que en el derecho olmeca, en el derecho maya es poco lo que se sabe ya que la casi totalidad de los documentos mayas precortesianos fueron sacrificados por el celo religioso de personas como el obispo Diego de Landa.

El derecho penal maya era severo. El marido ofendido podía optar entre el perdón o la pena capital del ofensor (la mujer infiel), entre los mayas *quiche* la esposa del adúltero también fue castigada, ya que su tarea era guardarlo bien satisfecho. También para violación y estupro existía la pena capital (lapidación). En los casos de homicidio intencional y aborto se aplicaba la pena del talión, salvo si era menor, en cuyo caso la pena era la de esclavitud. También se sancionaba el robo grabándosele en la cara de los ladrones de clase superior los símbolos de su delito. El hecho de que las casas carecieran de puertas sugiere un alto grado de honradez popular. Un mérito del primitivo derecho maya era la diferenciación entre dolo (pena de muerte) e imprudencia (indemnización).

En algunos casos la pena capital fue ejecutada mediante ahogamiento en el cenote sagrado.

Contrariamente al sistema azteca, no hubo apelación. El juez local, el *batab*, decidía en forma definitiva, y los *tupiles*, policías-verdugos, ejecutaban la sentencia inmediatamente, a no ser que el castigo fuera la lapidación por la comunidad entera. Poco loable era la diferenciación de la pena según la clase social.

c) EL DERECHO AZTECA.

Tratándose de culturas neolíticas en vías de transformar la escritura pictográfica en fonética, y caracterizadas por gobernantes arbitrarios, cuyo poder a menudo tomaba el lugar del derecho, no es sorprendente que no encontremos en el derecho azteca códigos al estilo del Hammurabi. Sin embargo, en vísperas de la conquista parece haberse presentado un modesto movimiento codificador, quizás más bien para el uso de los jueces que para la orientación del público en general, al que suele ligarse el nombre del rey-poeta de Texcoco, Nezahualcóyotl. De las aproximadamente ochenta leyes que se le atribuyen, treinta y dos han llegado hasta nosotros en forma más o menos fehaciente. Por lo demás, el derecho se manifestaba en costumbres, a menudo íntimamente ligadas a la religión, tan conocidas por todos que no había necesidad de ponerlas por escrito. Sin embargo, la inclinación habitual de la gran masa indígena ante el poder de los miembros de la élite (rey, nobles, sacerdotes y comerciantes) creaba gran incertidumbre para la posición de los humildes.

El derecho penal era, desde luego, muy sangriento, y por sus rasgos sensacionalistas es la rama del derecho mejor tratado por los primeros historiadores. La pena de muerte es la sanción más corriente en las normas legisladas que nos han sido transmitidas, y su ejecución fue generalmente pintoresca y cruel. Las formas utilizadas para la ejecución fueron la muerte en hoguera, el ahorcamiento, ahogamiento, apedreamiento, azotamiento, muerte por golpes de palos, el degollamiento, empalamiento y desgarramiento del cuerpo, antes o después de la muerte, hubo posibles aditivos infamantes. A veces, la pena capital fue combinada con la de confiscación. Otras penas eran la caída en esclavitud, la mutilación, el destierro definitivo o temporal, la pérdida de ciertos empleos, destrucción de la casa o encarcelamiento en prisiones que en realidad eran lugares de lenta y miserable eliminación.

Penas más ligeras, a primera vista, pero consideradas por los aztecas como una insoportable ignominia, eran las de cortar o chamuscar el pelo.

El homicidio y el aborto conducían hacia la pena de muerte, mientras que la riña y las lesiones sólo daban lugar a indemnizaciones. También se observaba un gran rigor en delitos sexuales, con pena de muerte para incontinencia de sacerdotes, para homosexuales, violación, estupro, incesto y adulterio.

El delito de aborto, que es el que a nosotros nos interesa, era sancionado con la pena de muerte para la mujer que ingería alguna sustancia abortiva y para quien se la proporcionaba.

Cada pueblo o barrio en Tenochtitlán se reunía anualmente para nombrar a un juez, que sólo dictaba sentencias en asuntos de poca importancia y que se resolvían en forma inmediata. Los casos graves, como el aborto, eran juzgados ante un magistrado que era nombrado por el rey (Cihuacóatl), asistido por un consejo o un tribunal superior, la determinación del Cihuacóatl era de última instancia, pero no podía dictar sentencia de muerte sin la ratificación del rey, o de los cuatro electores que constituían el Consejo del Imperio, quienes fallaban en los casos difíciles o de desacuerdo.

Las penas eran muy severas siendo las más fuertes la muerte por decapitación, estrangulación, machacamiento, cremación, lapidación, empalamiento o descuartizamiento. El aborto se castigaba con pena de muerte a la mujer y a quien la ayudaba, aunque era considerado un delito no contra la religión sino contra la sociedad.

La pena de muerte se llevaba a efecto de diverso modo, según era el delito por el que se aplicaba. En general, acostumbraban dar muerte a los sentenciados a esta pena, ahorcándolos, ahogándolos, a pedradas, a palos o abriéndoles el abdomen o la caja torácica. A menudo la pena de muerte era agravada, antes y después de la ejecución, con otras penas tenidas como infamantes.

El derecho penal azteca fue el primero que en parte se trasladó de la costumbre al derecho escrito. Sin embargo, la tolerancia española frente a ciertas costumbres jurídicas precolombinas no se extendió al derecho penal de los aborígenes. En general puede decirse que el régimen penal colonial era mucho más leve para el indio mexicano que este duro derecho penal azteca.

1.1.2.2. ÉPOCA COLONIAL.

En México después de la conquista, (comienzos del siglo XVI), dos grandes corrientes se encontraron y se amalgamaron con fuerte dominio. La primera era una civilización neolítica, que en su aspecto jurídico era de carácter predominantemente azteca; y la segunda, la civilización hispánica, en cuyo derecho las influencias romanas se mezclaban con restos de derechos germánicos, normas canónicas, mucha reglamentación monárquica e inclusive rasgos arábigos.

El derecho expedido por las autoridades españolas se completó, por un lado, con aquellas normas indígenas que no contrariaban los intereses de la Corona o el ambiente cristiano, y por otro, por el derecho castellano.

En la época colonial, el delito en su amplia acepción se definía como ataque ante todo a la religión, y sólo en segundo término a los intereses particulares, a la sociedad y al estado. Las Leyes de Indias (sancionadas por Carlos II en 1680) permitían que los indígenas conservaran sus usos y leyes mientras no fueran considerados contrarios al cristianismo. En 1774 fue creado el departamento de partos ocultos, que tenía como función recibir el producto de las mujeres españolas que concebían fuera de matrimonio, se encontraba en un anexo del hospicio de los pobres, manejándose con el mayor secreto posible, las mujeres embarazadas llegaban solas con el rostro cubierto y así permanecían en celdas aisladas, aun en el momento del parto, el nombre de ésta era sólo conocido por el confesor, quien lo anotaba sólo para evitar problemas si sobrevenia la muerte.

De esta forma se consideraba que se cuidaba el honor de las familias y se evitaba el aborto, que era penalizado de acuerdo con la influencia de la iglesia católica.

1.1.2.3. ÉPOCA INDEPENDIENTE.

En 1813 dentro de un ambiente de fuertes discusiones del Congreso Constituyente y de una situación difícil en todo el país, José María Morelos y Pavón, el 14 de septiembre, elaboró un Proyecto de Constitución en un documento influenciado por una ideología eminentemente religiosa que tituló "Los Sentimientos de la Nación", que contenían las ideas esenciales de los iniciadores de la independencia para la transformación del país; dentro de los ámbitos político, social y económico.

La intervención y el papel determinante que representaron los religiosos de la iglesia católica dentro del proceso de independencia y la base ideológica de conformación del nuevo Estado, determinó asimismo el tipo de legislación penal y civil.

En la Constitución Federal Mexicana de 1824 subsistió el ideario religioso de los Sentimientos de la Nación, así como también dentro de la de 1857, fue hasta 1872 a través de las Leyes de Reforma promulgadas por Benito Juárez durante su gobierno, donde se determinó la separación de la iglesia del estado prohibiéndole la intervención en asuntos políticos y jurídicos.

Pero esta postura liberal, no influyó en la conformación de la legislación en materia familiar y penal respecto al delito de aborto, el cual continuó penalizado.

Desde el Código Penal de 1871, se sancionó el aborto consentido, procurado y sufrido, y en su artículo 569 definía:

"Llámesese 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".

El Código de 1929, en su artículo 1000 conservaba la misma definición y solamente variaba al señalar que:

"...con el objeto de interrumpir la vida del producto. Se considera siempre que tuvo ese objeto el aborto voluntario provocado antes de los ocho meses de embarazo".

Desde el Código de 1871, ya se contemplaban las atenuantes para el caso de aborto por móviles de honor, con una pena de dos años de prisión, regla seguida por el Código de 1929.

El texto vigente que corresponde al Código Federal promulgado en 1931, a la letra dice:

Art. 329.- Aborto es la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez.

Art. 330.- Al que hiciera abortar a una mujer se le aplicaran de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre y cuando lo haga con el consentimiento de ella.

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

- a) que no tenga mala fama.
- b) que haya logrado ocultar su embarazo.
- c) Que sea producto de una unión ilegítima.

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

Este código federal ha influido decrecientemente en las legislaciones estatales del país a partir de 1931, pero en la actualidad encontramos que existen textos penales estatales, que establecen excepciones de no punibilidad más amplias.

Podemos observar que en las primeras dos legislaciones (1871, 1929) la conducta incriminada se definía a través de la maniobra abortiva, esto es, el acto de la extracción o expulsión provocada del producto, y en el código federal vigente, lo que se incrimina es la consecuencia final, es decir, la muerte del producto, de donde se deriva que se proteja propiamente la vida, aunque ya en el Código de 1929 se mencionaba el derecho a la maternidad por parte de la mujer y a la protección de la población.

Para el Código de 1939 y de acuerdo con la interpretación de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el bien jurídico protegido en el delito de aborto actualmente es la vida, el derecho a la maternidad de la mujer, el derecho del padre a la descendencia y el interés demográfico de la colectividad.

El sistema adoptado por la Legislación Federal Mexicana, para determinar la no punibilidad del aborto ha sido el de las indicadas en el actual código:

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

Art. 334.- No se aplicará sanción. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte.

1.2. ABORTO.

1.2.1. CONCEPTOS GENERALES DE ABORTO.

CONCEPTO DOCTRINARIO: La palabra aborto se deriva del latín abortus:

- a) *ab*: partícula privativa, y
- b) *ortus*: nacimiento.

Así etimológicamente, significa no nacimiento o privación del nacimiento u origen, así todo lo que nace antes de tiempo o se extirpa del seno materno, se considera como aborto.

También podemos encontrar el origen del término en el vocablo *aborire*: nacer antes de tiempo.

En cualquier caso, aborto quiere decir destrucción de un organismo antes del nacimiento.

En virtud de que el término aborto remite a un concepto obstétrico o médico, en rigor, y los códigos penales suelen apartarse de estas definiciones, es aconsejable, en primer término, definirlo desde el punto de vista de la obstetricia y de la medicina, y después, conceptualizarlo médico-legalmente.

CONCEPTO OBSTÉTRICO: "Se entiende al aborto como la expulsión del producto de la concepción cuando no es viable, es decir, dentro de los primeros seis o cinco y medio meses del embarazo. La expulsión del producto de la concepción dentro de los tres últimos meses se considera como parto prematuro, ya que después del sexto mes, o de los cinco meses y medio, hay viabilidad."¹

CONCEPTO MÉDICO.- "Pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable. El peso del feto debe ser inferior a 500 g y el tiempo de gestación inferior a 20 semanas completas (139 días) contados a partir del primer día de la última regla."²

Otros conceptos médicos utilizados hacen alusión a que el Aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad del feto, es decir, antes de las veintidós semanas de vida dentro del útero.

CONCEPTO MÉDICO-LEGAL.- En la medicina legal, se había entendido el aborto como la expulsión prematura, voluntariamente provocada, del producto de la concepción. Sin

¹ DE LA BARREDA SOLÓRZANO, Luis. *El Delito de Aborto*. Una careta de buena conciencia. Instituto Nacional de Ciencias Penales. Quinta Edición. México. 1995. P. 15

² DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS. Salvat Editores. Duodécima Edición. Barcelona España. 1984. P. 3

embargo esta definición medicolegal no consideraba la hipótesis de que el producto de la concepción muriera sin ser expulsado. Por ello, esta definición fue desplazada desde la época de Cárara, 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.

En obstetricia suele hacerse la diferencia entre parto prematuro (expulsión del producto en los últimos tres meses) y aborto (en los primeros seis meses). En medicina legal esa división carece de interés, pues el grado de desarrollo no modifica la calificación del hecho. Lo que aquí interesa es que puede tratarse de un delito en los dos casos. El concepto médico legal derivará entonces del texto legal respectivo, no siempre igual en los diversos países.

Desde el punto de vista de Ramón Fernández Pérez, a quien hace alusión Luis De la Barreda, en su libro El Delito de Aborto, el concepto médico-obstétrico es más amplio que el jurídico delictivo, porque aquél no toma en cuenta, como éste, la causa del aborto; para el ginecólogo son abortos tanto el espontáneo por causas patológicas o accidentales como el provocado, bien sea terapéutico, criminal o culposo. Desde otro punto de vista, el lenguaje obstétrico es más restringido porque se refiere a la época de la no viabilidad del feto y, en cambio, en el artículo 329 del Código Penal vigente se habla de la muerte del producto de la concepción "en cualquier momento de la preñez".³

CONCEPTO LEGAL.- El Código Penal de 1871 en su artículo 569 proporcionaba la siguiente definición:

"Llámesese 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 Penal de 1929 conservó la definición anterior, agregando que la extracción o la 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" (artículo 1000).

El Código Penal para el Distrito Federal de 1931, actualmente en vigor, define al aborto, en el artículo 329, como "...la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez".

La definición de nuestro actual Código Penal no sólo contempla la posibilidad de la muerte del producto de la concepción sin expulsión, sino que también se diferencia de la definición dada por Cárara, al no exigir que dicha muerte se cause dolosamente, con lo que es posible que el aborto se produzca culposamente.

³ Cfr. DE LA BARREDA SOLÓRZANO, Luis. Ob. cit. P. 16.

1.2.2. TIPOS DE ABORTO Y MÉTODOS ABORTIVOS.

La definición de aborto en nuestro Código Penal es una sola, pero en la práctica existen varias clases de aborto y situaciones que lo hacen distinto, lo que obliga a hacer varias clasificaciones del mismo:

CLASIFICACION MÉDICA

1. **Aborto espontáneo.**- Es de origen fetal y consiste en la falla del desarrollo del producto, anomalías en el líquido amniótico o en el cordón umbilical, mala inserción de la placenta, degeneración de las vellosidades coréales y factores genéticos, etc., se produce sin intención de la paciente y de otras personas. Tiene lugar sin ninguna interferencia deliberada.
2. **Aborto provocado o inducido.**- Lo podemos definir como la interrupción deliberada del embarazo. Se verifica por la interrupción planeada del embarazo por cualquier medio.
3. **Aborto inminente (amenaza de aborto).**- Se caracteriza por la existencia de espasmos similares a los de la menstruación, aislados o con la presencia de sangre o moco.
4. **Aborto inicial (aborto incipiente).**- Se destaca por hemorragias más intensas y prolongadas, dolores intensos y dilataciones del útero y el conducto cervical.
5. **Aborto incompleto.**- Cuando se eliminan partes del producto de la concepción o éstas se encuentran en la vagina.
6. **Aborto completo.**- Cuando se expulsa el total del producto.
7. **Aborto séptico.**- Es cualquiera de los casos citados en presencia de gérmenes patógenos dentro del organismo de la mujer.
8. **Aborto retenido o diferido.**- Es cuando el producto de la concepción ha muerto pero queda retenido en el útero.
9. **Aborto parcial.**- Cuando en el embarazo múltiple se han expulsado uno de los huevos (este caso es muy raro).
10. **Aborto repetido.**- Los abortos espontáneos seguidos.
11. **Aborto habitual.** - Tres o más embarazos que finalizan en aborto.
12. **Aborto infectado.**- Es el asociado con infección de los órganos genitales.
13. **Aborto temprano o de principio.**- Es aquél que se realiza antes de finalizar la décima semana, es decir, antes de 69 días contados a partir del primer día de la última menstruación.

14. **Aborto tardío.**- Es el que sucede a partir de la décima semana y antes de cumplirse la vigésimo segunda de gestación.

15. **Aborto inaparente o dudoso.**- Es aquél cuya evolución no ha sido conocida (generalmente se presenta únicamente un ligero sangrado transcervical de origen intrauterino sin ningún otro sintoma o signo).

16. **Aborto franco o demostrable.**- Es aquél cuya existencia es indudable.

17. **Aborto complicado.**- Es el que presenta patología principalmente de índole traumática, hemorrágica o infecciosa.

18. **Aborto no complicado.**- Es el que no presenta patología.

19. **Aborto autoinducido.**- Es el provocado por la propia gestante, y puede ser repetido, cuando hay reincidencia de acciones abortivas.

20. **Aborto terapéutico.**- Se realiza para preservar la vida de la madre. La cual estaba en peligro si el embarazo continuaba.

21. **Aborto eugenésico.**- Atiende a la salud del mismo producto de la concepción. Procede esta indicación cuando existen razones que justifican 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.

CLASIFICACION PENAL

Las formas más comunes de abortos no punible en nuestra legislación y en algunas legislaciones internacionales se clasifican de la siguiente manera:

1. **Aborto terapéutico.**- Es el que se lleva a cabo con el objetivo de salvar la vida o la salud de la mujer embarazada, en aquellos casos en que su vida o su salud se viera en grave riesgo con la continuación del embarazo (contemplado en el Código Penal del Distrito Federal). Esta indicación es la más ampliamente recogida en los diversos ordenamientos. Aun cuando no se contemple expresamente, acudiendo a la figura del estado de necesidad justificante o disculpante que se prevé en las partes generales de los códigos, el supuesto que se examina es de considerarse no punible: se sacrifica una vida en formación para salvar una vida ya formada.

La aceptación de que en estos casos no haya punición es generalizada. "Ante una mujer en cinta cuyo embarazo implicaría su muerte casi con absoluta seguridad —escribe el médico parisiense Milliez—, jamás he dudado, ni siquiera ante la viabilidad del feto: hago abortar a la parturienta, sin ningún escrúpulo."⁴

Algunos supuestos de alteración de la salud que, de no interrumpirse el embarazo, significan riesgo para la mujer embarazada son: La toxemia gravídica, ciertos casos graves

⁴ *Ibíd.* P. 35

de hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca congestiva, la situación cardiaca endeble en mujeres de edad relativamente avanzada y con un considerable número de partos, las nefropatías crónicas, el cáncer de mama o de los órganos pelvianos.

Los casos de amenaza a la salud mental se consideran, también, motivos de decisión dignos de tomarse en cuenta.

2. **Aborto eugenésico.**- Se efectúa por existir malformaciones físicas o mentales en el producto (contemplado en el Código Penal de Oaxaca).

En Esparta, alrededor del siglo XII a. de c. , cuando un niño nacía, era sometido a un examen riguroso; si era débil o tenía alguna imperfección física, se le condenaba a muerte.

En la actualidad, los conocimientos sobre la herencia posibilitan, al menos en un amplio número de casos, el pronóstico sobre las alteraciones de salud del producto de la concepción, y más aún, el diagnóstico sobre ellas. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud en 1970 dio a conocer un informe en el cual señalaba que se había logrado detectar anomalías fetales en una fase temprana de la preñez, cuando el producto todavía no es viable.

Luis Jiménez de Asúa entendió la enorme distancia que hay entre un aborto impuesto en aras de una mal concepción de pureza racial y un aborto voluntario que, prescindiendo en absoluto de esa razón, se realiza con la finalidad básica de evitar sufrimientos y penas de seres a los que la fortuna niega una vida gozosa. Jiménez de Asúa terminó reconociendo que el aborto eugenésico debe practicarse, según su entender, cuando los conocimientos genéticos señalen la posibilidad de un ser tarado o enfermo.⁵

3. **Aborto por indicación ética.**- Es aquel aborto que se realiza cuando el producto de la concepción es resultado de una violación (Código Penal del Distrito Federal), u otro delito sexual como el incesto (Sudáfrica).

Eugenio Cuello Calón, al respecto menciona: "aparece cuando la concepción es resultado de un acto sexual delictivo, de incesto, de seducción de una mujer menor, de raptó y principalmente cuando es consecuencia de un hecho de violación".⁶

Jiménez de Asúa, señala que: "El término obedece a que la interrupción del embarazo para liberar a la mujer de la indeseable consecuencia del bárbaro atropello tiene una causa sentimental, noble incluso, pero egoísta en el sentido personal. Este aborto tiene motivos altamente respetables y significa el reconocimiento del derecho de la mujer a una maternidad consciente."⁷

Mariano Jiménez Huerta enfatiza que: "el ordenamiento jurídico en la época actual tampoco 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

⁵ Cfr. JIMÉNEZ DE ASUA, Luis. Tratado de Derecho Penal. Editorial Losada. Sexta Edición, Buenos Aires, 1952. P. 650

⁶ DE LA BARRERA SOLÓRZANO, Luis. Ob. cit. P. 41

⁷ Id.

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".⁸

América Latina ha acogido con amplitud la fórmula ética. Uruguay, Cuba, Brasil y México contienen disposiciones que la consagran con generosidad.

Estados Unidos, Grecia, Polonia, Suecia, Rumania, Bulgaria encabezan una amplia lista de países en cuyas legislaciones se encuentra la indicación.

El autor Cuello Calón opina respecto al tema: "En este caso, en el de violación, yo no dudo en admitir la legitimidad del aborto 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 la violación sufrida."⁹

4. Aborto culposo.- Es aquel que sobreviene por imprudencia de la mujer (Código Penal del Distrito Federal).

5. Aborto por indicación económico-social.- También denominado "aborto miserable", es el que se causa o comete por razones de angustia económica y siempre con el consentimiento de la mujer embarazada.

Tiene su razón, en primer lugar, en la precaria situación económica en la que se encuentran numerosas mujeres embarazadas. Algunos autores, quieren encontrarle una segunda vertiente: la dimensión político-social del problema, por sus implicaciones demográficas y de miseria colectiva. Este punto de vista parece discutible, pues equivale a considerar al aborto como uno más de los medios de control de la natalidad y no como un recurso extremo.

En los últimos años, la indicación económico social se ha ido incorporando paulatinamente a muchas legislaciones. Culminándose así un proceso de desincriminación del aborto voluntario que se había iniciado a principios de siglo.

En Uruguay y en Cuba el aborto por móviles sociales o económicos constituye una atenuante si bien en el primer país se puede llegar hasta la exención de la pena.

6. Aborto por móviles de honor.- En varias legislaciones -España, Bolivia, Chile, México, Colombia, Ecuador, Italia, etc.- se contemplan, como circunstancias atenuantes, los denominados móviles de honor, que aluden a los casos de mujeres de buena fama cuyo embarazo hace pública una situación éticamente desvalorada respecto a su vida sexual y afecta al honor individual o familiar".

7. Aborto por una inseminación artificial indebida.- Se realiza cuando, por ejemplo, la inseminación se produjo como parte de una experimentación médica en la que se introdujo esperma a una mujer sin su voluntad, provocando una concepción no deseada (Estados Unidos).

⁸ PAVON VASCONCELOS, Francisco. Diccionario de Derecho Penal. Editorial Porrúa. Sexta edición. México. P. 22

⁹ DE LA BARREDA SOLORZANO, Luis. Ob. cit. P. 43.

8. **Aborto por estado civil.**- Se autoriza por ejemplo a mujeres solteras (Hungria, Hong-Kong).

9. **Aborto por razones de edad.**- Se practica a mujeres adolescentes o de edad avanzada (Hungria).

10. **Aborto por posición social.**- Se practica por poner en peligro la posición social de la mujer (Chipre, Italia).

11. **Aborto por falla de anticonceptivos.**- Es aquél que se realiza cuando los anticonceptivos empleados de manera consciente, no fueron eficaces para prevenir que la mujer quedara embarazada (Estados Unidos).

12. **Aborto por tener ya un número determinado de hijos** (Bulgaria, Rumania).

13. **Aborto por poner en peligro la salud física o mental de la mujer** (Zambia, Finlandia).

14. **Aborto por haber contraído la madre SIDA o ser seropositiva** (Polinesia Francesa).

En algunos países se ha detectado con preocupación la práctica de abortos selectivos en función del sexo. Esto sólo con el fin de eliminar fetos femeninos, por lo que se han generado propuestas para su penalización (China).

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO PARTIENDO DE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LOS ARTÍCULOS 330 Y 332 DEL CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL.

Partiendo de las disposiciones contenidas en los artículos 330 y 332 del Código Penal, la doctrina ha clasificado el delito de aborto de la siguiente manera:

1. Aborto Procurado.

También denominado "autoaborto (aborto propio)", es el que se causa la propia mujer sin auxilio de terceros.

Es la interrupción intencional del proceso fisiológico de la gravidez, llevada a cabo por la mujer en ella misma y tiene una punibilidad de uno a cinco años de prisión (artículo 332). Dentro de este tipo de aborto, opera una circunstancia atenuante de responsabilidad, que es conocida como aborto procurado *honoris causa*, y que se configura con la concurrencia de tres circunstancias:

- a) Que la madre no tenga mala fama;
- b) Que haya logrado ocultar su embarazo, y
- c) Que el embarazo sea fruto de una unión ilegítima.

2. Aborto consentido.

Es la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez, cuando la mujer lo consiente facultando a otro para que lo realice.

También se define como el aborto realizado por un tercero, con el consentimiento de la mujer embarazada y que a diferencia del tipo de aborto antes mencionado, presupone un mínimo de dos sujetos activos:

- a) La mujer embarazada, que otorga su consentimiento, y
- b) Un tercero, que produce el aborto.

En este tipo la impunidad es de uno a cinco años de prisión para la mujer embarazada y uno a tres años de prisión para el sujeto que hiciere abortar a la mujer (Artículo 330).

Aquí se puede dar la circunstancia atenuante de responsabilidad que es conocida como aborto consentido *honoris causa* y que requiere la concurrencia de las tres circunstancias mencionadas en el tipo de aborto que antecede al que nos ocupa y en cuyo caso la punibilidad es de seis meses a un año de prisión (Artículo 332).

3. Aborto sufrido.

Es la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez, realizada por indiferente medio, sin o contra el consentimiento de la mujer grávida y que tiene una punibilidad de tres a seis años de prisión, a menos que opere la circunstancia agravante de responsabilidad consistente en que mediare violencia física o moral, en cuyo caso la punibilidad es de seis a ocho años de prisión (Artículo 330).

Tratándose de los abortos consentido y sufrido, se establece una penalidad adicional consistente en una suspensión de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión, cuando el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrona o partera (Artículo 331).

EL Código Penal del Distrito Federal establece diversos supuestos que operan como **EXCLUYENTES DE RESPONSABILIDAD**, siendo los siguientes:

a) Aborto culposo o imprudencial.

Es la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez, originada aquélla en el incumplimiento de un deber de cuidado que las circunstancias y condiciones personales imponen al autor del hecho. Es el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada (Artículo 333).

b) Aborto sentimental.

Es aquel aborto que se practica por la mujer o con consentimiento de ella cuando el producto de la concepción es resultado de una violación (Artículo 333).

Sin embargo, la doctrina difiere respecto a si se trata del ejercicio de un derecho, que en opinión de Mariano Jiménez Huerta, "consiste en el derecho de no tener que soportar una

maternidad que le ha sido impuesta mediante un antijurídico ataque a su libertad sexual, en cuyo caso estaríamos frente a una causa de justificación, o si se trata de una causa de inculpabilidad, consistente en la no exigibilidad de otra conducta, posición sostenida por Porte Petit.¹⁰

c) Aborto terapéutico o necesario.

Es el aborto causado cuando la mujer embarazada corre peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que ello fuese posible y la demora no sea peligrosa (Artículo 334).

MÉTODOS ABORTIVOS.

El aborto es una realidad que se ha venido practicando en todas las épocas. Era realizado de manera rudimentaria y oculta, puesto que se ha considerado un acto negativo, contra la naturaleza humana.

Actualmente, con los grandes avances de la ciencia, se han desarrollado una gran variedad de técnicas que facilitan este proceso, que se ha catalogado dentro del rango de aportación médica, y además, también se ha incrementado la demanda del mismo, considerándolo ya no como un acto negativo, sino como una "necesidad".

En México, como anteriormente se señaló, el aborto sigue siendo un acto penado, por tanto, al practicarlo se utilizan desde los métodos caseros o rudimentarios, hasta modernas técnicas.

Los métodos caseros o los que utilizan las llamadas comadronas, van desde el consumo de drogas, como la sobredosis de sedantes; medicamentos fuertes, como la quinina y la prodolina; el consumo de tés de diversas hierbas; lavados vaginales con vinagre o alcohol; golpes o presión en el vientre, hasta intentos de herir el feto a través de la pared abdominal con la introducción de instrumentos como varas, utensilios de cocina, etcétera.

Dentro de las técnicas médicas o quirúrgicas se encuentran las que a continuación se mencionan:

DILATACIÓN Y EVACUACIÓN, LEGRADO O CURETAJE

Medio por el cual se dilata el cuello del útero para poder raspar las paredes interiores de éste, utilizando un instrumento denominado cureta.

SUCCIÓN

Este método consiste en la aspiración al vacío, para lo cual se introduce a través de la vagina un tubo de cristal, metal o plástico unido a una botella. La aspiración suele durar cerca de tres minutos.

¹⁰ EMBARAZO Y SIDA EN MÉXICO. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. México. 1989. P. 12

HISTEROTOMÍA O PEQUEÑA CÉSAREA

Se practica una operación cesárea, por lo general en un periodo anterior a que el producto pueda sobrevivir en una incubadora.

MÉTODOS SALINOS

Técnica simple que consiste en la sustitución del líquido amniótico por una solución salina (cloruro de sodio) o glucosa.

PROSTAGLANDINAS

Las prostaglandinas son hormonas necesarias para el nacimiento, éstas se inyectan directamente a la bolsa amniótica e inducen el nacimiento prematuro del producto que no podrá sobrevivir.

MÉTODOS EXTRAGENITALES

Dentro de los métodos extragenitales se pueden señalar: los traumatismos abdominales, por lo general de naturaleza contusiva, que al adquirir determinada intensidad y darse en las inmediaciones del útero son eficaces para la producción del aborto; traumatismos menos intensos, pero más localizados, son los que producen masajes uterinos efectuados a través de las paredes abdominales para lograr el desprendimiento del huevo; la compresión abdominal violenta y prolongada por medio de fajas o prendas similares.

MEDIOS FÍSICOS

La utilización de calor a manera de duchas genitales calientes que actúan sobre el cuello uterino. Procedimiento usual en los abortos procurados. Mediante un irrigador se proyecta un chorro de líquido (agua o solución desinfectante) a 40 ó 45 grados centígrados para no producir quemaduras vaginales, contra la porción vaginal del cuello.

El empleo de la electricidad a través de corrientes galvánicas o aplicaciones diatérmicas repetidas.

Los rayos röntgen, que no producen graves trastornos en la mujer, pero que sólo son utilizables con éxito dentro de los cuatro primeros meses del embarazo, después fallan y ocasionan lesiones fatales de naturaleza teratológica.

MEDIOS TÓXICOS

Conllevan un alto riesgo de intoxicación severa, así se utilicen en vía de administración oral como en aplicación local por contacto directo con los órganos genitales.

De los venenos minerales se utilizan el fósforo blanco (en infusión preparada), el anhídrido arsenioso y otros compuestos arsenicales.

De los alcaloides, actualmente tienen un uso extendido la quinina y el comezuelo de centeno.

Fármacos de empleo terapéutico, como los purgantes, en dosis abusivas, pueden provocar la congestión del intestino grueso, que se extiende a los órganos genitales internos y genera el riesgo de hemorragias uterinas. La penicilina, también en dosis cuantiosas.

El azafrán en dosis elevadas, puede ejercer efectos sobre el útero, provocar fuertes hemorragias y, así ocasionar el aborto.

OTROS MÉTODOS

1. Píldoras RU486: Píldora abortiva, su utilización actualmente sólo está permitida en Francia, Inglaterra y Holanda. Se ingiere antes del primer trimestre de embarazo inhibiendo la progesterona.

2. Norplant: Cápsulas que se implantan con una pequeña incisión en el brazo y su efecto tiene una duración de cinco años. Su función es cambiar la mucosidad del cuello de la matriz, inhibir la ovulación y modificar el endometrio, de tal forma que si fallan las dos primeras funciones, la tercera actúa abortando al óvulo fecundado o nueva vida en cualesquiera de sus etapas.

3. "D y X": Se lleva a cabo durante el segundo o tercer trimestre del embarazo. El abortista introduce unos fórceps en el útero y, guiado por la sonografía, toma los pies del bebé y tira de ellos hasta que la parte inferior de la cabeza está expuesta.

Todos los métodos descritos anteriormente conllevan a una serie de trastornos físicos, psicológicos y sociales que se tratarán más adelante.

1.2.3. RAZONES QUE GENERAN LA NECESIDAD EN LA MUJER PARA ABORTAR.

En numerosas ocasiones suele escucharse el dicho de que "cada cabeza es un mundo", para describir lo complicado que son las relaciones o problemáticas humanas. Para efectos de determinar las causas del aborto, esta frase tiene cierta aplicabilidad en el sentido de que son innumerables las razones por las que se aborta.

Para analizarlas se procederá a clasificar en los siguientes rubros las distintas y principales causas, presiones y justificaciones:

1. PRESIONES SOCIALES Y FAMILIARES

La principal razón y la más compleja, por la cual las mujeres desean abortar es la de tipo social. Así lo demuestran las estadísticas tomadas en el Centro de Ayuda para la mujer a nivel nacional durante 1997, en donde 53% lo hace por razones de tipo social y 18% por problemas familiares, estas cifras van muy por encima de 20% que lo hacen por las razones económicas y de tan sólo 6% de las motivadas por cuestiones de salud.¹¹ Las presiones sociales y familiares son las que reclaman una mayor atención educativa-preventiva. Hay que considerar que la mayoría de las mujeres que acuden al Centro de Ayuda para la Mujer

¹¹ Cfr. ALVA LÓPEZ, María del Carmen. Y después del Aborto ¿Qué?. Editorial Trillas. Primera Edición. México. 1999. P.67.

en toda la República (muestra representativa de la realidad mexicana), son solteras en 61%, casadas en 21% y 9% viven en unión libre; por tanto, los principales dilemas a los que se enfrenta una mujer, social y familiarmente son:

*El "qué dirán"; si son o se convierten en madres solteras, si su embarazo fue resultado de una infidelidad conyugal, si han sobrepasado de tener más de dos hijos, o bien, si por esto dejan una carrera inconclusa o una prominente carrera profesional o laboral.

*Falta de confianza de hijos a padres, gran miedo a decepcionarlos y a ser un problema más, si la familia ya es disfuncional.

Bajo estas circunstancias, podemos comprender las explicaciones de las mujeres más jóvenes, y en su mayoría solteras, que sustentan su decisión en base a las expectativas familiares respecto a sus futuro. Estas jóvenes no soportan "fallarle a los padres" o a miembros significativos de su núcleo familiar a quienes otorgan la legitimidad del control de su sexualidad y de su capacidad procreativa.

2. CAUSAS ECONÓMICAS

La difícil situación económica por la que atraviesa nuestro país es una de las principales causas de abortos en México. Los factores que afectan principalmente de forma directa la decisión de la mujer, en el aspecto económico son:

*Falta de empleos para aquellas mujeres que se encuentran embarazadas, o la práctica de políticas en las empresas que consisten en despidos o liquidación de la mujer que se llegue a embarazar, sea casada o no, en el tiempo que labore para dicha empresa, para lo cual será requisito indispensable la realización de prueba de embarazo cada tres o cuatro meses. No contratación de mujeres con hijos o casadas, en determinados trabajos.

*Crisis económica personal o familiar que va desde tener un salario bajo y necesidad de sostener familia, hasta casos de madres solteras, viudas o divorciadas que se encuentran solas con un salario que sólo alcanza para el alquiler de un cuarto y para su manutención, sin la posibilidad de pagar una guardería para el hijo que esperan. Así también los extremos socio-económicos como pobreza y riqueza incentiva al aborto. En el primer caso debido a las grandes carencias, la presencia de un nuevo hijo agrava la situación familiar, o bien, es posible que además de la pobreza exista gran desinformación acerca del aborto, y en el segundo caso por el contrario, el hecho de tenerlo todo puede insensibilizar a los padres acerca de lo que implica la paternidad.

*Falta de alojamiento, y riesgo de ser despedidas de sus trabajos ante el inminente embarazo, ya sea por ser inmigrantes de los estados a la capital, por encontrarse solas o porque trabajan en alguna casa como empleadas domésticas o en fábricas.

*Aspiración a un nivel económico superior de vida, que se verá coartado con el nacimiento del bebé.

3. CAUSAS DE SALUD

Algunas de las causas por las cuales una mujer se realiza un aborto por motivos de salud son las siguientes:

*Actualmente hay dos enfermedades cuyo tratamiento podría afectar al bebé, si no son manejadas adecuadamente, estos son los medicamentos utilizados para tratar problemas con la glándula tiroidea y los empleados para controlar la epilepsia.

*Presencia de enfermedades en la madre como: Rubéola, diabetes, lupus, SIDA (El SIDA puede infectar un 30% de los bebés de madres con esta enfermedad. La realización de una cesárea disminuye el riesgo de contagio), cáncer, alteraciones en la presión arterial, incompatibilidad sanguínea de los padres o cualquiera de tipo infeccioso, o presencia de alcoholismo y drogadicción.

*Posible presencia de enfermedades congénitas en el bebé, como deformaciones, deficiencias mentales, etcétera.

*Embarazo como resultado de una violación, lo que genera en la madre rechazo hacia el bebé, resentimiento, odio y repugnancia, miedo a la sociedad y a la responsabilidad que implica la maternidad, depresión y, en ocasiones, sentimientos de culpa y deseos de autodestrucción.

4. CALIDAD DE LAS RELACIONES DE PAREJA.

La presencia o la ausencia de la pareja, la calidad y el futuro de la relación, juegan un papel importante en la decisión de abortar. Aquí se ubican situaciones de abandono, separación y ruptura con la pareja. También están los argumentos de las mujeres en torno a que no asumirían la maternidad y la crianza de un hijo sin la participación del padre. Están, entre otras, las mujeres que no informaron a su pareja del embarazo porque el futuro de su relación era incierto, así como las mujeres que tuvieron relaciones sexuales con su pareja antes de matrimonio y al no realizarse este hecho rompen con la pareja y abortan.

Dentro de este criterio se incluyen también las mujeres que viven en relaciones de pareja permanentes pero insatisfactorias —llegando incluso al sexo forzado— y las mujeres en conflicto con su pareja por la existencia de otra mujer.

5. REALIZACIÓN PERSONAL

Comprende a las mujeres que tienen un plan de vida que no incluye la maternidad en este período. Este factor puede tomar diferentes formas: para algunas se centra en el estudio y/o en el trabajo que no solamente son vistos como ámbitos de realización personal, sino también como un modo de no ser dependientes económicamente: tener ingresos por su trabajo, mejorar la calificación en la escuela para ejercer una profesión a futuro en mejores condiciones. Para algunas mujeres el embarazo significaría el abandono de sus estudios que es meta principal en este período de su capacitación profesional; y para otras, en su trabajo puede convertirse en motivo de despido.

1.2.4. ABORTO CLANDESTINO

Es muy vago e impreciso el conocimiento que se tiene en México acerca del número de mujeres que recurren al aborto en un lapso determinado, en un año por ejemplo. 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 resultar inocultables. La clandestinidad acentúa la dificultad para conocer el dato exacto.

El espacio marginal ocupado por las mujeres que deciden abortar no permite reunir información precisa. Sin embargo, la información con que se cuenta, revela que se trata de un problema social no desdeñable. Es necesario señalar que aunque esa información sólo se aproxima a la cognición del problema, es indicativa de la magnitud de éste.

En la segunda mitad de la década de los setentas, con base en datos conservadores, se calculaba que los abortos inducidos alcanzaban en nuestro país la cifra de 800,000 anuales, en promedio. En la misma época, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se registraba un aborto por cada ocho embarazos y un 4.4% de abortos complicados por cada 100 embarazos.

Datos provenientes de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987 – publicada en 1989– señalan que una de cada seis mujeres en edad fértil ha tenido un aborto espontáneo o provocado.

Uno de los estudios más completos que se han realizado para conocer cifras aproximadas de los abortos clandestinos realizados en México fue el realizado por Leopoldo Núñez Fernández y Yolanda Palma Cabrera en el año de 1987, y aun cuando han pasado ya más de 10 años, las cifras no difieren mucho de las actuales.

Estos investigadores examinaron las estadísticas que se desprenden de las encuestas sobre fecundidad levantadas en México a partir de 1976, que constituyen una de las dos fuentes de información sobre el problema. La otra, también consultada por ellos, se encuentra en los registros hospitalarios respecto del número de mujeres que no van a los hospitales después de un aborto porque no lo requieren, no tienen la posibilidad de acceso o bien por temor a ser castigadas penalmente, aunado a estas circunstancias se presenta el problema de que no en todos los hospitales se da información. Además de que en los reportes no se distingue entre abortos espontáneos y abortos provocados.

Por los datos hospitalarios es posible saber que casi 110,000 mujeres ingresaron en centros hospitalarios por complicaciones de abortos durante 1985.

Para llevar a cabo una encuesta nacional de fecundidad se selecciona aleatoriamente una muestra de viviendas en todo el país y se entrevista a las mujeres en sus propios hogares, se registra la historia reproductiva completa de la mujer: todos los embarazos que ha tenido, su resultado, su ubicación cronológica. Es de esta forma como se obtiene información sobre los abortos ocurridos.

De lo manifestado por las mujeres entrevistadas en 1987, se obtuvo la información de que del total de las que estaban en edad fértil el 14.3% había tenido al menos un aborto. Ello significaba que casi 2,700,000 mujeres había abortado alguna vez, y de éstas, sólo el 13% - 350,000 mujeres- aceptó que alguno de sus abortos fue provocado.

Del subconjunto de las mujeres alguna vez embarazadas, casi la cuarta parte – 22.7%– había tenido al menos un aborto. El porcentaje aumentaba en los grupos de edad avanzada. Del sector de mujeres de 45–49 años alguna vez embarazadas, el 34% había tenido al menos un aborto.

De las que habían tenido al menos un aborto, la tercera parte tuvo más de uno. Como consecuencia, la cantidad de abortos entre las mujeres vivas en 1987 fue de casi cuatro millones.

Por lo que toca específicamente a las zonas rurales, la Encuesta Rural de Planificación Familiar de 1981 señalaba que una de cada cinco mujeres en edad fértil había tenido al menos un aborto. También en estas zonas a mayor edad correspondía mayor proporción de mujeres que alguna vez habían abortado. De las de 15 a 19 años, el 8% había tenido algún aborto, en tanto que una de cada tres del grupo de edad más alta había abortado. El más alto incremento se daba en el grupo que va de los 25 a 29 años al de 30 a 34.

De las mujeres embarazadas una vez, en la totalidad del país, el 5% de los embarazos terminó en aborto, de acuerdo con la encuesta de 1987. Según la encuesta de 1981, en las zonas rurales ello ocurrió en un 3% de casos. En cambio, se observó un 33% de abortos respecto de las mujeres que han estado embarazadas seis veces, a nivel nacional, y un 25% en el ámbito rural. Los porcentajes subían a 45% y 41% respectivamente, en las mujeres con 7 o más embarazos.

La encuesta de 1987 indicó que el último embarazo de las mujeres terminó en aborto en un porcentaje de 7%. Ese porcentaje fue de 5% en los espacios rurales.

A mayor edad, mayor porcentaje de abortos: de las mujeres de 45 a 49 años, el último embarazo concluyó en aborto en un 12% a nivel nacional y en un 10% en las áreas rurales.

El último embarazo del 66% de mujeres sin hijos finalizó en aborto.

Las mujeres con mayor grado de escolaridad son las que más recurren al aborto o lo padecen: 8% de las mujeres con un nivel mínimo de secundaria abortaron en su última preñez, y sólo el 4% de nivel escolar inferior.

Por cada mil mujeres en edad fértil la tasa anual de abortos en 1986 se estima en 12.2%, porcentaje que en números absolutos indicaría que en ese año ocurrieron casi 250,000 abortos.

En la esfera rural termina en aborto uno de cada veinte embarazos.

Cabe resaltar una obviedad: la encuesta no incluye a mujeres que murieron como consecuencia del aborto, pues se realiza con cuestionarios exclusivamente a las mujeres, sobre la propia vida reproductiva.

En 1987 el 53% de las parejas utilizaban algún anticonceptivo. De ese porcentaje, 38% se había informado con médicos o clínicas privadas y 62% en una institución de salud pública.

*En un 35% de parejas que no deseaban el embarazo la mujer se había sometido a una intervención quirúrgica para ese objetivo, 19.8% empleaba el dispositivo intrauterino y 18% consumía píldoras anticonceptivas. El ritmo y el retiro del pene antes de la eyaculación eran los sistemas a que acudía el 15.1% de las parejas. El 28% de las mujeres desistieron

del método que usaban debido a efectos colaterales, y el 13.4% quedaron preñadas mientras utilizaban algún método anticonceptivo, 28% de las mujeres no empleaba alguno de esos métodos por desconocimiento de su existencia; 18% porque tuvo efectos colaterales que temía que se repitieran; 7% sólo por negligencia. Así, resaltaba a la vista que no era el deseo de tener hijos el que decidía a la mujer a no utilizar medios anticonceptivos, salvo en un 19% de casos.¹²

Núñez Fernández y Palma Cabrera reflexionan sobre esta cifra:

"Estudios de países desarrollados y en vías de desarrollo demuestran que las mujeres que están altamente motivadas para controlar el tamaño de su familia usarán tanto anticonceptivos como aborto, y que las mujeres que han practicado la anticoncepción tienen una probabilidad más alta de recurrir al aborto que las nunca usuarias. Cuando se observan en un país descensos importantes en la fecundidad debido a una amplia aceptación de métodos anticonceptivos, es muy probable que esto esté reflejando no sólo una mayor disponibilidad de servicios de planificación familiar, sino también cambios socioculturales. Con ellos los embarazos no deseados ya no son aceptados como alguna vez lo fueron. Es más probable que las mujeres recurran, entonces, al aborto cuando la anticoncepción falla."¹³

Al final de su análisis, estos dos investigadores admiten que, a pesar de la indudable importancia de las encuestas sociodemográficas que utilizan en su trabajo, estas fuentes de información presentan subestimaciones en la medición del aborto inducido y proponen alternativas metodológicas para tratar de estimar la incidencia y prevalencia del aborto inducido.

"Observan que al recolectarse información en la encuesta sobre fecundidad y salud, en el área metropolitana de la Ciudad de México, al ser interrogadas sobre el resultado de su primer embarazo, el 9.5% de las mujeres expresó que había finalizado en aborto. En cambio al ser cuestionados sobre el primer embarazo de su pareja, casi el 20% de los varones aseveró que hubo aborto. Los hombres, admiten una cifra de abortos de más del doble que la aceptada por las mujeres. Los investigadores observaron que el motivo podría radicar en que el varón no presenta tanta resistencia a reconocer que su pareja acudió al aborto en virtud de que no es él quien se expone al rechazo social, al sentimiento de culpa o a la persecución penal. De esta forma entrevistar a varones ayuda a obtener datos más cercanos a la realidad."¹⁴

1.2.4.1. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

COMPLICACIONES FÍSICAS

Las consecuencias más frecuentes son las hemorragias uterinas que frecuentemente producen anemia aguda y llevan a la muerte; lesiones en la vagina, cuello uterino o cuerpo de la matriz, en este caso perforaciones; muerte súbita por inhibición a consecuencia de la

¹² DE LA BARREDA SOLÓRZANO, Luis. Ob. Cit. P. 27.

¹³ Id.

¹⁴ Id.

dilatación del cuello del útero en el momento de la maniobra; embolia gaseosa por entrada de aire en la inserción placentaria; quemaduras por cáusticos o líquidos calientes; infecciones uterinas: peritonitis, septicemia, gangrena. Uno de cada tres abortos requiere hospitalización de la mujer por complicaciones de infección. Ello se debe a que las maniobras abortivas suelen provenir de manos inexpertas y darse en condiciones antihigiénicas.

Para su mejor estudio, clasificaremos las complicaciones de un aborto, de la siguiente manera:

Complicaciones Inmediatas

a) En el legrado o aspiración:

- *Laceración del cuello uterino por el uso de dilatadores.
- *Perforación del útero.
- *Hemorragias uterinas.
- *Infección uterina secundaria al aborto.

b) En el aborto por solución salina:

- *Retención de la placenta.
- *Mismas complicaciones que el legrado.
- *Formación de adherencias.
- *Infección y endometritis (inflamación del endometrio).
- *Hemorragias abundantes.
- *Intoxicación por retención de agua.
- *Posible falla del funcionamiento del corazón y, consecuentemente, la muerte.
- *Posible filtración de la solución salina al torrente circulatorio de la madre, con efectos mortales.
- *Mayor peligro de muerte que en el legrado.

c) En la histerotomía o micro cesárea:

- *Mismos riesgos y complicaciones que todo acto quirúrgico al interior del abdomen.
- *Hemorragia.
- *Infección.
- *Peritonitis
- *Lesiones de vejiga o de uréteres.

d) Muerte segura del ser humano, producto de la concepción, independientemente del método empleado.

Complicaciones Tardías

Pasadas dos o tres semanas del aborto o en presencia de otro embarazo:

a) Probable esterilidad, debido a que las trompas del útero tienen una estructura frágil, la cual se desorganiza por la menor infección.

b) Posibilidad de tener embarazos extrauterinos, puesto que después de un aborto las trompas de Falopio no están taponadas, sino que detienen el huevo.

c) Puede darse una apertura permanente del cuello uterino. No da molestias en tiempo normal, pero en cada embarazo podría suceder que el cuello uterino fuera incapaz de retener al feto a los cuatro o cinco meses, o bien, se tendrían partos prematuros.

d) Sinequias o adherencias entre las paredes uterinas puestas al vivo por el raspado.

e) Si se realiza la histerotomía, un próximo embarazo resultaría más peligroso que después de una cesárea en su tiempo, porque el útero debe cortarse (en caso de aborto), en una zona peligrosa. Así también, pueden presentarse perforaciones uterinas, accidentes por administración de anestesia, hemorragias.

f) La utilización de drogas, como las prostaglandinas, sin intervención manual o instrumental, estimulan al útero a contraerse y a expulsar su contenido, afectando con esto a otras muchas vísceras, además del útero; quizá produzcan la migración de un cálculo biliar, la perforación de un apéndice o el infarto cardiaco.

Respecto del aborto practicado clandestinamente, Fernández Cabeza dice: "... envían a la mujer a un servicio médico público, para saber si hay o no embarazo: cuando esta duda está resuelta se emplean irigantes, purgantes enérgicos, ejercicios físicos, etcétera, que vulgarmente se tienen por útiles para el fin buscado; si esto falla, algunas recurren a pócimas y brebajes que ellas mismas preparan, y por fin, lo más socorrido, es la introducción por el orificio del cerviz, de tallos de laminaria o de perejil, hiedra u otros semejantes, logrando, a veces, de una u otra manera o por combinación de medios, el aborto. Muchas veces la consecuencia es una intoxicación o un aborto séptico. Otras veces son más audaces y conducen una sonda, una aguja plástica de hacer punto, buscando puncionar el huevo, pero la consecuencia frecuente es producir graves lesiones a la mujer, que la lleva al anfiteatro de autopsias."¹⁵

No es fácil obtener datos porque las pacientes se abstienen de confesar la práctica del aborto pues de hacerlo estarían confesando la comisión de un delito. El estudio efectuado en el hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que se investigó a un grupo de cien pacientes que aceptaron haber inducido el aborto. Los datos obtenidos señalan una mortalidad del 8% causada por shock séptico, anemia aguda e insuficiencia renal aguda.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.

Un aspecto tomado poco en cuenta respecto a las mujeres y el aborto es el psicológico.

El aborto convertido en delito hace que haya una imposibilidad de elaboración psíquica y, por lo tanto, que también traiga problemas de todo tipo. Es probable que se decida a abortar por muchas razones, económicas, el exceso de hijos, la salud, pero

¹⁵ *Ibid.* P. 22.

fundamentalmente la decisión es psíquica: este embarazo no lo deseo en este momento, me siento incapaz. Entran las ambivalencias: moralmente lo debo tener pero no me siento con la fuerza para hacerlo; es decir va a haber sensaciones contradictorias, por un lado, la hipervaloración de la maternidad y por otro las pocas posibilidades de apoyo infraestructural a esta maternidad. Esto es una contradicción enorme, es decir para cumplir este papel de madre se requiere de una infraestructura práctica que permita este ejercicio de la maternidad sin problemas para que la mujer pueda acudir a trabajar. Quienes hacen terapia sexual en mujeres que llegan a terapia con disfunciones sexuales posteriores a un aborto, encuentran que la mujer que aborta se enfrenta a un debilitamiento de su yo. Entonces es necesario trabajar sobre ese problema, vencer sus frustraciones, sus culpas y toda esa serie de experiencias psíquicas displacenteras que, aunque tal vez ya las tenía antes, por el aborto se incrementan y se hacen más patentes. Se está sufriendo enormemente a nivel psicológico, se tendrá que manejar la culpa, la ambivalencia e ir reconstruyendo su autoestima. El aborto debe servir para crecer en términos de elaborar todo este proceso de culpa y de duelo.

Abortar también puede ayudar a crecer psíquicamente, o puede destruir, según como se maneje. En el caso de extrema patología, el aborto se convierte en la gota que derrama el vaso, queda expresado en melancolía profunda y predomina una gran ambivalencia y una sensación de duelo anormal; se sigue pensando por muchos años con culpa "yo aborté y esto era indebido". Es decir, el mundo externo e interno van a marcar como un duelo patológico a ese "yo" que está sufriendo por años. Si ese sufrimiento se prolonga por toda la vida y se está pagando con réditos, así como la deuda externa, por toda la vida porque la mujer que aborta se considera culpable de este hecho. Todo esto se agrava por la ideología cultural y moral que adiciona más dolor al que ya de por sí se tiene por haber abortado. En nuestra sociedad el valor atribuido a la maternidad presenta mitos y realidades. La maternidad puede ser igual a la vida y salud, pero también puede no serlo. En esta ambivalencia enorme, la maternidad cuando no se desea, puede ser negativa, emocionalmente muy destructiva, no satisfactoria, con ataque a la salud mental de la mujer, es entonces cuando el ser madre no es tan hermoso.

A través de encuestas realizadas a mujeres que han tenido que realizarse un aborto éstas expresan ambivalencias, contradicciones, tensiones y dilemas que forman parte de su experiencia individual; todas ellas, al quedar embarazadas y evaluar su situación, estiman que no se dan las condiciones ni psicológicas ni materiales en las cuales estarían dispuestas a tener un hijo. Entonces recurren al aborto y, aunque hay una decisión afirmativa en relación al aborto, todas ellas encaran conflictos psicológicos, religiosos y éticos.

Para las mujeres entrevistadas, el optar por el aborto significa transgredir las normas y las expectativas sociales respecto a la maternidad; y, a nivel individual, el pensar en interrumpir el embarazo las impulsa a examinar sus creencias, así como también sobre la naturaleza y el valor de ellas mismas. Ellas llegan a la decisión de diversos modos, para unas pocas, el aborto fue el resultado de la ausencia de autodeterminación; para otras fue la salida al conflicto de tener que optar entre dos valores positivos: por un lado, su proyecto de vida, (que puede incluir el bienestar de sus otros hijos), y por otro, la calidad de vida del producto que gesta, ya que habiendo muchos hijos es difícil educarlos, darles de comer entre otras cosas; para otras mujeres el aborto ha sido una expresión plena de autodeterminación. Gran parte de las mujeres hacen el proceso con otras personas, pareja, amigos/os, padres, personal de salud.

Sin embargo, la tensión continúa porque el haber abortado las pone en situación de delincuentes, identidad que se les asigna desde la ley y las enseñanzas tradicionales de la religión católica. Y en relación a sí mismas, las mujeres dudan de la certeza de su juicio moral de haber optado por sí mismas o por sus otros hijos. Se convierten en aquellas mujeres que abortan, y no les es fácil definir posiciones frente al aborto. En muchos casos las mujeres piensan en tres cosas principalmente: el jurídico, el de la moral católica, el de la institución médica, que les crean identidades de delincuentes, pecadoras o anormales. Vivir esta contradicción hace que se sientan estigmatizadas y les impide considerar sus propios intereses y las condiciones materiales para realizarlos como legítimos. Para las mujeres que abortaron, el aborto es una experiencia compleja: involucra aspectos relacionados con el cuerpo y la sexualidad –vinculados a la identidad de la mujer, a su autoestima– es un acontecimiento cargado de sentimientos vividos de diferente manera según su situación específica.

Podemos agrupar las opiniones de las mujeres en posiciones como: no aborto; si en relación a su propia situación pero no válido para otras; y, si por ser justo y ser una expresión de autodeterminación. Sin embargo, lo común a todas ellas es que han llevado a cabo el aborto.

La gran mayoría de las mujeres que han abortado se ubican frente al aborto en una posición ambigua que podríamos llamar "sí pero no". Moralmente no aceptan el aborto, se deciden a llevarlo a cabo porque es necesario, pero la propia turbulencia de sus emociones cuestiona la decisión.

Ellas aceptan el aborto en algunas circunstancias, pero no lo reconocen como un derecho. Las mujeres se piensan diferentes de otras mujeres que abortan –incluso las critican– y ven su propio aborto como una "excepción". Se justifica su práctica pero no la aprueba. Hablan de su aborto refiriéndose indistintamente a la "extracción del feto" o "al asesinato de un bebé". Estas interpretaciones nos muestran las contradicciones, tensiones y dilemas que forman parte de la experiencia subjetiva de las mujeres. A pesar de las dudas, contradicciones y ambigüedades, todas estas mujeres llevaron a cabo su decisión de abortar.

Gran parte de las mujeres expresan que, si bien el aborto es una experiencia difícil, no se sienten culpables de haberlo realizado, ya que hablan de "opción", de "justicia" y de "autodeterminación" sobre sus cuerpos.

"Cuando la decisión es tomada como expresión de autodeterminación y está presente el concepto de derechos, se produce en las mujeres una transformación de su percepción de sí mismas y de sus juicios morales. De este modo, los cambios en la percepción de los derechos cambian los juicios morales de la mujer permitiéndole considerar moral el aborto."¹⁶

¹⁶ ABORTO. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. División de Educación Médica Continua. 1990. P. 85.

MORTALIDAD

La mortalidad materna es una de las consecuencias más graves del aborto provocado o inducido, ya que llega a significar altos índices de mortalidad en los países en donde se produce ilegalmente. En nuestro país, la mayor parte de los casos de aborto corresponden a abortos sépticos iniciados antes de llegar a la Unidad Hospitalaria. El aborto atendido hospitalariamente, causa en el Instituto Mexicano del Seguro Social siete muertes maternas por cada diez mil abortos; aunque se desconoce la causa real de muerte materna en los abortos ilegales, se puede considerar que es varias veces superior, ya que estos no son atendidos con los requisitos mínimos de higiene.¹⁷

"Donde el aborto es legal y se practica precozmente con técnicas controladas, podemos decir que el índice de mortalidad se reduce. Sin embargo, en donde no es legal se practica clandestinamente bajo nulas medidas de higiene y por personas inexpertas, aumentando de esta forma el índice de mortalidad por hemorragias e infecciones, que son capaces de desencadenar la muerte a la mujer."¹⁸

En consecuencia debemos de pensar, que esta situación presenta una falta de atención por parte de las instituciones gubernamentales, para efecto de satisfacer la necesidad de la mujer a cubrir su salud.

Sin embargo, la mujer, a pesar de tener conocimiento del peligro que el legrado séptico significa, ésta se atreve, lo que revela su firmeza en la decisión de su derecho natural de abortar.

De acuerdo a lo mencionado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de México, las muertes por complicaciones del embarazo y parto como son las toxemias y las hemorragias se encuentran relacionadas con el aborto, de lo anterior el estudio denominado 'la maternidad sin riesgos en América Latina y el Caribe', realizado por Family Care International muestra en una tabla sobre la maternidad en México durante 1985, donde los porcentajes son:¹⁹

ABORTO	TOXEMIA	HEMORRAGIAS	COMPLIC. PUERPELAS	OTRAS	C. OBST. IND.
9%	20%	25%	9%	35%	2%

De lo anterior se puede inferir que en ese año en México, las muertes de las mujeres por causas relacionadas con el aborto llegaría a un 54%.

¹⁷ Cfr. BARBOSA KURI, Agustín. El Aborto: Un Enfoque Multidisciplinario. UNAM. Octava Edición. México. 1994. Pp. 4 y 5.

¹⁸ AVENDAÑO LÓPEZ, Raúl Eduardo. Propuesta para la Reglamentación del Aborto. Editorial Real. Primera Edición. México. 1998. P. 14.

¹⁹ Cfr. BARRON MARTINEZ, Claudia Isabel. Investigación sobre el tratamiento Legal del Aborto en América Latina y el Caribe. P. 33. <http://www.derechos.org/cladem/aborto/mex.html>

Para 1988 y 1989 las cifras oficiales del INEGI y la SSA mencionaban:²⁰

CAUSA	DEFUNCIONES 1988	DEFUNCIONES 1989
Aborto	128	133
Causas obstétricas directas	1374	1365
Hemorragia del embarazo	405	389
Toxemia del embarazo	328	324
Infecciones en el parto	2	5
Parto obstruido	44	39
Complicaciones del puerperio	133	158
Obstétricas indirectas	22	20
TOTAL	1522	1518

Los anteriores datos corresponden a los obtenidos por la Encuesta Nacional De Fecundidad realizada en 1987.

Para 1994 y 1995 las cifras e informaciones oficiales sobre aborto y mortalidad materna señalaban que éste es la tercera o cuarta causa de mortalidad materna.

Dentro de la publicación *Mujeres y Hombres en México* editada en marzo de 1997, por el INEGI con el fin de apoyar con información estadística actualizada al Programa Nacional de la Mujer 1995-2000 (Pronam). Informaba que respecto a las principales causas de mortalidad materna indicaba los siguientes datos:²¹

CAUSA	PORCENTAJE
Hemorragia del embarazo	24.1%
Toxemia del embarazo	27.4%
Complicaciones del puerperio	10.4%
ABORTO	6.7%
Complic. Obstétricas indirectas	2.7%
otras	28.7%

1.3. ANTECEDENTES DE VIH-SIDA.

1.3.1. EN EL MUNDO.

El descubrimiento del VIH-SIDA se realizó a partir de la investigación de dos hechos aparentemente no relacionados en lugares alejados el uno del otro en E.U.A. en 1981. el

²⁰ *Ibid.* P. 34.

²¹ *Ibid.* P. 35

primer acontecimiento notificado fue un brote de cinco casos de neumonía por *Pneumocytis carinii* en varones jóvenes en la ciudad de los Angeles; el segundo hecho fue un informe de ocho casos de sarcoma de Kaposi, también en varones jóvenes de la ciudad de Nueva York. Lo extraño de estos casos era que ambos sucesos se habían observado previamente en individuos con fallas en el sistema inmunológico, el elemento común entre estos individuos afectados era la homosexualidad activa.

Estos dos brotes dispares ocurrieron durante un periodo en el que la comunidad de homosexuales había disfrutado de una libertad nunca antes experimentada.

Lo que afligió a muchos entre la comunidad de homosexuales era la rapidez con la cual la enfermedad se etiquetó como una "epidemia en homosexuales". Por otra parte lo que preocupaba a los investigadores del Centro para el Control de Enfermedades (CCE) era que la neumonía y el sarcoma de kaposi posiblemente resultaban de causa desconocida que de alguna manera destruían la capacidad inmunológica del cuerpo. Igualmente alarmante fue la propagación rápida y repentina de la enfermedad, de los primeros 13 casos notificados a finales de la primavera de 1981, a 129 en septiembre del mismo año. En enero de 1982 este número había llegado a 259, aumentando a 514 en julio de ese año. Esto representó una duplicación de los casos cada cinco meses.

Al principio, casi todos los casos se presentaron en varones homosexuales que mostraron alguna falla en el sistema inmunológico. Entre los factores que se identificaron y consideraron de manera importante aunque breve, están los siguientes: amplio uso de estimulantes (nitritos de butilo y amilo); el semen como inmunosupresor por sí mismo; episodios múltiples de enfermedades de transmisión sexual y el impacto de una vida sexual frenética. Mientras que estas causas hipotéticas eran publicadas en la prensa popular surgieron otros dos grupos de personas afectadas, uno de haitianos y otro que usaba drogas intravenosas. El pánico se extendió por el país. Por ejemplo, un periodista que regresaba de Haití descubrió que un oficial de la aduana rehusaba tomar su pasaporte. Entre las sugerencias que aparecieron estaba la de que todas las personas con sida deberían ser puestas en cuarentena. Este miedo irracional se ejemplificaba aún más en el caso de conductores de autobuses que usaban guantes para recoger pasajeros en vecindarios de homosexuales.

El origen de la enfermedad se convirtió en una fuente de especulaciones y en un tema político importante en el escenario internacional. Se sugirió que era una enfermedad del antiguo Egipto, tal vez proveniente de la tumba del rey Tut, o quizá alguna enfermedad bíblica. El hecho de que en algunas partes de África el sarcoma de kaposi sea endémico, llevó a conclusiones lógicas de que el virus del sida se propagó a partir de África.

Fue un año después, en 1984 cuando investigadores de E.U.A. y Francia anunciaron el descubrimiento del microorganismo causal. Desafortunadamente, cada equipo afirmaba haber descubierto diferentes gérmenes. Pasaron muchos meses antes de que todos coincidieran que lo que ambos estudiaban era el microorganismo, llamado originalmente HTLV-III/LAV (virus linfotrópico-T humano tipo III relacionado con la linfodenopatía). En mayo de 1986, un equipo de trabajo patrocinado por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus recomendó que al virus del sida se llamara virus de la inmunodeficiencia humana o VIH.

Desde que se identificó la enfermedad muchos han sido los esfuerzos para tratar de controlarla, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que el número de enfermos de SIDA, hasta el primer semestre de 1995, se estima en 1 169 811. El número real de casos era de más de 4.5 millones.²² Pero las cifras siguen creciendo.

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la prevención del sida (ONUSIDA), a finales de 1997 había 30, 600,000 personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana en todo el mundo. Asimismo, se estima que un promedio de 16,000 personas por día se infectan con el virus, de los cuales 10% corresponde a menores de 15 años y 42% a mujeres.²³

Más de dos terceras partes de todas las personas del mundo que están infectadas por VIH —unos 21 millones de hombres, mujeres y niños— viven en África al sur del desierto de Sahara y el 83% de las defunciones por sida en el mundo se producen en esa región. El VIH apareció tardíamente en Asia, pero su propagación fue rápida. Hasta finales del decenio de 1980, ningún país de Asia presentaba una epidemia importante: el continente estaba prácticamente inmune. Sin embargo, en 1992 diversos países, encabezados por Tailandia, se enfrentaron a un número creciente de infecciones. En la actualidad el virus se encuentra en todo el continente y algunos países están muy afectados, entre los que destaca la India.

A comienzos de 1995, los países de Europa oriental juntos representaban 30,000 infecciones de un total de 450 millones de habitantes, al mismo tiempo en Europa occidental había por lo menos 15 veces más casos, pero en los últimos años esta situación ha cambiado drásticamente. En general, en Europa occidental las tasas de infección van reduciendo, especialmente en Grecia y Portugal. En Canadá y los Estados Unidos los casos han disminuido sobre todo por acceso a los nuevos medicamentos y también tienden a concentrarse cada vez más en usuarios de drogas.²⁴

1.3.2. EN MÉXICO

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, sin embargo, mediante las técnicas de interrogatorio y análisis retrospectivo, se ha documentado que el inicio del padecimiento fue en realidad en el año de 1981. Las cifras estadísticas, actualmente, pueden ser consultadas dentro de la página Web de CONASIDA en la dirección electrónica <http://>

Desde el inicio de la epidemia y hasta el 1° de octubre de 1998, se han registrado de manera acumulada 37,381 casos en nuestro país. Sin embargo, esta cifra constituye sólo una aproximación a la magnitud real de la epidemia, debido a los fenómenos conocidos en todo el mundo como retraso en la notificación y subnotificación. El primero de ellos, se refiere a los casos de SIDA ocurridos en un año determinado, que son notificados a la autoridad sanitaria después de varios meses, e incluso años después de la fecha en que fueron diagnosticados; mientras que el segundo, está determinado por el número de casos que no son objeto de reporte epidemiológico. De este modo, al aplicarse de manera acumulada estos

²² Cfr. GONZÁLEZ SALDAÑA, Napoleón. *Infectología Clínica Pediátrica*. Editorial Trillas. Sexta edición. México, 1997. P. 699

²³ *Íd.*

²⁴ Cfr. SIDA. *Curso Abierto y a Distancia sobre SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual*. Laboratorios Glaxowellcome. 1999. P. 46

casos a la cifra ya registrada, en realidad existen en nuestro país alrededor de 59,000 casos acumulados.²⁵

"En los hombres la principal vía de transmisión es la vía sexual (homosexual y heterosexual) y, en menor medida, la transmisión sanguínea; en las mujeres, en un inicio la transmisión fue sanguínea y ahora es heterosexual; y en los menores de 15 años, grupo en el que inicialmente la transmisión también fue sanguínea, ahora es perinatal y en mucho menor medida la sexual. De manera global, incluyendo ambos sexos, 87% de los casos de SIDA en adultos adquirieron la enfermedad por contagio sexual, mientras que 13% restante lo hicieron por vía sanguínea. El número absoluto de casos ha descendido sensiblemente en los últimos años, sobre todo a partir de 1992 en la transmisión sanguínea, como efecto de las medidas legales que prohibieron el comercio de la sangre humana en 1987. Por último, la vía perinatal es el principal modo de contagio en los menores de 15 años, esto es el 50%."²⁶

1.4. INFECCION POR VIH-SIDA.

1.4.1. CONCEPTO DEL VIH-SIDA.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Es el virus que causa el SIDA y se conoce con las siglas VIH o HIV. El VIH es un virus lento, que tarda varios años en provocar manifestaciones y tiene predilección por atacar las células del sistema de defensa de los seres humanos. Este virus fue conocido al inicio de la epidemia como Virus Asociado a Linfadenopatía (LAV) y virus T- Linfotrópico Humano tipo III (HTLV-III), términos que prácticamente no se utilizan. En la actualidad se han desarrollado técnicas de laboratorio que han permitido demostrar sin lugar a dudas que el VIH es el agente causal del SIDA.

El VIH causa una deficiencia inmunológica que disminuye la inmunidad celular. Las características sobresalientes de una disminución en esta inmunidad incluyen reducciones en la producción de anticuerpos.

El VIH se trata de un retrovirus, cuyo material genético está en el ácido ribonucleico (ARN) pero, al invadir la célula, por un proceso químico denominado "transcriptasa en reverso" se transforma en ácido desoxi-ribo-nucleico (ADN). En otras palabras, los retrovirus están formados por ARN pero usan el ADN en su ciclo vital. El VIH tiene un atracción especial por las células linfáticas T, encargadas de funciones vitales para la inmunidad. La capacidad de invadir y destruir tales células es lo que confiere al VIH su efecto letal para el hombre.

Una de las principales diferencias entre el VIH y otros virus es que el VIH usa las células T, que ayudan a luchar contra las infecciones, para multiplicarse o replicarse. El VIH

²⁵ Id.

²⁶ Ibid. P. 57

invade las células T y transforma el material genético de éstas en su propio material genético. En cuanto el VIH las controla, las células T ya no logran dirigir el sistema inmunológico. En vez de ello, las células T infectadas por el VIH empiezan a producir más VIH.

El ataque y la replicación constante de los virus, cuyo blanco principal son las células T, acaban gradualmente con el sistema inmunológico y debilitan las defensas del organismo.

Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2. El VIH-1 es el más conocido y es el responsable de la mayoría de los casos de SIDA en el mundo. El VIH-2 se identificó por primera vez en 1986 en pacientes de África Oriental en donde estuvo confinado varios años, sin embargo se han reportado algunos casos de infección por VIH-2 en Europa, América del Sur, Canadá y Estados Unidos. Existen algunas diferencias clínicas entre la infección causada por el VIH-1 y la causada por el VIH-2; de ellas, las más relevantes son la menor eficiencia de transmisión del VIH-2 y su mayor periodo de latencia antes del desarrollo del cuadro clínico de SIDA. Pero, la morfología que más se ha estudiado es la del VIH-1. Este virus mide 100 nanómetros de diámetro en promedio (0.1 Micra) por lo que sólo puede observarse a través de un microscopio electrónico. El VIH es un virus que presenta una estructura esférica con numerosas espículas formadas por las dos proteínas principales de la cubierta viral, la gp 110/120 o glicoproteína externa y la gp 41 o glicoproteína transmembranal. Sus principales componentes son: una envoltura externa, una capa de proteína interna y una nucleocápside.

SIDA

Es la etapa final de una infección causada por un virus que tiene una duración de varios años; por lo que en la actualidad se considera que es una infección crónica. A partir del momento en que una persona se infecta por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, tarda en promedio 10 años para que se desarrollen las manifestaciones de la enfermedad conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) "el SIDA se define como la presencia de una enfermedad en un sujeto, que se caracteriza por la alteración de la inmunidad celular sin causa conocida, cuya resistencia disminuye ante dicha enfermedad".

El SIDA, como ya mencionamos, es una infección producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, virus que disminuye y en ocasiones destruye el sistema inmunológico del cuerpo, lo que provoca que el organismo infectado pierda habilidad para combatir enfermedades causadas por organismos que se encuentran normalmente en el medio ambiente y que no representan ningún peligro para los individuos sanos. Cuando el sistema inmunológico de una persona esta muy dañado, tal y como sucede en quienes tiene SIDA, estos microorganismos aprovechan la oportunidad y provocan enfermedades llamadas por ello infecciones oportunistas. En estos casos también pueden presentarse diferentes tipos de cáncer como resultado de esta inmunodeficiencia.

Las personas que padecen SIDA se vuelven susceptibles a infecciones oportunistas múltiples. De esta forma, los microorganismos que usualmente no causan enfermedad, lo harán cuando la respuesta del sistema inmunológico esté disminuida o bien sea nula.

Los enfermos de SIDA pueden sufrir una gran variedad de signos y síntomas, así como distintas complicaciones en diferentes sistemas o aparatos, dependiendo de la infección oportunista o neoplasia que se presente. Algunos pacientes con SIDA presentan a

la vez diversas complicaciones dermatológicas, gastrointestinales, pulmonares, neurológicas, oftálmicas y musculoesqueléticas, pudiéndose deber estos signos y síntomas a infecciones y neoplasias combinadas como el sarcoma de Kaposi y la infección por herpes simple o neumonía por pneumocytis carinii y sarcoma de Kaposi.

Es así como el SIDA por lo general se define como la presencia de una enfermedad clínica consistente en infecciones oportunistas (como neumonía), neoplasias (como Sarcoma de Kaposi), o ambas, relacionadas con inmunodeficiencia.

El tiempo que tarda en manifestarse el SIDA, desde el inicio de la infección por el VIH (seropositividad), varía según las vías de contagio. El SIDA se desarrolla más rápidamente en los casos perinatales, en los cuales podría asumirse que el producto ya nace infectado, aunque también se puede dar el caso de permanecer asintomático durante un periodo de hasta siete años. En cuanto a los casos transfusionales, el tiempo asintomático puede ser de tres años en niños hasta siete a once años en adultos y adolescentes. En el caso de la infección por vía sexual el tiempo que puede tardar en manifestarse el SIDA puede ser igual al de los casos por transfusión en adolescentes y adultos.

1.4.2. GRUPOS DE RIESGO

La probabilidad de infección por VIH es muy variable, dependiendo de la edad, sexo, país de origen, hábitos sexuales, adicción a drogas parenterales o haber sido receptor de transfusiones de sangre o hemoderivados entre otros factores.

HOMOSEXUALES O BISEXUALES. Representan el grupo de riesgo más importante. El riesgo de infección por VIH aumenta si el número de compañeros sexuales es elevado y/o se practican con frecuencia determinadas actividades sexuales (coito anal receptivo, inserción de la mano en el recto o fisting, contactos sexuales anónimos, empleo de nitrito de amilo), que conllevan mayor probabilidad de erosión de las mucosas y su exposición subsiguiente a sangre o semen potencialmente infectados.

TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL. Adquieren la enfermedad a partir del contacto sexual con personas del sexo opuesto infectadas por el VIH, afectas de SIDA o pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo, especialmente prostitutas. Este grupo de riesgo ocupa el segundo lugar.

ADICTOS A DROGAS POR VÍA PARENTERAL. Suponen el tercer grupo de riesgo para sufrir SIDA. Se ha demostrado la existencia de relación entre el riesgo de exposición y el hábito, muy extendido, de compartir la aguja de inyección. La probabilidad de infectarse por el VIH aumenta significativamente a partir de los cuatro meses del inicio de la adicción.

HEMOFÍLICOS. Estos pacientes tienen un riesgo elevado de sufrir infecciones víricas incluyendo al VIH, algunos virus de la hepatitis y citomegalovirus, debido a su exposición repetida a productos hemoderivados.

RECEPTORES DE TRANSFUSIONES. Este tipo de pacientes se han relacionado con la infección por VIH procedente de sangre y hemoderivados contaminados.

AFRICANOS. La infección tiene carácter epidémico en algunas zonas de África central. La seroprevalencia en determinadas regiones va desde el 2 al 50%. El SIDA en África presenta ligeras variaciones en el tipo de infecciones oportunistas. Existe un grupo numeroso de pacientes infectados por VIH a partir de contactos heterosexuales múltiples, especialmente con prostitutas (que en Rwanda y Kenia presentan seropositividades del 80 y 50%, respectivamente).

PACIENTES PEDIÁTRICOS. Este grupo merece especial atención debido a que los factores de riesgo son diferentes; en éstos, la principal vía de transmisión es vertical (perinatal) los factores de riesgo en este caso son los siguientes: ser hijo de madre infectada o de madre que pertenezca al grupo de alto riesgo, o que el cónyuge se encuentre infectado. Al respecto, se han hecho múltiples investigaciones y se han identificado algunos marcadores que predicen la posibilidad de infección en el producto, entre los cuales se postulan la frecuencia de sintomatología en la madre. Por otro lado, se considera que la existencia de anticuerpos en sangre materna, implica cierta protección para la transmisión vertical del virus, mientras que no se ha logrado encontrar una lesión específica en la placenta que sugiera el diagnóstico de esta infección en el producto.

La transmisión perinatal puede ocurrir por la vía trasplacentaria o durante el parto en la que, además del paso por el canal vaginal, desempeña un papel importante la mezcla de sangre fetal y materna, pues se ha demostrado que la operación cesárea no previene la infección. En el período neonatal, la transmisión se efectúa a través de la leche materna.

1.4.2.1. LA MUJER Y EL VIH-SIDA: OTRO GRUPO DE RIESGO.

Para el objetivo de esta tesis creemos que es necesario mencionar, como otro grupo de riesgo, a un sector particularmente vulnerable al VIH-SIDA: LA MUJER.

El tema mujer y SIDA empezó a generar una mayor preocupación entre los investigadores, médicos y autoridades de salud a principios de los noventa, debido a la propagación acelerada de la epidemia en este grupo. En países como Rwanda, Uganda, Zambia y Malawi, se ha encontrado que del 20% al 30% de las mujeres embarazadas son portadoras del VIH y en el África Subsahariana existen 6 mujeres con SIDA por cada 5 hombres.²⁷

En México se han reportado 4,361 casos de SIDA en mujeres acumulados desde el inicio de la epidemia al 1º de enero de 1998, correspondiendo al 14% del total de los casos registrados. Las entidades donde se ha presentado el mayor número de casos en mujeres

²⁷ Cfr. Las mujeres. Un Sector Particularmente Vulnerable al VIH/SIDA. Boletín informativo número 13. P. 1. <http://www.ssa.gob.mx/conasida/quees/boletin/bol98-13.htm>

son: Distrito Federal, Jalisco, Estado de México y el grupo de edad más afectado se encuentra entre los 20 y los 44 años.²⁸

Actualmente existe una tendencia a la heterosexualización del SIDA en países donde, al inicio de la epidemia, había un número mucho mayor de casos en hombres que en mujeres. En Francia, por ejemplo, el porcentaje de casos de SIDA en mujeres pasó del 12% al 20% en diez años. En ese mismo lapso en España subió del 7% al 19% y en Brasil del 1% al 25%. En México, en 1986, había 30 casos en hombres por un caso en mujeres. Esta razón ha disminuido y ha dado como resultado que desde 1988 exista por cada 6 casos de SIDA en hombres uno en mujeres. Este aumento de casos en mujeres se explica por una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH con respecto a los varones, determinada por factores biológicos, epidemiológicos y sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que en las relaciones heterosexuales, las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a la infección por VIH que los hombres. Una de las razones de esta mayor vulnerabilidad es la magnitud del inóculo. El semen de un varón infectado contiene una cantidad de células infectadas por VIH muy superiores a la presente en los fluidos vaginales de una mujer infectada. Por otro lado, el epitelio vaginal y el rectal es mucho más vulnerable a infecciones que el que cubre el pene, y el virus puede mantenerse vivo por más tiempo en esos tractos, con una superficie de contacto mucho mayor.

Existen, además, algunos factores epidemiológicos que exponen a las mujeres a un mayor riesgo de infección. Las mujeres suelen casarse o establecer relaciones de pareja con hombres mayores que ellas, que por lo general han tenido más experiencias sexuales y, por tanto, una mayor probabilidad de haberse infectado con el VIH. Otro factor epidemiológico se refiere al hecho de que las mujeres suelen necesitar transfusiones sanguíneas más frecuentes que los hombres, sobre todo en función de complicaciones durante el embarazo y/o el parto.

Sin embargo, son los factores sociales los que probablemente ponen más en riesgo a las mujeres. Las normas sociales y las culturales establecen patrones de conducta diferentes para cada uno de los géneros, que se traducen en desventajas para las mujeres con respecto a los hombres en distintas esferas de la vida social. La desigualdad de oportunidades educativas y laborales de las mujeres, aunada a la persistencia de estos roles tradicionales, desemboca en la dependencia y falta de poder social de las mujeres, lo que en el contexto del VIH/SIDA tiene consecuencias graves. Muchas mujeres no conocen las prácticas sexuales de sus compañeros fuera de los límites de la propia relación de pareja, por lo que no tienen conciencia de estar en riesgo. Y para aquellas que sí tienen alguna percepción de estar en riesgo es difícil negociar la adopción de medidas que las protejan de un eventual contagio.

Uno de los indicadores que permiten entender las consecuencias del SIDA entre las mujeres mexicanas, es que esta enfermedad ocupo en 1997, el 11° lugar como causa de muerte en mujeres de entre 25 y 34 años, mientras que en 1988 ni siquiera se ubicaba entre las primeras veinte causas de muerte.

²⁸ Id.

1.4.3. MORBILIDAD Y MORTANDAD.

CONSECUENCIAS FÍSICAS

Desde que el VIH penetra en el organismo empieza a proliferar de forma continua. Según esta proliferación se distinguen varias fases evolutivas de la infección.

a) *Fase inicial, precoz o aguda.*

Es la primera etapa de la enfermedad, cuando el virus se introduce por primera vez en el cuerpo.

Más de la mitad de las personas recientemente infectadas por el VIH experimentan una serie de síntomas denominados el Síndrome Retroviral Agudo (SRA). El SRA es parecido a la gripe, puede presentar fiebre, dolor de garganta, nódulos linfáticos inflamados, salpullidos cutáneos, dolores musculares, náuseas y/o sensación general de fatiga y malestar. Normalmente dura de 1 a 3 semanas. Algunas personas, sin embargo, no experimentan síntomas inusuales al ser infectadas por el VIH, mientras que otras pueden sentirse enfermas por un mayor período de tiempo.

Quienes sufren la infección aguda inicial no resultan positivos inicialmente por la prueba de los anticuerpos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana, ya que el cuerpo tarda aproximadamente de 1 a 3 meses en producir anticuerpos contra el virus. A partir de esta fase se puede infectar a otras personas.

b) *Fase asintomática.*

A la persona que se encuentra en esta etapa se le conoce como portador asintomático o seropositivo. En este período el virus puede estar "dormido" o poco activo y no causa todavía daño al sistema inmunológico. El tiempo que dura esta fase es variable y el portador puede estar aparentemente sano durante años. La única forma de saber si una persona está infectada o no es por medio de una prueba de laboratorio que detecte los anticuerpos contra el VIH. La mayoría de los enfermos pasan por esta etapa de la enfermedad.

c) *Linfadenopatía Generalizada Persistente (LGP).*

Durante esta etapa aparecen "bolas" en el cuello, axilas e ingles, las cuales persisten durante varios meses. Estas bolas son ocasionadas por el crecimiento de los ganglios. Un 20-30% de pacientes seropositivos desarrollan LGP en algún momento de su evolución. Este síndrome representa una fase más avanzada de infección, aunque su progresión al SIDA es muy variable. Si junto a la LGP existen anomalías inmunológicas o síntomas generales, el pronóstico es peor.

d) *Fase Final o Terminal.*

Esta fase se conoce con el nombre de SIDA y es la última etapa de la infección. Durante ella surgen infecciones y tumores malignos como resultado de que el sistema de

defensa del cuerpo (el sistema inmunológico) está ya muy dañado. El SIDA es un padecimiento crónico y grave que amenaza la vida.

Desde un punto de vista práctico, podemos considerar las complicaciones en infecciosas y no infecciosas agrupadas según los síndromes que más frecuentemente se observan en estos pacientes y que son los siguientes:

Afección pulmonar: Neumonía.

Es el síndrome clínico más frecuente (casi un 80% de pacientes con SIDA la presentan en algún momento de su evolución). Constituye la forma de presentación del SIDA en un 60% de casos. En pacientes con SIDA, su inicio es más solapado, con fiebre, tos y disnea moderadas durante 2-8 semanas.

Síntomas gastrointestinales: esofagitis y diarrea.

La esofagitis es relativamente común. La presencia de diarrea, acompañada de dolor abdominal y/o malnutrición representa un verdadero problema diagnóstico y terapéutico, dado el gran número de microorganismos capaces de producirla, que además pueden coexistir en un mismo paciente.

En raras ocasiones, los pacientes con SIDA presentan episodios de dolor abdominal agudo con signos de irritación peritoneal. En muchos de estos casos existe perforación intestinal secundaria a linfoma, peritonitis tuberculosa o infección por CMV, de muy mal pronóstico.

Lesiones Neurológicas.

En pacientes infectados por VIH es frecuente (30-40%) la aparición de alteraciones neurológicas, tanto del SNC como del sistema nervioso Periférico. En un 10% de los casos constituyen la forma de inicio del SIDA. Las alteraciones son consecuencia de la infección directa del VIH combinada o no con infecciones oportunistas y/o neoplasias del SNC. El VIH puede permanecer en el cerebro en ausencia de enfermedad clínica o provocar enfermedad crónica progresiva.

Los síndromes clínicos neurológicos pueden agruparse en los cuatro apartados básicos siguientes:

* **Encefalopatía subaguda con demencia progresiva.**- Es el síndrome neurológico asociado con mayor frecuencia al SIDA. La presentación inicial cursa con alteraciones de la memoria y de la concentración, y entretimiento psicomotor. En más de la mitad de casos aparecen trastornos motores (ataxia, debilidad en extremidades inferiores, temblor y defectos en la coordinación motora) o de la conducta (apatía, psicosis, orgánica). El curso es progresivo, y sólo un 20% de casos evolucionan de modo más benigno. En estadios finales, los pacientes presentan demencia, mutismo, incontinencia de esfínteres, paraplejía y mioclonías o convulsiones.

* **Lesiones focales y/o lesiones expansivas intracraneales.**- Las manifestaciones clínicas dependen de la localización y extensión de las lesiones, pudiendo oscilar desde

mioclonías a defectos motores más o menos extensos e incluso coma. En muchos casos, la manifestación inicial es la aparición de crisis convulsivas.

- * Meningitis-meningoencefalitis.- Se debe habitualmente a infección oportunista o afección meníngea por linfoma. Clínicamente se manifiesta como síndrome meníngeo, con mayor o menor afección de pares craneales y/o alteraciones focales o trastornos de la conducta.

- * Lesiones medulares y del Sistema nervioso periférico.- Cursa habitualmente con tetraplejía rápidamente evolutiva. Se han descrito lesiones del SNP en forma de mononeuritis, neuropatía distal simétrica y asimétrica y afección de pares craneales.

Fiebre.

La presencia de fiebre persistente, acompañada o no de otros síntomas orgánicos (pérdida de peso, sudación), es uno de los problemas más difíciles de evaluar en los pacientes infectados por el VIH.

Problemas infecciosos especiales.

- * Coriorretinitis.- Es relativamente común en pacientes con SIDA. Cursa de forma asintomática o con defectos visuales focales e incluso ceguera progresiva.

- * Nefropatía.- En más del 75% de los casos progresa a insuficiencia renal terminal en un plazo de 4 -16 semanas.

- * Lesiones cutáneas.- Junto a las lesiones típicas del SK o de las lesiones por virus varicela zoster, o herpes simple, los pacientes con SIDA presentan con frecuencia trastornos cutáneos: prurito generalizado, piel seca, ictiosis adquirida, psoriasis y dermatitis seborreica a menudo en formas graves, extensas y con mala respuesta al tratamiento.

- * Alteraciones endocrinas.- Son relativamente raras. La más típica es el desarrollo de una insuficiencia suprarrenal aguda.

- * Alteraciones cardíacas.- Se ha observado la presencia de pericarditis con derrame.

- * Afección ORL.- Sinusitis aguda.

- * Infecciones por microbacterias.- Tuberculosis.

- * Infecciones bacterianas.- Las más habituales son aquellas que afectan el pulmón.

Neoplasias asociadas al SIDA:

- * Sarcoma de Kaposi (SK).- Clínicamente, el SK en el SIDA es multicéntrico, con las lesiones típicas, apareciendo no sólo en extremidades inferiores, sino en el tronco, brazos, cabeza y cuello, nariz y mucosa oral. En el 75% de los casos existe simultáneamente afección en sitios diferentes de la piel (pulmones, ganglios y tracto-gastrointestinal fundamentalmente), responsable de la aparición de hemorragias (pulmonares y digestivas) y cuadros obstructivos intestinales. En un 5% de los casos, el SK tiene localización

exclusivamente extracutáneo. Los pacientes pueden también presentar sintomatología general (fiebre, pérdida de peso, malestar general, falta de apetito y diarrea). La extensión del SK y su evolución es muy variable: puede crecer lentamente o de forma fulminante.

Otras neoplasias.- La infección por VIH se ha asociado al desarrollo de otros tipos de neoplasias que en general se conocen como linfomas. Estos pueden localizarse especialmente en el SNC, tractogastrointestinal, médula ósea, corazón y riñón.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

Los efectos psicosociales del SIDA varían en función de los distintos estadios del espectro salud-enfermedad, que van desde el estado asintomático, pasando por la positividad al VIH y hasta el estado sintomático.

Las enfermedades de transmisión sexual han sido siempre objeto de estigmatización en la sociedad, ya que suelen ser contempladas como consecuencia de excesos sexuales, y conlleva un carácter de baja moralidad, suciedad e impureza. Tan fuerte es la conexión de estas enfermedades con el pecado y la depravación moral en la mentalidad general, que las víctimas se ven empujadas a negar su situación o a afirmar su inocencia con frases como "lo adquirí en el asiento de un baño público".

Como es lógico, el SIDA no es una excepción. El hecho de que se asocie a los dos grupos más satanizados por la sociedad, los homosexuales y los drogadictos, ha acentuado aun más el rechazo hacia la enfermedad.

PRINCIPALES REACCIONES EMOCIONALES DE LOS PACIENTES

En los primeros estadios de la enfermedad, los pacientes pueden concentrarse en los problemas de la vida diaria, mantener su trabajo y su hogar, así como sus relaciones con los amigos y la familia. Cuando el tratamiento fracasa y la enfermedad progresa, el enfermo experimenta todos los sentimientos asociados con la proximidad de la muerte, como el rechazo, el miedo, la angustia, la ambivalencia y la búsqueda de un significado. Cuando se trata de adultos jóvenes, están deprimidos por la pérdida de su futuro, por lo que podrían haber conseguido y lamentan la pérdida de sus sueños.

Miedo. Es difícil sobrevalorar el grado de miedo que experimentan los pacientes que tienen una enfermedad intratable.

Los enfermos temen también el rechazo de sus compañeros y relaciones casuales, así como el ser abandonados por sus compañeros íntimos. También temen al rechazo social, debido a la ignorancia de muchas personas, este miedo es real, por ejemplo, cuando un paciente con sarcoma de kaposi y lesiones visibles en los brazos entra en un ascensor de un gran hospital, los otros 15 pasajeros se bajan en el piso siguiente. Estas experiencias no son infrecuentes entre los pacientes con SIDA, que suelen afirmar sentirse leprosos. Las respuestas indiferentes de la comunidad suelen significar que los pacientes se vean

desprovistos de algunos beneficios y tienen grandes dificultades para conseguir empleo, cobertura de los seguros y la necesaria atención.

Rechazo. El rechazo puede ser una defensa útil y necesaria para los pacientes que sufren una enfermedad fatal, ya que les proporciona cierto control sobre cuándo y cómo enfrentar su propia muerte. La mayoría de los enfermos afirman tener más miedo al dolor, a la desfiguración y a los síntomas neurológicos que a la muerte.

Ideas de suicidio. Las ideas de suicidio son frecuentes en los enfermos y suelen estar relacionadas con la angustia, el miedo al aislamiento y la preocupación sobre su imposibilidad para hacer frente a los síntomas y al progreso de la enfermedad. Los pacientes suelen decir frases como las siguientes: "Me mataré si me pongo muy enfermo, si soy incapaz de trabajar, si tengo dolores o si el SIDA afecta a mi cerebro". El miedo a los síntomas de una enfermedad incurable pueden provocar intensos sentimientos de desesperación.

Sentimiento de culpa. Otro problema psicológico frecuente entre pacientes con SIDA es el sentimiento de culpa sobre el pasado sexual o de drogadicción que ha podido llevarle a contraer la enfermedad. Algunos homosexuales interiorizan la homofobia de la sociedad y llegan a creer que la homosexualidad es la causa de su enfermedad. Otros culpan a sus amantes o a quienes les "han llevado" a la conducta homosexual.

MORTALIDAD

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), a finales de 1997 había 30.6 millones de personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en todo el mundo; 11.7 millones ya han fallecido de SIDA.

Como consecuencia de la letalidad cercana al cien por ciento y de los períodos de sobrevida cortos, en 1987 el SIDA empezó a representar una causa importante de muerte con una tasa de 3.6 por 100,000 habitantes; para 1988 la tasa se duplicó y para 1992 fue ocho veces mayor (29.4 por 100,000 habitantes); en este año ingresó a la lista de las veinte primeras causas de mortalidad general, ocupando el decimonoveno lugar.

En varones de 25 a 44 años, el SIDA representaba en 1988 la decimocuarta causa de muerte nacional con una tasa de 34 por 100,000. Para 1992 ocupó la sexta causa de muerte con una tasa de 1.3 muertes por cada 1000 hombres del mismo grupo de edad.

La mortalidad por SIDA en México presenta un crecimiento exponencial y es de esperarse que al igual que en el resto de los países occidentales, continúe ocupando los primeros lugares como causa de muerte en los adultos jóvenes de las áreas metropolitanas. En nuestro país la tasa de defunciones por SIDA en el período 1991-1996 en personas de 25 a 34 años, el SIDA representó en los hombres la tercer causa de muerte y en las mujeres el sexto lugar.

Asimismo, es necesario destacar que debido a que la historia natural de la infección por el VIH/SIDA consiste en el deterioro del sistema inmunológico del individuo afectado, de forma tal que se pueden desarrollar en él infecciones oportunistas y neoplasias, los certificados médicos pueden indicar como causa de muerte a este tipo de patologías y no al SIDA precisamente. A esta situación se suma un proceso de subregistro y subnotificación ocasionado por la falta de diagnóstico del padecimiento por ineficiencia en la atención médica de los pacientes, o incluso por el cambio de diagnóstico de SIDA, particularmente por el estereotipo social que representa el diagnóstico, particularmente por el estereotipo de transmisión sexual al interior de algunos grupos marginados, y por el deseo del médico tratante y/o de los familiares de no ser estigmatizados aún después de fallecido el paciente.

1.4.3.1. TRATAMIENTOS ACTUALES PARA EL VIH-SIDA

En el último año han aparecido, en la literatura médica, estudios sobre la virología y patogenia de la infección por VIH, así como resultados de diversos estudios clínicos que obligan a replantear la terapéutica antirretroviral en pacientes con infección por VIH. Hasta julio de 1996 se habían aprobado en Estados Unidos ocho medicamentos con actividad antirretroviral, que incluyen a los inhibidores de la transcriptasa reversa zidovudina (AZT), didanosina (ddC), stavudina (d4T) y la mivudina (3TC), así como a los inhibidores de la proteasa viral Saquinavir, Ritonavir e Indinavir. En México se han aprobado hasta la fecha cuatro inhibidores de la transcriptasa reversa (AZT, ddI, ddC y 3TC), y acaban de ser aprobados tres inhibidores de la proteasa viral: Saquinavir, Ritonavir e Indinavir.

Es indiscutible que los nuevos medicamentos ofrecen un futuro prometedor en la terapia antirretroviral. Sin embargo estos medicamentos son muy costosos y por ahora inaccesibles a la gran mayoría de la población, tanto en países desarrollados como en naciones en vías de desarrollo. Además es importante mencionar que los efectos benéficos son transitorios y los pacientes pueden desarrollar resistencia a los medicamentos, así como también se pueden generar efectos secundarios que afectan de forma muy importante la salud del paciente debido a la toxicidad que ocasiona la ingesta de dosis importantes de medicamentos.

COSTO DE MEDICAMENTOS.

Creemos muy importante mencionar los costos de los medicamentos utilizados para controlar la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, ya que en su mayoría son medicamentos muy costosos y difícilmente pueden ser adquiridos por algún particular, teniendo que recurrir a Instituciones Públicas donde les proporcionen éstos. Sin embargo, como todos sabemos, los medicamentos en estas Instituciones son de baja calidad, pero, ¿Tiene el paciente otra opción? No y por lo tanto resulta imposible pensar que si una persona tiene problemas para atenderse su enfermedad, por lo difícil de conseguir el medicamento, ya sea por el alto costo de éstos, por no tener seguro o por la baja calidad de los mismos, menos probable es que las personas y en especial las mujeres o su pareja tengan el dinero suficiente para hacer todo lo posible para que una mujer embarazada e infectada con VIH recurra a métodos que ayuden a disminuir el peligro de que su hijo nazca infectado, a menos que tenga los recursos económicos suficientes para hacerlo, pero sin ser pesimistas la mayoría de la gente carece de recursos económicos para ello.

A continuación se señalan los precios de algunos medicamentos usados por personas infectadas con el VIH/SIDA:

NOMBRE	MARCA COMERCIAL	LABORATORIO	COSTO
AZT	Retrovir	GlaxoWellcome	\$ 1,555.00
DdC	Hivid	Roche Syntex	\$ 1,880.00
Ddl	Videx	Bristol Myers Squibb	\$ 1,350.00
D4T	Zerit	Bristol Myers Squibb	\$ 2,200.00
3TC	Eпивir	Glaxo Wellcome	\$ 2,900.00
Neviparina	Viramune	Boehringer Ingelheim	\$ 1,560.00
Indinavir	Crixvan	Merck Sharp & Dohme	\$ 2,980.00
Saquinavir	Invirase	Roche Syntex	\$ 3,300.00
Titonavir	Norvir	Abbott	\$ 3,450.00
Hidroxiurea	Hidrea	Bristol Myers Squibb	\$ 1,084.00
Hidroxiurea	Oxoseron	Serono	\$ 189.00

CAPÍTULO II

SITUACIÓN JURÍDICA DEL ABORTO

CAPÍTULO II SITUACIÓN JURÍDICA DEL ABORTO

2.1. SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL Y SU COMPARACIÓN CON OTROS ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA.

El Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero federal, en cuanto a la normatividad que rige al aborto, ha permanecido inalterada desde la promulgación de tal ordenamiento en 1931:

TÍTULO DECIMONOVENO. Delitos contra la vida y la integridad corporal.

CAPÍTULO VI ABORTO

ART. 329.- Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

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.

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

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; y
- III. Que éste sea fruto de una unión ilegítima.

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

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

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.

Por tal motivo, las mujeres residentes de la ciudad de México no se han beneficiado de la tendencia nacional a la liberación de las leyes del aborto que se inició particularmente

desde los años setenta. Hoy en día las legislaciones estatales previenen causales más amplias y numerosas que las del Distrito Federal.

ESTADOS QUE NO SANCIONAN EL ABORTO CUANDO EXISTE RIESGO PARA LA SALUD DE LA MUJER.

Los Códigos Penales de Durango, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas, entre otros, no sancionan el aborto cuando existe riesgo para la salud de la mujer.

DURANGO –ART. 272.- Se impondrá de uno a tres años de prisión a la mujer que diere muerte al producto de su propia concepción o consintiere en que otro se la diere.

Se impondrá de seis meses a dos años de prisión, si hubiere dado muerte al producto para ocultar su deshonra.

No es punible la muerte dada al producto de la concepción:

- I. Cuando aquella sea resultado de una acción culposa de la mujer embarazada, en este caso deberá darse el aviso correspondiente al Ministerio Público;
- II. Cuando el embarazo sea resultado de un delito de violación;
- III. **Quando 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.**

HIDALGO –ART. 158.- El aborto no será punible:

- I. Cuando sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo sea resultado de una violación, siempre que el aborto se practique dentro del termino de noventa días de la gestación y el hecho haya sido denunciado, en este caso, si lo solicita la mujer, bastara la comprobación de los hechos para que el Ministerio Público o el juez lo autorice; o
- III. **Quando de no provocarse el aborto, la mujer corra grave peligro en su salud.**

JALISCO –ART. 229.- No es punible el aborto culposo causado por la mujer embarazada ni cuando el embarazo sea resultado de una violación.

Tampoco lo será cuando, de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte o de un grave daño a su salud, a juicio del médico que la asista, oyendo este el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa espera.

ESTADO DE MÉXICO –ART. 260.- No es punible la muerte dada al producto de la concepción:

- I. Cuando aquella sea resultado de una acción culposa de la mujer embarazada;

- II. Cuando el embarazo sea resultado de un delito de violación; y
- III. *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.*

MICHOACÁN –ART. 291.- *No se aplicará sanción, cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte o de un daño grave a su salud, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no resulte peligrosa la demora.*

NAYARIT –ART. 339.- *No se aplicará sanción cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, o de un grave daño a su salud, 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.*

NUEVO LEÓN –ART. 331.- *No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte o de grave daño a su salud, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.*

Tampoco será sancionado el aborto cuando el producto sea consecuencia de una violación.

SAN LUIS POTOSÍ –ART. 318.- No es punible la muerte dada al producto de la concepción cuando:

- I. Aquélla sea resultado de una acción culposa de la mujer embarazada;
- II. El embarazo sea resultado de un delito de violación; y
- III. *De no provocarse el aborto la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.*

TAMAULIPAS –ART. 361.- No se sanciona el aborto en los casos siguientes:

- I. Cuando sea causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo haya sido resultado de una violación; y
- IV. *Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte o de un grave daño a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste la opinión de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.*

TLAXCALA –ART. 280.- *No se aplicará sanción cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte o de un grave daño a su salud, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.*

ZACATECAS –ART. 313.- *No se aplicará sanción cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte o de un grave daño a su salud, a*

juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.

ESTADOS QUE NO SANCIONAN EL ABORTO POR RAZONES EUGENÉSICAS

Las llamadas razones eugenésicas (malformaciones genéticas y congénitas) están reconocidas como una causa que excluye de responsabilidad en distintos Códigos Penales. Ejemplos: Coahuila, Colima, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán, ejemplos:

COAHUILA –ART.293.- Aborto no punible. No se sancionará el aborto en los casos siguientes:

- I. Cuando es causado por culpa sin previsión de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo haya sido resultado de una violación, siempre que se practique dentro de los noventa días de la gestación;
- III. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste la opinión de otro médico, siempre que esto fuere posible y la demora no aumente el peligro; y
- IV. ***Cuando se practique con el consentimiento de la madre y del padre, en su caso, y a juicio de dos médicos exista razón suficiente para suponer que el producto padece alteraciones genéticas o congénitas, que den por resultado el nacimiento de un ser con deficiencias físicas o mentales graves.***

COLIMA –ART. 190.- No es punible el aborto:

- I. Cuando sea ocasionado culposamente por la mujer embarazada;
- II. Cuando se practique dentro de los tres primeros meses de embarazo y éste sea consecuencia de violación o de una inseminación artificial indebida, y medie el consentimiento de la mujer o de quien legalmente deba otorgarlo;
- III. Cuando de no provocarse, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, procurando éste la opinión de otro médico, siempre que esto fuere posible y la demora no aumente el peligro; y
- IV. ***Cuando se practique con el consentimiento de la madre y el padre en su caso y a juicio de dos médicos exista razón suficiente para suponer que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que den por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves.***

CHIAPAS –ART.136 BIS.- No es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación, si éste se verifica dentro de los noventa días a partir de la concepción y cuando la madre embarazada corra peligro de muerte, o ***pueda determinarse que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves, previo dictamen del médico que la asista, oyéndose el dictamen de otros médicos, cuando fuere posible y no sea peligrosa la demora.***

- II. Cuando el embarazo haya sido resultado de una violación siempre que se practique dentro de los noventa días de gestación;
- III. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, oyendo éste la opinión de otro médico, siempre que esto fuera posible y la demora no aumente el peligro; y
- IV. **Cuando se practique con el consentimiento de la madre y del padre en su caso y a juicio de dos médicos exista razón suficiente para suponer que el producto padece alteraciones genéticas o congénitas, que den por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves.**

YUCATÁN –ART. 391.- El aborto no es sancionado en los siguientes casos:

- I. Cuando sea causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo sea resultado de una violación;
- III. 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;
- IV. Cuando el aborto obedezca a causas económicas graves y justificadas y siempre que la mujer embarazada tenga ya cuando menos tres hijos; y
- V. **Cuando el aborto se deba a causas eugenésicas.**

ESTADOS QUE NO SANCIONAN EL ABORTO POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL INDEBIDA.

En los Estados de Chihuahua, Guerrero y Colima no es punible el aborto cuando se trate de una inseminación artificial:

CHIHUAHUA –ART.219.- No es punible el aborto en los siguientes casos:

- I. Cuando sea causado sólo a título culposo por la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo sea el resultado de una violación, siempre que se practique dentro de los primeros noventa días de gestación;
- III. 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; y
- IV. **Cuando el embarazo sea resultado de una inseminación artificial no querida ni consentida por la mujer, siempre que se practique dentro de los primeros noventa días de gestación.**

GUERRERO –ART.121.- No es punible el aborto:

- I. Cuando sea causado por culpa de la mujer embarazada.
- II. **Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial indebida, caso en el cual bastará la comprobación de los hechos por parte del Ministerio Público para autorizar su práctica, y**

GUERRERO –ART. 121.- No es punible el aborto:

- I. Cuando sea por culpa de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial indebida, caso en el cual bastará la comprobación de los hechos por parte del Ministerio Público para autorizar su práctica; y
- III. **Quando a juicio de dos médicos exista razón suficiente para suponer que el producto padece alteraciones genéticas o congénitas, que den por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves.**

OAXACA –ART.316. No es punible el aborto en los siguientes casos:

- I. Cuando el aborto sea causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo sea el resultado de una violación y decida la víctima por sí o por medio de sus representantes legítimos la expulsión del correspondiente producto, con intervención médica y dentro de los tres meses, contados a partir de esa violación;
- III. 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,
- IV. **Quando el aborto se deba a causas eugenésicas graves según el previo dictamen de dos peritos.**

PUEBLA –ART. 343.- El aborto no es sancionable en los siguientes casos:

- I. Cuando sea causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo sea el resultado de una violación;
- III. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico que la asiste, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora; y
- IV. **Quando el aborto se deba a causas eugenésicas graves, según dictamen que previamente rendirán dos peritos médicos.**

QUINTANA ROO –ART. 97.- El aborto no será punible:

- I. Cuando sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.
- II. Cuando el embarazo sea resultado de una violación, que haya sido denunciada ante el Ministerio Público, y siempre que el aborto se practique dentro del término de 90 días de la gestación;
- III. **Quando a juicio de cuando menos dos médicos exista razón suficiente para suponer que el producto padece alteraciones genéticas o congénitas, que den por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves, o**
- IV. Cuando a juicio del médico que atienda a la mujer embarazada, sea necesario para evitar un grave peligro para la vida.

VERACRUZ –ART. 133.- No se sancionará el aborto en los siguientes casos:

- I. Cuando es causado por culpa sin previsión de la mujer embarazada;

- III. Cuando a juicio de dos médicos exista razón suficiente para suponer que el producto padece alteraciones genéticas o congénitas, que den por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves.

COLIMA –ART.190.- No es punible el aborto:

- I. Cuando sea ocasionado culposamente por la mujer embarazada;
- II. **Cuando se practique dentro de los tres primeros meses de embarazo y éste sea consecuencia de violación o de una inseminación artificial indebida, y medie el consentimiento de la mujer o de quien legalmente deba otorgarlo;**
- III. Cuando de no provocarse, la mujer embarazada, corra peligro de muerte a juicio del médico que la asista, procurando éste la opinión de otro médico, siempre que esto fuere posible y la demora no aumente de peligro; y
- IV. Cuando se practique con el consentimiento de la madre y el padre en su caso y a juicio de dos médicos exista razón suficiente para suponer que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que den por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves.

ESTADO QUE NO SANCIONAN EL ABORTO POR RAZONES ECONÓMICAS

Yucatán es el único Estado de la República Mexicana que permite la práctica del aborto por razones económicas.

YUCATAN –ART.391.- El aborto no es sancionable en los siguientes casos:

- I. Cuando sea causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo sea el resultado de una violación;
- III. 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;
- IV. **Cuando el aborto obedezca a causas económicas graves y justificadas y siempre que la mujer embarazada tenga ya cuando menos tres hijos, y**
- V. Cuando el aborto se deba a causas eugenésicas.

Para finalizar este tema y tomando en cuenta las excepciones de no punibilidad del aborto (lo que se llama "causales") comprendidas en los 32 Códigos penales de cada entidad federativa podemos formar el siguiente cuadro:²⁹

²⁹ Cfr. GIRE. El Aborto en Preguntas y Respuestas. Apéndice A. http://www.gire.org.mx/preg_yresp_la_ley.html
Pp. 1 y 2.

CAUSAS POR LAS QUE EL ABORTO NO SE CASTIGA EN LOS CODIGOS PENALES.	IMPRUDENCIAL	POR VIOLACIÓN	POR PELIGRO DE MUERTE	EUGENÉSICO	GRAVE DAÑO A LA SALUD	OTRAS CASUSAS
AGUASCALIENTES	*	*	*			
BAJA CALIFORNIA	*	*	*			
BAJA CALIFORNIA SUR	*	*	*			
CAMPECHE	*	*	*			
COAHUILA	*	*	*	*		
COLIMA	*	*	*	*		*A
CHIAPAS		*	*	*		
CHIHUAHUA	*	*	*			*A
DISTRITO FEDERAL	*	*	*			
DURANGO	*	*	*	*		
GUANAJUATO	*	*				
GUERRERO	*	*		*		*A
HIDALGO	*	*				
JALISCO	*	*	*		*	
MÉXICO, ESTADO DE	*	*	*			
MICHOACÁN	*	*	*		*	
MORELOS	*	*	*			
NAYARIT	*	*	*		*	
NUEVO LEON	*	*	*		*	
OAXACA	*	*	*	*		
PUEBLA	*	*	*	*		
QUERETARO	*	*				
QUINTANA ROO	*	*	*	*		
SAN LUIS POTOSÍ		*	*		*	
SINALOA	*	*	*			
SONORA	*	*	*			
TABASCO	*	*	*			
TAMAULIPAS	*	*			*	
TLAXCALA	*	*	*		*	
VERACRUZ	*	*	*	*		
YUCATÁN	*	*	*	*		*B
ZACATECAS	*	*	*		*	
TOTALES	29	32	28	10	9	4

A. Inseminación no deseada

B. Económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos.

La información que contiene el cuadro anterior puede resumirse de la forma siguiente:

- a. Aborto producto de una violación (las 32 entidades federativas);
- b. Aborto resultado de un acto imprudencial (29 entidades);

- c. Aborto por el peligro de muerte que corre la madre de continuar su embarazo (28 entidades);
- d. Aborto por razones eugenésicas, es decir, cuando el producto de la concepción porta taras o malformaciones genéticas o congénitas (10 entidades);
- e. Aborto por posible grave daño a la salud de la madre (9 entidades);
- f. Aborto por inseminación artificial no consentida (3 entidades) y
- g. Aborto por causas económicas, cuando se tenga tres criaturas y no se pueda mantener una más (1 entidad).

2.2. HISTORIA DE LAS PROPUESTAS LEGISLATIVAS PARA LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN MÉXICO.

La primera propuesta sobre la despenalización del aborto en el Código Penal Federal y del Distrito Federal, data de 1920, y fue elaborada por un grupo de mujeres feministas quienes en la Convención de Unificación Penal, celebrada en 1936, presentaron un texto intitulado "El aborto por causas sociales y económicas", que proponía la despenalización completa del aborto. Esta propuesta fue enmarcada por las autoras en un análisis marxista de la situación social de la mujer.

En 1937, fue nuevamente expuesta la propuesta ante el Frente Socialista de Abogados por la médica cirujana Matilde Rodríguez Cabo, autora del documento; el punto de partida del planteamiento de la autora es el reconocimiento de la opresión hacia la mujer, basado en las condiciones materiales de su existencia, "su situación de inferioridad tiene un doble aspecto, el económico, por el hecho de ser una trabajadora dentro y fuera del hogar, y el social por el hecho biológico del ser mujer."³⁰

Dicho documento en sus conclusiones proponía a la letra:

"PRIMERA: Que por el Estado se controle y regule la práctica del aborto, recomendando que la Secretaría de Gobernación y el Departamento de Salubridad Pública, designen una comisión que estudie conjuntamente la reglamentación del aborto, así como el empleo de los métodos anticoncepcionales. Esta reglamentación ha de realizarse atendiendo a las siguientes bases:

a) Que el aborto sólo pueda practicarse por médicos autorizados por el departamento correspondiente en los lugares que se indique y dentro de los tres primeros meses de embarazo.

b) Que la legalización del aborto tenga la significación de lucha contra el mismo, al hacer obligatoria a los médicos autorizados por el departamento correspondiente, en los lugares que se indique y dentro de los tres primeros meses de embarazo.

c) Hacer que en los consultorios médicos, también autorizados, se recomiende el empleo de métodos anticonceptivos y los pongan al alcance de las madres pobres.

³⁰ Cfr. BARRÓN MARTÍNEZ, Claudia Isabel. Ob. cit. P. 16.

d) Hacer que un cuerpo investigador compruebe las condiciones económicas y sociales en que se desenvuelve la mujer que solicita se le practique el aborto.

SEGUNDA: Que se deroguen los artículos comprendidos en el capítulo sexto del título décimo noveno del Código Penal, vigente en el Distrito Federal.

TERCERA: Que se redacte un artículo contentivo de las sanciones que han de recaer sobre el aborto practicado con el consentimiento de la madre por personas no autorizadas para ello o en condiciones perjudiciales a la salud de la mujer así como cuando el aborto sea ejecutado con carácter profesional, sin el consentimiento de la mujer o de una comisión dictaminadora aun dentro de las condiciones previstas.³¹

Pero, no es sino con la reforma del artículo 4° de la Constitución Federal en 1974, cuando cambia también el interés sobre la política de población del gobierno federal, ya que anterior a éste la línea era completamente contraria a la planificación familiar, existiendo interés por mantener en el desconocimiento los métodos de control de la natalidad a la población en general. A partir del gobierno de Luis Echeverría Álvarez y la crisis devaluatoria que ocurrió en este año, se inicia el cambio de política hacia el control natal bajo el lema de "la familia pequeña vive mejor", comenzando así también la determinación de metas gubernamentales de crecimiento poblacional provocando una mayor apertura de las instituciones sobre todo de salud, para el estudio del problema del aborto clandestino.

En 1976, el Gobierno Federal (principalmente el ejecutivo), a iniciativa del saliente presidente Luis Echeverría y la coordinación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, convoca a un grupo de especialistas para estudiar la problemática del aborto. Logrando así integrar un grupo de 62 personalidades entre las que se incluían médicos, ginecólogos, psiquiatras, sacerdotes, abogados, filósofos, antropólogos y psicólogos, que más tarde, el 16 de agosto del mismo año, integrarían el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México (GIA), quienes por aproximadamente tres años se dividieron en subgrupos y realizaron investigaciones y discusiones sobre la complejidad del tema. El 21 de mayo de 1979, este Grupo Interdisciplinario presenta su informe final al entonces presidente José López Portillo, y en él concluyen lo siguiente:

Que el aborto en México constituye un problema serio de SALUD PÚBLICA y de SALUD MENTAL.³²

Señalando además que en México las mujeres abortan pero queremos creer que no lo hacen; el Estado cree castigar al aborto y por ello quiere creer que no existe. Sabemos que se han realizado, desde que están en vigor las leyes actuales, millones y millones de abortos en tanto que el número de juzgados y sentenciados por este delito es casi imperceptible. La sociedad mexicana cierra los ojos ante el aborto mientras lo practica a escondidas y el fenómeno sigue en aumento, precisamente por la actitud puritana del estado de mantener una norma legal absolutamente inaplicable.³³

Dicho informe contenía un capitulado en donde se indicaba los puntos desde los cuales se había revisado el tema, siendo éstos:

³¹ *Ibíd.* P. 17.

³² Cfr. Informe del Grupo Interdisciplinario del Aborto. México. 1980. Conapo. P. 11.

³³ Cfr. BARRÓN MARTÍNEZ, Claudia Isabel. *Op. cit.* Pp. 19 y 20.

1. El aborto y la salud pública.
2. El aborto y la sociedad mexicana.
3. Ética y aborto.
4. El aborto como problema legal.
5. Conclusiones y recomendaciones.

Sin embargo, esta iniciativa no ha sido valorada, ni retomada en su justa dimensión, ya que los resultados y las propuestas que se recomendaban por parte de este equipo era la necesidad desde entonces de despenalizar el aborto; a efecto de detener y contrarrestar el problema de salud pública que significa para las mujeres. Existe después de esta fecha una tendencia despenalizadora, pero la estrategia para realizarla no se plantea de acuerdo a las recomendaciones dadas por el GIA, sino tratando de llevar a cabo las reformas bajo el agua, buscando no provocar ni enfrentar discusión alguna con los grupos y sin atender la necesidad de informar adecuadamente a la opinión pública; circunstancias que dieron como resultado que cuando se realiza el primer intento de despenalización del aborto para el estado de Veracruz (1979), éste no fue aprobado dentro del Congreso Estatal por la presión de grupos conservadores entre los que se encuentra en primer término el clero, así como Pro-vida.

La reforma establecía lo siguiente:

Artículo 131.- No se sancionará el aborto en los siguientes casos:

- I. Cuando sea practicado dentro de los noventa días de gestación, siempre que la mujer embarazada hubiere empleado medidas de prevención de la concepción, bajo control médico conforme a reglas prescritas por éste y el aborto se practique en establecimiento hospitalario que reúna condiciones sanitarias adecuadas;
- II. Cuando a juicio de dos médicos exista razón suficiente para suponer que el producto padece alteraciones genéticas o congénitas, que den por resultado el nacimiento de un ser con trastornos físicos o mentales graves;
- III. Cuando sea ocasionado culposamente por la mujer embarazada;
- IV. Cuando el embarazo haya sido resultado de una violación, siempre que se practique dentro de los 90 días de gestación;
- V. Cuando la mujer carezca de medios económicos para el sostenimiento de la familia, tenga tres hijos y se lleve acabo dentro de los 90 días de gestación.

En este mismo año el Movimiento Feminista a través de la Coalición de Mujeres Feministas conformadas en el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres, quienes venían pugnando por la no punibilidad del aborto desde 1972, y bajo este contexto, presentan a la Cámara de Diputados del Congreso Federal una propuesta de despenalización y reglamentación dentro del Código Sanitario de esa época, propuesta que fue retomada para su discusión por el entonces grupo Parlamentario Comunista COALICIÓN DE IZQUIERDA, siendo discutida en 1980-1981 en el Congreso Federal, y la cual fue acompañada de una gran polémica por las campañas organizadas en contra de la propuesta iniciadas principalmente por la jerarquía católica y naciendo en ese momento el grupo PRO-VIDA.

Sin que se lograra su aceptación, dicha propuesta establecía reformar el Código Penal de la siguiente forma:

Artículo 392.- Aborto es la muerte del producto de la concepción después de 12 semanas del embarazo.

Como podemos ver permitía el aborto en cualquier circunstancia siempre que se realizara dentro de los 3 primeros meses de gestación, además de ir acompañada de reformas al Código Sanitario (hoy Ley General de Salud) en donde se reglamentaba la atención médica para la práctica de abortos voluntarios por médicos y parteras.

La congelación del proyecto obedeció principalmente a lo que señalan varias destacadas feministas que participaron, en que PRO-VIDA cuenta con recursos materiales financieros y de organización que en ese momento históricos rebasaron los del Movimiento Feminista que si bien mantenían en ese momento una estructura organizativa, sus recursos de apoyo para incidir en la opinión pública eran limitados, además de no establecerse una relación de apoyo con las estructuras gubernamentales, quienes también evadieron el problema, tal vez por no ser incluido dentro de la iniciativa del partido en el poder durante 70 años.

La campaña lanzada por los grupos de derecha tenía el lema "estos son los asesinos" colocados en carteles tipo "se busca", contenían también la foto de los legisladores y feministas que estaban defendiendo la propuesta, dicha campaña derivó en actos violentos de agresión física contra algunos representantes de la COALICIÓN IZQUIERDA, el resultado fue la desmovilización y fragmentación del movimiento feminista.

Casi inmediatamente a esto, en los primeros meses a la toma de posesión, el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, da instrucciones al Dr. Sergio García Ramírez, Procurador General de la República, para que en coordinación con los poderes legislativo y judicial, realizara un proyecto de reforma que tradujera en hechos las demandas sociales para una mejor justicia, así en 1983, el abogado Celestino Porte Petit, Coordinador del proyecto, entregó al mandatario, a través del Dr. Sergio García Ramírez, un anteproyecto que revisaba la penalización de algunas conductas y la despenalización de otras para adecuar la ley a la realidad social del país, la fuente principal del documento fueron el Código Penal del Estado de Veracruz, reformado en 1980. así como también los planteamientos, resultado de la consulta nacional sobre administración de justicia del X Congreso Nacional de Tribunales Superiores de Justicia.

La propuesta se dio a conocer públicamente el 10 de agosto de 1983, y respecto al delito de aborto, solamente anexaba que:

"No será punible el aborto...

Quando se practique con el consentimiento de la madre y del padre cuando es posible obtener éste, durante los sesenta días siguientes a la concepción, y obedezca a causa económicas graves y justificadas".

Las reacciones no se hicieron esperar, nuevamente el clero comenzó a protestar airadamente contra las reformas propuestas, en esas fechas el movimiento feminista se encontraba desgastado y desmembrado, en esa circunstancia, no fue capaz de consolidar

una fuerza única que permitiera generar el elemento determinante para llevar al triunfo la propuesta.

A la posición de la iglesia se sumaron las marchas y declaraciones del grupo PROVIDA, quienes argumentaron que la propuesta desvirtuaba el compromiso de renovación moral realizado por el Presidente durante su campaña electoral y que aceptar estas reformas era como naturalizar hechos degradantes, producto de la incapacidad de individuos que atentan contra la sociedad.

No obstante las argumentaciones de García Ramírez y Porte Petit, que afirmaron que el proyecto estaba acorde con las necesidades y realidad de la población mexicana, donde la salud de la sociedad no debía depender de normas jurídicas, mucho menos penales, sobre todo en una sociedad democrática donde el control social penal debe ser el último recurso, el Presidente de la República y el Partido Revolucionario Institucional, al cual representaba y a través del cual llegó al poder, mostró el temor real a mantener la discusión en la sociedad mexicana y ante los ataques de los grupos profundamente conservadores y religiosos, el mandatario, a los quince días después de hacer publicar la propuesta y ante los embates a la misma y pese a la convencida defensa que mantuvo García Ramírez, a los cuatro meses el proyecto quedó archivado.

Para 1989, en medio de un ambiente político de cuestionamiento al recién impuesto Presidente de la República, Carlos Salinas de Gortari del Partido Revolucionario Institucional, éste, en una serie de estrategias y malabares por ganarse la aceptación de la población, retoma la propuesta de reforma de 1983 y lanza a su vez slogan para atraer a las mujeres y, por ejemplo en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, promueve la realización de programas de prevención, atención a la infancia y protección a la salud reproductiva.

En ese contexto, Salinas de Gortari hábilmente logra atraer a mujeres feministas a través de la implementación de programas para la atención de VIOLENCIA SEXUAL. Así como en reformas dentro de su propuesta integral al Código Penal, dicha propuesta retomó casi en su totalidad el texto del Código Penal congelado en 1983, pero para la nueva administración en ese momento era más importante la relación con el Vaticano, ya que desde el 5 de junio de 1989, la Conferencia del episcopado Mexicano, dirige un documento al presidente, en el que solicita el clero la modificación de los artículos 3, 5, 24, 27 y 130 constitucionales, mismos que establecen la relación iglesia-estado. La argumentación de la iglesia era modernizar las relaciones de la iglesia con el gobierno mexicano.

En la propuesta final de reforma integral al Código Penal, presentada por el Presidente al Congreso Federal Mexicano, se retiran las tres líneas que contenían la propuesta de no punibilidad del aborto bajo situaciones económicas graves y justificadas, dándose nuevamente una concesión a la iglesia por parte del gobierno, ya que la reforma penal de 1983 quedó en los términos del texto de 1931, pero presentando una propuesta realizada coordinadamente entre éste y los grupos de mujeres, para la penalización de los delitos de violencia sexual hacia las mujeres, así como generando Centros de atención "especializados".

En ese momento para los grupos de mujeres no existían las condiciones apropiadas para discutir la despenalización del aborto quedando en total ambigüedad, dejando a las mujeres la única salida "el aborto clandestino".

2.2.1. CASO CHIAPAS.

En los primeros días de octubre de 1990, se envía por parte del Gobernador de Chiapas, Patrocinio González Garrido, el Proyecto de Código Penal y se distribuye a los Diputados de la LVII Legislatura local. En ese momento, la legislatura, principalmente los partidos de oposición, sólo centraron su atención en dos artículos: el 173 y 174 de la propuesta, que lesionaban la libertad de expresión e imprenta. El 9 de octubre, en la sesión del Congreso, la discusión, nuevamente se centra en el mismo conflicto, lográndose su exclusión del proyecto de Código y realizándose de ésta forma, la inmediata aprobación del documento, pero, según declaraciones de los propios legisladores, nadie se percató del contenido del artículo que a la letra señalaba:

Artículo 136.- No es punible el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de violación, si se realiza dentro de los noventa días a partir de la concepción; cuando a causa del embarazo la madre corra peligro de muerte o pueda determinarse que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas que den por necesario el nacimiento de éste con trastornos físicos o mentales graves, cuando el aborto se efectúe por razones de planificación familiar en común acuerdo con la pareja; o en el caso de madres solteras, siempre que tales circunstancias se tomen dentro de los primeros 90 días de gestación y previo dictamen de otros médicos, cuando sea posible, y no sea peligrosa la demora; o cuando se pruebe que el aborto fue causado por la imprudencia de la embarazada.

El 11 de octubre de ese año, se publica en el Diario Oficial el nuevo Código y de acuerdo con las nuevas disposiciones entra en vigor cincuenta días después, esto es, el 1° de diciembre de 1990.

El 16 de diciembre, el propio gobernador, en conferencia de prensa, realizó declaraciones sobre la nueva propuesta, en referencia a la despenalización del aborto, manifestando que ésta era una medida sustentada en una amplia consulta popular y que dicha ley no convocaba a que se abortara, pero permitía que en libertad de conciencia la mujer pudiese elegir: "si una gente es cristiana y su convicción religiosa le aconseja no hacerlo, esto no la obliga, pero una pobre mujer embarazada en una violación o que va a traer a un hijo al desamparo y que en conciencia quiera abortar, sepa que hay absoluta libertad para que lo haga, yo no le veo riesgo de debate."³⁴

La declaración en mención fue publicada en primera plana, iniciando la condena inmediata de la iglesia y la amenaza de excomunión, los obispos del Estado Felipe Aguirre Franco, de Tuxtla Gutiérrez, y Samuel Ruiz, de San Cristóbal de las Casas emiten un comunicado de protesta y convocan a los fieles; el grupo PRO-VIDA se dirigió con volantes y calcomanías en contra del Aborto a Tuxtla Gutiérrez; el 24 de diciembre, inician una campaña de concientización doctrinal, exhortan a los fieles a manifestar su rechazo público a la despenalización, laicos comprometidos visitaron casas y comercios solicitando firmas de apoyo e invitaban a la gente a salir a la calle a protestar, exhibían las clásicas fotografías de esa agrupación, en donde se mostraban a todo color partes de un feto destrozado; para el 28 de ese mismo mes de diciembre, la iglesia tenía recolectadas más de doscientas mil firmas. Ese mismo día realizaron también una marcha silenciosa de mujeres y entregaron al Diputado local del PRI, Elmar Seltzer la petición única de la iglesia "derogación del artículo

³⁴ Ibid. P. 18

136 del Código penal y legislación a favor de la vida, desde la concepción". En San Cristóbal de las Casas y Tapachula se realizaron marchas simultáneas.

El lunes 31 de diciembre, en sesión extraordinaria, el congreso local es citado a discutir y votar la propuesta a través de la que se suspende la Reforma al artículo 136 del Código Penal de Chiapas, la argumentación del ejecutivo estatal fue que la suspensión se haría temporalmente en lo referente a los artículos del aborto, en tanto que la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitiera una opinión al respecto, misma que a la fecha nos encontramos esperando.

A partir de que se conoce la nueva ley, el Movimiento Feminista y de mujeres, así como personalidades y los medios de comunicación intentan detener el embate que dieran los grupos encabezados por Pro-vida, sin embargo sólo se mantuvo la capacidad de realizar acciones solidarias en pro de la nueva ley, tales como declaraciones, artículos, desplegados, y no de movilizar al conjunto de la sociedad y de la opinión pública. Fue hasta el 22 de junio de 1991 que el movimiento feminista realiza un FORO POR LA MATERNIDAD VOLUNTARIA Y LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, se entrevistaron grupos de mujeres de todo el país con el Gobernador, se le solicitó se descongelara la medida adoptada por la Legislatura del estado para que antes de que terminara el período de diciembre de 1991. La respuesta de Patrocinio González a los grupos fue que sería la propia Legislatura del Estado quien decidiría ya que no aceptarían presiones de grupos que nada tenían que ver con la realidad de la sociedad chiapaneca. Para entonces habían transcurrido seis meses en que se solicitara la opinión a la CNDH y no había dado ninguna respuesta.

2.2.2. PROPUESTA DE ROSARIO ROBLES PARA DESPENALIZAR EL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL.

Actualmente y ahora más que nunca, el tema del aborto es objeto de polémica entre diversos sectores de la sociedad, luego de que la Asamblea Legislativa aprobó el 18 de agosto del año 2000 nuevas causales para despenalizar el aborto.

Estos acontecimientos han generado una controversia nacional y ante ello, los legisladores del PRD, PRI, PT y PCD dieron su voto a favor de la iniciativa de reforma y adiciones al Código Penal, para no castigar el aborto en los siguientes casos: si peligró la vida de la madre, si el feto presenta alguna malformación congénita que afecte su salud y si el embarazo es producto de una violación, así como por inseminación artificial no consentida.

Los legisladores del PAN se opusieron a la propuesta presentada por Rosario Robles, a quien compararon con Adolfo Hitler, por haber presentado dicha iniciativa.

Una de las adiciones más importantes y significativas es el hecho de que se especifica de manera clara que las mujeres que deseen abortar podrán contar con toda la información al respecto, además de tener autorización del propio Ministerio Público. Ésta es una reforma fundamental ya que en otros estados donde el aborto es legal bajo ciertas circunstancias, no se especifica en las leyes la manera en que éste podrá llevarse a cabo.

Las modificaciones hechas al artículo 334 refieren la obligación que tendrán todas las instituciones de salud de proporcionar a la madre información objetiva, veraz y suficiente sobre los riesgos, consecuencias y efectos del aborto.

Todas las mujeres podrán acceder a toda la información para que puedan tomar la decisión de manera libre, informada y responsable en los casos de violación, peligro de salud, alteraciones genéticas o congénitas, según quedó establecido en el artículo 131 bis del Código Penal.

Asimismo, el artículo 131 bis, faculta al Ministerio Público a autorizar en un término de 24 horas la interrupción del embarazo de acuerdo con lo previsto por el artículo 334 fracción I del Código Penal, es decir, cuando exista denuncia por delito de violación, la víctima declare su embarazo y se compruebe la existencia del mismo en cualquier institución del sistema público o privado.

Con las modificaciones a los artículos 332, 333, 334 y 131 bis del Código Penal, a las que se opusieron siete legisladores panistas, quedó establecida una pena de uno a tres años de prisión a la mujer que voluntariamente se practique el aborto o consienta en que otra persona la haga abortar.

"Rosario Robles fue muy clara al señalar que con estas reformas no se pretende resolver los graves problemas de conciencia que afronta toda mujer que interrumpe su embarazo. Esta iniciativa permitirá avanzar frente a los rasgos de hipocresía de aquellos sectores de la sociedad que no se atreven a mirar de frente un problema que, año con año, provoca que mueran miles de mujeres en medio de la angustia y la desesperación".³⁵

TEXTO LEGAL

Decreto por el cual se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

ARTÍCULO PRIMERO.- Se reforman los artículos 332, 333 y 334 del Código Penal para el Distrito Federal para quedar de la siguiente manera:

Artículo 332.- Se impondrán de uno a tres años de prisión a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar.

Artículo 333.- el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

Artículo 334.-No se aplicará sanción:

I.- Cuando el embarazo sea resultado de una violación, o de una inseminación artificial no consentida.

II.- Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud 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;

³⁵ ESPINOSA, Graciela. Entorno de la Ciudad. Artículo de Fondo. <http://www.df.gob.mx/actuar/aborto.htm>. P. 2

III.- Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada.

IV.- Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

En los casos contemplados en las fracciones I, II y III los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencia y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.

ARTICULO SEGUNDO.- Se adiciona el artículo 131 Bis del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, para quedar de la siguiente manera:

Artículo 131 Bis.- El Ministerio Público autorizará en un término de veinticuatro horas, la interrupción del embarazo de acuerdo con lo previsto en el artículo 334, fracción I del Código Penal cuando concurren los siguientes requisitos:

I.- Que exista denuncia por el delito de violación o inseminación artificial no consentida;

II.- Que la víctima declare la existencia del embarazo;

III.- Que compruebe la existencia del embarazo en cualquier institución del sistema público o privado de salud;

IV.- Que existan elementos que permitan al Ministerio Público suponer que el embarazo es producto de la violación; y

V.- Que exista solicitud de la mujer embarazada

Las instituciones de salud pública del Distrito Federal deberán, a petición de la interesada, practicar el examen que compruebe la existencia del embarazo, así como su interrupción.

En todos los casos, tendrán la obligación de proporcionar a la mujer información imparcial, objetiva, veraz y suficiente sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes; para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable. Esta información deberá ser proporcionada de manera inmediata y no deberá tener como objetivo, inducir o retrasar la decisión de la mujer.

De igual manera, en el período posterior ofrecerán la orientación y apoyos necesarios para propiciar su rehabilitación personal y familiar para evitar abortos subsecuentes.

2.3. LA LEY Y EL ABORTO EN EL DISTRITO FEDERAL.

La finalidad de este tema es tener una noción más amplia sobre la eficacia de la ley en lo que se refiere al delito de aborto en el Distrito Federal.

Creemos que las leyes que regulan el aborto no operan y es imposible aplicarlas, como lo explica un sencillo cálculo numérico. Si las 850,000 mujeres que abortan al año fueran encarceladas junto con una persona que colaborará con ellas, habría 1,700,000 encarcelados cada año que acompañarían a varios millones más que estarían purgando penas de por lo menos cuatro años en las cárceles. ¿En dónde cabrían las personas implicadas en un aborto, si tuvieran que ir todos a prisión?. Tal vez por ello, ninguna autoridad persigue este delito.

Los casos que llegan a ser denunciados son aquéllos en los que se presentan complicaciones post-aborto que ponen en peligro la vida de las mujeres, tan solo en el Distrito Federal las denuncias iniciadas por la Procuraduría General de Justicia de la Capital, registraron las cifras siguientes³⁶:

	Enero-diciembre 1994	Enero-diciembre 1995
N° de denuncias	76	97

Estas cifra se reducen mucho más respecto a las Denuncias que son debidamente integradas y consignadas ante el Juez Penal, tal y como se muestra en los siguientes datos.

Averiguaciones Previas Denuncias	1995	1996
Total iniciadas	94	54
En mesa de tramite consignadas	12	29
Incompetencia, Reserva o No Ejercicio de la Acción Penal.	3	2
	79	23

PROCESOS PENALES POR EL DELITO DE ABORTO

Reclusorio Norte 1992-1994

Total de procesos: 5

Causas Penales y situación: 93/93 en archivo

21/92 sentencia condenatoria dos años

96/93 orden de aprehensión

131/93 sentencia absolutoria

26/93 sentencia condenatoria dos años conmutable

Reclusorio Norte 1995

Total de procesos: 1

³⁶ Cfr. BARRÓN MARTÍNEZ, Claudia Isabel. Ob.cit. Pp. 27-29.

Causa penal: 65/95

Etapas: sentencia condenatoria

Término: 6 meses y 25 días de prisión, conmutable con multa de \$ 3,000.00 sólo a ella, él está pendiente.

Reclusorio Norte: 1996

Total de procesos: 1

Causa penal: 57/96

Etapas: en proceso

Situación: inculpada prófuga con orden de aprehensión.

Reclusorio Oriente 1995

Total de procesos: 1

Causa penal: 62/95

Etapas: sentencia absolutoria

Reclusorio Oriente 1996

Total de procesos: 1

Causa penal: 63/96

Etapas: en estudio

2.4. LEGISLACIÓN MUNDIAL DEL ABORTO.

2.4.1. AMÉRICA Y EL CARIBE.

En la mayoría de los países de América y el Caribe, el aborto es penalizado, castigando a la mujer y a la persona que realiza el procedimiento. No obstante, las leyes anti-aborto no son aplicadas en gran parte de la región.

GUYANA.- Representa uno de los países en donde una mujer puede obtener un aborto sin mayores problemas o con pocas restricciones.

COLOMBIA Y EL SALVADOR.- En los últimos años Colombia y El Salvador enmendaron sus códigos penales para prohibir el aborto.

MÉXICO.- Éste es el caso de México, donde el aborto es permitido en algunos estados bajo condiciones específicas. El aborto es legal en los 32 estados mexicanos en caso de ultraje, y en 29 estados es permitido para salvar la vida de la madre. En sólo unos cuantos, se permite si se diagnostica deformación fetal o después de que una mujer es inseminada artificialmente en contra de su voluntad. Un solo estado lo permite por razones económicas, siempre y cuando la mujer ya tenga por lo menos tres hijos.

PUERTO RICO.- Debido a su status colonial, todas las regulaciones concernientes al aborto en Puerto Rico son dispuestas por los Estados Unidos. Luego de la decisión de la

Corte Suprema en el caso *Roe vs Wade* en 1973, el aborto se legalizó en la Isla mediante *jure ex colonia*. Esto parece haber creado una situación donde el aborto no es reconocido ampliamente como un derecho, sino visto como una imposición ya que no fue el resultado de reivindicaciones y luchas locales. Además, aún existen obstáculos para que una mujer pueda practicarse un aborto seguro en Puerto Rico. Por ejemplo, está prohibido por ley la publicidad de estos servicios. Yamila Azize-Vargas y Luis Avilés denominan esta situación como una 'clandestinidad legal', y afirman que este factor juega un papel decisivo al asociar la práctica abortiva con sentimientos de culpa e ilegalidad, cohibiendo a las mujeres de buscar dichos servicios cuando quieren terminar un embarazo no deseado.³⁷

Sin embargo, existe una incidencia muy baja de abortos en la Isla. Una vez más, su historia colonial ofrece probablemente la mejor explicación. En Puerto Rico, se implementaron programas de control poblacional desde 1937, mucho antes de que se dieran en cualquier otro país latinoamericano o caribeño. Como resultado, el grado de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos entre las puertorriqueñas ha sido más alto que el de sus homólogas en el Caribe y América Latina. Para 1982, el 69% de las mujeres viviendo con sus compañeros utilizaban algún contraceptivo. Asimismo, resulta asombroso el hecho de que el 49% de las mujeres en edad para concebir —es decir, entre los 15 y los 49 años de edad— han sido esterilizadas. Realidad que es producto de las campañas de esterilización patrocinadas por los Estados Unidos.

CUBA.— El aborto se legalizó en 1979 luego de que un estudio demostrara que el aborto ilegal era la causa principal de muerte de las mujeres entre las edades de 15 y 44 años. Por casi 20 años, en Cuba no han existido las limitaciones legales, religiosas y políticas que rodean el aborto en otros países latinoamericanos. De hecho, la ley del aborto cubana ha pretendido proteger a la mujer, particularmente al garantizar el que todas puedan financiar un aborto seguro. El aborto es ilegal durante el primer trimestre, por ejemplo, cuando es realizado por personal no capacitado fuera de facilidades hospitalarias oficiales con fines de lucro, y no garantizan la seguridad del procedimiento.

Por consiguiente, Cuba tiene la tasa más baja de mortalidad materna comparada con las de sus vecinos caribeños y latinoamericanos. En 1988, hubo 39 muertes por cada 100,000 nacimientos, comparado a 160 y 220 por cada 100,000 en América Central y Sur América, respectivamente. No obstante, las tasas de aborto son muy altas, con 58 abortos por cada 1,000 mujeres. De hecho, el aborto se ha convertido en un método para el control de la natalidad, debido mayormente a la escasez de contraceptivos causados por el embargo económico de los Estados Unidos.

CHILE.—En 1989, durante las últimas semanas del régimen de Augusto Pinochet, se aprobó la ley que criminaliza el aborto terapéutico en Chile. Jaime Guzmán, abogado y miembro del Opus Dei que redactara la Constitución de 1980, encabezó la campaña para penalizar el aborto antes de la transición a la democracia. Además, defendió una enmienda constitucional estableciendo el derecho a la vida digna, incluyendo la protección del feto, que imposibilita eficazmente cualquier intento futuro para despenalizar el aborto o aprobar cualquier legislación que pudiese permitir el ejercicio de este derecho reproductivo. Guzmán, quien fue asesinado en 1991 supuestamente por el frente Patriótico Manuel Rodríguez (FPMR), declaró que aquéllos que deban escoger entre el martirio o una falta moral,

³⁷ Cfr. Yamila Azize-Vargas y Luis A. Avilés, "Abortion in Puerto Rico: The limits of Colonial Legislation", in *Abortion: Unfinished Business*, Reproductive Health Matters Series, No.9 (mayo de 1997). P. 56.

deberían escoger lo primero. Por supuesto, bajo las disposiciones que Guzmán ayudó a probar, todo los posibles "mártires" son mujeres.

A pesar de su ilegalidad, se estima que unas 160,000 a 300,000 chilenas se practican abortos cada año. De acuerdo a un estudio comparado, Chile tuvo las tasas de aborto más altas en América Latina, con seis abortos por cada diez nacimientos. Los restantes países incluidos en el estudio —Brasil, Colombia, Perú y la República Dominicana— tuvieron un promedio de cuatro abortos por cada diez nacimientos, excepto México que promedió dos abortos por cada diez nacimientos. Según las estadísticas de la Secretaría de Salud, 44,500 mujeres recibieron tratamiento médico relacionado al aborto en 1990. En dos de tres casos, el tratamiento se debió a complicaciones. En Chile, el 36% de la mortalidad materna se debe a abortos ilegales o clandestinos, convirtiéndose en la primera causa de mortalidad materna en este país.³⁸

Durante el régimen de Pinochet, se alentó al personal médico a denunciar tanto a las mujeres que buscaran cuidado médico luego de un aborto mal hecho como quienes realizaran el procedimiento. Aunque actualmente hay pocas demandas en contra de mujeres que abortaron o en contra de médicos abortistas, el temor a ser procesadas desanima a las chilenas a buscar tratamiento médico aun cuando padecen complicaciones graves. Obviamente, esto afecta mayormente a las chilenas de escasos recursos, quienes no pueden financiar el costo de un procedimiento seguro que no represente un riesgo para su salud.

ESTADOS UNIDOS.— El 22 de enero de 1973, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, en los fallos "Roe v. Wade" y "Doe v. Bolton", legalizó el aborto a petición a nivel nacional. Esta decisión fue tomada por el Tribunal Supremo por encima de las legislaturas estatales.

"Roe v. Wade" y "Doe v. Bolton" quitaron todos los derechos a los Estados de penalizar el aborto de alguna manera.

El Tribunal declaró en el caso "Roe v. Wade" que: "...los Estados no pueden prohibir el aborto mientras el feto no sea viable, definiendo la viabilidad el propio Tribunal en ese mismo fallo como el momento en que el bebé por nacer "es potencialmente capaz de vivir fuera del útero de la madre, aun por medios artificiales"³⁹

También declaró que después que el feto es viable los Estados pueden prohibir el aborto, excepto en caso de peligro para la vida o la salud de la madre. Sin embargo, el fallo "Doe v. Bolton" definió el término "salud" tan ampliamente, incluyendo factores físicos, emocionales, psicológicos, familiares, así como la edad de la mujer; que ésta queda justificada legalmente en practicarse el aborto por cualquier razón.

La legalización del aborto en los Estados Unidos no se detuvo con los fallos "Roe v. Wade" y "Doe v. Bolton". A través de las últimas dos décadas, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos ha tomado otra serie de decisiones que han liberalizado más aún el aborto.

³⁸ Cfr. RAYAS, Lucía. Penalizando el aborto: Un Crimen contra la Mujer. http://www.nacla.org/span_cd/jan_feb_98/6.htm. P.3

³⁹ Las Leyes del Aborto en Estados Unidos. <http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/leyes.htm>. P.1

Entre otras leyes, el tribunal ha aprobado permitir a la mujer practicarse un aborto sin el consentimiento de su esposo y a una menor sin el de sus padres.

En 1983 el Tribunal supremo declaró inválido un estatuto que obligaba a los aborteros a informar a las mujeres, que venían a practicarse un aborto, sobre los riesgos médicos del mismo y sobre las alternativas al aborto. En 1986, entre las restricciones al aborto que el Tribunal anuló, estaba el consentimiento informado de la mujer que va a abortar.

El presidente de los Estados Unidos, Bill Clinton y el Vicepresidente Al Gore son proabortistas. El 22 de enero de 1993, precisamente en el XX aniversario de "Roe v. Wade", el Presidente Clinton inauguró su gobierno derogando ciertas políticas provinda de las presidencias anteriores:

*Derogó leyes de 1988 que prohibían a las clínicas de "planificación familiar" usar los impuestos del pueblo estadounidense para aconsejar, referir o promover el aborto.

*Eliminó la prohibición, también establecida en 1988, de usar fondos federales para la investigación sobre el uso de tejidos y órganos de bebés abortados para supuestamente curar ciertas enfermedades, ya que esto aumentaría considerablemente el número de abortos en los Estados Unidos y en el mundo entero. Los investigadores carniceros irán a otros países en busca del tejido fetal que necesitan.

*Le ordenó a la Administración de Alimentos y Fármacos o FDA (Food and Drugs Administration) de los Estados Unidos, revisar la ley que impedía la entrada de la píldora abortiva RU-486. esto fue el primer paso en el proceso de introducirla en el país.

*Le ordenó al Departamento de Defensa permitir los abortos, pagados por fuentes privadas, en instalaciones militares de los Estados Unidos en todo el mundo.

*Derogó la "política de Ciudad México" de 1984, la cual le prohibía al gobierno de los Estados Unidos suministrar fondos federales a organizaciones de planificación familiar, como la IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) y ciertos organismos de la ONU, que proveen servicios de abortos o que promueven la legalización del aborto en otros países.

Aunque cada Estado de Norteamérica tiene su propia legislación, en general todos ellos contemplan cinco razones para abortar, y son las siguientes:

1. Que se ponga en peligro la salud física y mental de la mujer (California, Colorado, Georgia, Marylan, Carolina del Norte y Misisipi).

2. Preñez causada por violación o incesto (California, Colorado, Georgia, Marylan, Carolina del Norte y Misisipi).

3. Probabilidades de que el producto tenga debilidad mental o alteraciones mentales, o sea retraso mental o que tenga deformidades físicas (Colorado, Georgia, Marylan, Carolina del Norte).

4. Requisito de residencia. Son los que imponen cierto tiempo de residencia en el Estado para realizar el aborto (Carolina del Norte y Colorado).

5. Tiempo en que el aborto es permisible. La mayoría de las legislaciones coinciden en que sólo podrá hacerse en el primer trimestre del embarazo cuando la madre corre menos peligro.

ECUADOR, HONDURAS, COLOMBIA, PERU, VENEZUELA.- Solamente se permite el aborto por razones terapéuticas, por violación y cuando existen situaciones que puedan poner en peligro la vida de la mujer embarazada.

BRASIL.- En Brasil esta determinado el aborto terapéutico por una Comisión o Comité de Médicos, que pueden resolver permitirle el aborto a la mujer por razones de salud.

PARAGUAY, ARGENTINA.- La legislación de estos países es semejante a los demás países, esto es que solamente se permite el aborto cuando hay extrema necesidad, para salvar la vida a la mujer o que el embarazo sea producto de alguna violación. Aunque en Argentina fue una de las primeras legislaciones del mundo donde se incluyó el aborto por razones eugenésicas, sentimentales o éticas; pero, por lo demás sigue estando restringido el acceso al mismo.

URUGUAY.- Una de las legislaciones más avanzadas en éste sentido es la de Uruguay, ya que existe el permiso y el consentimiento para el aborto bajo los siguientes términos: Que el aborto pueda efectuarse para salvaguardar el honor de la mujer o de su esposo, en este caso la penalidad podría disminuirse hasta la mitad; cuando el aborto se produce con consentimiento de la mujer no puede haber ninguna penalidad; cuando se demuestre "angustia económica", esto le da derecho a la mujer, a tener acceso al aborto rápidamente, cuando demuestra que no puede mantenerse a sí misma, y que mucho menos podría mantener un nuevo ser.

SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO EN AMERICA

PAISES DONDE EL ABORTO ES LEGAL	PAISES EN DONDE EL ABORTO ES ILEGAL, EXCEPTO EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:				PAISES DONDE EL ABORTO ESTA ABSOLU TAMENTE PRO HIBIDO
	POR RAZONES SOCIO-ECONO MICAS	PARA PROTEGER LA SALUD DE LA MUJER Y EN CASO DE MALFORMACION FETAL	PARA SALVAR LA VIDA DE LA MUJER	EN CASO DE ULTRAJE O INCESTO	
CUBA 1 GUYANA PUERTO RICO ESTADOS UNI DOS	BARBADOS BELICE	ARGENTINA 2 BAHAMAS BOLIVIA 2 COSTA RICA 2 GRANADA 2 JAMAICA 2 PANAMÁ TRINIDAD Y TOBAGO URUGUAY 2	BRASIL REPUBLICA DO MINICANA ECUADOR GUATEMALA HAITÍ HONDURAS MÉXICO NICARAGUA PARAGUAY SURINAM VENEZUELA	BOLIVIA BRASIL ECUADOR	CHILE COLOMBIA EL SALVADOR

1. Durante las primeras diez semanas de gestación.
2. Indica aquellos países en donde el aborto es permitido solamente para proteger la salud de la mujer.

2.4.2. EUROPA OCCIDENTAL, EUROPA ORIENTAL, MEDIO ORIENTE, PAÍSES ASIÁTICOS, PAÍSES AFRICANOS.

En este tema veremos sólo algunos ejemplos de cómo se encuentra legislado el aborto en algunos países del mundo.

EUROPA OCCIDENTAL

INGLATERRA.- La ley en Inglaterra que permite el aborto entra en vigor el 27 de abril de 1968, y establece que para efectuarse un aborto se requiere de: en primer lugar, un Certificado Médico firmado por dos doctores en el que conste que el aborto debe ser necesario; y en segundo lugar, la operación deberá ser notificada a las autoridades.

Lo anterior, provocó que todas las mujeres que quisieran abortar, debían de conseguir el certificado médico firmado por dos doctores, lo que permitió que muchas mujeres en Inglaterra, tuvieran el acceso al aborto rápidamente, demostrando un estado de necesidad. Después de que entró en vigor esta ley, se ha visto que el porcentaje de mujeres, casadas y no casadas, se ha estabilizado. Debido al grado tan enorme del uso del aborto en Inglaterra, se creó un comité especial de supervisión, que vigilara las estadísticas, y regulara completamente la realización de abortos a pacientes en el hospital. De tal forma tenemos que en Inglaterra existe gran facilidad para practicar el aborto seguro supervisado a través de un comité y llevando un control estricto del mismo. Esta ley tiene vigencia no sólo en Inglaterra, sino también en Escocia y Gales.

FRANCIA.- En Francia existían muchos abortos clandestinos. Aunque para 1939 ya se permitía el aborto terapéutico, sólo con el fin de conservar la vida de la madre; y debido al empuje social que representaba esta situación, para el año de 1975 se dictó la ley relativa a la interrupción voluntaria del embarazo, aunque para ese momento ya se habían desechado proyectos como el de 1973 que solicitaba la liberación del aborto, así como algunas opiniones públicas realizadas en 1971, con un famoso manifiesto de trescientos treinta y un médicos para la liberación del aborto, en la que declararon que practicaban el aborto y favorecían su realización, esto suscitó emoción y perplejidad entre los dirigentes, así como también se creó la Asociación Nacional para el Estudio del Aborto que presionó para que se estableciera la ley de 1975.

SUIZA.- En este país el aborto está regulado en su Código Penal en los artículos 118, 119 y 120 que permiten el aborto por razones de salud y cuando está en peligro la vida de la mujer. El artículo 120 contempla, entre otros aspectos, los siguientes: primero, el aborto deberá ser efectuado por un médico calificado o especializado; segundo, el aborto deberá llevarse a cabo con el consentimiento escrito de la mujer encinta y el tercero, deberá tener el certificado de un solo doctor también especializado, en el que deberá de constar que la preñez podría poner en peligro la vida y la salud de la mujer.

ESCANDINAVIA.- En la ley expedida en 1956, se previene sobre la sospecha fundada del estado de enfermedad que pone en peligro la vida de la mujer, en este caso el aborto podrá ser efectuado. Sin embargo, ISLANDIA en la ley de 1935, la más vieja de ESCANDINAVIA pero la que parece ser la más liberal, incluye algunas razones sociales como son la cantidad de hijos, el intervalo de cada uno de ellos; las condiciones en que viven y si pueden mantener un niño más, la pobreza, el estado de enfermedad, son causas que fundan el derecho de aborto de ese país. En NORUEGA, se da mayor valor a la vida y salud de la mujer que a la vida del feto, por lo que las primeras son condiciones suficientes para que en caso de peligro de muerte o de enfermedad, el derecho de aborto deba ser utilizado.

En general, encontramos diferencias en la legislación de ESCANDINAVIA, ya que algunas establecen el límite de tiempo para abortar, en ISLANDIA se menciona el número máximo de ocho semanas, en NORUEGA, doce, en DINAMARCA y FINLANDIA dieciséis, en SUECIA veinte y cuando hay una situación especial otorgada por motivos de salud, podría detenerse la preñez hasta las veinticuatro semanas.

REPÚBLICA FEDERAL ALEMANA.- Por disposición legal de 1974, reformada por un Reglamento sobre el Aborto en 1976, se permite el aborto bajo las siguientes causas:

a) Cuando se pone en peligro tanto la vida como la salud mental y física de la mujer debido a la continuación del embarazo.

b) Debía de hacerse el aborto en el lapso de las veintidós semanas de la concepción de acuerdo con la opinión médica.

c) Se permite el aborto eugenésico, es decir aquél que se aplica cuando hay sospecha fundada de que el niño podría nacer con deficiencias físicas debido a enfermedades hereditarias sufridas por la madre. También por la unión ilegal, o sea, por violación o cualquiera de las formas de abuso de la libertad sexual, en estas dos hipótesis el aborto debe ser efectuado dentro de las doce semanas de embarazo.

d) También, cuando se exponga a la mujer a soportar riesgos serios debido al embarazo que impidan a la misma continuar con la preñez en la opinión del médico practicante.

Notamos que un elemento importante es el hecho de que en este país está permitido el aborto por razones de enfermedad de la mujer en el momento del embarazo.

ITALIA.- Por disposición de la Ley de 1978 se despenalizaba el aborto bajo estas circunstancias: Las mujeres mayores de 18 años podían tener el derecho a que se les hiciera el aborto dentro del primer trimestre del embarazo por razones económicas, sociales, familiares o psicológicas o si se veía algún defecto en el desarrollo del feto. Estas mujeres ahora pueden obtener ese derecho después de siete días de reconocido el embarazo.

En este país, el aborto puede ser realizado después del primer trimestre si existe peligro en la vida o en la salud de la mujer debido al embarazo o bien, si existen fundamentos para creer que el feto o el producto vienen defectuosos. Cabe mencionar que en este país las mujeres menores de 18 años para que se les otorgue ese derecho se requiere el consentimiento de los padres o tutores.

En países como BÉLGICA, LUXEMBURGO y PAÍSES BAJOS, el aborto está prohibido, registrándose abortos clandestinos y muchos viajes a INGLATERRA para practicarse un aborto.

En general notamos que el aborto terapéutico y el aborto por estado de necesidad, o por violación, está debidamente legalizado en la mayor parte de los países que conforman la Europa Occidental.

EUROPA ORIENTAL

Por lo que se refiere a la Europa Oriental debemos decir que en algunos países sigue estando penalizado el aborto, y que actualmente es un problema, aunque la ley sobre el mismo tienda a liberarse, por lo que es preferido el aborto clandestino.

El hecho de que no existe un anticonceptivo 100% eficaz y aceptable a todas las clases sociales, y el terror que provoca el aborto clandestino, ha provocado que los países orientales de Europa traten de reglamentar este derecho a decidir el embarazo.

BULGARIA.- Se ha reglamentado el aborto bajo los siguientes conceptos:

a) El aborto se prohíbe en los casos en que la mujer no tuviera ningún hijo, solamente si por indicaciones médicas estas circunstancias estuviesen previstas con fundamentos de naturaleza grave;

b) El aborto está autorizado en los casos en que la mujer tuviera uno o dos hijos, pero requiere la autorización especial de una junta de médicos

c) Para la interrupción del embarazo no se requiere de la autorización de esta junta de médicos, si la mujer tiene más de 45 años de edad o si ya tiene más de tres hijos.

d) Para el aborto realizado a mujeres que no son casadas también se requiere el consentimiento del comité especial de médicos, el cual se deberá sujetar a las siguientes circunstancias:

1. Si la mujer tiene 16 años de edad estará sujeta al consentimiento de los padres.
2. Si la mujer ha sido embarazada por una persona con la cual no puede casarse a causa de su parentesco cercano.
3. En los casos de violación.
4. En los casos en que existan serias complicaciones sociales establecidas.

CHECOSLOVAQUIA.- En este país ocurrió lo mismo que en BULGARIA, después de 1957, el número de abortos se intensificó, lo que provocó que se tuviera que reglamentar, despenalizando en los siguientes casos: por razones de salud de la mujer, por la edad avanzada de la mujer en cinta, el hecho de tener tres o más hijos, la muerte o incapacidad del esposo, la destrucción de la familia, la falta de economía que no puedan satisfacer las

necesidades primarias, la difícil situación que le acarrea el embarazo a una mujer soltera, cuando el embarazo ha sido producto de una violación o cualquier otro acto criminal.

HUNGRÍA.- En 1956 se liberó el aborto y se estableció bajo las siguientes características para tener acceso al mismo:

a) Se autoriza si es necesario para salvar la vida o salud de la mujer y en los casos en que se sospeche fundadamente que el niño pueda tener daños físicos o mentales;

b) Se autorizará también si existen circunstancias que justifiquen la terminación del embarazo, las cuales estarán evaluadas bajo el criterio de la Comisión, circunstancias que pueden ser sociales, económicas, familiares; aunque esta autorización está limitada para los primeros tres meses del embarazo. Para llevar a cabo este tipo de abortos se requiere que se efectúen en hospitales especializados, los cuales estarán obligados a elaborar un informe sobre los abortos efectuados.

c) Asimismo la junta que autoriza esta clase de operaciones debe estar obligada a hacer un reporte anual de sus actividades.

POLONIA.- Por legislación de 1959, se establecía que si el aborto se solicitaba por motivos sociales sobre las condiciones de vida, se le debería de exponer o declarar esas razones al especialista que practicaría el aborto. De esta manera el especialista debía de determinar si era viable o no el aborto en la mujer, asimismo este especialista debía emitir el certificado para que la mujer abortara para ella y solicitarle que acudiera a los centros o instituciones en donde se podría efectuar el aborto. Cuando algún médico especialista le negara el derecho de abortar a la mujer, ésta podría acudir a juntas médicas de su residencia para que determinaran en su caso. Así pues, los especialistas que hacen abortos en POLONIA, están obligados a mandar reportes de sus operaciones de salud.

RUMANIA.- A partir de 1967 se estableció la siguiente reglamentación de aborto:

a) Cuando el embarazo causa o pone en peligro la vida de la mujer.

b) Cuando alguno de los padres sufre una enfermedad hereditaria o cuando existe fundamento para que el feto nazca con deformaciones.

c) Cuando la mujer en sí sufre complicaciones serias mentales o cualquier desorden en sus sentidos.

d) Cuando la mujer es mayor de los 45 años

e) Cuando la mujer tiene en esos momentos cuatro niños que estén bajo su cuidado.

f) Cuando el embarazo ha sido causa de una violación o cuando ha sido producto de un incesto.

En la mayoría de los países de Europa Oriental, está debidamente reglamentada la práctica del aborto.

MEDIO ORIENTE

TURQUÍA.- Este país solamente permite el aborto por razones eugenésicas, terapéuticas y cuando el embarazo sea resultado de una violación.

ISRAEL.- Este país vive una situación semejante a la de Turquía con la diferencia de que en Israel, las pruebas sobre embarazo son muy accesibles, cuando una mujer decide abortar puede recurrir al Fondo de Enfermos, el aborto no es muy caro en este país y además es una operación que se hace ambulatoriamente, ya sea en la casa del paciente, en el consultorio, en las clínicas o en cualquier otra parte.

IRÁN, JORDANIA, LÍBANO, BAHRAIN.- En estos países el aborto clandestino es el preferido por la mujer, debido a que las legislaciones de éstos, no lo permiten sólo es legalmente practicado por razones terapéuticas.

SIRIA.- Está permitido sólo el aborto terapéutico y se requiere para ello de un reporte justificado de dos médicos, en donde establezcan si la salud de la mujer se pone en peligro por el embarazo.

PAÍSES ASIÁTICOS

INDIA.- Un proyecto titulado "La terminación médica de la preñez, de 1969", prescribe ciertas excepciones que podemos resumir en las siguientes; cualquier aborto terapéutico debía ser realizado por un médico especialista en un tiempo no mayor de las doce semanas de embarazo, o por dos médicos especialistas cuando este tiempo se hubiese excedido, aunque no debía de pasar de veinte semanas, y para realizar este tipo de abortos podrían existir dos hipótesis; la primera, se debería de certificar que de continuar con la preñez la vida de la mujer estaría en peligro su salud psico-mental; y la segunda, cuando existiera un riesgo fundado de que el niño que iba a nacer podría traer alguna enfermedad física o mental. También legisla el aborto para los casos en que la preñez sea producto de una violación o de algún fracaso anticonceptivo utilizado por la pareja.

SINGAPUR.- Autoriza el aborto cuando el producto sea resultado de una violación, cuando pone en peligro la vida de la mujer embarazada, por causas eugenésicas y cuando el medio ambiente de la mujer encinta, sea desfavorable. En este país se establece una Junta Médica y hospitales autorizados para la práctica de dichas operaciones.

CHINA.- Es uno de los países asiáticos que permite el aborto y casi obligan a la mujer a abortar, esto es debido a la sobrepoblación que existe en el país. En China cuando la mujer se da cuenta de que no llega su periodo menstrual, inmediatamente debe ser atendida en la clínica, y si el diagnóstico es positivo, ella podrá decidir en ese momento si quiere que se le practique un aborto para lo cual esperará su turno para que obtenga la operación. Después de efectuado, tendrá quince días de vacaciones pagadas y dieciocho días si esta mujer tenía colocado el aparato intrauterino y éste ha fallado.

TAIWÁN.- se llevan a cabo una gran cantidad de abortos clandestinos ya que el aborto es ilegal.

AUSTRALIA.- La regulación del aborto es distinta en cada uno de los Estados que conforman este país, pero en general podemos decir que existe una gran liberación del aborto, obligando a que éstos deben ser hechos en hospitales.

NUEVA ZELANDIA.- La práctica del aborto es muy flexible en este país.

CAMBOYA, KOREA, PAQUISTÁN Y TAILANDIA.- Sólo permiten el aborto por razones terapéuticas y por uniones sexuales ilegales.

VIETNAM Y FILIPINAS.- Los abortos clandestinos son los que tienen el mayor auge, ya que no está permitido.

PAÍSES AFRICANOS

GANA, NIGERIA, SIERRA LEONA, UGANDA, DAHOMEY, ETIOPIA, LIBERIA, COSTA DE MARFIL, SENEGAL, ARGELIA, CAMERUM, MARRUECOS, TÚNEZ, ÁFRICA DEL SUR, SAHARA.- En estos países está permitido el aborto solamente por razones eugenésicas, terapéuticas y por el embarazo producto de una violación.

TÚNEZ.- Es uno de los países que tienden a sumarse a los países que reglamentan el aborto, permitiendo la interrupción del embarazo cuando los padres tuvieran por lo menos cinco niños viviendo con ellos, cuando la salud o la vida de la mujer embarazada se pusiera en peligro debido a la continuación de la preñez y además está legislado el aborto por razones eugenésicas, terapéuticas y cuando el embarazo sea producto de una violación. El aborto debe ser realizado durante los primeros tres meses del embarazo y practicado en un hospital debidamente autorizado.

CAPÍTULO III
EL DELITO DE ABORTO

CAPÍTULO III EL DELITO DE ABORTO

3.1. ELEMENTOS DEL DELITO DE ABORTO.

3.1.1. CONDUCTA- AUSENCIA DE CONDUCTA

La conducta puede consistir en:

a) Acción.- Puede presentarse el elemento conducta por una acción, mediante actos materiales y corporales encaminados a producir el aborto.

b) Comisión por Omisión.- Al no realizar una conducta se puede cometer el delito de aborto. Por ejemplo, cuando una mujer embarazada, que tiene amenaza de aborto y el médico le ha recetado ciertos medicamentos para evitarlo, omite tomar dichas medicinas porque desea abortar.

En el *aborto procurado, propio o autoaborto*, definido como la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez, llevada a cabo por la mujer en ella misma, la conducta realizada puede ser una acción o una omisión, constituyéndose en este caso un delito de comisión por omisión.

En el aborto sufrido, definido como la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez, sin o contra el consentimiento de la mujer grávida, la conducta realizada en este tipo de aborto puede presentar sus dos formas: acción u omisión, si se trata de un aborto sin consentimiento, y únicamente de acción en caso de aborto contra el consentimiento.

AUSENCIA DE CONDUCTA.

En el delito de aborto procurado puede presentarse el caso de que no exista tal delito, por faltar la conducta, en las hipótesis de la *vis absoluta*, fuerza mayor o movimientos reflejos.

En el aborto sufrido, también pueden presentarse, como aspecto negativo de la conducta en este delito, la *vis absoluta*, la fuerza mayor y los movimientos reflejos, a virtud de que en cualquiera de ellos falta un elemento de la conducta: la voluntad, el querer.

Existe ausencia de conducta en los siguientes casos:

a) Fuerza mayor.- Se puede presentar en el caso de un temblor; un individuo como consecuencia de ese fenómeno, golpea en el vientre de una mujer embarazada y provoca la muerte del producto de la concepción; por una fuerza de la naturaleza se produjo el aborto.

b) Fuerza física.- Habrá ausencia de conducta si el agente es empujado por un tercero, y éste a su vez, con el cuerpo empuja a una mujer embarazada que se encuentra al borde de unas escaleras y provoca que aquélla ruede sobre las mismas, produciéndose el aborto. el agente no actuó con voluntad propia, sino fue impulsado por una fuerza exterior de carácter físico, proveniente de otra persona que no pudo resistir por su superioridad.

c) Hipnotismo.- Se presenta en el delito de aborto cuando un tercero coloca al agente en estado de letargo, por lo que aquél tiene dominio pleno de su voluntad y lo obliga a producir un aborto.

3.1.2. TIPICIDAD-ATIPICIDAD.

La tipicidad es la adecuación de la conducta desplegada por el agente, al tipo penal descrito en el Código Penal Federal, y en este caso será el producir la muerte del producto de la concepción.

Tratándose del *aborto procurado*, hay tipicidad cuando el hecho realizado: muerte del producto de la concepción, encaje en la descripción del 332 del Código Penal, siendo indispensable la comprobación en cada uno de ellos.

En el aborto sufrido la tipicidad se dará cuando el hecho realizado se conforme a lo previsto por el artículo 330, párrafo final, del Código Penal.

TIPO

El tipo legal es una figura elaborada por el legislador, descriptiva de una clase de eventos real o supuestamente anti-sociales, con un contenido necesario y suficiente para garantizar uno o más bienes jurídicos.

En el delito de aborto, el tipo se encuentra previsto en lo establecido por los artículos 329 al 334 del Código Penal Federal. El artículo 329 establece: "Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez".

Elementos del tipo:

A) BIEN JURÍDICO PROTEGIDO.

El bien jurídico es el concreto interés social, individual o colectivo, protegido en el tipo penal.

En el aborto procurado, el bien jurídico tutelado es la vida del producto.

El bien jurídico protegido, en el delito de aborto sufrido, es la vida del producto de la concepción y el "derecho a la maternidad".

La H. Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido: "De acuerdo con el artículo 329 del Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, vigente en el Estado de

Baja California, aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez y por lo tanto, los bienes jurídicamente protegidos a través de la sanción, son: la vida del ser en formación, el derecho a la maternidad en la mujer, el derecho del padre a la descendencia y el interés demográfico de la colectividad. Para la integración del delito, no interesa cuál haya sido el vehículo de la muerte del producto de la preñez, y para el objeto de la tutela penal no interesan las maniobras de expulsión o de extracción o de destrucción del huevo, embrión o feto, ya que la consecuencia de muerte es el fenómeno importante."⁴⁰

B) SUJETOS:

Sujeto activo es toda persona capaz de concretar o de realizar el contenido semántico de los elementos incluidos en el tipo penal. Es decir, que es aquel sujeto que realiza una acción u omisión descrita en el tipo penal.

Sujeto pasivo es el titular del bien jurídico protegido en el tipo legal.

El aborto puede clasificarse, atendiéndose a los sujetos, de la manera siguiente:

A. Aborto consentido.

En relación a los sujetos activos:

a) Según la calidad:

Delito de sujeto común o indiferente, respecto al tercero que realiza la conducta; delito propio, exclusivo o de sujeto calificado por cuanto a la mujer que consiente la conducta abortiva.

"PORTE PETIT aduce que el sujeto activo en el aborto consentido debe serlo igualmente la mujer, pero no cualquier mujer sino sólo la mujer embarazada, constituyendo a este respecto, en consecuencia, un delito propio o exclusivo."⁴¹

b) Según el número:

Delito plurisubjetivo propio o de concurso necesario.

"Porte Petit hace referencia a que en cuanto al número es un delito plurisubjetivo, colectivo, de concurso necesario o pluripersonal, en virtud de que esta figura (aborto consentido) requiere cuando menos de dos sujetos activos: el que realiza el aborto y la mujer embarazada, que consiente en el mismo. Por ello, Ranieri considera la pluralidad de sujetos activos como elemento constitutivo del delito, pues además de la persona que ocasiona

⁴⁰ PORTE PETIT CANDALUP, Celestino. *Dogmática sobre los Delitos contra la Vida y la Salud Personal*. Quinta edición. Editorial Porrúa, S.A. México, 1978. Pp. 246, 247.

⁴¹ PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. *Delitos contra la Vida y la Integridad Personal*. Sexta edición. Editorial Porrúa. México. Pp. 364.

materialmente el aborto, y que puede ser cualquiera, la figura delictiva exige el consentimiento de la mujer encinta y, por tanto, el delito tiene carácter plurisubjetivo".⁴²

En relación a los sujetos pasivos:

a) Es fundamentalmente un delito personal, por cuanto la muerte recae sobre el producto de la concepción, de entidad física y merecedor de la protección penalística, y

b) Es delito impersonal, respecto al sujeto pasivo mediato, que lo es la sociedad, cuyo interés en conservar la vida del producto resulta violado.

B. Aborto sufrido.

En relación al sujeto activo:

a) Según la calidad:

Delito de sujeto común o indiferente, dado que la ley no exige ninguna calidad en él y puede realizarlo cualquier persona, sin interesar su edad o sexo, siempre que se trate de un sujeto imputable, y

b) Según el número:

Delito monosubjetivo o de concurso eventual de sujetos, cuando intervienen dos o más personas en la práctica del aborto.

En relación a los sujetos pasivos:

a) Es delito personal, por recaer el atentado contra la madre, quien sufre la conducta delictiva en su cuerpo, y en el feto, al privársele de la vida.

b) Es delito impersonal, por ser igualmente sujeto pasivo la sociedad.

En el *aborto sufrido*, el sujeto activo resulta ser siempre un tercero, identificado en quien realiza sobre el cuerpo de la mujer la acción o la omisión sin su consentimiento, actúe o no con violencia. En cuanto al sujeto pasivo no hay un criterio unánime, considerando nosotros que vienen a ser la mujer gestante y el producto de la concepción, en atención al bien jurídico protegido.

"Respecto a la identidad del sujeto pasivo, son varias las posiciones adoptadas por la doctrina, pues mientras algunos autores, como Jiménez de Asúa, estiman que en este delito es la comunidad y no el embrión humano el que lo constituye, otros autores, colocándose en una postura intermedia, consideran la solución del problema como dudoso, ya que pueden ser varios los sujetos pasivos, según el punto de vista que se adopte, pudiendo identificarse los mismos con el feto, con la sociedad o con la propia persona abortada. Tal es el criterio defendido parcialmente, entre otros, por Juan Del Rosal. Una tercera posición identifica al sujeto pasivo con el fruto de la concepción, como sostiene José Martínez Val."⁴³

⁴² Id.

⁴³ *Ibíd.* pp. 363 y 364.

La solución puede encontrarse según el tipo de aborto. En el aborto consentido son sujetos pasivos tanto la sociedad, interesada en suprimir las prácticas abortivas para conservar la vida del producto, como el feto, en el cual recae el atentado delictivo. En el aborto sufrido son sujetos pasivos: la sociedad, la mujer embarazada contra quien se verifica en forma directa la conducta criminal y el feto, en el que se produce el resultado. En el aborto procurado son sujetos pasivos tanto el producto de la gestación como la sociedad.

En un aborto culposo solamente puede ser sujeto activo, de acuerdo con el artículo 333 del Código Penal, el tercero que realiza la conducta culposa.

Respecto de los Códigos que establecen la no punibilidad del aborto causado por culpa sin previsión de la mujer embarazada, serán sujetos: el tercero en los casos de culpa con o sin representación, o la gestante que cause el aborto con representación.

C. Aborto procurado.

En relación al sujeto activo:

a) Según la calidad:

Delito propio, exclusivo o de sujeto calificado, pues únicamente la mujer en cinta puede cometerlo realizando en su cuerpo las maniobras abortivas, o bien omitiendo el deber de obrar con causación de la muerte del feto.

b) Según el número:

Delito monosubjetivo, ya que sólo la mujer en cinta puede ser sujeto activo.

En relación al sujeto pasivo:

a) Delito personal, por ser pasivo directo o inmediato el feto.

b) delito impersonal, por tenerse a la sociedad como sujeto pasivo mediato.

En el *aborto procurado*, el sujeto activo, lo será siempre la propia mujer embarazada, pues ella es quien verifica la conducta, ya actuando sobre su propio cuerpo, o bien omitiendo un deber de cuidado que le incumbe, como medio para llegar al resultado prohibido.

En el *aborto procurado* son sujetos activos tanto la mujer embarazada que consiente el aborto, como el tercero que realiza en el cuerpo de ella las maniobras abortivas. "Con referencia al sujeto pasivo, aceptamos la opinión de Carrara en el sentido de que cuando es la mujer la que procura o consiente el aborto de sí misma, el sujeto pasivo del delito sólo puede ser el feto. Otros, como Mendoza, consideran que el sujeto pasivo es, no la mujer que procura el aborto, sino la sociedad misma que está interesada en el normal desarrollo de la preñez del parto".⁴⁴

⁴⁴ Cfr. PORTE PETIT CANDAULUP, Celestino. Ob. Cit. p. 248

C) OBJETO:

1. Objeto material.

El objeto material es el ente corpóreo hacia el cual se dirige la actividad descrita en el tipo.

El objeto material en el aborto procurado, es el producto de la concepción.

En el aborto sufrido, el objeto material es la mujer embarazada, en la cual se realiza el hecho descrito por el tipo, y además por la situación de peligro corrido por la vida o integridad corporal de la mujer en cinta, así como el producto de la concepción.

2. Objeto Jurídico.

Es la vida del producto de la concepción.

En el caso en que la mujer no consiente el aborto, será la vida del producto de la concepción y el derecho a la maternidad.

D) DEBER JURÍDICO.

El deber jurídico penal es la prohibición o el mandato categóricos incluidos en el tipo penal.

ATIPICIDAD.

No habrá tipicidad en los casos siguientes:

a) Falta de objeto jurídico u objeto material.

No habrá tipicidad por falta de objeto jurídico o material, es decir, si la mujer no está embarazada, o se demuestre que el feto estaba muerto, no habrá tipicidad.

b) Falta de referencias temporales.

El tipo penal señala que la muerte del producto de la concepción debe verificarse en cualquier momento de la preñez, si se provoca ésta después de la preñez, ya no habrá delito de aborto.

c) Falta de elementos subjetivos, legalmente exigidos.

Esta causa de atipicidad se puede presentar en el artículo 332 fracción I, en el que el tipo penal exige que la mujer que voluntariamente se procure el aborto o consienta que otro la haga abortar, "no debe tener mala fama". En caso de que la mujer no satisficiera este requisito, su conducta no se encuadraría a este tipo penal.

En el delito de aborto procurado, no requiriéndose determinados medios, ni referencias espaciales, no puede presentarse por estos motivos una atipicidad. Sin embargo, puede haber atipicidad por falta de objeto material o jurídico.

Al igual que en el aborto procurado, en el aborto sufrido concurre la atipicidad por falta de objeto jurídico o de objeto material. En los dos casos, existirá una tentativa imposible de aborto.

3.1.3. ANTIJURIDICIDAD.

La conducta descrita en el delito de aborto es antijurídica porque es contraria a derecho, y para que pueda sancionarse, no debe presentarse ninguna causa de justificación.

El aborto será antijurídico cuando, siendo típico el hecho realizado (muerte del producto de la concepción), no está protegido el sujeto por una causa de justificación.

El hecho realizado: aborto, debe ser antijurídico, esto es, que no esté protegido el sujeto por una causa de justificación. Los actos, para ser punibles, deben ser ilegítimos, o sea, no justificados de la necesidad de interrumpir la gravidez para evitar a la persona de la mujer encinta un daño grave inminente, dependiente de la gravidez o del parto, y no evitable más que con el aborto.

El aborto de la mujer puede realizarse, cuando falte el consentimiento:

- a) Sin la voluntad,
- b) Contra su voluntad.

En el aborto, la antijuridicidad consiste en el juicio de valoración, de naturaleza objetiva, que recae sobre el hecho de la muerte del producto de la concepción estimando que el mismo lesiona el bien jurídico tutelado por la norma. Es igualmente correcto expresar que surge la antijuridicidad en el aborto cuando el hecho no se encuentra amparado en una causa de justificación.

CAUSAS DE JUSTIFICACIÓN.

Las causas de justificación son:

- a) Estado de necesidad.

Se presenta cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corre peligro de muerte, entran en conflicto dos bienes jurídicamente tutelados: la vida de la mujer embarazada y la vida del producto de la concepción, considerándose al primero de mayor valía por lo que se sacrifica el segundo, situación que no es punible por nuestra ley penal: "Artículo 334.- No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corre 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".

Es de hacer notar, lo que el Poder Judicial de la Federación ha manifestado al respecto:

ABORTO, INEXISTENCIA DE LA EXCLUYENTE DE RESPONSABILIDAD POR ESTADO DE NECESIDAD EN EL. (LEGISLACIÓN DEL ESTADO DE PUEBLA).- La excluyente de responsabilidad por estado de necesidad, prevista por la fracción III del artículo 343 del Código de Defensa Social del Estado de Puebla, como todas las de su especie, se configura cuando la realización de la conducta típica, en este caso el aborto, se produce ante una situación de peligro actual, grave e inminente, como la muerte de la madre, que sólo puede resolverse en esa forma, es decir, provocando la muerte del producto de la concepción, porque únicamente por esa vía es dable salvar la propia vida de la madre; de manera que si no se actualizan los elementos que típicamente la integran, no surge esa causa de inexistencia del delito, máxime si no se justifica el sacrificio del bien jurídico tutelado por el artículo 339 de la legislación en comento para salvar otro también protegido por la ley penal. (Semanao Judicial de la Federación, Octava Época, Tomo VIII, Noviembre 1991, Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito, Pág. 142).

En el aborto procurado se puede invocar la causa de justificación: *estado de necesidad*, cuando se encuentren en pugna la vida de la mujer y la del producto de la concepción.

De las causas de justificación recogidas en nuestra legislación, se puede presentar, como ya mencionamos, el estado de necesidad. A esta justificante se refiere el artículo 334 del Código Penal al no sancionar el aborto terapéutico practicado ante la necesidad de salvar la vida de la mujer embarazada. El conflicto de bienes surgido con motivo de la situación de peligro que caracteriza el estado de necesidad, entre la vida transitoria del producto y la de la futura madre, se resuelve en la ley mediante el criterio de la preponderancia de intereses, admitiendo la posibilidad del sacrificio del bien menor, representado por la vida del embrión o del feto, para salvaguardar la vida de la mujer. La maniobra abortiva con el resultado de muerte exigido por el tipo está justificada; es lícita en virtud del estado de peligro que corre la mujer embarazada. La ley requiere, en tales casos, según lo prescribe el artículo citado, que el juicio del médico que la asista se apoye en el dictamen de otro, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora, con lo que se pretende acreditar indubitablemente la necesidad de la práctica del aborto.

En el aborto terapéutico nos encontramos ante el aspecto negativo de la antijuridicidad, en el caso del estado de necesidad, basado en la preponderancia del interés, siendo indudable que el aborto debe llevarse a cabo sin consentimiento de la gestante como contra su consentimiento, es decir que la ilegitimidad del hecho está excluida sólo en el caso de necesidad de salvar a la gestante de un peligro grave para la vida o para la salud y que no se podía de otro modo evitar.

b) Ejercicio de un derecho.

La mujer está ejerciendo su derecho a decidir sobre la maternidad, cuando ha sido violada; por eso el artículo 333 establece que no será punible el delito de aborto, cuando el embarazo sea resultado de una violación.

El maestro Jiménez Huerta nos dice al respecto: "El Código Penal no fija de una manera expresa aquellas circunstancias que impiden que el aborto producido sobre la mujer

violada sea un comportamiento ilícito. Cumple, pues, al intérprete reconstruir el sistema imperante, el cual del subsuelo aflora a la superficie tan pronto como se capta la naturaleza de la justificante que establece en el artículo 333. y en esta labor exhumadora y evocadora de las esencias, ideas y vivencias jurídicas, que como corrientes subterráneas discurren por las tierras profundas del Código Penal, el consentimiento de la mujer embarazada es fontana que alumbraba la licitud en examen, pues si se proclama el derecho a una maternidad libre y la facultad de remover las consecuencias inmediatas e inmanentes dejadas por la violación sufrida, es intuitivo que el ejercicio de este derecho en forma primigenia, compete a la mujer.

En contra o sin su voluntad libremente expresada, no es lícito el aborto. se desprende de esta premisa, que la justificante en examen no puede entrar en juego en el aborto sufrido. La mujer embarazada a consecuencia de una violación que voluntariamente procura su aborto y la mujer que en tales circunstancias consiente en que otro la haga abortar, están amparadas por la extensión del artículo 333. los partícipes, en el primer caso, y el ejecutor, en el segundo, están asimismo exentos de pena, pues sus respectivas conductas discurren también por el cauce legítimo que brota en la libre voluntad de la mujer".⁴⁵

3.1.4. IMPUTABILIDAD.

Para que exista el delito de aborto procurado, es indispensable que el sujeto activo (la gestante) sea capaz de entender y de querer, pues de lo contrario estaremos frente a una causa de inimputabilidad, aspecto negativo del mencionado presupuesto del delito.

Será imputable el agente que realice la conducta delictiva con la plena capacidad de querer y entender, es decir, con suficiente desarrollo intelectual y sin anomalías psíquicas. Algunos autores consideran que para que el agente pueda ser imputable requiere tener la mayoría de edad, ya que los menores de edad están sujetos a otro régimen jurídico.

CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD.

Incapacidad mental.- No será imputable de acuerdo a nuestra ley penal:

"Artículo 15.- El delito se excluye cuando:

.....

VII.- Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible."

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior sólo se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 69 bis de este Código.

⁴⁵ Cfr. LOPEZ BETANCOURT, Eduardo. *Delitos en Particular*. Primera edición. Editorial Porrúa. México, 1994. Pp. 193 y 194.

"Artículo 69 bis.- si la capacidad del autor, de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, sólo se encuentra disminuida por las causas señaladas en la fracción VII del Artículo 15 de este código, a juicio del juzgador, según proceda, se le impondrá hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido, o la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67 o bien ambas, en caso de ser necesario, tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor".

3.1.5. CULPABILIDAD.

Para que haya culpabilidad debe existir el dolo o la culpa.

DOLO

a) Dolo Directo.- Se presenta cuando el agente tiene la plena intención de cometer el delito de aborto, y esta voluntad se cumple exactamente como lo previó aquél.

b) Dolo Eventual.- El sujeto activo sabe que al cometer un delito, probablemente se presenten otros resultados delictivos; por ejemplo: un sujeto tiene la intención de cometer el delito de lesiones sobre una mujer embarazada, pero sabe que de hacerlo podrá provocarle el aborto; al darle senda golpiza, provoca el aborto de aquella. Respecto a las lesiones, el agente habrá ejercido la conducta delictiva por dolo directo, y por lo que hace al delito de aborto, la conducta desplegada fue por dolo eventual.

Puede presentarse el dolo en las conductas descritas en los artículos 330, 331 y 332.

CULPA

a) Culpa consiente con representación.- Se presenta cuando el agente no tenía intención de cometer el delito, pero por negligencia o descuido, lo realiza; por ejemplo: cuando una mujer embarazada monta a caballo a pesar de que el médico ya le dijo que eso podría causarle el aborto, por lo que sabe que puede provocarlo, sin embargo, efectúa esta acción, confiando en que no pasará nada. Ella no quería abortar y pudo prever el resultado.

b) Culpa inconsciente sin representación.- Se presenta cuando el agente está obligado a prever el resultado, pero por negligencia o descuido comete el evento delictivo; tal sería el caso en que un médico receta a una mujer embarazada, un medicamento al que ésta es alérgica y le provoca el aborto, el médico no quiso provocarlo, pero por descuido le dio a tomar dicho medicamento, siendo que debió prever el resultado.

En el *aborto consentido* funciona exclusivamente la forma dolosa o intencional de comisión, al requerir el tipo penal de la actuación de un tercero para producir el resultado con consentimiento de la propia mujer encinta. El tipo exige, por tanto, representación del hecho y de su ilicitud, así como voluntad en la causación de la muerte del producto, tanto por parte del tercero, practicante del aborto como de la mujer que lo consiente.

El *aborto sufrido*, por lo contrario, admite tanto el dolo como la culpa, pues la correcta interpretación del artículo 330 nos permite llegar a esa conclusión, haciendo operar la regla

de punibilidad para los delitos imprudenciales contenida en el artículo 60 del Código Penal, que establece un mayor margen para individualizar la pena y cuyo máximo es inferior a los seis años de prisión señalados en el precepto primeramente citado. En cuanto a la forma preterintencional de culpabilidad, creemos posible su concurrencia en el aborto sufrido, pues el agente puede golpear a la mujer en cinta, actuando con dolo de lesión, originando su conducta la muerte del producto, resultando mayor al querido y que se origina por su imprudencia, cuando el estado de embarazo sea o no un hecho notorio.

El *aborto procurado* sólo es punible cuando se comete dolosamente. En él únicamente es sujeto activo la mujer encinta y excluyéndose de pena el caso del aborto por imprudencia de ella, origina siempre una culpabilidad dolosa, la cual supone intención en el resultado.

CAUSAS DE INCULPABILIDAD

Dentro de este aspecto negativo del delito de aborto, pueden presentarse:

a) Por error esencial de hecho invencible, en caso de estado de necesidad putativo. El médico cree que está en peligro una mujer embarazada, por lo que provoca el aborto, siendo que en realidad no existía peligro.

b) No exigibilidad de otra conducta.- a la mujer que ha sido violada, no se le puede obligar a un comportamiento contrario a sus sentimientos, por lo que el artículo 333 establece que no es punible el aborto "cuando el embarazo sea resultado de una violación". Para varios autores éste es un caso de ejercicio de un derecho (causa de justificación).

c) Caso fortuito.- Es el verdadero accidente y puede presentarse cuando la mujer embarazada toma todas las precauciones debidas para evitar el aborto, pero al bañarse resbala y cae, lo que provoca el aborto.

d) Temor fundado.- También puede presentarse la inculpabilidad por causa de temor fundado en el caso en que la mujer embarazada tuviere un padre "muy exigente", y ya una vez a su hermana, al creer que está embarazada, le dio senda golpiza, provocándole esas lesiones incapacidad futura para procrear; por lo que prefiere abortar y no enfrentarse a su padre.

Doctrinalmente encuadran, en la inculpabilidad por no exigibilidad de otra conducta, tanto el llamado aborto "honoris causa", como el denominado aborto por "causas sentimentales".

El aborto por causas sentimentales encuentra regulación en el artículo 333, al disponerse en él la impunidad del mismo cuando el embarazo sea resultado de una violación.

3.1.6. PUNIBILIDAD.

De acuerdo con los distintos tipos señalados, las penas del aborto son:

- a) Para el *aborto procurado* (autoaborto) *sin concurrencia de una causa de honor*, de uno a cinco años de prisión (artículo 332, parte final);
- b) Para el *aborto procurado* (auto aborto) *por móvil o causa de honor*, de seis meses a un año de prisión (artículo 332, primera parte);
- c) Para el *aborto sufrido* *causado intencionalmente, pero sin violencia*, de tres a seis años de prisión (artículo 330);
- d) Para el *aborto sufrido*, realizado mediante *violencia física o moral*, de seis a ocho años de prisión (artículo 330);
- e) Para el *aborto sufrido*, *causado imprudentemente*, de tres días a cinco años de prisión (artículo 60);
- f) Para el *aborto consentido*, *sin móvil de honor*, de uno a cinco años de prisión para la mujer (artículo 332, *in fine*) y de uno a tres años de prisión para el tercero que practique el aborto (artículo 330), y
- g) Para el *aborto consentido*, *con móvil de honor (honoris causa)*, de seis meses a un año de prisión (artículo 332).

AUSENCIA DE PUNIBILIDAD (EXCUSAS ABSOLUTORIAS).

El artículo 333 establece que “*no es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada*”. Las opiniones de los autores se dividen, pues mientras unos sostienen que en todo caso debe sancionarse el aborto culposo, otros en cambio consideran procedente la exención de pena para la mujer embarazada, pero estimándolo punible respecto a los terceros imprudentes.

“PORTE PETIT estima que si bien es verdad que debe hacerse la salvedad respecto a la mujer, tal excusa debe operar cuando la culpa sea sin representación (inconsciente o sin previsión), debiendo responder penalmente cuando ha previsto el resultado y actúa con la esperanza de que el mismo no se verifique.”⁴⁶

Se ha pensado que sólo en casos excepcionales existe motivo fundado para excusar de pena a la mujer cuya imprudencia produce su propio aborto y en ellos el espíritu del legislador indica, como origen de la excusa, la circunstancia de que la mujer es la primera en lamentar el hecho frustrativo de sus esperanzas de maternidad, resultando injusto agregar, al dolor motivado por la pérdida del fruto en perspectiva, el escándalo y la vergüenza de un proceso y de la aplicación de una pena. No obstante, debería sancionarse a la mujer que, contraviniendo las órdenes o consejos del médico, realiza ejercicios violentos, se divierte y actúa en forma tal, que produce, con su imprudencia grave, la muerte del producto.

En el aborto sufrido no existen excusas absolutorias, aspecto negativo de la punibilidad.

⁴⁶ PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. Ob. cit. Pág. 373

CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVAN O ATENUAN LA PENALIDAD DEL ABORTO

Verdadera circunstancia personal agravadora en el delito de aborto, es el hecho de que lo realice un médico, cirujano, comadron o partera, pues a la penalidad correspondiente se agregará la suspensión de dos a cinco años en el ejercicio de la profesión.

Si tomamos como punto de referencia el aborto consentido, debemos estimar como *circunstancias agravantes* de penalidad las siguientes:

- a) Actuar *sin consentimiento* de la mujer;
- b) Actuar *usando violencia*, física o moral.

Será *circunstancia atenuante*, con relación al *aborto consentido* o al *procurado*, la concurrencia de un *móvil de honor*.

ABORTO "HONORIS CAUSA"

Se presenta en los casos en que el producto de la concepción sea el fruto de una unión ilegítima, dándose por consiguiente estas situaciones:

- a) El caso de la madre soltera;
- b) El caso de la madre casada, no siendo el padre el marido, y
- c) El caso de las madres divorciadas o viudas.

Independientemente del hecho de la ilegitimidad del producto, la ley requiere estas dos circunstancias para atenuar la penalidad: que la mujer no tenga mala fama y que haya logrado ocultar su embarazo, las que constituyen exigencias legales plenamente justificadas. Cuando la mujer en cinta se dedica a actividades positivamente infamantes como la prostitución, la trata de blancas, etc., su conducta no puede justificar la atenuación de penalidad por el móvil de ocultación de la deshonra, pues la buena fama, consecuencia de que "la mujer no tenga mala fama", según la referencia de la ley, debe entenderse en sentido sexual. Igualmente se justifica la exigencia en el sentido de que la mujer haya logrado ocultar a los ojos de los demás, queda manifiesta la ausencia del interés en que no se conozca la existencia del fruto de sus amores ilícitos.

CAPÍTULO IV

INFECCIÓN POR VIH-SIDA EN MUJERES EMBARAZADAS Y VIH-SIDA PEDIÁTRICO

CAPÍTULO IV INFECCIÓN POR VIH-SIDA EN MUJERES EMBARAZADAS Y VIH-SIDA PEDIÁTRICO

4.1. VIH-SIDA EN MUJERES.

4.1.1. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN.

Las mujeres adquieren la infección a través de la transfusión de sangre contaminada o contacto sexual con un individuo infectado. La infección secundaria sanguínea ya no es tan prevalente en México, dado que desde 1987, se suprimió la posibilidad de obtener sangre procedente de donadores profesionales y se estableció de forma obligatoria las pruebas para detectar sangre contaminada por VIH en todo el país. La infección secundaria a la utilización de jeringas contaminadas utilizadas para administración de drogas aún es mínima en México. Por lo tanto, la transmisión entre mujeres por esta vía o por contacto sexual con drogadictos que usan drogas por vía intravenosa es muy rara. En contraste, el contacto sexual con bisexuales es probablemente uno de los principales mecanismos de transmisión de acuerdo con algunos autores. La transmisión a través de semen procesado para inseminación artificial también ha sido documentada en los Estados Unidos de América, al igual que la transmisión del niño a la madre durante la lactancia por lesiones en el pezón.

En México la infección por VIH en la mujer es actualmente a través de la vía heterosexual, es en estas condiciones que se favorece el binomio VIH-VPH (Virus de Papiloma Humano), siendo el CaCu (Cáncer Cervico Uterino) la neoplasia más frecuente en México. Todo programa de atención de mujeres infectadas con VIH debe contemplar la evaluación ginecológica completa, idealmente cada 6 meses incluyendo colposcopia.

4.1.2. CONSECUENCIAS FÍSICAS.

El curso de la infección por VIH en la mujer parece ser similar a la del hombre. Si bien los factores sociales son particularmente importantes en las mujeres. El patrón social prototipo de enferma con VIH-SIDA en México, es usualmente un ama de casa cuya pareja está enferma o ha muerto; por esto un gran porcentaje de ellas son viudas, tienen varios hijos (promedio tres) y alguno o algunos están también infectados, a esto se suma el que carecen de seguridad social y generalmente son cabeza de familia. Estos factores sin duda son un importante condicionante de la evolución de la enfermedad. "Los estudios han mostrado una sobrevida menor en la mujer con relación al hombre con SIDA",⁴⁷ esta diferencia parece estar asociada mas con problemas sociales que a un curso de la enfermedad mas agresivo en la mujer.

⁴⁷ CLARK R. Clinical Manifestation and Natural History of Human Immunodeficiency Virus Infection in Women. In Cottond and watts dh editors the medical management of aids in womwn. wiley-liss inc, United States of America . 1997. pp.115-124.

MANIFESTACIONES GINECOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH:

A. INFECCIOSAS:

CANDIDIASIS VULVOVAGINAL.

La candidiasis vulvovaginal es una de las manifestaciones más frecuentes en mujeres con VIH-SIDA, y de hecho precede a la candidiasis oral como signo de infección por VIH.

Generalmente las pacientes sufren de recaídas frecuentes que requieren de tratamiento permanente.

Cuadro clínico: prurito (comezón), eritema vulvovaginal (pequeña erupción con aumento de la coloración) y un exudado blanco sin mal olor que puede ocasionar dolor durante las conciernas.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).

Las enfermedades de transmisión sexual suelen estar sobre-representadas en las mujeres infectadas por VIH principalmente por vía heterosexual y en drogadictas. "En el grupo de mujeres estudiadas en el Instituto Nacional de Cancerología, 33% tuvieron historia de alguna enfermedad sexual. El 11% tuvieron historia de herpes genital comparado con 5% en mujeres no infectadas y 2.5% tuvieron antecedente de sífilis contra cero del grupo no infectado y 5.4% del grupo de trabajadoras del sexo no infectadas".⁴⁸

*Virus del Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino.

El virus del papiloma humano (VPH), regularmente asintomático, ha sido claramente relacionado con el cáncer cervicouterino (CaCu). En 1993 se incluyó al CaCu invasor como criterio diagnóstico de SIDA. El curso de las lesiones por VPH en la mujer con infección por VIH es más acelerado y agresivo, por lo que no debe retardarse la atención especializada en pacientes con lesiones malignas, aunque sean tempranas.

La coinfección con el virus de papiloma humano, es sin duda uno de los problemas de salud más importantes de las mujeres coinfectadas, por el potencial oncogénico del VPH y su potenciación con la inmunodeficiencia, que facilita o acelera el desarrollo de neoplasias a nivel del tracto genital. La prevalencia de infección por VPH es significativamente mayor en mujeres infectadas con VIH que en mujeres no infectadas. La prevalencia de lesión intraepitelial escamosa también es mayor y la mayor parte de los estudios encuentran relación entre el grado de severidad de la lesión y el estado inmunológico. El curso suele ser más agresivo que en mujeres no infectadas.

Cuadro clínico: El virus del papiloma humano regularmente es asintomático. En el cáncer cervicouterino se puede presentar metrorragia (sangrado vaginal fuera de los días de menstruación), sangrado leve post coito, ulceración cervical. En etapa invasiva puede haber exudado sanguinolento o purulento, no pruriginoso y de mal olor. Los síntomas tardíos son

⁴⁸ Volkow p, sierra-madero j, rubi-vegas, prevalence of squamous intraepithelial lesions and human papiloma virusin HIV-positive and HIV-negative Mexican Women. 12th World AIDS Conference Geneva, 1998.

disfunción vesical y rectal. La anemia, la anorexia y la pérdida de peso son signos de afección avanzada.

***Herpes Simple.**

Se ha planteado que las mujeres con Herpes simple e infectadas con VIH pueden excretar más frecuentemente el virus que las mujeres no infectadas, lo que incrementa el riesgo de transmisión del VIH a la pareja.

Cuadro clínico: Lesiones ulcerosas en boca y cara; úlceras graves en genitales; en ocasiones afecta el conducto del esófago provocando inflamación del mismo (esofagitis).

El cuadro clínico depende de la localización de las úlceras, pero invariablemente son muy dolorosas al tacto, provocan ardor y cuando son muy abundantes ocasionan malestar general y fiebre.

***Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).**

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se considera un padecimiento de transmisión sexual, la prevalencia parece ser mayor en mujeres infectadas con VIH particularmente en las enfermas que adquirieron la infección por vía sexual y en drogadictos.

Cuadro clínico: hipersensibilidad abdominal, cervical y de los anexos (ovarios y trompas), fiebre, escalofríos, presencia de pus alrededor del cuello uterino, alteraciones menstruales (dismenorrea, dolor durante los ciclos menstruales), dispareunia, esterilidad, fibricula recurrente y masas pélvicas sensibles.

B. NO INFECCIOSAS:

ALTERACIONES MENSTRUALES

Se han reportado alteraciones menstruales en pacientes con VIH-SIDA principalmente amenorrea y sangrados intermenstruales. La primera es parte del cuadro clínico en pacientes con síndrome de desgaste avanzado y gran pérdida de peso. Estas alteraciones menstruales pueden ser fuente de intranquilidad, miedo o temor a un embarazo. La causa de estas alteraciones menstruales aún no ha sido aclarada. Por lo demás los estudios hormonales de estrógeno y progesterona en mujeres infectadas con cifras altas de CD4+, no son diferentes al de las mujeres no infectadas.

FERTILIDAD

La fertilidad no está disminuida en las pacientes infectadas por VIH, comparada con las mujeres no infectadas en poblaciones demográficas similares, por lo cual es importante recomendar un programa de anticoncepción.

Siempre que la mujer infectada reporte actividad sexual coital, deberá recomendársele utilizar condón masculino o femenino, aun cuando la mujer esté utilizando cualquier otro método anticonceptivo, ya que es el único que previene la transmisión sexual del VIH y otras ETS.

El dispositivo intrauterino (DIU) no es una buena alternativa en mujeres infectadas, ya que hay mayores posibilidades de infección durante su colocación.

4.1.3. LA INFECCIÓN POR VIH EN MUJERES EMBARAZADAS.

Tradicionalmente se había pensado que el fenómeno de inmunoadaptación natural en la mujer, establecido por el embarazo mismo, ejercía negativamente sobre la evolución de la enfermedad, incrementando la progresión de la misma, no obstante diversos estudios han fallado en demostrar este supuesto. Actualmente esta situación se relaciona más a la etapa de respuesta inmune de pacientes en el momento de la gestación, mencionándose principalmente como factores predisponentes para mala evolución a un nivel bajo de linfocitos CD4+, así como a un número elevado de copias virales circulantes, la suma de estos eventos son los que favorecen la instalación de enfermedades oportunistas graves que afectan la evolución propia del embarazo.

"French y colaboradores en un meta-análisis de siete grupos prospectivos, realizado en 1997 con el objetivo de conocer el efecto de la infección del VIH sobre el desarrollo del embarazo y su repercusión, demostró que no existía un riesgo mayor para progresión de la enfermedad, muerte materna o caída de los linfocitos CD4+, concluyendo que la gestación por sí sola no revierte un riesgo mayor de efectos adversos en las mujeres infectadas."⁴⁹

"En México, de un grupo estudiado en el Instituto Nacional de Perinatología evaluada en dos tiempos de enero de 1988 a diciembre de 1994 y un segundo grupo integrado de enero de 1994 a julio de 1997, de un total de 59 mujeres sólo en cuatro de ellas evolucionaron de estadio clínico durante su embarazo identificándose al menos una enfermedad indicadora de SIDA, el resto se mantuvo asintomática durante la gestación."⁵⁰

"No obstante a lo anteriormente mencionado existen estudios en los cuales se encontró que, las mujeres seropositivas que se embarazaron desarrollaron más rápidamente sintomatología y SIDA. A continuación se presenta en el cuadro un resumen de los estudios en los que se ha documentado progresión de la enfermedad en mujeres infectadas, que se embarazan."⁵¹

AUTOR	AÑO	LUGAR	No. DE PACIENTES	% DE PACIENTES QUE DESARROLLARON SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA O SIDA
Datta	1989	Kenia	128	21%
Desachamps	1989	Haití	34	47% desarrollaron SIDA o sintomatología asociada vs. 26% del grupo de mujeres seropositivas no embarazadas. 47% (casos) vs. 26% (controles)
Castelli	1989	Italia	15	27% casos vs. 20% controles
Pamet	1989	Francia	45	24% desarrolló sintomatología durante el embarazo y los 6 meses siguientes
Shaefer	1989	Alemania	50	Aumento en alteraciones inmunológicas.

⁴⁹ Cfr. GLAXOWELLCOME. SIDA. Curso Abierto y a Distancia sobre Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual. Capítulo 14. p. 91.1999.

⁵⁰ Cfr. Id.

⁵¹ Cfr. Embarazo y SIDA en México. Secretaría de Salud. Dirección general de Epidemiología. p.7. 1989.

Si bien no es absoluta la información, la evidencia que se acumuló indica que el embarazo acelera la infección en las mujeres embarazadas.

EPIDEMIOLOGÍA

"En México, el Congreso Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), reportó que para el cuarto trimestre de 1997, el incremento de casos para ese año fue de 716, presentando un total de casos acumulados de 33,632 de los cuales el 14% son mujeres, observando una razón de 6:1 hombre/mujer, la cual se ha mantenido desde 1988. Con relación a casos pediátricos y en especial a los que adquirieron por vía perinatal, éstos acumulan un total de 868 casos de los cuales el 61.7% corresponden a transmisión perinatal."⁵²

En los últimos años, la infección por el VIH en mujeres en edad reproductiva, ha pasado a ocupar un lugar preponderante en las estadísticas mundiales, esto obedece por una parte al elevado número de casos reportados, de igual forma al incremento en paralelo de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) asociadas a esta infección, con importante impacto en la salud reproductiva femenina, mencionándose cada vez un mayor índice de trastornos en la fecundidad femenina así como un mayor número de reportes de casos de cáncer cervicouterino, donde el papel de la infección por patógenos como el Virus del Papiloma Humano y el compromiso inmunocelular mediado por la infección por el VIH tiene cada vez mayor asociación.

El otro rubro que *afirma* la importancia de esta infección del VIH en la población femenina, está medido por el impacto de la infección en el grupo pediátrico, a través de la transmisión perinatal, vía que por el momento es la principal causa de adquisición de la enfermedad para las poblaciones infantiles a nivel mundial.

Afortunadamente es en este campo donde se han dado importantes avances en la investigación médica, al poder reducir ya en forma inobjetable, la transmisión de la infección a este grupo a través de maniobras intervencionistas profilácticas con el uso de fármacos con actividad antirretroviral.

"En 1995 se realizó en Estados Unidos de Norte América un estimado de la prevalencia de infección en mujeres en edad reproductiva, así como de la incidencia de niños infectados perinatalmente, encontrándose 14,920 casos de infección de niños nacidos entre 1980 a 1993, de ellos alrededor de 12,000 se encontraban vivos para principios de 1994."⁵³

4.2. VIH-SIDA PEDIÁTRICO.

A sólo pocos años de haberse reportado los primeros casos de SIDA a nivel mundial, muy pocos hubieran podido imaginar, que esta nueva entidad clínica se convertiría en tan poco tiempo en la más importante pandemia del siglo XX.

⁵² Cfr. GLAXOWELLCOME. Ob. Cit. p.89

⁵³ Cfr. GLAXOWELLCOME. Ob. Cit. p. 90

No obstante a que las primeras informaciones de este padecimiento en 1981 se encontraban restringidas a grupos minoritarios de población y considerados generalmente como especiales o de "riesgo", como lo eran los homosexuales y drogadictos endovenosos, a sólo un año del primer reporte en 1982, se describió el primer caso pediátrico de infección, situación que exponía un nuevo reto a la comunidad médica ante la posibilidad de que el proceso evolutivo del padecimiento ponía en riesgo a un grupo mayor de personas, lo que escapaba del pensamiento original. Situación que fue corroborada en 1993, con la presentación del primer caso de transmisión de la infección asociado a la vía perinatal, misma vía que en muy poco tiempo superó a los primeros mecanismos propuestos para la diseminación de la epidemia en el grupo de pediatría, como lo eran el abuso sexual y la transfusión sanguínea.

"Sólo por mencionar parte de esta evolución, podemos decir que en los Estados Unidos de Norte América de 1982 a 1990 se notificaron 2,192 casos de infección por el VIH en pediatría, y que para 1998 alrededor se 10,000 casos de niños menores de 15 años se reportan como infectados por este virus. Situación aun más grave viven los países del Sud-Sahara Africano donde cerca de 2,000,000 de niños cursan o están muriendo a causa de esta enfermedad." ⁵⁴

Por otra parte, la cada vez mayor tendencia heterosexual de la transmisión de la infección, ha favorecido a incrementar el número de mujeres en edad reproductiva que se encuentran infectadas, y que por lo tanto tienen el riesgo de transmitir la infección a su descendencia, lo que redundo en un mayor impacto de diseminación al grupo pediátrico.

A mediados de la década de los años 80's y ante el escaso conocimiento del comportamiento real de la infección en la mujer embarazada, se estiman porcentajes de transmisión de la infección por arriba del 50%, situación que fue aclarada en 1991, gracias al estudio colaborativo de Europa donde después de un seguimiento de más de mil mujeres embarazadas que cursaban con la infección, se pudo establecer que este porcentaje de transmisión del virus a sus productos se encontraba alrededor del 25%.

"Para 1994, al contar con los resultados preliminares del estudio, que evaluó la seguridad y eficacia para disminuir la transmisión de la infección del VIH de madres a hijos, usándose la Zidovudina en forma profiláctica, y que demostró reducir en alrededor del 70% estos porcentajes de transmisión, se abrió una gran puerta para el desarrollo de nuevos y múltiples estudios que suman esfuerzos a esta causa común, a los cuales se les ha llamado "Estrategias globales para la prevención de la transmisión de madres a hijos del VIH" y que tiene como objetivo primordial lograr disminuir aun más estos porcentajes de contagio madre-hijo marcándose metas sumamente ambiciosas para fines del milenio, buscando bajar la tasa de transmisión a menos del 2%, situación que a la luz de los hechos para mediados de 1998, se ven como factibles de cumplir. (Dr. Federico Javier Ortiz Ibarra, Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología, Instituto Nacional de Perinatología)."⁵⁵

⁵⁴ Cfr. *Ibíd.* p.85

⁵⁵ *Id.*

4.2.1.MECANISMOS DE TRANSMISIÓN.

La transmisión vertical de la infección, se establece en forma perinatal, es decir abarcando los periodos prenatal, transnatal y postnatal.

Se denomina SIDA de transmisión perinatal cuando una mujer embarazada infectada por VIH contagia a su hijo, durante el periodo gestacional, el trabajo de parto o durante el periodo de lactancia.

Dentro de la etapa gestacional, se ha considerado que si bien, la placenta puede formar parte de una barrera para la transmisión de la infección al feto, durante las fases tempranas de la gestación, también la infección de algunas células placentarias (trofoblastos CD4) pueden funcionar como un "acumulador" de elementos virales y favorecer la transmisión hematogena en el último trimestre del embarazo, especialmente durante el periodo de trabajo de parto.

El total de factores que influyen en la transmisión vertical de la infección madre-hijo, aún no son bien conocidos, pero los más frecuentes son: la condición clínica de la madre durante el embarazo así como su estado de respuesta inmune (Linfocitos CD4 < 400/mm³), viremia importante (carga viral por arriba de 7000 copias), la participación concomitante de enfermedades transmitidas sexualmente en la madre, especialmente aquellas que manifiestan durante su curso clínico, con la presencia de lesiones de tipo ulcerosos (sífilis, herpes genital, chancroide) o que favorecen a la lesión del epitelio genital como las infecciones por el Virus del Papiloma Humano y la vaginosis bacteriana, entre otras. Sin embargo en la actualidad se conoce a un grupo de mujeres que han contagiado a sus hijos, sin que se halla podido identificar algunos de estos factores, lo que deja la posibilidad de otros elementos involucrados, a los que se les ha considerado como de menor riesgo, dentro de los cuales se mencionan a: mujeres fumadoras durante el embarazo, contar con niveles bajos de vitamina A en la madre, la participación de múltiples parejas sexuales, así como a la presencia de prematuridad y bajo peso del recién nacido.

Actualmente se conoce que la fase más importante para la transmisión de la infección al producto, se encuentra durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo. Se ha calculado que el riesgo de transmisión en este periodo es de un 14-16%, sumados al riesgo particular del contacto del recién nacido con sangre y secreciones maternas infectadas por el VIH, elementos como el desprendimiento de placenta, la ruptura prematura de las membranas corioamnióticas, en especial si ésta es mayor de 4 horas, partos traumáticos por el uso de fórceps, la presencia de desgarros, la utilización de sensores transcutáneos para monitoreo fetal, son involucrados con una mayor asociación a la infección del producto de la gestación.

Bajo el concepto anterior, se ha replanteado nuevamente la necesidad de establecer en todos los casos de mujeres embarazadas e infectadas por el VIH, la solución obstétrica por vía cesárea, ya que si bien es cierto que ésta no previene totalmente la infección, estudios recientes muestran una clara disminución de la infección asociadas al procedimiento, cuando es realizado en conjunto a la administración de terapéutica antirretroviral. Esta base se sustenta por un grupo de estudios que sostienen que la cesárea asociada a tratamiento antirretroviral, disminuye desde un 20% a 100% la transmisión de la infección al producto (este resultado debe tomarse aún con reserva ya que el análisis del estudio nos permite observar que la muestra incluida es pequeña para ser tomada en cuenta como un beneficio real, ya que hasta el momento este porcentaje de nulidad se establece en

un grupo de 18 mujeres estudiadas). En este sentido, el uso de antiretrovirales durante el embarazo es también una prioridad.

Por otra parte la controversia existe, ya que la operación cesárea en mujeres seropositivas, incrementa el riesgo de morbilidad en ellas, tanto de tipo obstétrico (deciduoendometritis, hemorragia, tromboflebitis, abscesos) así como de complicaciones infecciosas con la presencia de neumonías, derrame pleural, sepsis, entre otras.

La infección postparto, virtualmente ocurre a través de la alimentación al seno materno de los hijos de mujeres infectadas. Se ha demostrado la presencia del VIH hasta en un 73% de las muestras lácteas de estas mujeres, si bien hay quien sostiene que este riesgo es directamente proporcional al tiempo de exposición. Actualmente se ha demostrado que en los niños que son alimentados del seno materno incrementan su riesgo de adquirir la infección entre en 15-24% más, sobre aquéllos que reciben sucedáneos de leche. Así, entre una tercera parte y la mitad del total de casos perinatales podrían adquirirse a través de la lactancia. Por lo que la recomendación en la mayoría de los foros científicos para la prevención de esta forma de transmisión es evitar en estos niños la exposición extra riesgo con la suspensión del seno materno.

Hay que señalar también que algunos niños han adquirido la infección por VIH por vías similares a las comprobadas en los adultos. Sin embargo, la mayoría han adquirido la infección de sus madres, ya sea por vía transplacentaria o de forma perinatal.

Como la mayor parte de niños han sido infectados dentro del útero o durante el parto, la infección por VIH es una enfermedad de niños pequeños. El 50% de los casos se diagnostican durante el primer año de vida y el 82% durante los 3 primeros años. Los síntomas suelen manifestarse a los 4-6 meses. De hecho, determinadas anomalías, como las adenopatías y la hepatomegalia, pueden observarse ya al nacimiento, incluso algunos lactantes presentan infecciones oportunistas en el primer mes de vida.

4.2.2. EPIDEMIOLOGÍA.

a) A nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud estima, que para el inicio del año 1998, existen más de 30 millones de personas en el mundo viviendo con el virus causante del SIDA, 1.1% de ellos son menores de 15 años. Desde el inicio de la epidemia, 11.7 millones de personas han muerto a causa del SIDA, 2.7 millones de ellos han sido niños.

Únicamente, en 1997, alrededor de 600 000 niños se infectaron, la gran mayoría por transmisión del VIH de la madre, durante el embarazo o a través de la leche materna. No obstante, los avances recientes en el conocimiento de la transmisión perinatal y en la investigación con diferentes fármacos y polivitamínicos permiten albergar la promesa de que se puede reducir el número de infecciones en los niños, por lo menos en aquellos lugares en donde las mujeres tienen acceso a las pruebas de detección para el VIH.

La situación del SIDA en niños es particularmente importante, ya que su ocurrencia va relacionada directamente, con la infección en las mujeres. Si bien los primeros casos predominantemente fueron adquiridos por transfusión sanguínea, actualmente más del 60%

de los casos en niños son a través de la vía perinatal; es decir, durante el embarazo o parto de una mujer infectada. Las mujeres hoy en día constituyen cerca del 42% de la población afectada con el VIH en el mundo, por lo tanto el SIDA perinatal también se agudiza.

Por desgracia la gran mayoría de mujeres y niños infectados con el VIH viven en países en desarrollo, en los que aún no existe la posibilidad de ofrecer pruebas de detección a todas las mujeres que asisten a clínicas de control prenatal, y mucho menos cuentan actualmente con la posibilidad de ofrecer tratamientos profilácticos. Más preocupante es la situación de los niños, hijos de madres infectadas por el VIH/SIDA, que con frecuencia terminan en la orfandad. Comúnmente el SIDA afecta a toda la familia, incluyendo padre, madre y niños, lo cual requiere de una atención multidisciplinaria que es difícil llevar a cabo. Frecuentemente los niños quedan huérfanos a temprana edad por el fallecimiento de uno o ambos padres creando otra situación muy difícil de solucionar al no tener estos niños apoyo social.

Por otro lado, existen países considerados en desarrollo, como es el caso de algunos de Latinoamérica, en los que es posible y urgente implementar estrategias que son costo-efectivas para disminuir los casos nuevos de infección en niños por la vía perinatal.

El SIDA, indica el Fondo de Naciones Unidas para la infancia, se está cobrando "un pesado tributo" entre las mujeres y niños, sobre todo en África.

De los 590,000 niños infectados en 1998 en el mundo, 530,000 lo fueron en África. De los 14 millones de personas que han muerto de SIDA en el mundo, 11 millones vivían en el continente africano, y un cuarto de ellas eran niños.

Cada día, más de 7,000 jóvenes son infectados en el mundo, al igual que 1,600 niños de 15 años.⁵⁶

En África, donde nueve de cada diez personas seropositivas no saben que lo son, la epidemia ha sido un torrente que se desencadenó sobre Malawi, Zambia, Zimbabwe, Botswana y Sudáfrica, y se extiende ahora hacia Asia, donde la India cuenta ya cuatro millones de seropositivos.

Los niños que sobrevivan a sus padres aumentarán el número de los "huérfanos del SIDA", que son ya ocho millones en el mundo, 90% de ellos en África Subsahariana. Uganda es el país del mundo que tiene mayor número de huérfanos: 1.1 millón, seguida de Etiopía (700,000).

"Para junio de 1998, la Organización Mundial de la Salud estimó que alrededor de 3,000,000 de niños menores de 15 años se reportaron infectados por VIH en el mundo, que en 1997 se detectaron 590,000 nuevos casos y que para 1999, 460,000 niños habían muerto a causa de la enfermedad."⁵⁷

⁵⁶ Cfr. Internet <http://www.infosel.com/Noticias/nota19990722/070257.htm>

⁵⁷ Cfr. GLAXOWELLCOME. Ob. Cit. p. 90

b) En México.

El primer caso de un niño con SIDA en México fue diagnosticado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en 1986 y hasta el mes de abril de 1996 se habían notificado en el país 817 casos de niños infectados.

"La transmisión sanguínea del VIH en la población pediátrica fue de gran importancia en los primeros años de la epidemia, especialmente en los países en desarrollo. Siendo responsable de un gran número de casos entre niños hemofílicos. En México más del 70% de los casos pediátricos reportados hasta 1992 fueron secundarios a transmisión sanguínea. Afortunadamente gracias a las medidas implementadas en 1986 y 1987, como son la prohibición de la comercialización de sangre y la obligatoriedad de realizar pruebas para la detección del VIH en bancos de sangre, esta forma de transmisión ha sido controlada. Sin embargo como consecuencia del aumento de la infección por VIH/SIDA en la población de mujeres en edad fértil, también han aumentado los casos de niños y niñas infectadas por vía perinatal. En México la transmisión perinatal ha aumentado progresivamente a través de los años: en 1987 este tipo de transmisión representaba apenas el 3% de los casos en población de menores de 15 años, para fines de 1997 es responsable del 60%."⁵⁸

Es importante destacar, que cuando se analiza el factor de riesgo de las madres en los casos de niños y niñas con infección por VIH/SIDA por transmisión perinatal, registrados en México hasta 1997 se observa que el riesgo más frecuente fue tener una pareja sexual (habitualmente el compañero estable) infectado. El sexo servicio o el uso de drogas intravenosas no han sido prácticas relacionadas a la infección en este grupo de madres, a diferencia de lo que sucede en otros países.

Es por ello que el principal problema en la transmisión del VIH/SIDA en la población pediátrica es la transmisión perinatal, es decir la transmisión del VIH de una madre infectada a su hijo durante el embarazo, parto o periodo de lactancia.

Hasta 1994 la única posibilidad de prevenir este tipo de transmisión era a través de la educación, promoción del uso adecuado del condón entre mujeres en edad fértil infectadas y no infectadas y tratar de disminuir los embarazos en mujeres infectadas por el VIH/SIDA. Sin embargo, a partir de 1994 las perspectivas para abatir y controlar este tipo de transmisión, por lo menos en los países desarrollados y los de mediano ingreso son muy prometedoras gracias a los resultados de diferentes investigaciones con la administración de fármacos antirretrovirales administrados durante el embarazo y postparto. Entre las más importantes podemos citar el primer estudio conocido como "Protocolo ACTG 076", que demostró que la administración de Zidovudina (AZT) a la mujer desde la 14ª semana de gestación, durante el parto y al recién nacido (RN) durante las primeras 6 semanas de vida, disminuye hasta en un 67% el riesgo de transmisión del VIH al producto.

Es por ello que a partir de 1997 el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), ha establecido esta estrategia a nivel nacional, con la finalidad de lograr reducir por lo menos en un 50% la población de niños y niñas infectadas vía perinatal para el año 2000.

⁵⁸ Cfr. *Ibíd.* p. 137

En el Hospital Infantil de México Federico Gómez desde 1987 se creó la primera clínica para la atención de niños con VIH/SIDA, habiendo sido atendidos hasta la fecha 311 casos. Lo que representa el 38% de los casos de SIDA infantil en México.

Actualmente acuden a la clínica cerca de 45 niños y está coordinada por los Doctores Carlos Ávila F. y Miguel Cashat C. Para la adecuada atención de estos niños se requiere de un manejo multidisciplinario en donde intervienen diversas especialidades médicas, todo ello con la finalidad de dar la mejor atención posible. Por lo anterior, la Clínica de Atención para niños con SIDA del Hospital Infantil de México Federico Gómez está abierto para atender a cualquier niño que requiera atención así como recibir el apoyo de personas o grupos interesados en participar a través de donativos para medicamentos, actividades de asistenciales y de solidaridad.

4.2.3. EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS.

El problema más importante en los hijos nacidos de madres infectadas por el VIH/SIDA, es confirmar o descartar lo más temprano posible el diagnóstico de la infección. La sospecha diagnóstica generalmente se basa en el conocimiento de la infección materna; sin embargo es importante recordar que al igual que en otras infecciones perinatales el riesgo de transmisión al producto no es del 100%. En países desarrollados este riesgo se estima de un 10 a 15%, mientras que en países en desarrollo pueden ser hasta un 30%.

Hasta el momento no existe la posibilidad de realizar un diagnóstico prenatal de la infección por VIH, y se sabe que el 90% de los hijos de madres infectadas resultarán positivos a las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH (ELISA, aglutinación, inmunofluorescencia, Western blot) en los primeros días o meses de vida, debido al paso transplacentario de anticuerpos maternos. Estos anticuerpos pueden persistir hasta los 18-24 meses, por lo que en ausencia de manifestaciones clínicas sugestivas de inmunodeficiencia, no deberá establecerse el diagnóstico de infección por VIH basándose únicamente en este tipo de pruebas. Existen otras pruebas (suplementarias) disponibles en México, que son útiles para confirmar la infección por VIH en menores de 18 meses: cultivo viral, determinación del antígeno p24, la reacción de polimerasa en cadena (PCR) y la determinación de IgM. Este tipo de pruebas son altamente específicas ya que su positividad denota directamente la presencia del virus, por lo que son de gran utilidad en caso de resultar positivo. No obstante, en caso de resultar negativas no descarta la posibilidad de infección. Con este tipo de pruebas el 50% de los niños infectados pueden identificarse en los primeros días de vida y más del 95% entre los 3 y 6 meses.

Dado que la ausencia de manifestaciones clínicas es la regla en el periodo neonatal, el estado de la infección en los hijos de madres infectadas deberá establecerse de acuerdo a los siguientes criterios:

A) Perinatalmente Expuesto (E).- Recién nacido (RN) de madre VIH positiva, con pruebas de anticuerpos positivos al VIH o con serología desconocida.

B) Serorrevertor (Sr).- Hijo de madre infectada, que se haya documentado como VIH negativo con dos o más pruebas negativas entre los 6 y 18 meses de edad, y sin ninguna otra evidencia de infección por laboratorio (que no haya tenido dos pruebas virales positivas).

C) Infectado por VIH.- Recién nacido (RN) con anticuerpos al VIH positivos (ELISA y Western blot) o que nació de una madre infectada y que tiene resultados positivos en dos determinaciones separadas (excluyendo sangre del cordón) para una o más de las siguientes pruebas: cultivo viral, reacción de polimerasa en cadena (PCR) o: en los lactantes seropositivos sin pruebas virológicas positivas o cuando no se tiene acceso a este tipo de pruebas, debe realizarse un seguimiento serológico cada tres meses por lo menos con las pruebas habituales de ELISA y Wb. Después del primer año de vida, las pruebas deberán repetirse a los 18 y 24 meses, ya que se han reportado casos de hijos de madres infectadas negativos inicialmente que posteriormente se detectan como VIH positivos. Por ello es importante no descartar la infección por VIH en base al resultado negativo de las pruebas en una sola toma antes de los 24 meses.

En relación a este punto, se observan tres panoramas diferentes a integrar:

- 1.- El diagnóstico de infección materna
- 2.- La estadificación de la enfermedad en la madre
- 3.- El diagnóstico de infección del recién nacido

Con base a que en la actualidad existen maniobras terapéuticas para disminuir la transmisión de la infección perinatal del VIH, se ha desarrollado una gran controversia en cuanto a la necesidad de realizar un escrutinio generalizado en todas las mujeres embarazadas para detectar la infección y poder establecer el esquema terapéutico al recién nacido. Sin embargo, esta política presenta grandes desventajas, la primera es que fuera de las zonas de alta endemia, los porcentajes de seropositividad en población general son bajos, en México en diversos estudios de seroprevalencia realizados en el Instituto Nacional de Perinatología, en grupos de mujeres embarazadas, de poblaciones cerradas y abiertas, los porcentajes de positividad se han reportado del 0.02 a 0.04%.

Por otra parte sumado al alto costo que esto significa, existen barreras legales que establecen la necesidad de contar con la autorización por escrito para la realización de la prueba. Por lo que quizás la mejor conducta, sea la establecida por la Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por el VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales, publicada por el CONASIDA en 1997 donde se recomienda detectar a través del interrogatorio dirigido, a las mujeres con prácticas de riesgo (drogadicción, múltiples parejas sexuales, enfermedades previas de transmisión sexual, antecedentes transfusionales antes de 1988, pareja sexual con prácticas de riesgo), así como el antecedente o sospecha clínica de inmunodeficiencia (diarrea crónica, candidiasis vaginal recurrente y de difícil tratamiento, Herpes zoster, candidiasis mucocutánea) o la observación de algún dato de laboratorio que refleje inmunocompromiso (neutropenia, trombocitopenia, hiper o hipogamaglobulinemia, trastornos celulares, etc.) y proponer la realización del escrutinio ofreciendo la ventaja del tratamiento profiláctico para su producto.

El diagnóstico prenatal de la infección por el VIH en el feto no es recomendado, ya que esto significaría utilizar métodos invasivos como la cordocentesis que por sí mismo conllevan el riesgo de infectarlo, además de aumentar el riesgo de morbilidad materna.

4.2.4. EFECTOS DEL VIRUS EN LOS NIÑOS.

La infección por VIH en niños y niñas es una enfermedad multisistémica. Las lesiones primarias se deben a la infección por VIH en diferentes tejidos y órganos del sistema linforeticular, en la sangre, médula ósea y el sistema nervioso central.

Se han estudiado especímenes del timo, nódulos linfáticos, bazo y placas de Peyer que muestran disminución celular en nódulos linfáticos y otros órganos como resultado de la destrucción de los linfocitos CD4+.

Las células sanguíneas y la médula ósea también son blanco de la infección por VIH, por lo que frecuentemente se presenta anemia, linfopenia, inversión de la relación de linfocitos CD4-CD8 y trombocitopenia.

La infección directa del SNC es muy frecuente (más del 60%) en la población pediátrica, y se presenta generalmente antes de lo que sucede en los adultos. Se manifiesta por una encefalopatía progresiva que se caracteriza por retraso en el desarrollo psicomotor o por pérdida progresiva de las habilidades ya adquiridas, ej: lactante de 6 meses que ya sostenía la cabeza y empezaba a sentarse y pierde gradualmente esta capacidad; o el bebé que no tenía problemas para su alimentación y súbitamente presenta datos de reflujo gastroesofágico hasta la incapacidad para deglutir.

Existen además una serie de alteraciones que se presentan secundarias a la inmunodeficiencia, como son las infecciones recurrentes por gérmenes habituales u oportunistas y otras que se presentan como efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos.

Las manifestaciones clínicas al nacimiento son prácticamente inexistentes, por o que es fundamental identificar a los niños que han sido expuestos perinatalmente al VIH, administrar el tratamiento profiláctico y establecer el seguimiento adecuado para determinar lo más rápido posible si se infectó o no.

La mayoría de los niños infectados por vía perinatal, presentarán datos clínicos entre los cinco meses y dos años de edad. Los datos clínicos iniciales que se presentan con mayor frecuencia son: peso estacionario, hepatoesplenomegalia, adenopatías, neumonitis linfocítica intersticial y deterioro neurológico. La progresión de la enfermedad se relaciona con el tipo de virus y la gravedad de la enfermedad materna en el momento del parto.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Como ya mencionamos, al igual que en el adulto, existe un espectro de manifestaciones clínicas de la infección pediátrica por VIH. Los niños infectados pueden ser asintomáticos o hallarse en estado crítico.

El intervalo entre la infección y aparición de los síntomas o del SIDA declarado es más corto en los niños que en los adultos y menor en los niños que adquieren la infección en el periodo perinatal que en los infectados por transfusiones. Aunque la edad en el momento del diagnóstico de SIDA ha ido aumentando con el tiempo, los niños con identificación

casos infantiles de SIDA registrados en los CDC.⁵⁹ Otras importantes infecciones oportunistas son la enfermedad diseminada por citomegalovirus, la esofagitis por candidas, *Mycobacterium avium-intracellulare* diseminado, la criptosporidiosis y la infección crónica por herpes simple.

Neoplasias Malignas.

El sarcoma de Kaposi, una manifestación frecuente del SIDA en los adultos, sólo se encuentra en el 4% de los niños con esta enfermedad. Se han descrito casos de sarcoma de Kaposi de la forma adenopática detectados en la necropsia. También son raros los linfomas asociados al VIH.

Otras manifestaciones.

Otros síndromes relacionados con el VIH, pero peor definidos, son la hepatitis con elevación de transaminasas, las enfermedades renales y una carditis o miocardiopatía que puede conducir a la muerte. Se ha descrito una embriopatía asociada al VIH, aunque no se ha confirmado su especificidad. Las características craneofaciales consisten en microcefalia, frente prominente, hipertelorismo, puente nasal plano, ojos oblicuos, largas fisuras palpebrales con escleróticas azules, nariz corta con columela aplanada, filtrum triangular bien formado y labios extendidos con un prominente bermellón superior. Los niños mayores pueden presentar las mismas alteraciones que los adultos como primera manifestación de la infección por VIH. Otra característica frecuente en los niños, no observada en los adultos, es el aumento de tamaño de las glándulas salivales o la parotiditis. En la biopsia, la glándula afectada muestra un infiltrado linfocitario. También se han descrito alteraciones oculares, como perivasculitis de los vasos retinianos. La trombocitopenia es, al igual que en los adultos, una característica de la infección pediátrica por VIH; suele ser de tipo inmune, aunque se han descrito casos de trombocitopenia amegacariocítica en un niño infectado. La anemia y las leucopenias y neutropenias inmunes son otras de las anomalías descritas.

Las infecciones víricas distintas de las enumeradas como infecciones oportunistas son una causa importante de morbilidad en niños infectados por el VIH. La varicela primaria puede tener una gravedad inusitada, y también puede producirse un herpes zoster ulcerativo y recidivante atípico.

4.2.5. TRATAMIENTO, PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN.

TRATAMIENTO

La infección por VIH/SIDA es una enfermedad tratable, cuyo objetivo es mantener una buena calidad de vida el mayor tiempo posible. Es por ello que se requiere una atención multidisciplinaria, en la que tomen parte los servicios de pediatría, psicología, nutrición y trabajo social, con tratamiento rápido de las infecciones oportunistas tratables. Como sucede en los adultos son frecuentes las reacciones farmacológicas adversas. La nutrición puede convertirse en un problema grave y algunos niños necesitan alimentación parenteral.

⁵⁹ DE VITA, Vicent T. Y otros. SIDA. Cuarta Edición, Barcelona, España. Salvat Editores S.A. 1996.

una atención obstétrica adecuada. Para que dicha estrategia sea eficaz, todas las mujeres embarazadas deberán tener acceso gratuito a la prueba para detectar la infección por el VIH, y habrá que alejar la idea de los grupos de riesgo, pues en la mayor parte de los casos, la mujer no se percibe en riesgo. Casi en la mitad de los casos, la madre se entera de que está infectada cuando se le hace el diagnóstico de anticuerpos al VIH a su hijo.

Cuando a una mujer embarazada se le detecta con una prueba la presencia del VIH, deberá realizarse un segundo examen, y en caso de resultar positivo, se le hará una prueba confirmatoria. Si ésta última también fuera positiva, deberá referirse a la madre a un centro especializado de atención obstétrica para recibir tratamiento antirretroviral y asistencia durante el nacimiento. El recién nacido debe continuar con el medicamento preventivo y no debe ser amamantado, esto con el fin de disminuir al máximo la posibilidad de que se infecte; por ello el programa debe contemplar el aprovisionamiento de leche industrializada.

4.3. PROPUESTA: DERECHO A UN ABORTO SEGURO PARA MUJERES CON VIH-SIDA EN MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.

El aborto es un problema muy difícil de tratar debido a que despierta pasiones y discusiones entre las personas que están "a favor" y quienes están "en contra", como si realmente alguien pudiera estar de acuerdo con él. Nadie quisiera que las mujeres tuvieran que practicarse un aborto, pues ninguna se lo practica por diversión o placer, ya que tras la decisión de terminar un embarazo, hay dolor, angustia y consideraciones muy serias. Ninguna persona desea que los abortos continúen, por lo que creemos que el prohibirlos no resuelve la situación, por el contrario, crea más problemas de Salud Pública que ponen en riesgo innecesario la vida y la salud de mujeres que tienen la exigencia de terminar con su embarazo. La morbilidad materna causada por complicaciones relacionadas al aborto, como úteros perforados o infecciones del aparato reproductivo, obliga a muchas mujeres a buscar atención médica de emergencia en centros de salud pública, siendo así que miles de mujeres son hospitalizadas anualmente debido a dichas complicaciones y permanecen ahí mucho tiempo, haciendo que el costo de un aborto mal practicado sea mucho mayor que el de un parto natural o una cesárea, por ello y por muchas razones más, consideramos que sostener la ilegalidad del aborto es muy costoso, hablando de dinero y vidas humanas.

El aborto es un tema muy controvertido y demasiado amplio, motivo por el cual en el presente trabajo solo nos enfocamos a un sector en particular: MUJERES CON VIH O SIDA.

Por medio del presente trabajo y basándonos en todo lo contenido en cada uno de los capítulos del mismo, hacemos una propuesta para adicionar un nuevo artículo al Código Penal del Distrito Federal con el objeto de proteger jurídicamente a aquellas mujeres que tienen la infortuna de padecer VIH o SIDA y que por esa misma causa decidan abortar, ya que sin contar la desventaja que tienen en general todas las mujeres al no estar permitido en nuestro país el aborto y que por ello miles de mujeres mueren en medio de la angustia y la desesperación por abortos mal practicados en condiciones insalubres, consideramos que las mujeres con VIH o SIDA es un sector particularmente importante y que debería ser tomado en cuenta por los legisladores ya que si partimos del concepto de salud reproductiva y sexual, partimos del reconocimiento del derecho de las personas a "decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos", consagrado en el artículo 4° constitucional. El sentido común nos diría que una mujer con VIH-SIDA difícilmente se arriesgaría a tener un hijo, sabiendo que va a morir pronto o que puede

transmitir el virus a su hijo, pero aquellas quienes a sabiendas de esto deciden amesgarse porque esperan que sus hijos estén entre el 60 y el 84% de bebés nacidos de madres seropositivas que no contraen el virus, deben y son muy respetadas en su derecho y decisión, sin embargo, ¿que pasa con aquellas que no quieren correr los riesgos que implicaría llevar adelante un embarazo que puede traer como producto un niño con VIH que sufriría los estragos de la enfermedad o que, aunque el bebé nazca sin VIH ella va a enfermar y morir al poco tiempo?; además hay que contemplar el hecho de que muchas mujeres no saben que son portadoras del VIH cuando se embarazan y al saberlo no quieren continuar con el embarazo.

Si el aborto en México estuviera despenalizado en este caso, las mujeres seropositivas al VIH que quisieran interrumpir su embarazo no tendrían que sumar y enfrentar otra preocupación más a las que ya tienen por su enfermedad, es decir no tendrían que ingresar al círculo de extorsión y miedo, ni sufrir las consecuencias de la práctica ilegal y costosa de los abortos clandestinos.

Octavio Paz hace ya algunos años escribió en un artículo recopilado en "El Ogro Filantrópico": "La legislación mexicana sobre el aborto es doblemente nociva: es represiva y es ineficaz. Un espantapájaros que a nadie espanta. Nadie duda de la necesidad de reformarla sustancialmente. Hay, sin embargo, un aspecto moral y social que la mayoría de los especialistas mexicanos eluden: el aborto forma parte del derecho de las mujeres a disponer de ellas mismas, de sus cuerpos y de sus vidas. No es que la práctica sea aconsejable ni que sea moralmente neutra, sino que es bárbaro castigarla. Bárbaro y socialmente inútil. Así pues, el tema del aborto se inscribe, por una parte, dentro del tema general de los problemas demográficos pero, por la otra, es una cuestión indisoluble ligada a la libertad de la mujer. Este segundo aspecto del problema es el que, se trata de eludir en México".

Las mujeres han buscado desde el principio de la historia diferentes formas de regular su fecundidad y cambiar un destino determinado por la naturaleza. Sin embargo no han obtenido mucho éxito, ya que la realidad para muchas mujeres en el mundo, es que ni siquiera pueden tomar libremente decisiones con respecto a tener o no relaciones sexuales y que mucho menos pueden hacerlo en cuestiones reproductivas. Por ello creemos que el tema del aborto en mujeres con VIH-SIDA debe tener una atención especial, debido a que el advenimiento de ésta enfermedad, se ha sumado a los ya muchos problemas que las mujeres han tenido que enfrentar a lo largo de la historia en todas las sociedades, y que giran en torno a la igualdad social y jurídica entre el hombre y la mujer, en la cual la mujer, al igual que el hombre, pueda decidir sobre su propio cuerpo.

Para efectos de que se lleve a cabo un aborto seguro para mujeres con VIH-SIDA en el Distrito Federal proponemos:

1. Que el Gobierno Federal en conjunto con la Secretaría de Salud regulen el aborto en mujeres con VIH-SIDA.
2. Que se tome en cuenta la decisión de la mujer seropositiva embarazada que desea interrumpir su embarazo, basándose en que padece una enfermedad que, hasta la actualidad, es incurable y que aún con los mejores medicamentos su estado de salud va empeorando progresivamente, obligando a este tipo de personas a tener una baja calidad de vida, llena de sufrimientos físicos y psicológicos, sin que exista esperanza de mejoría.

3. Que se conciba al aborto en mujeres con VIH-SIDA como un derecho de éstas, para terminar con la vida del producto de la concepción, ya que al no ser punible el aborto por esta causa, la mujer seropositiva embarazada que no desea continuar con su embarazo y que ve al aborto como una solución, no tendrá que recurrir a un aborto clandestino que está provocando en nuestro país la muerte injusta e innecesaria de miles de mujeres.

4. Que para que el aborto en mujeres con VIH-SIDA sea aplicado, deba tomarse en cuenta lo siguiente:

- * Que la mujer seropositiva acuda a cualquier centro de salud en donde le proporcionen información suficiente y adecuada sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida y el SIDA, así como también lo referente al aborto, para que pueda tomar de manera libre y responsable la decisión de abortar.

- * Que exista la petición expresa y voluntaria de la mujer seropositiva embarazada para poderle realizar un aborto.

- * Para que pueda ser realizado un aborto a mujer seropositiva al VIH, se requiera simplemente de: a) la voluntad expresa de la mujer con VIH embarazada; b) estar dentro de los primeros tres meses de embarazo; c) estudios que presente la mujer embarazada, si es que los tiene, donde compruebe su enfermedad, y d) estudios suficientes y necesarios, realizados en el mismo lugar donde se vaya a llevar a cabo la realización del aborto, para determinar que realmente porta el virus. Todo lo anteriormente mencionado deberá ser corroborado por dos médicos autorizados para ello.

- * Una vez que la mujer embarazada con VIH decide abortar y cumple con los requisitos mencionados en el punto anterior, a la brevedad posible deberá llevarse a cabo la realización del mismo, ya que en la actualidad, cuando se ha llegado a autorizar un aborto se pierde mucho tiempo en trámites y para cuando se terminan dichos trámites, pasó demasiado tiempo y ya no es posible la realización del aborto porque el embarazo tiene más de tres meses.

- * Para que el aborto sea llevado a cabo con mayor seguridad deberá ser practicado por médicos altamente calificados.

- * El trámite para realizar un aborto a mujer con VIH deberá ser sencillo y rápido, únicamente se necesita comprobar que la mujer se encuentra dentro de los primeros tres meses de embarazo, que realmente está infectada por el VIH y deben constatar los hechos dos médicos, todo lo anterior en virtud de que estas mujeres no necesitan de más trámites ni hospitales; suficiente y triste ya es lo que pasan por haber contraído el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida.

Nuestra propuesta de adicionar un nuevo artículo al Código Penal, quedaría de la siguiente forma:

Artículo 334 bis.- No se aplicará sanción alguna a la mujer seropositiva al Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida, que acuda voluntariamente a un centro médico o de salud a solicitar le sea practicado un aborto, siempre y cuando se realice dentro de los tres primeros meses de embarazo, previos estudios que sean necesarios y suficientes para comprobar

que realmente es portadora del virus, ante la presencia de dos médicos quienes constataran lo anteriormente mencionado.

En el caso contemplado anteriormente, los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer seropositiva embarazada atención médica rápida, fácil, oportuna y sin discriminación.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Desde su existencia el aborto ha sido objeto de controversia en el mundo sancionándolo de diversas formas, que van desde la más absoluta impunidad hasta las más terribles y sangrientas sanciones como el empalamiento, degollación, destierro y mutilación, entre muchas otras incluyendo la muerte. En este aspecto, nuestro país no ha sido la excepción, pues se ha sancionado desde la época prehispánica, pasando por la época colonial y la época independiente con los Códigos Penales de 1871 y 1929 hasta nuestros días con el Código promulgado en 1931.

SEGUNDA.- El aborto representa en México desde hace ya mucho tiempo, un problema de salud pública, pues desde que están en vigor las leyes actuales, millones y millones de abortos se han realizado, en tanto que el número de juzgados y sentenciados por este delito es casi imperceptible. La sociedad mexicana cierra los ojos ante el aborto mientras lo practica a escondidas y el fenómeno sigue en aumento, precisamente por la actitud puritana del estado de mantener una norma legal absolutamente inaplicable.

TERCERA.- La clandestinidad del aborto hace imposible calcular la cifra exacta de mujeres embarazadas que recurren a él, inclusive es más difícil aún por el hecho de que una gran cantidad de mujeres que se realizan un aborto, no acuden al hospital a hacerse una revisión adecuada después del mismo, por miedo a ser castigadas penalmente. Sin embargo, debido a las condiciones insalubres en que son realizados la mayoría de los abortos clandestinos, miles de mujeres tienen que acudir a centros hospitalarios por complicaciones del mismo, es por ello que gracias a los datos hospitalarios es posible saber que casi 110,000 mujeres ingresan en centros hospitalarios por complicaciones de abortos durante el año.

CUARTA.- Las consecuencias más frecuentes en un aborto, son las hemorragias uterinas que frecuentemente producen anemia aguda y llevan a la muerte; lesiones en la vagina, cuello uterino o cuerpo de la matriz, en este caso perforaciones; muerte súbita por inhibición a consecuencia de la dilatación del cuello del útero en el momento de la maniobra; embolia gaseosa por entrada de aire en la inserción placentaria; quemaduras por cáusticos o líquidos calientes; infecciones uterinas: peritonitis, septicemia, gangrena. Uno de cada tres abortos requiere hospitalización de la mujer por complicaciones de infección. Ello se debe a que las maniobras abortivas suelen provenir de manos inexpertas y darse en condiciones antihigiénicas.

QUINTA.- El SIDA es la etapa final de una infección causada por un virus que tiene una duración de varios años; por lo que en la actualidad se considera que es una infección crónica. Las personas que padecen SIDA se vuelven susceptibles a infecciones oportunistas múltiples y a enfermedades malignas raras. De esta forma, los microorganismos que usualmente no causan enfermedad, lo harán cuando la respuesta del sistema inmunológico esté disminuida o bien sea nula.

SEXTA.- El número de personas infectadas por el VIH en etapa de SIDA ha aumentado en cantidades inimaginables, no respetando edad, sexo, condición social, raza, etc. Entre los grupos de riesgo más importantes se encuentra la mujer, quien en este caso ha merecido muy especialmente nuestra atención, pues además de enfrentar toda la problemática que trae consigo el hecho de ser portador del VIH, y peor aún del SIDA, tiene que resolver otra situación inherente a su condición de mujer: el embarazo durante esas etapas y no solamente esto sino estar dentro del porcentaje de mujeres que pueden transmitir el virus a sus hijos en esta condición

SÉPTIMA.- En el VIH/SIDA pediátrico, que por cierto es otro grupo de riesgo importante, la principal vía de transmisión es vertical (perinatal), siendo los factores de riesgo en este caso los siguientes: ser hijo de madre infectada o de madre que pertenezca al grupo de alto riesgo, o que el cónyuge se encuentre infectado. La transmisión perinatal puede ocurrir por la vía trasplacentaria o durante el parto en la que, además del paso por el canal vaginal, desempeña un papel importante la mezcla de sangre fetal y materna, pues se ha demostrado que la operación cesárea no previene la infección. En el periodo neonatal, la transmisión se efectúa a través de la leche materna.

OCTAVA.- El patrón social prototipo de enferma con VIH-SIDA en México, es usualmente un ama de casa cuya pareja está enferma o ha muerto; por esto un gran porcentaje de ellas son viudas, carecen de seguridad social, generalmente son cabeza de familia, se dan cuenta de la infección generalmente cuando están en etapa de SIDA por lo que ya sufren múltiples padecimientos, tienen varios hijos (promedio tres) y por si fuera poco están embarazadas o peor aun ya alguno está también infectado. Estos factores sin duda son un importante condicionante de la evolución de la enfermedad. Los estudios han mostrado una sobrevida menor en la mujer que en el hombre con SIDA, y esta diferencia parece estar asociada más con problemas sociales que a un curso de la enfermedad más agresivo en la mujer.

NOVENA.- Un niño que nace con SIDA está condenado a una vida de sufrimiento, infecciones frecuentes, hospitalizaciones, y una sobrevida media de cuatro años. Hay quienes difícilmente llegan al año de edad, y en las mejores circunstancias algunos alcanzan los 7 u 8 años. Los tratamientos actuales pueden aumentar la sobrevida, pero difícilmente un niño infectado por vía perinatal sobrevivirá diez años.

DÉCIMA.- Con la finalidad de evitar que una madre quien padece VIH/SIDA se enfrente no sólo a esta problemática sino también a la de estar en gran posibilidad de procrear a un hijo que durante su corta vida va a padecer múltiples enfermedades que van a hacer su vida dolorosa, proponemos que se legisle el aborto en casos de mujeres con VIH/SIDA de acuerdo a los lineamientos que dentro de este trabajo se proponen.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVA LÓPEZ, María del Carmen. *Y después del Aborto ¿Qué?*. Editorial Trillas. Primera Edición. México. 1999.
- AMIGOS CONTRA EL SIDA. *Sida Hoy*. Publicaciones Amigos contra el Sida, A.C. Editorial Ser Humano. 1997.
- AVENDAÑO LÓPEZ, Raúl Eduardo. *Conozca sus Derechos Ciudadanos. Propuesta para la Reglamentación del Aborto*. Editorial Real. Primera Edición. México. 1998.
- BARBOSA KURI, Agustín. *El Aborto: Un Enfoque Multidisciplinario*. UNAM. Octava Edición. México. 1994.
- CARDICH, Rosario. *Visiones del Aborto (Nexos entre Sexualidad, Anticoncepción y Aborto)*. Movimiento Manuela Ramos. Segunda Edición. Lima, Perú. Editorial Lima. 1993.
- CARRASCO, Fresca. *Desde las Mujeres. Visiones del Aborto (nexus entre sexualidad, anticoncepción y aborto)*. Movimiento Manuela Ramos. The population council. Lima. 1993.
- CASTELLANOS TENA, Fernando. *Lineamientos Elementales de Derecho Penal*. Trigésimo Novena Edición, México, D.F., Editorial Porrúa, S.A. 1998.
- CONASIDA. *Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH-SIDA en Consulta Externa y Hospitales*. Tercera Edición. CONASIDA, México, D.F. 1997.
- DE LA BARREDA SOLÓRZANO, Luis. *El Delito de Aborto. Una careta de buena conciencia*. Instituto Nacional de Ciencias Penales. Quinta Edición. México. 1995.
- DE VITA, Vicent T. y otros. *SIDA*. Cuarta Edición. Barcelona, España. Salvat Editores S.A. 1996.
- DEL RÍO CHIRIBOGA, Carlos. *Sida Hoy*. Publicaciones de Amigos contra el SIDA A.C. Ed. Ser Humano A.C. 1997.
- DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS*. Salvat Editores. Duodécima Edición. Barcelona España. 1984.

- DURHAM, Jerry D. Y Cohen, Felissa. Traducido por la Dra. Acuña Díaz Hermelinda. *Pacientes con sida: Cuidados de Enfermería*. Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V. México. 1990.
- FARRERAS, Rozman. *Medicina Interna*. Tercera Edición. U.S.A. Esditorial Doyma. 1988.
- FLORIS MARGADANT, Guillermo. *Introducción a la Historia del Derecho Mexicano*. Octava Edición. Ed. Esfinge S.A. de C.V. Estado de México. 1998.
- G. DANIELS, Victor. *Sida*. Traducido por el Dr. Jorge Onzaga Samperio. Segunda Edición. Editorial El Manual Moderno, México, D.F. Quinta Reimpresión, 1994.
- GLAXOWELLCOME. *SIDA. Curso Abierto y a Distancia sobre SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual*. Laboratorios Glaxowellcome. 1999.
- GONZÁLEZ DE LA VEGA, Francisco. *Derecho Penal Mexicano*. México, D.F., Editorial Pomúa, 1980.
- GONZÁLEZ SALDAÑA, Napoleón. *Infectología Clínica Pediátrica*. Editorial Trillas. Sexta edición. México, 1997.
- f12
- HERNÁNDEZ ÁVILA, Mauricio y otros. *Enfoques de Investigación sobre VIH-SIDA en Salud Reproductiva*. Instituto Nacional de Salud Pública. México, D.F. 1995.
- HERNÁNDEZ TEPICHIN G. y URIBGE. *Transmisión Perinatal y Morbilidad Pediátrica. Enfoques de Investigación sobre VIH-SIDA en Salud Reproductiva*. Segunda Edición. México, D.F. Perspectivas en Salud Pública, 1995.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. *Tratado de Derecho Penal*. Editorial Losada. Sexta Edición, Buenos Aires, 1952.
- LÓPEZ BETANCOURT, Eduardo. *Delitos en Particular*. Primera edición. Editorial Pomúa. México, 1994.
- MENDIETA Y NÚÑEZ, Lucio. *El Derecho Precolonial*. Tercera Edición. Ed. Pomúa, S.A. México. 1976.

ORTIZ ORTEGA, Adriana. *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*. The population counal. EDAMEX. 1994

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Complicaciones del Aborto*. Informe. Ginebra. 1995

ORTIZ ORTEGA, Adriana. *Razones y Pasiones en torno al Aborto*. México, D.F. Editorial Edamex, 1994.

PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. *Delitos contra la Vida y la Integridad Personal*. Sexta edición. Editorial Porrúa. México.

PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. *Diccionario de Derecho Penal*. Editorial Pomúa. Sexta edición. México.

PORTE PETIT CANDALUP, Celestino. *Dogmática sobre los Delitos contra la Vida y la Salud Personal*. Quinta edición. Editorial Porrúa, S.A. México, 1978.

RICHARSON, Diane. *La Mujer y el SIDA*. México, D.F. editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. 1990.

RIVERO SERRANO, Octavio. *Tratado de Medicina Interna*, Vol. I. Segunda Edición. Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V., México. 1993.

SECRETARIA DE SALUD. Dirección General de Epidemiología. Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales. *Embarazo y SIDA en México*. Julio 1989.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. *Aborto*. Facultad de Medicina. División de Educación Médica Continua. 1990.

VANDALE TONEY, Susan y HERNÁNDEZ ÁVILA, Mauricio. *Enfoques de Investigación sobre VIH/SIDA en Salud Reproductiva*. Instituto Nacional de Salud Pública. 1995.

TORRES TORRIJA, José. *Medicina Legal*. Décimo Octava Edición. México, D.F., Editorial Méndez Oteo, 1989.

INTERNET

AMIGOS CONTRA EL SIDA. <http://granta.friends.unam.mx/acs.html>

BARTRA, Eli. El Aborto y la Violencia hacia las mujeres deben tener un tratamiento político. <http://www.uam.mx/organo-uam/documentos/V-II/ii24-07.html>

BARRÓN MARTÍNEZ, Claudia y NÁJERA NÁJERA, Minerva. Investigación sobre "El Tratamiento Legal del Aborto en America Latina y El Caribe". Informe Nacional de México. <http://www.derechos.org/cladem/aborto/mex.html>

BOLETÍN INFORMATIVO. Casos de SIDA registrados por año de notificación y por año de diagnóstico. <http://cenids.ssa.gob.mx/conasida/estadis/1999/trim-1/9903-01.htm>

BOLETÍN INFORMATIVO. Casos por Categoría de Transmisión y Sexo, según la edad. <http://www.msc.es/sida/epidemiologia/tabla9.htm>

BOLETIN INFORMATIVO. Historia Natural de la Infección VIH-SIDA. <http://prevenir.com/salud/sida/historia.html>

BOLETÍN INFORMATIVO. Las leyes del Aborto en Estados Unidos. <http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/leyes.html>

BOLETÍN INFORMATIVO. Las mujeres. Un Sector Particularmente Vulnerable al VIH/SIDA. <http://www.ssa.gob.mx/conasida/quees/boletin/bo198-13.htm>

BOLETÍN INFORMATIVO. Los Derechos del Niño en el contexto del VIH/SIDA. <http://sida-aids.org/nifos/derechos.html>

BOLETÍN INFORMATIVO. Sombras y Luces para un Debate sobre El Aborto en América Latina. <http://chasque.apc/cotidian/aborto26.htm>

BOLETÍN INFORMATIVO. VIH/SIDA y Derechos Humanos. <http://sida-aids.org/org/coesida/dh.html>

CÓDIGO PENAL URUGUAY. http://cyber.raw.harvard.edu/population/abort/Uruguay_abo.htm

CONASIDA, Secretaría de Salud. ¿Se puede prevenir la transmisión del VIH de la madre a su hijo? <http://www.ssa.gob.mx/canasida/otraspub/letraese/letra22.htm>

ECOMEDIC. Infección Asintomática por VIH. <http://www.ecomedic.com/em/sidaas.htm>

ESPINOSA, Graciela. Aborto. Entorno de la Ciudad. Artículo de Fondo. <http://www.df.gob.mx/política/actual/aborto.html>

GEOCITIES. Sida y VIH en Pediatría
<http://www.geocities.com/CapeCanaveral/Lauchpad/3445/ped/sida.html>

GRUPO INTERDISCIPLINARIO GIRE. El Aborto en Preguntas y Respuestas. Apéndice A. http://www.gire.org.mx/preg_yresp_la_ley.html

IBARRA C., Javier. Prevención de la transmisión Perinatal de VIH. <http://www.rodpas.com.mx/socmed/socmedhrb/boleti/julsep98/sidaperi.html>

MURGIA, ROBERTO. El Sida en los Niños.
http://ourworld.compuserve.com/homepages/ROBERTO_MURGUIA/sida-re.htm

OLIVARES, Cecilia. Derecho al Aborto Seguro para las Mujeres con VIH/Sida. <http://sida.udg.mx/public/letraS/mayo1.html>

ORZECZOWSKI. Sida. <http://www.aids-sida.org/sida2.htm>

PÉREZ CORTÉS, Leticia. Modelo General para Mujeres Embarazadas con VIH. http://sida.udg.mx/guia_info/mujer/modelo.html

PRECH PIZARRO, JORGE E. Consideraciones ético-jurídicas sobre el aborto terapéutico. Aborto-Chile. <http://www.congreso.c1/biblioteca/estudios/abortoch.htm>

RAYAS, Lucía. Penalizando el aborto: Un Crimen contra la Mujer. http://www.nacla.org/span_ed/jan_feb_98/6.htm

TREJO DELARBRE, Raúl. Aborto: rechazo a discutir. <http://www.etcetere.com.mx/colab/td980727.htm>

VALLES, Daniel. El Meollo del Asunto. "Holocausto".
<http://www.ccc.org.mx/ccjuarez/publicaciones/Holoca-1.htm>

VOLKOV, Patricia. Sida perinatal una epidemia controlable.
<http://serpiente.dgsca.unam.mx/jornada/1999/may99/990508/ls-volkow.html>

SIVIDA. Prevención, Tratamientos y Derechos Humanos.
<http://www.rosarionet.com.ar/sivida/editor.htm>

STAVENHAGEN, Rodolfo. Ciencia, Cristianismo y Sida.
<http://www.iztapalapa.uam.mx/iztapalapa.www/topo>

LEGISLACIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Novenogésima Quinta Edición. Editorial Porrúa, México, DF., 1999.

Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal. Editorial Porrúa, México, D.F., 2000.

Código Civil para el Distrito Federal. Editorial Porrúa, México, D.F., 2000.

Ley General de Salud. Editorial Porrúa, México, D.F., 2000.

Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. Editorial Porrúa, México, D.F., 2000.