



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"ABORTO INDUCIDO: FACTOR DE  
MORBILIDAD Y MORTALIDAD FEMENINA."

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL  
PRESENTA:

BERENICE PEREZ RAMIREZ



DIRECTOR DE TESIS:  
JULIA DEL CARMEN CHAVEZ CARAPIA

MEXICO, D. F.

2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

A mi mamá por su fortaleza e impulso constante.  
A mi papá por su infatigable anhelo de conocer del cual he querido heredar el mismo ímpetu. A ambos porque soy la síntesis de sus enseñanzas y porque también de ellas he aprendido a ser yo misma.

A mi hermano porque gracias a él he conocido la otra parte que me faltaba y nunca tendré con que agradecer su llegada en mi vida.

A la Dra. Julia Chávez por ser una guía Invaluable en este esfuerzo.

A mi tío Delfino, mis tías Tere y Lidia; mis primas Teresa, Nina y Lillana; y mis sobrinos Irving y Alain que han sido vitales en mi vida.

A la extensa familia paterna porque siempre me han hecho sentir parte.

A tod@s mis amig@s que han formado mi familia alterna, entre ell@s Cecilia, David, Diana, Eric, Gil, Itzell, Josefina, Kalí, Lorena, Nadia y Wendy, con l@s cuales he estado en pie, he caído y he aprendido a levantarme.

A GIRE porque su esfuerzo ha permitido realizar sueños...

A todas las mujeres que han tenido que interrumpir sus embarazos, y que han tenido que mostrar radicalmente y pese a todo, su autonomía, especialmente a aquellas a las que se les ha orillado poner en riesgo sus vidas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**INDICE**

**INTRODUCCIÓN.**

1.	CAPITULO 1. <i>El aborto en el mundo</i> .....	1
2.	CAPITULO 2. <i>Derechos reproductivos y el aborto inducido como Problema social</i> .....	18
3.	CAPITULO 3. <i>Análisis del aborto en nueve países según su legalización</i> .....	34

**CANADA**

Aspectos Geográficos.....	37
Aspectos económicos.....	37
Aspectos de salud.....	39
<i>Tasa de morbilidad</i> .....	42
<i>Tasa de mortalidad</i> .....	42
Aspectos jurídicos.....	43

**ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

Aspectos Geográficos.....	47
Aspectos económicos.....	47
Aspectos de salud.....	48
<i>Tasa de morbilidad</i> .....	51
<i>Tasa de mortalidad</i> .....	51
Aspectos jurídicos.....	52

**ITALIA**

Aspectos Geográficos.....	55
Aspectos económicos.....	55
Aspectos de salud.....	56
<i>Tasa de morbilidad</i> .....	57
<i>Tasa de mortalidad</i> .....	57
Aspectos jurídicos.....	58

**CUBA**

Aspectos Geográficos.....	62
Aspectos económicos.....	62
Aspectos de salud.....	64
<i>Tasa de morbilidad</i> .....	66
<i>Tasa de mortalidad</i> .....	66
Aspectos jurídicos.....	68

**PUERTO RICO**

Aspectos Geográficos.....	71
Aspectos económicos.....	71
Aspectos de salud.....	72
<i>Tasa de morbilidad</i> .....	75
<i>Tasa de mortalidad</i> .....	75
Aspectos jurídicos.....	76

**BRASIL**

Aspectos Geográficos.....	79
Aspectos económicos.....	79

Aspectos de salud.....	80
Tasa de morbilidad.....	82
Tasa de mortalidad.....	84
Aspectos jurídicos.....	84
<b>CHILE</b>	
Aspectos Geográficos.....	88
Aspectos económicos.....	88
Aspectos de salud.....	89
Tasa de morbilidad.....	91
Tasa de mortalidad.....	93
Aspectos jurídicos.....	94
<b>EL SALVADOR</b>	
Aspectos Geográficos.....	97
Aspectos económicos.....	98
Aspectos de salud.....	98
Tasa de morbilidad.....	101
Tasa de mortalidad.....	101
Aspectos jurídicos.....	102
<b>NICARAGUA</b>	
Aspectos Geográficos.....	105
Aspectos económicos.....	106
Aspectos de salud.....	108
Tasa de morbilidad.....	110
Tasa de mortalidad.....	111
Aspectos jurídicos.....	112
<b>ANÁLISIS DE DATOS.</b>	114
Primer grupo.....	114
Segundo grupo.....	117
Tercer grupo.....	119
Interrelación entre los tres grupos.....	120
<b>CAPÍTULO 4. Aborto en México.....</b>	124
Condiciones políticas.....	125
Condiciones jurídicas.....	132
Condiciones económicas.....	139
Condiciones religiosas.....	141
Condiciones sociales.....	145
Condiciones de salud.....	153
Tasa de morbilidad.....	155
Tasa de mortalidad.....	157
Análisis entre México y la muestra de nueve países en relación al Aborto inducido.....	161

**EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA RESOLUCIÓN DEL ABORTO  
INDUCIDO COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.**

CONCLUSIONES  
SUGERENCIAS  
BIBLIOGRAFIA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION.

Las mujeres a lo largo de la historia se han visto subyugadas ante lo masculino, existen acontecimientos que muestran como en este devenir se han alzado voces protestando y peleando por sociedades más justas y equitativas, cuestionando el poder patriarcal. Esos ejemplos históricos también han dejado ver las duras batallas que las mujeres –como género- han tenido que librar hasta con los pensadores más “libertarios”.

Es por ello que la década de los 60's tuvo gran significado especialmente para aquellos grupos feministas que tiempos atrás alzaban sus voces contra la opresión masculina y en pro de la liberación femenina.

En esta época se presentaron acontecimientos sociales importantes que supusieron el rompimiento de algunas viejas estructuras y la composición de nuevas; sectores anteriormente no tomados en cuenta y obsoletos en diversos ámbitos, ahora encontraban formas de hacerse presentes y cuestionar a aquellos autodenominados intachables.

El movimiento feminista afianzaba sus pasos y empezaban a ser reconocidas; volcaron a la discusión todos los asuntos añejamente olvidados o instaurados como naturales; en este momento la aparición de la píldora anticonceptiva (mayo de 1960) tuvo un peso muy importante ya que por años la vida reproductiva de las mujeres se vio sometida a designios impuestos social y culturalmente; además esto permitía que la creencia de que la sexualidad tiene como único fin la procreación fuera creíble y única; y finalmente la maternidad sería indiscutible, al grado de que se asumiera como único papel de importancia para las mujeres.

Con la píldora se desenmascaraban todos esos preceptos, las mujeres tenían la posibilidad de retomar el dominio sobre su cuerpo y sobre todo dejar en claro la diferencia entre sexualidad y reproducción, y por ende plantear (aunque todavía someramente) una maternidad voluntaria. También en esta década dentro de los círculos feministas se empieza a plantear el aborto no como una penitencia o algo descabellado, sino como un derecho propio de las mujeres, porque finalmente es su cuerpo quien encarna el embarazo y la maternidad indeseada.

Coincidentemente muchos países por estos años o en los 70's relajaron sus leyes que penalizaban el aborto, especialmente países denominados desarrollados. A diferencia

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de esta tendencia los países en vías de desarrollo no avanzaban por una liberalización en la materia, como ejemplo de ello podemos situar a gran parte de Latinoamérica.

Es claro que el contexto latinoamericano es diferente al que existe en países desarrollados, pero es de especial Interés observar como a nivel mundial, estos países presentan retrocesos importantes a nivel de educación, salud y bienestar de la población en general; que mucho tendrán que ver con este tipo de decisiones que se toman a nivel global, es decir, el poco avance respecto a la liberalización del aborto tendrá impacto negativo en estas sociedades.

El aborto por ser un tema espinoso se prefiere dejar en el plano privado, individual a veces, se ha generalizado la idea de que aquéllas mujeres que abortan son mujeres que rehuyen de su papel primordial: la maternidad, ello como causa de su "Inconsciencia" y descuidos en su salud reproductiva. Pero el aborto deja de ser un asunto privado, cuando miles de mujeres al año, 46 millones en el mundo según el Instituto Alan Guttmacher <sup>1</sup>(de distintas edades, condiciones sociales y económicas, con diferente credo religioso, etc.) se someten a este tipo de procedimientos. Comienza a ser un grave problema de salud pública cuando un gran porcentaje de ellas sufre complicaciones y/o muere porque se someten a abortos riesgosos. Esto entonces ya es un problema social de importancia, las secuelas para ellas, para sus familias, sus comunidades y la sociedad en general es irreparable.

El análisis desde la perspectiva de Trabajo Social entonces, resulta ser fundamental para comprender desde lo macro, que sería a nivel mundial y considerando todos los ámbitos: lo económico, lo político, lo cultural y sobre todo lo social para entender cuáles son los hilos conductores que se manejan en la discusión del aborto; pero también su visión nos permite comprender la problemática del aborto en cuestiones micro, qué ocurre a nivel familiar y comunitario, con las mujeres y en sus relaciones inmediatas respecto a esta frecuente practica.

En estas concepciones han influido sobremanera los valores implantados por instituciones con importancia en las sociedades, por ejemplo, la Iglesia tiene un papel esencial para la comprensión de la problemática del aborto inducido, ella ha contribuido a esta visión restringida.

---

<sup>1</sup> Varios. "Miradas sobre el aborto". GIRE. México. 2001.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Es importante desentrañar los factores que llevan a este estancamiento y mostrar las consecuencias económicas, sociales y de salud que produce este fenómeno. Cabe aclarar que en torno al aborto giran múltiples posturas, especialmente refiriéndonos al aborto inducido; esto lo hace un tema complejo, interesante y hasta cierto punto confuso porque plantea interrogantes que ponen en tela de juicio asuntos cruciales de la vida humana.

La situación legal en que se sitúa el aborto lleva a hacer difícil la recolección de datos fidedignos y recientes por lo que los organismos que trabajan en dicho tema recomiendan hablar de estimaciones. Cabe destacar que se entenderá por aborto inducido, la interrupción del embarazo en cualquier momento de la gestación, para ello se utilizara algún método que provoque su expulsión. Hay dos tipos esenciales de aborto, el inducido (que se tratara en este trabajo) y el espontáneo, éste no se provoca. El aborto inducido puede ser legal o ilegal y dentro de estos, el ilegal se puede dividir en seguro o inseguro.

En aquellos países en que esta liberalizado se pueden encontrar datos actualizados, pero dependerá mucho del desenvolvimiento que ese país tenga sobre dicho fenómeno social, porque si existe demasiada presión de grupos conservadores o hay poco interés para estudiarlo por parte de instituciones u organizaciones hace que la obtención de datos sea complicada y/o escasa.

El objetivo principal de este trabajo es analizar los mecanismos jurídicos, políticos y culturales del aborto en países que lo consideran legal, para tener un acercamiento a ellos y saber cómo y en qué condiciones se puede hablar de despenalización; para así estudiar el proceso social que podría tener México rumbo a la despenalización del aborto. Por otro lado y como contraparte se analizaran países que mantienen leyes muy restrictivas en relación al aborto de manera que podamos observar las ventajas y desventajas de ambas posiciones, y de alguna manera situar a que posición se acerca más México.

Elo resulta importante desde la mirada del Trabajo Social, porque dicha disciplina permite contemplar todo esto en su conjunto pero también prever las limitaciones o alcances que puede tener México rumbo a la legalización, y principalmente cuáles son los factores de prevención que pueden contribuir a disminuir los riesgos en que se sitúan las mujeres que abortan.

El tema de aborto inducido se trabajara desde la perspectiva de los Derechos Reproductivos con el fin de contar con una visión amplia del mismo, asimismo definir el aborto inducido como un derecho reproductivo en el objetivo de lograr disminuir las tasas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



de morbilidad y mortalidad en las mujeres; por lo cual estos Indicadores serán parte central del trabajo.

El enfoque de salud es importante porque no sólo nos da un acercamiento a las condiciones sociales de un país sino porque en relación al aborto este es un aspecto clave para entender el alcance de la problemática social que se genera; es por ello que dicho estudio se enfocara en las tasas de morbilidad y mortalidad en mujeres.

Además, ello permitirá tener una retrospectiva de la situación del aborto no sólo en México sino en otros países para conocer su experiencia y poder formular hipotéticamente una prospectiva así como líneas de trabajo posteriores.

En el primer capítulo se presentaran las condiciones actuales del aborto en el mundo, es decir, cómo esta diferenciado de acuerdo a la legalidad o ilegalidad, cifras estimadas de su práctica y algunas características de las mujeres que se practican un aborto (a rasgos generales); ello nos permitirá tener un a visión general de lo que ocurre con el aborto.

En el segundo apartado se retomaran aspectos importantes sobre derechos reproductivos, cómo es que surgieron, cual es su planteamiento principal y si existe relación con el aborto, visto éste desde un panorama social; es decir no se consideraran aspectos médicos o de otro tipo para dicha formulación.

Para el capítulo tres corresponderá el análisis de nueve países situados en América del norte, el sur de Europa y a lo largo de América Latina y el Caribe. Habrán algunos países que estén catalogados como liberalizadores, en el sentido de que la mujer puede solicitar la interrupción de su embarazo sin tener alguna razón específica más que su propio deseo; existirá el caso de aquel país que no esta dentro de esa categoría pero que ha trabajado arduamente en el tema de derechos reproductivos y camine hacia una dirección liberalizadora; y por otro lado, estarán aquellos países que lo tienen completamente penalizado, que han marchado con esa tendencia y la han cristalizado o aquel que sólo avanza hacia esa posición.

En el apartado cuatro se hará un estudio sobre el caso de México, de manera que se dejen ver las circunstancias por la que ha atravesado y aún lo hace en relación al aborto, sus consecuencias y poder prever la tendencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Todo ello tiene como fin demostrar que el aborto al reconocerse plenamente como un derecho reproductivo, puede brindar las condiciones adecuadas a las mujeres que se enfrentan a esta practica para no arriesgar su salud, su integridad o su vida, de ahí la importancia de analizar las tasas de morbilidad y mortalidad femenina, sobre todo por esta causa: aborto inducido.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO 1

### EL ABORTO EN EL MUNDO.

El aborto es una práctica que pone en tela de juicio muchos aspectos de la vida humana por ello la discusión que gira a su alrededor es múltiple y difícil en todo el mundo. Esto se debe a que el aborto inducido toca aspectos de largo alcance en la vida comunitaria, como son: valores religiosos, legales y patrones culturales.

"El aborto es tan antiguo como la humanidad, existiendo distintas técnicas para la interrupción del embarazo, desde épocas remotas"<sup>1</sup> entre los griegos y romanos ya se encontraron escritos que describían métodos abortivos; en mesoamerica también podemos apreciar rastros de que utilizaban hiervas para provocar contracciones y expulsar al feto. Se presume que para 1860 el plomo con funciones abortivas ya se conocía aunque era poco utilizado porque provocaba una enfermedad en las mujeres denominada "saturnismo"<sup>2</sup>.

Esto demuestra que la práctica abortiva se ha realizado a través de la historia, desde épocas remotas por diversas causas.

La definición legal del aborto plasmada en el Código Penal dice que es "la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez"<sup>3</sup>.

Una definición médica expresa que es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable.

El aborto definido por GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) es sin más la interrupción del embarazo, distinguiendo dos tipos básicos:

- Aborto espontáneo, cuando la mujer expulsa el producto sin que nadie haga algo para provocarlo.
- Aborto inducido o provocado, es el aborto que se provoca voluntariamente empleando algún recurso para ello.

En la actualidad se sabe que el aborto es realizado por mujeres de todas partes del mundo, las causas pueden ser múltiples pero el hecho concreto es que se quiere poner fin

<sup>1</sup> Oliver Orozco María Gloria, Parra Mosco Beatriz, Witrigo Sofía Ma. Candelaria. "Consecuencias Psicosociales del aborto inducido". Tesis. ENTS-UNAM.

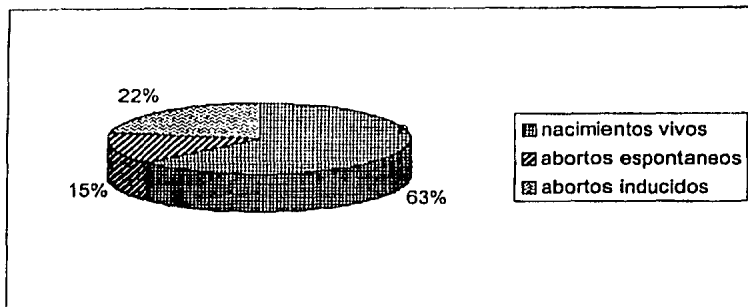
<sup>2</sup> Op. Cit.

a un embarazo, usualmente éste no es planeado pero cabe aclarar que no todos las concepciones no planificadas terminan en abortos, es decir, cabe la posibilidad de que se efectúe un nacimiento no planeado.

Según datos de organizaciones internacionales a nivel mundial más de una cuarta parte de las mujeres que quedan embarazadas cada año (210 millones de embarazos en 1999) tienen un aborto inducido o un nacimiento no deseado (Gráfico I).

GRÁFICO I.

EMBARAZOS A NIVEL MUNDIAL



Fuente: *World Population Prospects: The 1996 Revision-Annex II and III*, New York: United Nations, 1996.

Es decir, se estima que de cada 1000 mujeres en edad reproductiva que se embarazan, 35 tienen un aborto inducido, esta cifra no varía mucho si estamos hablando de países en vías de desarrollo o países desarrollados, 34 y 39 abortos por cada mil respectivamente. Pero extrañamente si se pueden encontrar diferencias más marcadas elaborando un análisis por país, por ejemplo, en Bélgica, los Países Bajos, Alemania y Suiza, las tasas de aborto son menores de 10 por cada mil en edad reproductiva; en Europa Occidental, Estados Unidos y Canadá las tasas son de 10 a 23 por cada mil mujeres; en América Latina hay 50 abortos por 1000 y encontramos que los países con tasas más altas son Rumanía, Cuba y Vietnam que van de 78 a 83 abortos por cada mil.

<sup>1</sup> Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales. México. 1999.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La India es un caso interesante porque Organismos Internacionales no la contemplan en la categoría de las tasas más altas, sin embargo otros medios afirman que por aspectos culturales y sociales se sabe que es un país en el que se efectúan miles de abortos para no tener descendencia femenina, de hecho el ultrasonido se ha prohibido tajantemente para no generar el aborto sexista; aunque es conocido también que tanto el ultrasonido como el aborto se realizan clandestinamente.

"Hay muchos factores que pueden explicar el patrón de altos índices de aborto que se observa en países con historia comunista. La más plausible es que durante la Guerra Fría -y actualmente en algunos de estos países- las mujeres tienen grandes dificultades para obtener anticonceptivos efectivos. Al mismo tiempo los servicios de aborto fueron fácilmente adquiribles y no cobrados. Y desde esta experiencia las poblaciones además han incrementado la presión para tener pequeñas familias como el resto del mundo, se ha generado dependencia del aborto para regular poblaciones"<sup>4</sup> es importante destacar en esta descripción como los gobiernos tienen un papel rector en el aumento o disminución de la práctica del aborto y cómo organismos internacionales formulan "recomendaciones" a todos los gobiernos para lograr metas en el descenso de la población respecto a tendencias poblacionales.

No hay una determinación importante en lo que se refiere a la legalización y la disminución de niveles de aborto, lo que tendría mayor peso en este caso sería que al mismo tiempo de iniciar el proceso de legalización también se desarrolle una política de población nacional que hiciera que los servicios reproductivos (incluyendo los contraceptivos) fueran ampliamente viables y principalmente en áreas de más difícil acceso, esto significaría que las mujeres tendrían una ilimitada selección métodos, como es el caso de Suiza, Francia, Alemania entre otros.

Cabe destacar que no por el simple hecho de legalizarlo, el procedimiento en la práctica no tendrá barreras, algunos estudios muestran que hay personal médico que pueden tener problemas por practicar un aborto o distribuir anticonceptivo ya que choca con sus ideales o sus concepciones morales y éticas; en Estados Unidos por ejemplo,

---

<sup>4</sup> *The Alan Guttmacher. "Sharing responsibility: women, society and abortion. Worldwide". The Alan Guttmacher. New York, 1996.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

cuando esto ocurre se le permite a esa persona no intervenir y buscar a aquel que sí lo puede realizar.

Las condiciones riesgosas se observan muy claramente en los países en vías de desarrollo, porque finalmente "...la viabilidad y calidad de un aborto –inducido– depende en gran medida de su estatus legal..."<sup>5</sup>, esto significa que cuando el procedimiento es legal generalmente el Estado es quien brinda las condiciones para que se practique, se hace en Instituciones de Salud del Estado sin ningún costo o bien con costo muy accesible, si existe alguna complicación la institución se hace cargo y algo muy importante es que a las mujeres no se les considera "criminales" o "Inmorales".

El caso en países en desarrollo es diferente porque a pesar de que hay pocos que penalizan por completo el aborto, en general las condiciones para su práctica son muy restringidas, esto obliga a las mujeres a someterse a procedimientos hechos por ellas mismas o tienen que buscar sitios clandestinos para su realización, sitios que por ese hecho no cuentan con los mínimos de bienestar, en aquellos lugares que se puede tener más seguridad el costo es excesivo para el nivel de vida de la mayoría de la población (alrededor de 10 veces un salario mínimo)<sup>6</sup>.

Tanto Bélgica como Estados Unidos y Cuba tienen leyes amplias para la ejecución de abortos por parte de las mujeres; por el contrario algunos países de Europa Occidental contienen leyes más restrictivas, y en ambos casos hay una alta incidencia de abortos. La diferencia es que en los primeros las condiciones en que se llevan a cabo son muy diferentes de los segundos, es decir, en los últimos no existe respaldo para la salud y vida de las mujeres, se realiza en sitios clandestinos que no permiten tener todas las condiciones higiénicas requeridas; mientras que países que lo permiten ampliamente de alguna manera se comprometen para atender a estas mujeres y en caso de existir un peligro ellos asumen su parte de responsabilidad.

En relación a la legalidad e ilegalidad en el mundo respecto al aborto, las mismas fuentes mencionan que en el mundo se llevan a cabo alrededor de 46 millones de abortos inducidos, esta cifra no es totalmente confiable porque existen países que sólo hacen

---

<sup>5</sup> *The Alan Guttmacher. "Sharing responsibility: women, society and abortion. Worldwide". The Alan Guttmacher. New York, Pag. 25.*

<sup>6</sup> *Varios. "Miradas sobre el aborto". GIRE. México. 2000.*

aproximaciones debido a que el procedimiento es ilegal y es difícil obtener información exacta al respecto (Gráfico II). De esta cifra 26 millones son legales y 20 millones tienen abortos en países donde la práctica está restringida por la ley, es decir, ilegales, un dato importante es que el 95% de estos abortos ilegales se realizan en América Latina, y esta parte del mundo se considera de manera general como un continente que tiene leyes restrictivas al respecto, de hecho los dos únicos países en el mundo que lo prohíben totalmente están en Latinoamérica como Chile y El Salvador, coincidentemente son dos países en los cuales la religión católica tiene un enorme peso en lo referente a los ámbitos políticos, económicos y sociales; este aspecto debe ser considerado. (Cuadro 1 y 2).

El 61% de las mujeres vive bajo leyes más liberales: el 20% donde el aborto se permite por razones socioeconómicas, o por restringidos como los mencionados anteriormente y el 41% en países donde la mujer puede obtener el procedimiento del aborto sin requisitos previos (Gráficos II, IV y V).

Así, tenemos que casi dos terceras partes de las mujeres del mundo residen en países donde el aborto puede obtenerse por solicitud personal.

Hasta la segunda mitad del siglo XX el aborto inducido fue ilegal en la mayor parte del mundo, después en respuesta a los riesgos en los que se depositaban las mujeres, "gran parte de los países del mundo liberalizaron sus leyes del aborto en un breve lapso, entre 1950 y 1985, ya a principios de 1986, 36 países tenían leyes de aborto liberales que permitían a las mujeres tener abortos por razones sociales o médicas, o sin ninguna razón. Entre 1985 y 1997, 10 países desarrollados y nueve países en vías de desarrollo con más de un millón de habitantes relajaron las restricciones sobre el aborto"<sup>7</sup>.

Esta apertura se debe a múltiples factores: la publicación y difusión de cientos —en su mayoría pequeños— estudios basados en hospitales describiendo los índices de salud y problemas financieros que deja el aborto inducido en muchas partes del mundo, el trabajo de agencias internacionales documentando el impacto del aborto inseguro en la salud de las mujeres y en la mortalidad materna, y por lo esfuerzos de grupos feministas y de mujeres, así como de Derechos Humanos, en todo el mundo haciendo hincapié en las inequidades entre países y clases sociales en el acceso de las mujeres a un aborto seguro.

**GRAFICO II..** Fuente: *Sharing responsibility de Alan Guttmacher, New York, 1996. Fig. 4.5, pag 28.*

---

<sup>7</sup> Instituto Alan Guttmacher. "Aborto inducido a nivel mundial". Instituto Alan Guttmacher. Nueva York, 1999.





CUADRO 1.

SITUACION LEGAL DEL ABORTO EN EL MUNDO

ESTADO DE LA LÉY	AMERICA Y EL CARIBE	ASIA CENTRAL, MEDIO ORIENTE Y AFRICA DEL NORTE	ASIA ORIENTAL Y DEL SUR PACIFICO	EUROPA	SUB SAHARA AFRICANO
<i>Totalmente Prohibido</i>	Chile El Salvador	0	0	0	0
<i>Para salvar la vida de la mujer</i>	Brasil Colombia Guatemala Haití Honduras México Nicaragua Panamá Paraguay Rep. Dominicana Venezuela	Afganistan Egipto Emiratos Arabes Unidos Iran Libano Libia Omán Siria Yemen	Bangladesh Indonesia Laos Myanmar Nepal Papua Nueva Guinea Filipinas Sri Lanka	Irlanda	Angola Benin Chad Congo Costa de Marfil Gabón Guinea-Bissau Kenia Lesotho Madagascar Mali Mauricio Mauritania Niger Nigeria Rep. centroamerica Rep. Dom. Congo Senegal Somalia Sudán Tanzania Togo Uganda
<i>Por salud física</i>	Argentina Bolivia Costa Rica Ecuador Perú Uruguay	Arabia Saudita Kuwait Marruecos	Pakistán Corea del Sur Tailandia	Polonia	Burkina Faso Bunundi Camerún Eritrea Etiopia Guinea Malawi Mozambique Ruanda Zimbabwe
<i>Por salud mental</i>	Jamaica Trinidad y Tobago	Argelia Irak Israel Jordania	Australia Hong Kong Malasia Nueva Zelanda	Irlanda del Nte. Portugal España Suiza	Botswana Bambla Ghana Liberia Namibia Sierra Leona
<i>Por razones socioeconómicas</i>			India Japón Taiwan	Finlandia Gran Bretaña	Zambia
<i>Sin restricciones</i>	Canadá Cuba Estados Unidos Puerto Rico	Armenia Azerbaijón Georgia Kazajistán Kirguiza Tadjikistán Túnez Turquia Turkmenistán Uzbekistán	Camboya China Mongolia Corea del Norte Singapur Vietnam	Albania Alemania Austria Belarús Bélgica Bosnia-Herzegovina Bulgaria Croacia Dinamarca Estonia Francia Grecia Hungria Italia Letonia Lituania Macedonia Moldova Países Bajos Noruega Rep. Checa Rumania Rusia Eslovaquia Eslovenia Suecia Ucrania Yugoslavia	Sudáfrica.

Fuente: Varios. "Miradas sobre el aborto". GIRE. México, 2001.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Cuadro 2.

Clasificación de los Países de América Latina y el Caribe de cómo permiten principalmente el aborto.

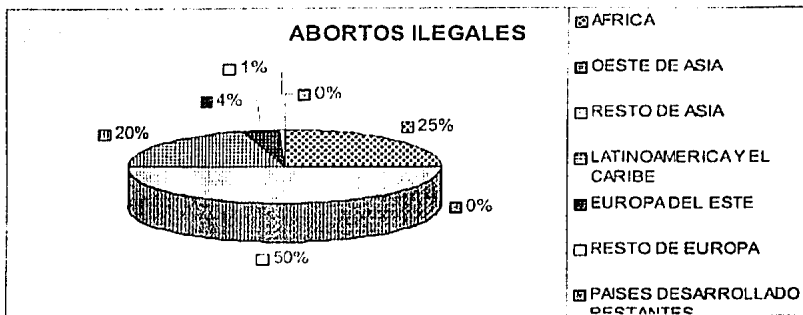
Totalmente prohibido	Chile El Salvador Brasil Colombia Guatemala Haití Honduras
Para salvar la vida de la mujer	México Nicaragua Panamá Paraguay República Dominicana Venezuela
Por salud física	Argentina Bolivia Costa Rica Ecuador Perú Uruguay
Por salud mental	Jamaica Trinidad y Tobago
Por razones socioeconómicas	
Sin restricciones	Canadá Cuba Estados Unidos Puerto Rico

Fuentes: Anika Rahman, Laura Katzive y Stanley K. Henshaw, "A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997", en *International Family Planning Perspectives*, Vol. 24, Núm. 2, Nueva York, The Alan Guttmacher Institute, junio de 1998. p. 60.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO III.

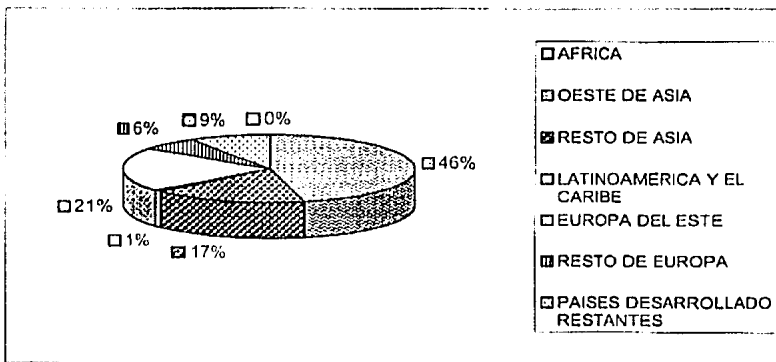
PORCENTAJE DE ABORTOS ILEGALES EN EL MUNDO.



Fuente: *Sharing responsibility* de Alan Guttmacher, New York, 1996. Fig. 4.2, pag 26.

GRÁFICO IV

PORCENTAJE DE ABORTOS LEGALES EN EL MUNDO.

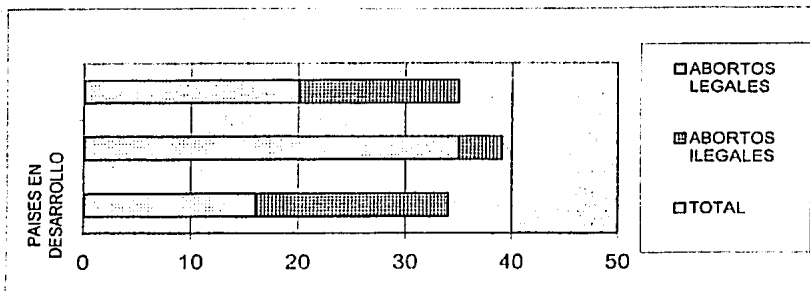


Fuente: *Sharing responsibility* de Alan Guttmacher, New York, 1996. Fig. 4.2, pag 26.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO V

ABORTOS ANUALES POR CADA 1000 MUJERES DE 15 A 44 AÑOS



Fuente: *Sharing responsibility* de Alan Guttmacher, New York, 1996. Fig. 4.3 pag 27.

Cabe resaltar que el contexto legal respecto al aborto es un factor significativo que afecta la viabilidad de las mujeres para terminar un embarazo no deseado, los expertos señalan que desde 1950 muchos países desarrollados y en desarrollo han ido liberalizando las leyes porque los gobiernos se han percatado de las consecuencias económicas y sociales que generan los abortos mal practicados a miles de mujeres, es por ello que con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad que generan los procedimientos clandestinos se ha generado esta tendencia, que ha sido lenta en África y muy ardua en Latinoamérica.

La Organización Mundial de la Salud define el aborto inseguro (puede ser este espontáneo o inducido, aunque la OMS se refiere especialmente al segundo por considerarlo un problema de salud pública) como "un procedimiento para terminar un embarazo no deseado, practicado por una persona que carece de las destrezas necesarias o en un ambiente que carece de las normas mínimas utilizadas en la práctica de la medicina, o ambos"<sup>6</sup>.

Las razones por las cuales las mujeres – considerándolas en términos generales - toman la decisión de abortar se pueden dividir de la siguiente manera con base en

<sup>6</sup> Instituto Alan Guttmacher. "Aborto inducido a nivel mundial". Instituto Alan Guttmacher. New York y Washington. 2001. Pag.2

múltiples estudios que se han realizado a nivel mundial, usualmente las mujeres proporcionan respuestas similares:

*No desean criar a más nin@s:* ya tienen el número de hijos que deseaban, ya no quieren tener otro hijo.

*Falla del método anticonceptivo.* Las fallas humanas o propias de la ciencia son aún considerables, se sabe por ejemplo, que han existido casos en que aunque el dispositivo intrauterino pueda estar perfectamente colocado y con durabilidad apropiada pueden existir embarazos; las fallas en la colocación del condón también son significativas.

*Desean posponer un embarazo:* se sienten jóvenes aún y aunque desean tener un hij@ piensan que todavía deben esperar.

*Condiciones socioeconómicas:* no pueden darle –a un/a hij@- las condiciones necesarias para un desenvolvimiento integral; desean terminar su educación antes de criar a un/una nin@, y/o necesitan un trabajo de tiempo completo para mantenerse a sí mismas y a sus hijos porque no cuentan con otro apoyo.

*Problemas en sus relaciones interpersonales:* tienen problemas con sus esposos o parejas, no desean tener hijos solas o porque desean casarse antes de concebir.

*Edad:* se sienten muy jóvenes aún para ser madres y/o no saben realmente si lo desean; sus padres no quieren que lo sean aún; no desean que sus padres se enteren del embarazo por temor a ser reprendidas; o por el contrario, se sienten viejas para concebir, es el caso de mujeres adultas que están en la parte final de su edad reproductiva.

*Salud:* el embarazo les afectara su salud; tienen una enfermedad crónica; el feto tiene alguna malformación o están infectadas del VIH.

*Coerción:* han sido violadas, estuvieron envueltas en una relación incestuosa y no desean tener hijos de algún familiar; su esposo o sus padres les insisten en practicarse un aborto.

Los índices del aborto son típicamente altos entre mujeres de 20 a 24 años y bajos entre las menos de 20 y las mayores de 40. Este patrón confirma que las mujeres cerca de los 20 años son sexualmente activas, las más fecundas y las más tendientes a embarazarse. Sin embargo, aunque las cifras de aborto son menores entre las mujeres que empiezan y terminan su vida reproductiva, cuando este rango de mujeres llegan a embarazarse, ellas son mucho más propensas a tener un aborto

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En pocos países altamente centralizados y usualmente con gobiernos autoritarios, las políticas del aborto han sido usadas a veces para incidir en el campo cultural, eugenésico o demográfico; es decir, en años recientes las políticas del aborto han sido aplicadas como control de la población, ejemplo de esto es China, también se ha manejado que este país tenía una política contra-género ya que en algunas comunidades cuando las mujeres daban a luz a seres con genitales femeninos se "eliminaban". También se enmarcan estas políticas en un deseo de poner un alto a la población, como es el caso de Rumania bajo el mandato comunista. Al mismo tiempo se sabe que el aborto ha empezado a ser consentido en algunas partes de Asia con el fin de "prever el nacimiento de niñas"<sup>9</sup>; en el caso de la India se debe a cuestiones culturales, debido a que aún los privilegios sociales se encaminan hacia los varones, en ese sentido, ser mujer acarrea dificultades para ellas y para su familia.

Los países con leyes liberales usualmente tienen restricciones, en los 55 países donde el aborto es permitido por amplias razones, la ley estipula algunas condiciones, estas restricciones tienen un impacto en la viabilidad de las mujeres para obtener un aborto. Algunas de ellas son:

- Límites gestacionales: estos van desde las 12 semanas hasta las 24 semanas, muchos países que incluyen límites gestacionales usualmente permiten el aborto sin mayor complicación en estos periodos, después de estos límites se analizan y consideran algunas circunstancias o requerimientos adicionales (por ejemplo, que sea aprobado por dos médicos) ejemplo de estos países son: Bélgica, Francia y Gran Bretaña que tienen excepciones si la salud de la mujer está en peligro o porque no hay viabilidad fetal (Gráfico VI).

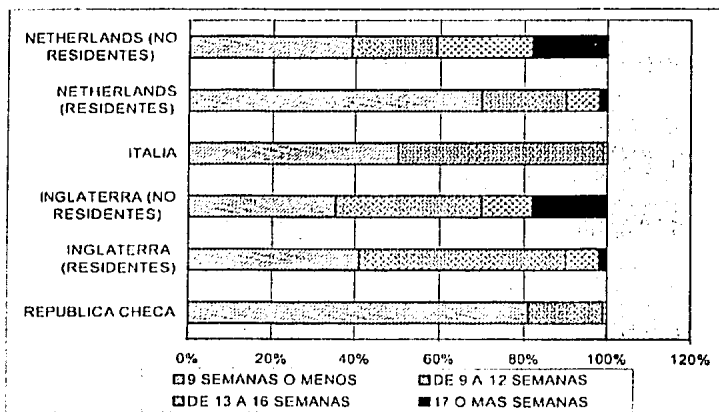
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

<sup>9</sup> *The Alan Guttmacher. "Sharing responsibility: women, society and abortion. Worldwide". New York, 1996.*

GRAFICO VI.

SEMANAS DE GESTACIÓN EN LAS QUE USUALMENTE SE REALIZAN ABORTOS EN PAISES CON LEYES ABIERTAS RESPECTO AL ABORTO..



Fuente: *Sharing responsibility* de Alan Guttmacher, New York, 1996. Fig. 5.1 pag 33

- Facilidades y personal que practica abortos: muchas leyes especifican que los abortos deben ser realizados por profesionales de salud y en condiciones adecuadas. Por ejemplo, en Gran Bretaña, India y el Sur de África los abortos deben ser practicados en un hospital gubernamental.
- Requerimientos de consentimiento: en algunos países una mujer no puede tener un aborto sin el permiso de otros miembros de la familia. Cuba, Dinamarca, Francia, Italia, Turquía y muchos países del este de Europa, por ejemplo, requieren que las menores obtengan por escrito el permiso paterno; y en Turquía una mujer adulta debe tener el permiso de su esposo. Sin embargo en Francia una menor que desea un aborto sin el conocimiento de sus padres o tutores, el hospital deberá ir a una corte a favor de ella para obtener permiso de un juzgado. En algunos estados de Estados Unidos, se requiere que las menores

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

obtengan el permiso de sus padres y un juicio similar es posible, pero la joven debe testificar antes en un juzgado.

- Consentimiento y requerimientos de periodo de espera: en algunos países las leyes apuntan y garantizan que la mujer debe estar completamente informada para tomar la decisión de practicarse un aborto. En Bélgica, por ejemplo, una mujer debe recibir consejo de un médico acerca de los riesgos asociados con el procedimiento y las posibles alternativas que tiene, ella debe esperar 6 días antes de realizarse el aborto para pensarlo. En Alemania una mujer requiere tener conserjería por parte del Estado disuadiéndola de que termine su embarazo.

Como se puede observar el hecho de que las leyes se cataloguen como "liberales" respecto al aborto no significa que la práctica sea ilimitada y sin consideraciones posteriores, constantemente se hacen reformas (como es el caso de los Estados Unidos), debido a que sectores de la población que no están a favor pugnan por reformarlas y aquell@s que trabajan por su mantenimiento y regulación, plantean desde su perspectiva reacomodos legales.

Por otro lado, los países que mantienen leyes restringidas al respecto, muchas veces tiene relación con que a nivel parlamentario y/o jurídico resulta problemático tratar el asunto, políticamente puede ser desgastante y hasta cierto punto desfavorecedor para aquellos que llevan el tema a discusión. Otra característica reconocida por el Instituto Alan Guttmacher es que la tendencia a la restricción sobre el aborto se da en países denominados en desarrollo; donde las instituciones y agrupaciones arraigadas a grupos conservadores tienen mucho peso sobre las instituciones políticas y sociales.

Existen sectores de mujeres en países en desarrollo que se encuentran en situaciones aún más sesgadas, por ejemplo, mundialmente se reconoce que las condiciones de las mujeres que viven en áreas rurales, por la situación económica en la que se encuentran -que mucho tienen que ver con las actividades productivas que realizan y que no pueden competir con las tecnologías que establece el sistema económico mundial- son mucho peores que aquellas que viven en las zonas urbanas en relación a la práctica de un aborto; a ellas se les sitúa en mayor desventaja debido a que no cuentan

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



con asistencia médica y las condiciones en las que se practican un aborto son más peligrosas.

Es decir, en países donde el aborto es ilegal queda claro que para poder tener acceso a un aborto seguro las posibilidades son mínimas, porque se vuelve un procedimiento clandestino que sólo algunas personas están dispuestas a hacer, no siempre en las mejores condiciones, esta mejoría de condiciones dependerá mucho —con base en el desarrollo de la dinámica en estas sociedades— del alcance económico que tengan las mujeres, es decir, para aquellas que no cuenten con un poder adquisitivo suficiente simplemente tendrán como opción un lugar inseguro para efectuarse el procedimiento o que ellas mismas provoquen la expulsión, cualquiera de las dos llevan a un aborto inseguro.

En las regiones en desarrollo (excluida China) ocurren 330 muertes por 100 000 abortos, un índice de mortalidad que es cientos de veces más alto que los índices de países desarrollados. Por ejemplo, en África hay una estimación de 680 muertes por 100 mil procedimientos, porcentaje catalogado por la OMS como extremadamente alto<sup>10</sup>.

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 600 000 muertes relacionadas con el embarazo ocurren cada año alrededor del mundo, 13% (78 000) están relacionadas a complicaciones de un aborto inseguro<sup>11</sup>.

Esta situación se refuerza con el hecho de que en las ciudades se puede tener más alcance a tecnologías de aborto medicas y quirúrgicas, esto no quiere decir que todas las ciudadinas tienen esa ventaja, porque aún dentro de este contexto interviene el alcance económico que cada una de ellas tenga para un servicio médico. Usualmente las mujeres con recursos económicos medios y altos son las privilegiadas y pueden acudir a un hospital para realizarse un aborto (Gráfico VII).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

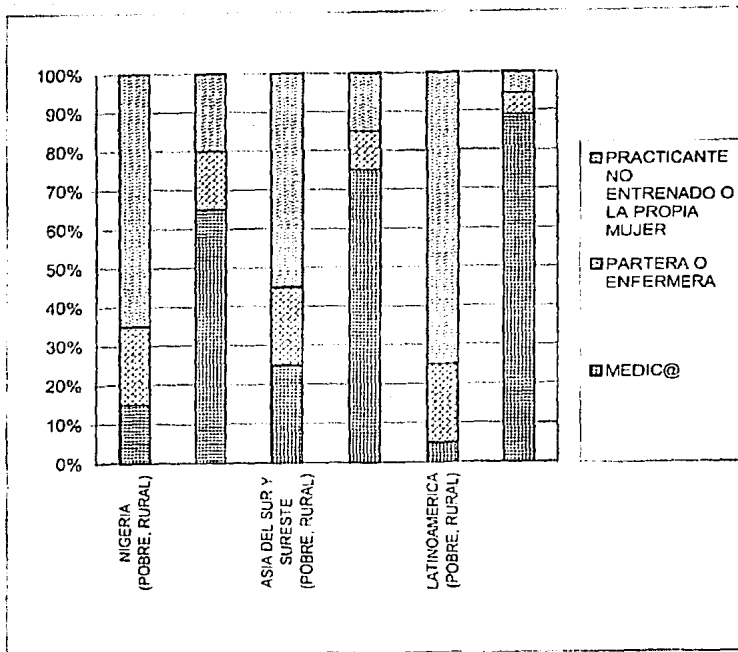
---

<sup>10</sup> *The Alan Guttmacher. Sharing responsibility: women, society and abortion. 'Worldwide'. New York, 1996.*

<sup>11</sup> *Op cit. pp*

GRAFICO VII.

TIPO DE PRACTICA ABORTIVA SEGÚN LAS CONDICIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES DE LAS MUJERES.



Makjawa-Adabusoye P, Singh S and Audam S, 1997, op. Cit. Singh S, Wulff D and Jones JI, 1997, op. Cit.; and calculations based on Alan Guttmacher Institute, 1994, op. Cit.

Asimismo las complicaciones, viabilidad de servicios de emergencia, y los rasgos de esas comunidades, mantienen al aborto inducido penalizado legal y socialmente, en esos casos muchas mujeres no solicitan tratamiento por miedo, vergüenza o pobreza.

Arribamos entonces a un problema fundamental: la incidencia de los patrones culturales que son determinantes para aquellas mujeres que se ven sometidas a un aborto inducido y el estatus o situación económica es determinante para tener al alcance los medios para efectuarse un aborto seguro.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

"En países pobres, muchas mujeres que deciden poner fin a un embarazo no planeado primero aplican un remedio casero o compran un remedio local. Las mujeres que tratan de terminar su embarazo por ellas mismas frecuentemente utilizan medios que administran de manera tradicional, personas de su comunidad; ellas se insertan duros objetos dentro de la vagina con líquidos cáusticos o toman grandes cantidades de anticonceptivos orales. En otros países las mujeres también han reportado que dan brinco desde lugares altos, bailando o sosteniendo vigoroso contacto sexual por largos periodos en un esfuerzo por inducirse un aborto"<sup>12</sup>.

Se confirma que el aspecto económico será fundamental para entender la problemática originada de la práctica del aborto inseguro, y su relación con el carácter de legal o ilegal, en este sentido, se observa que ante la ilegalidad las mujeres recurren a servicios clandestinos que a bajos costos ofrecen un servicio de mala calidad, aquellas mujeres que puedan pagar un servicio que les asegure su salud, integridad y vida, deberán pagar altas cuotas.

---

<sup>12</sup> The Alan Guttmacher. *Sharing responsibility: women, society and abortion. Worldwide. New York, 1996. Pag. 36.*

## CAPITULO 2.

### DERECHOS REPRODUCTIVOS Y ABORTO INDUCIDO COMO PROBLEMA SOCIAL.

Los Derechos como toda conquista social han tenido un desarrollo histórico peculiar, es así como podemos encontrar una descripción de cuatro generaciones:

- 1) **Derechos civiles**, su creación se contempla en el siglo XVII y XVIII, se desarrollan en los llamados Estados Modernos, los principios que se establecieron fueron: libertad de conciencia, de asociación y expresión, ya se habla de un igualdad ante la ley, además de derechos, de oportunidades, de intimidad y privacidad, es decir, se trataba de considerar y defender la *Dignidad Humana*.
- 2) **Derechos políticos**, se establecen alrededor del siglo XIX, se habla teóricamente de una tradición democrática, se proclaman los derechos de manifestación, representación y petición, se establece el derecho de votar y ser votado; en otras palabras el ideal a preservar es el *Sufragio Universal*.
- 3) **Derechos económicos y sociales**, se desarrollan en el siglo XX, se defienden las necesidades materiales básicas de los ciudadanos, como: derecho a la vivienda, salud, educación, etc. Es decir, se protege el *Bienestar Común*.
- 4) **Derechos culturales** (derechos de 4ª generación), desde el siglo XX, se proclama el derecho a la diferencia en cualquiera de sus formas: etnia, culturales, religiosas, etc. *Pertenencia e Identidad* son sus fundamentos, aunque también se persiguen la equidad y la democracia.

Todos ellos conforman de alguna manera los Derechos Humanos que desde una visión general tienen como objetivo proteger todos aquellos derechos inalienables de las personas, se pueden observar desde una mirada esencialista, es decir, que compartimos una esencia y al mismo tiempo negamos una historicidad-temporalidad y por ende, cambio. Pero también se pueden analizar desde una posición historicista, o sea, al ejercerlos nos volvemos ciudadanos y surgen por necesidades de ese contexto histórico y social.

Pero cabe destacar que el proceso para la defensa de los Derechos Humanos no ha sido homogéneo ni fácil, desde épocas remotas las mujeres no eran contempladas en los avances sociales que se daban a través de la historia, por ejemplo, en la Revolución

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Francesa en 1789 al obtenerse la victoria se elaboró un documento llamado Declaración de los Derechos del Hombre y Ciudadano el 26 de agosto de 1789, pudiera parecer que en esta declaración se contempla por igual a hombres y mujeres, pero al referirse con el concepto de Hombre, literalmente sólo se consideraba a este género, una prueba de lo anterior es que en 1791 cuando Olympi de Gouges redactó la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana, demostrando como las mujeres no se sentían incluidas en el documento anterior y donde cuestionaba las premisas de la primera declaración; la única respuesta para tal expresión fue que ella fuera agredida, acusada y mandada a la guillotina el 3 de noviembre de 1793.

El tema de Derechos Reproductivos se puede considerar como un logro del movimiento feminista desarrollado desde 1960, ya que uno de sus planteamientos principales era eliminar el viejo y agresivo concepto de que las mujeres como entes no racionales y con un papel muy definido que desenvolver en sus sociedades no tienen derechos o que sólo tienen los que permitirán seguir fundamentando el papel que se les atribuye desde la mirada patriarcal, su gran aportación fue pelear porque las mujeres se vean como sujetos y por ende con autodeterminación, desde esta óptica los Derechos Sexuales y Reproductivos empiezan a tener sentido.

"La noción de derechos reproductivos surgió en el contexto de la discusión sobre derechos humanos, y puede entenderse como una de las ampliaciones efectuadas a la formulación inicial contenida en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948"<sup>1</sup>, posteriormente esta noción fue incorporada en la Conferencia de Teherán sobre Derechos Humanos en 1968 como respuesta a los avances en los programas de planificación familiar. Para 1974 en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest "(...) surgió nuevamente el tema de los derechos reproductivos, generándose tensiones importantes entre los países del tercer mundo y los países desarrollados en torno a la vinculación población-desarrollo. Los primeros, levantaron el lema: el mejor contraceptivo es el desarrollo"<sup>2</sup>, ahí se reafirmó lo establecido en Teherán pero se agregó que el Estado tiene un papel activo en el resguardo de ese derecho.

---

<sup>1</sup> Varios. *Realidades y desafíos. Reflexiones de mujeres que trabajan en Salud Reproductiva*. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Chile. 1994. Pp40.

<sup>2</sup> Op. Cit. Pp40.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El movimiento feminista se compromete con la noción de derechos reproductivos durante la Conferencia del Año de la Mujer en México en 1975, allí se señalaron en el contexto de la integridad y control del cuerpo. "A medida que las mujeres de diversas culturas y grupos sociales se han ido involucrando en estos movimientos, el significado de los derechos sexuales y reproductivos se ha ido expandiendo (por ejemplo, ahora se considera mortalidad materna e infantil, infertilidad, esterilización forzada, mutilación genital, etc.)"<sup>3</sup>.

En la Conferencia Mundial de Población realizada en México en 1984 se definió "responsabilidad", ello fue muy importante porque hasta ese momento no se había incorporado un concepto de este tipo que manifestara que los individuos y parejas que pueden ejercer sus derechos reproductivos también tienen responsabilidad.

Cada autor da su propio toque al definir los derechos reproductivos, podemos así encontrar que para Palma "Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos básicos e inalienables, que tienen dimensiones e implicancias en lo personal, en lo social y en lo político. Los definimos como el derecho que tienen las personas (particularmente las mujeres de tomar decisiones sobre su propia sexualidad y su salud sexual y reproductiva"<sup>4</sup> esta definición es particularmente interesante porque la autora considera con especial atención a las mujeres, como si los derechos reproductivos tuvieran mayor importancia en ellas; "(...) este conjunto de derechos –continúa Zulema Palma- incluye tener el poder de ejercerlos (dimensión personal) y contar con los recursos para hacerlo de forma eficaz y segura (dimensión social)"<sup>5</sup>.

El hecho de que se insista el papel de las mujeres en los derechos reproductivos, muy posiblemente se deba a que el peso histórico en este género ha sido duro y una parte muy sometida para la mujer ha sido desde tiempos inmemorables, su cuerpo, convirtiéndolo en su propia prisión, donde la maternidad es su único fin, por ello en el momento en que surge el *derecho reproductivo* se hace necesario ubicarlo en ese contexto para entender como se convierte en una herramienta feminista esencial.

---

<sup>3</sup> Olivares Cecilia. *Derechos Reproductivos y Derechos Sexuales*. GIRF. México. 1994. Pp9.

<sup>4</sup> Palma Zulema. "Los derechos reproductivos de las mujeres y la anticoncepción". Centro Integral de Salud para mujeres "Dra. Julieta Lanteri". Argentina. 1994. Pp.12.

<sup>5</sup> Op cit. Pp12.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Zulema Palma hace hincapié en que históricamente se ha ligado la sexualidad con la reproducción y procreación, acentúa que los anticonceptivos han tenido una importancia invaluable por permitir escisionar claramente estos aspectos, de alguna manera considera que éstos son los que permiten definir los derechos reproductivos.

Otra interpretación de estos derechos es aquélla que afirma al "(...) derecho reproductivo entendido como el poder de decisión de cada mujer sobre su propia fertilidad, la procreación, el cuidado de los hijos. También el acceso a información veraz sobre su sexualidad y la reproducción, como servicios médicos oportunos y de calidad"<sup>6</sup>, se diferencian los derechos sexuales de los reproductivos pero afirmando que están muy ligados; cabe destacar que nuevamente esta definición aunque no lo menciona en ese momento, se refiere a derechos pertenecientes a las mujeres.

Gysling dice que hay dos conceptos sobre derechos reproductivo, uno restringido y otro amplio, el primero sólo se refiere al derecho básico de parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y su espaciamento, al mismo tiempo tener información, educación y medios para hacerlo, este concepto corresponde a lo formulado en la Conferencia de Teherán sobre Derechos Humanos de 1968. Esta definición se ha hecho más elaborada con el paso del tiempo y con el aporte del movimiento feminista. La muestra es que para la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 se comienza una nueva etapa en su definición, ello esta ligado en parte a la total oposición que manifiesta la Iglesia Católica al respecto.

En Brasil se elabora un documento denominado "Alguns capítulos do Programa de Acao estao diretamente relacionados com o Projeto Cairo-Brasil"<sup>7</sup> donde se confirma que se hace necesario recalcar el papel de la mujer en los procesos de toma de decisiones, y como punto central se menciona que los hombres deberán asumir mas responsabilidades en su comportamiento sexual y reproductivo. En lo referente a la salud sexual y reproductiva se reconoce el derecho de todas las personas a poseerla, satisfactoriamente y que los medios para su ejercicio deban ser asegurados. Se resalta que la atención de salud reproductiva en el contexto de asistencia primaria de salud se debe incluir:

---

<sup>6</sup> Martínez García Sylvia. "Tesis: Los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en México y su relación con los derechos humanos". Universidad La Salle. México. 1997. Pp9.

<sup>7</sup> "Alguns capítulos do Programa de Acao estao diretamente relacionados com o Projeto Cairo -Brasil". 1996.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

consejería, información, educación, comunicación y servicios de planeación familiar; educación y servicios de asistencia pre-natal, de parto seguro y asistencia post-natal; así como el aborto, incluyendo su prevención y el tratamiento de las secuelas por esta causa.

"Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujetas a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual"<sup>8</sup>.

Es importante esclarecer que con el paso de tiempo y el contexto cultural, estas argumentaciones no sólo contemplan a las mujeres sino también a hombres, (aunque es cierto que el discurso se enfoca con especial interés a las mujeres) cualquiera que sea su posición social, económica, étnica, de edad, religiosa, etc.

Tanto los derechos sexuales como los derechos reproductivos son fundamentales para el pleno desarrollo de las personas; y por cuestiones metodológicas se les define por separado pero por principio debe evitarse verlos como cosas diferentes, porque ambos se fusionan en los seres humanos.

Cuando hablamos de derechos reproductivos también estamos abarcando ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, en documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos elaborados por las Naciones Unidas y aprobadas por consenso. Pero este concepto remite a otro más general que es salud reproductiva, considerada como "una condición en el que el proceso reproductivo se logra en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o de desórdenes del proceso reproductivo"<sup>9</sup>, con base en esto la salud reproductiva es un bien social y consecuentemente su promoción y las condiciones para su realización se vuelven una obligación.

Hay tres condiciones necesarias dentro del marco de la equidad en lo que se refiere a la salud reproductiva:

---

<sup>8</sup> *Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, septiembre de 1995.*

<sup>9</sup> *Careaga Pérez Gloria. "Ética y Salud Reproductiva". PUEG-UNAM. México, 1996. Pag. 199.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



- \* Se debe garantizar un trato igualitario a todas las personas de una sociedad en relación con las decisiones reproductivas, prescindiendo de distinciones tales como sexo, raza, clase, riqueza, religión, estatus marital, orientación sexual o edad.
- \* La información relacionada con la salud reproductiva y la disponibilidad de servicios debe fluir libremente y ser ampliamente difundida, y debe proveérseles una adecuada educación general a todos los miembros de la sociedad.
- \* Los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, deben ser protegidos eficazmente.

Figuroa Perea hizo una investigación en la que explicaba algunos problemas en la conceptualización de los derechos reproductivos, mucho de lo que expone lo enmarca en México, a continuación se presentan algunas de sus observaciones:

- Sólo se hace referencia a las decisiones sobre número de hijos, el momento de tenerlos, las condiciones y requisitos para llevarlos a cabo.
- La titularidad de esos derechos, se enfoca por muchos autores sólo a las mujeres o bien se reconoce que existen diferencias en la forma del ejercicio entre ambos sexos.
- Se reconoce en la discusión un papel muy importante a la intervención de las políticas y los programas, como una manera de instrumentar los derechos reproductivos, pero al mismo tiempo como origen de posibles intervenciones contradictorias y autoritarias en el espacio de la reproducción de la población.
- Hace referencia a los riesgos del "legalismo" en donde se restrinjan los derechos reproductivos a ámbitos de derechos legales, al margen de los contextos y sin asegurar las condiciones sociales para su ejercicio.
- Se destaca que debe haber mayor énfasis en la obligación y responsabilidad de los varones alrededor del ámbito de la reproducción.<sup>10</sup>

Lo interesante de este estudio es que muestra como el concepto de derechos reproductivos esta inacabado, no se puede considerar estático e inamovible, si bien nos permite esclarecer y trabajar ciertas cuestiones como el acercarnos a la posibilidad de que las personas se pueden adueñar de su reproducción y sexualidad, también han

<sup>10</sup> Figuroa Perea Juan Guillermo. "Algunos problemas de investigación sobre derechos reproductivos" En: *Perinatol Reprod. Hum.* Volumen 10. Número 2. Abril-junio 1996.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

quedado cosas en el tintero, como la relación entre la aplicación real de este concepto y su correspondencia con el Estado. Por que si bien es importante acercarse a la formulación de políticas combinadas con este concepto también es esencial poder distinguir en que momento se utiliza como una herramienta metodológica y en que momento se comete el mismo error que hasta el momento ha ocurrido y es que, la políticas se establecen como leyes en la sociedad, se dictan normas y formas de conducta a la población y a tod@s aquell@s que no desean seguir esas reglas son orillados a la ilegalidad y sancionad@s .

Un aspecto interesante es que en la mayoría de definiciones no encontramos la práctica del aborto como parte de los derechos reproductivos, pareciera que se debe sobreentender en la parte donde se menciona que los individuos y las parejas tienen el derecho de decidir cuando tener hijos; el problema es que al establecerse este párrafo con connotaciones legales como es el caso de México, se le dan múltiples interpretaciones que dejan a la imaginación y/o juicio de aquellos que llevan la ley.

A pesar de que en 1996 se hizo una declaración sobre el aborto denominada "Declaración de Amsterdam", ésta no se liga directamente con alguna reunión internacional sobre derechos reproductivos, en la introducción se hace referencia a dicha declaración como parte de una conferencia exclusiva de aborto<sup>11</sup>.

En un estudio exhaustivo realizado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) donde se comparaban la noción de los derechos reproductivos y los principios de los derechos humanos, se hace mención al aborto en los siguientes términos:

\*ninguna persona deberá estar sujeta a embarazo, esterilización o aborto forzados (Derecho a la libertad y la seguridad de las personas).

\*todas las mujeres tienen el derecho a hacer elecciones autónomas respecto a la procreación, incluso opciones relacionadas con el aborto seguro (Derecho a la privacidad).

\*los profesionales de salud tienen el derecho a objetar conscientemente a proveer servicios de anticoncepción y aborto únicamente si pueden realizar estos servicios otros

---

<sup>11</sup> En ella se afirma que el aborto es algo que atañe a la autodeterminación de las mujeres. Se reconoce que el aborto es un problema de salud pública y que en los países donde es legal las complicaciones que amenazan la vida son muy escasas. Señalándose que la legalidad junto con la información anticonceptiva y servicios de alta calidad, las tasas de aborto son reducidas. *Abortion Matters. Holanda. Marzo de 1996.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

profesionales. No existe semejante derecho en casos de emergencia en que se halla en riesgo la vida de una persona (Derecho a la libertad de pensamiento).

\*todas las mujeres tienen el derecho al acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para la protección de la salud reproductiva, la maternidad segura y el aborto seguro (Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos o cuándo tenerlos).

\*todas las personas tienen el derecho a servicios completos de atención de la salud, incluso el acceso a todos los métodos de regulación de la fertilidad, incluido el aborto seguro; además se tiene derecho a la información, acceso, opciones, seguridad, privacidad, confidencialidad, trato digno, confort, continuidad y pueden expresar sus opiniones (Derecho a la atención de la salud y a la protección de la salud).

\*todas las personas disfrutarán y tendrán acceso a la tecnología de atención de la salud reproductiva disponible, incluida aquella relacionada a la infertilidad, la anticoncepción y el aborto (Derecho a los beneficios del progreso científico)<sup>12</sup>.

Este es un documento muy importante porque es el único que deja ver como el aborto es un derecho reproductivo, también que este debe ser seguro como un derecho humano para todas las mujeres y que la atención para sus complicaciones debe ser una prioridad de salud.

Se debe destacar que esta carta no tiene validez legal, sólo se sustenta en el hecho de que si todos los países aceptaron y firmaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos deben aceptar los principios de los derechos reproductivos y todas sus implicaciones, es decir, esta carta es una interpretación de dichos documentos.

Cabe agregar que en ningún país donde se considera el aborto como un procedimiento sin restricciones se ha llegado a esa conclusión argumentado explícitamente que se trata de un derecho reproductivo, puede ser que se considere como tal o que éste concepto haya influido en esa decisión; pero al momento de insertar legalmente el aborto se utilizan otros argumentos de tipo legal/ constitucional.

Como se puede observar los anticonceptivos son un elemento importante para analizar el concepto de derechos reproductivos, porque permitieron en su aparición desligar este hecho de la sexualidad y asumir la reproducción como una elección, al

---

<sup>12</sup> *Federación Internacional de Planificación de la Familia. "Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos". Visión Año 2000. Inglaterra. 1996.*

mismo tiempo de que se aclaró que esta es modificable humanamente. Al mismo tiempo se ha observado que si hay una demanda satisfecha en este aspecto se dan más elementos para satisfacer ampliamente la salud reproductiva de las personas, evitando complicaciones posteriores como embarazos no deseados y abortos.

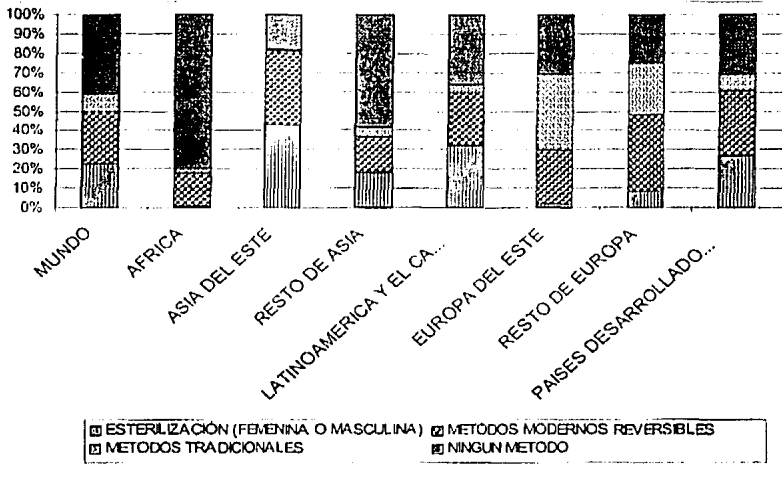
Pero es importante mencionar que a pesar de la excelente distribución anticonceptiva que existiera, siempre hay fallas humanas o fallas del mismo anticonceptivo, es decir, que no se puede descartar por completo el aborto, por ello debe ser considerado dentro de los derechos reproductivos.

Aunque estos derechos no se ven aplicados en su totalidad, debido a múltiples causas, de primera instancia se observa una diferencia importante entre países desarrollados y los que se encuentran en proceso de desarrollo; cuando comparamos el acceso que tienen las mujeres en anticonceptivos (considerando que esto es sólo un aspecto que se contempla dentro de la salud reproductiva) en países desarrollados y en desarrollo o pobres encontramos que en los segundos, muchas mujeres no desean embarazarse pero al mismo tiempo no están usando algún anticonceptivo eficaz y efectivo, ya sea porque no lo saben usar correctamente o porque no tienen el acceso real a ellos, hay incoherencia en lo que se refiere a las condiciones reales de obtención de beneficios y todo lo que se proclama cuando se habla de estos derechos. Consecuentemente los embarazos no planeados ocurren en muchos casos frecuentemente y especialmente en los países en desarrollo porque en estos países las políticas no son acordes con la defensa de dichos derechos, cuentan con trabas desde muchos ámbitos (política, economía, cultura, educación, etc.) (Gráfico VIII y IX).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO VIII.

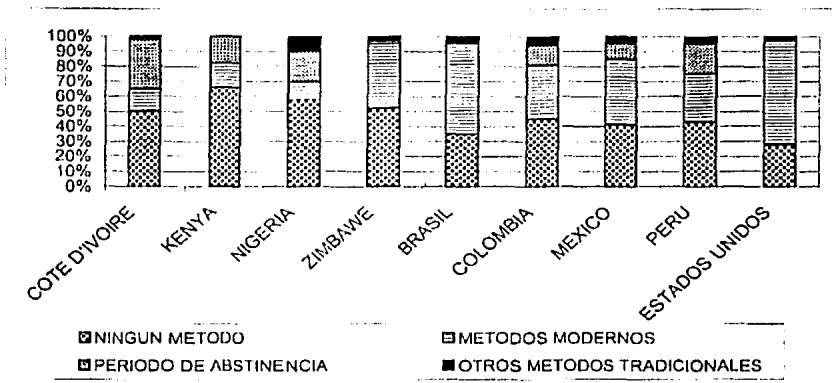
ANTICONCEPCION EN EL MUNDO



*NOTAS: Este gráfico contiene datos de regiones del mundo, las definiciones se aplican de la siguiente manera: Asia del este: China, Hong Kong, Macao, Mongolia, Norte y Sur de Corea; Europa del Este: Belarus, Bulgaria, República Checa, Hungría, Moldavia, Polonia, Rumania, Federación Rusa, República Eslovaca y Ucrania; el resto de Países Desarrollados: Australia, Canadá, Japón, Nueva Zelanda y los Estados Unidos. Los metodos modernos reversibles son: píldora, DIU, implante, inyectable, condon, diafragma y espermicidas. Métodos tradicionales: periodo de abstinencia, retiro al momento de eyaculación, duchas y métodos tradicionales. FUENTE: United Nations, Population Division, "Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998", New York: UN, 1999.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA IX.  
ANTICONCEPTIVOS EN ALGUNOS LUGARES DEL MUNDO EN MUJERES JÓVENES.



Fuente: The Alan Guttmacher. "Sharing responsibility: women, society and abortion. Worldwide". The Alan Guttmacher. New York, P.A.G. 16, gráfico 2.5.

En este sentido el aborto inducido es muestra de lo difícil que es aplicar cabalmente los derechos reproductivos y que todas las personas puedan gozar de una vida plena; la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos establece que "Todas las mujeres tienen el derecho al acceso, a la información, la educación y los servicios necesarios para la protección de la salud reproductiva, la maternidad segura y el aborto sin peligro"<sup>13</sup> y cuando observamos cifras que muestran que no hay condiciones adecuadas para aquellas mujeres que desean controlar su reproducción y que las que logran encontrar un camino para remediar ese hecho, tienen serias complicaciones en su salud o en su caso legales, se deja ver que no todas las mujeres ejercen sus derechos reproductivos.

Un elemento interesante y a la vez preocupante es que sólo algunos sectores de la población femenina son los que pueden adquirir estos servicios asegurando su salud y su vida. En 1994 en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, donde todos los Estados integrantes de las Naciones Unidas firmaron de conformidad proporcionar las condiciones necesarias para que las mujeres del mundo puedan contar

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

con apoyos a su salud reproductiva, esto no ha sido necesariamente aplicado en lo concreto. Por lo tanto, miles de mujeres siguen desenvolviéndose en ámbitos que las desfavorecen, considerando también que las instituciones de salud pública no cuentan con programas efectivos para la prevención y educación sexual y reproductiva.

Esta situación genera limitantes, para tener alcance a los servicios integrales de salud se requieren ciertas condiciones como: tener posibilidades de acudir a instituciones que cuenten con algún tipo de servicio antes mencionado o en su defecto haya facilidades para ser canalizado; ser beneficiarias de alguna institución; para aquellas mujeres que no cuentan con protección estatal al respecto deberán tener recursos económicos suficientes con los que puedan tener alcance a un servicio particular y también para adquirir medicamentos o artículos para proteger su salud sexual y reproductiva; ser mayores de edad o requerir permiso de alguna persona cercana para recibir atención médica; entre otros.

Lo anterior significa que muchas mujeres quedan limitadas o denegadas para estos servicios un caso bastante explícito son las adolescentes, mujeres indígenas, mujeres que viven en pobreza o pobreza extrema, mujeres no activas en la economía formal, y todas aquellas mujeres que dependen de algún miembro familiar y en muchas otras situaciones.

El aborto inducido presenta conflictos debido a su condición de ilegal en varios países del mundo, por lo cual existen diferentes posturas respecto a su legalidad, opiniones controvertidas y contrapuestas en la discusión de si el aborto es éticamente válido o no, y más aún si debe protegerse legalmente a las mujeres que deciden someterse a esta práctica. Para los fines que esta Investigación persigue no ahondaremos en estos aspectos. Lo que si nos concierne por completo es conocer que ocurre en aquellos países que tienen un ley que protege el aborto y aquellos en los que no es así.

En el primer caso, existen condiciones históricas y sociales que llevan a esos países a generar procedimientos legales para su práctica libre, cabe destacar que ese proceso se ha llevado a cabo de muy diversas formas debido a las diferentes condiciones de dichos lugares.

---

<sup>13</sup> Federación Internacional de Planificación de la Familia. "Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos". Visión Año 2000. Inglaterra. 1996.

En Europa del Este, incluyendo la –antes llamada- República Soviética la legalización del aborto fue mucho más rápida en los años 50's, los niveles de aborto en ese tiempo fueron muy altos, y empezaron a declinar en 1980, ese fenómeno estuvo muy ligado a que en el momento de su legalización no se disponía de anticonceptivos, por lo tanto las mujeres para interrumpir su embarazo legalmente sólo podían recurrir al aborto, de alguna manera fue como su "anticonceptivo", con el tiempo se empezó a liberar la disposición y adquisición de métodos que podían prevenir embarazos no deseados por ello disminuyó la tasa de abortos.

Si bien la demanda anticonceptiva no es lo que distingue a la salud reproductiva si tiene un papel importante en ella, porque brinda la oportunidad, a las mujeres, de evitar el embarazo.

Las principales complicaciones para las mujeres que se practican un aborto en condiciones ilegales e inseguras son: infecciones, retención del tejido, hemorragias, lesiones intra-abdominales, reacciones tóxicas a las sustancias, etc. y la más peligrosa es la muerte, las cifras de muerte por complicaciones de aborto son muy altas y existen grandes diferencias entre los que están en vías de desarrollo como ya se menciona en el primer capítulo (Cuadro 3).

**CUADRO 3.**  
**MUERTES FEMENINAS POR COMPLICACIÓN DE ABORTO MAL PRACTICADO.**

REGION	MUERTES POR CADA 100 000 ABORTOS
<b>PAISES EN DESARROLLO*</b>	<b>330</b>
AFRICA	680
ASIA DEL ESTE Y SURESTE	283
LATINOAMERICA	119
<b>PAISES DESARROLLADOS</b>	<b>0.2-1.2</b>
EUROPA	0.2-1.2
AMERICA DEL NORTE	0.2-1.2

\*Excluyendo China.

Fuente: cálculos basados en la División de Salud Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 1998, Tabla 2, pag. 9 y Henshaw SK, 1999, op. Cit.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



El problema social es grave, las mujeres como seres humanos, históricamente se han enfrentado a situaciones que arriesgan su integridad, el hecho de que ante el desarrollo mundial se sigan viendo bajo estas desventajas significa que aún no se puede hablar de una equidad entre hombres y mujeres y por ende de sociedades justas, por otro lado, entre las mismas mujeres existen diferencias, por ejemplo, personal de salud afirma que en Latinoamérica 1 de 20 mujeres pobres o que viven en áreas rurales podrán acceder a servicios médicos urbanos y más completos<sup>14</sup>; es decir, las diferencias en los países, los desarrollados y los que están en vías de desarrollo, son enormes y se traducen en desventajas.

Las mujeres no ejercen su derecho de dirigir su vida reproductiva como lo deseen, se siguen viendo sujetas a normatividades jurídicas, religiosas, sociales etc. que no las contemplan. Al no contar con las opciones necesarias para decidir sobre los hechos que le ocurren, se arriesga a situaciones y finalmente le niega toda posibilidad de disfrute en su sexualidad.

El problema no inicia con la decisión de realizarse un aborto sino desde que existen embarazos no deseados, "los hijos no deseados (...) los más mencionados son los que una vez nacidos padecen el abandono, maltrato, explotación; los que circulan por las calles sin acceso a los niveles mínimos de alimentación, salud, vivienda y recreación..." en consecuencia aquellos que se ven privados de disfrutar sus derechos humanos. "La maternidad voluntaria es una condición para que nazcan hijos deseados que sean atendidos, queridos y respetados"<sup>15</sup>.

La iglesia católica con millones de seguidores por todo el mundo es una de las instituciones que penaliza duramente el aborto por cualquier razón, pero es interesante observar que esta determinación no es "divina" en si misma, porque esta decisión la asumió la jerarquía católica hace no mucho tiempo —según Muraro— "...solamente en 1869 el Papa Pío XI condena el aborto desde el momento de la concepción. Se terminó entonces la distinción milenaria entre feto "animado" e inanimado"<sup>16</sup>, aún así, en países

---

<sup>14</sup> *The Alan Guttmacher. "Sharing responsibility: women, society and abortion. Worldwide". The Alan Guttmacher. New York, Pag. 36.*

<sup>15</sup> *Lamas, Marta, Giacoman Claudia y Montaño Oscar. "Nuevas estrategias para abordar el tema de los Derechos Reproductivos". México. 1995. Pag. 60.*

<sup>16</sup> *Rivas Zivry, Marta y Amuchástegui Herrera Ana. "Voces e historias sobre el aborto". México. EDAMEX. 1998.*

mayoritariamente católicos como México, las mujeres siguen sometándose a la práctica de un aborto, posiblemente ellas lo hagan con un gran peso moral por realizar un acto ilícito pero también muy seguramente la situación en la que se encuentran y la falta de condiciones para llevar una salud reproductiva acorde con sus derechos es lo suficientemente crítica como para optar por esa decisión.

Por otra parte, el Estado, ha dejado ver que no es completamente "libre y soberano", que legalmente se han puesto trabas para resolver de una mejor manera esta problemática, es importante destacar que no se pretende arguir a favor del aborto en si mismo, sólo se pretende mostrar como finalmente los aspectos que rodean al aborto no son de ninguna manera naturales, y como muestra sólo basta atender la realidad.

Se debe considerar que la problemática que genera el aborto inducido no terminara hasta que se haga algo realmente esencial y de raíz, partir de que las situaciones que orillan a las mujeres a hacerse un aborto, porque si bien es cierto que el mayor porcentaje de abortos que se efectúan provienen de mujeres que no utilizaron algún método anticonceptivo o bien tienen cualquier otra razón que se puede controlar bajo otras medidas, también existen casos en los que se deben a fallas de otro tipo, por ejemplo, que ningún anticonceptivo es 100% seguro; que habrá casos en los que ciertas mujeres pongan en riesgo su vida o su salud si concluyen su embarazo; que se cometan actos violentos contra las mujeres y que éstas queden embarazadas, etc. En pocas palabras es difícil imaginar que se puede controlar totalmente por siempre y por cualquier condición el aborto, sin embargo debe identificarse el aborto como problema social y luego como parte de la salud reproductiva, porque ello permitirá un análisis más complejo que a su vez podrá determinar acciones amplias que contemplen todos los elementos que inciden e influyen en el aborto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

Los derechos reproductivos son un concepto de antaño pero que hasta hace unos años fue cuando adquirieron el significado con el actualmente nos referimos, son un aval para la defensa de la autonomía reproductiva de las personas. Muchos autores se refieren a ellos como aplicables sólo a las mujeres, pero considerando que es un concepto que se ha modificado con el tiempo en la actualidad se contempla a hombres y a mujeres, aún así es un concepto inacabado.

Los derechos reproductivos y sexuales deben ser vistos como derechos humanos, ya que son fundamentales para el pleno desarrollo de las personas, estudios demuestran que este concepto debe ser utilizado con cuidado para no caer en la imposición como muchas políticas lo hacen, su definición debe dar cabida al ejercicio pleno que las personas tienen para actuar en su vida.

Hasta el momento pocas definiciones de derechos reproductivos y sexuales contemplan el aborto, sólo la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) ha logrado realizar un ejercicio en el que relaciona el derecho al aborto con distintos derechos humanos, como resultado de ello contempla que el embarazo no deseado forzado atenta contra el derecho a la libertad; que las mujeres tienen el derecho de hacer elecciones autónomas respecto a su procreación, ello como ejercicio a su derecho de privacidad, todas las personas tienen derecho a la atención de salud y su protección, incluido el aborto seguro, entre otras correlaciones.

Descartar el aborto inducido de la vida reproductiva de miles de mujeres es algo realmente difícil ya que las fallas humanas y/o técnicas en el uso de anticonceptivos tendrá lugar siempre que existe la autodeterminación humana, en cualquier otro caso hablaríamos de autómatas que tienen fríamente calculados sus actos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **CAPITULO 3**

#### **ANÁLISIS DEL ABORTO EN NUEVE PAÍSES, SEGÚN SU LEGALIZACIÓN.**

Para efectos del siguiente estudio se tomaron en consideración nueve países, clasificados éstos por su avance en la defensa de los derechos reproductivos hacia su población y por el tipo de normatividad con que la cuentan a nivel jurídico con respecto al tema.

En un primer grupo, se encuentran países con un largo historial en la defensa de dichos derechos y con un amplio respaldo jurídico hacia la práctica del aborto, estas naciones además, se consideran entre las denominadas "desarrolladas", con una economía fuerte y competente. El tercer país (Italia) se tomo con especial interés debido a que es reconocido como eminentemente católico y contradictoriamente, es esta religión la que penaliza de manera firme el aborto.

Un segundo grupo es aquel conformado por países del Caribe y el Sur de América que si bien no tienen un largo historial como los anteriores, si han realizado un trabajo constante para su defensa; con respecto al aborto, dos de ellos lo tienen completamente despenalizado y el tercero sólo por ciertas causales, cabe destacar que este último ha desarrollado un trabajo arduo para la comprensión de este problema social. Estos países fueron seleccionados por cuestiones de método, es decir, tienen grandes similitudes con México, en relación con las características económicas y culturales, a pesar de que no todos se rijan por los mismos modelos político-económicos.

El tercer grupo esta integrado por países igualmente latinoamericanos, seleccionados por razones similares a las mencionadas anteriormente, con la distintiva de que se reconocen por ser países atrasados en cuestión de la defensa de los derechos reproductivos y dos de ellos penalizan en cualquier sentido el aborto, el tercero lo permite sólo bajo una causal. Cabe destacar que los dos primeros coincidentemente se han identificado como países con problemas estructurales muy fuertes, ambos, también pasaron por intensos conflictos armados.

A continuación se presenta una tabla para distinguirlos, en relación con el tema:

**PAÍSES SEGÚN SU LEGALIZACIÓN EN ABORTO INDUCIDO**

PRIMER GRUPO (EUROPA Y AMÉRICA DEL NORTE)	SEGUNDO GRUPO (EL CARIBE Y LATINOAMERICA)	TERCER GRUPO (LATINOAMERICA)
Canadá	Cuba	Chile
Estados Unidos de América	Puerto Rico	El Salvador
Italia	Brasil	Nicaragua

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.1 CANADA

En este país el aborto esta permitido por las siguientes razones:

- Para salvar la vida de la mujer
- Para preservar su salud física
- Para preservar su salud mental
- Si es que la mujer gestante sufrió una violación o incesto.
- Si el feto sufre de algún deterioro o daño irreversible.
- Por razones económicas y sociales.
- Por solicitud de la mujer.

En 1869 el parlamento promulgo un ley criminal la cual prohibía y castigaba el aborto con cadena perpetua. En 1892 llego el primer estatuto de prohibición contra la venta, la publicidad y la distribución de anticonceptivos<sup>1</sup>.

Las leyes de aborto canadienses sufrieron cambios significativos en las últimas décadas. Antes de 1969 el aborto estaba legislado en el código criminal de 1892, bajo éste ninguna excepción era valida, es decir, había una prohibición general, sin embargo, se entendía que éste se pudiera realizar en casos muy extremos para salvar la vida de la mujer<sup>2</sup> pero aún así era ilegal.

En 1969, fue el año en que el Ministro de justicia Pierre Elliott Trudeau declaro que "el estado no tiene injerencia en las recamaras de la nación"<sup>3</sup> y las leyes criminales de Canadá reformaron algunas cuestiones en materia de moralidad sexual, incluyendo la anticoncepción y el aborto, es decir, fueron liberalizados en ciertos puntos.

El aborto fue completamente despenalizado el 28 de enero de 1988 cuando la Suprema Corte de Canadá declaró que la antigua sección del Código criminal era inconstitucional en el caso Morgentaler. Desde entonces han surgido 18 clínicas dedicadas a interrumpir embarazos no deseados<sup>4</sup>, además la ley en la actualidad no establece limite gestacional ni existen estipulaciones sobre quien y donde se debe realizar.

<sup>1</sup> Varios. "Abortion. In law, history and religion". Canada. Childbirth by choice trust. Pp.46.

<sup>2</sup> ONU. "Abortion Policies. A global review". E.U.A. United Nations. Pp.84

<sup>3</sup> Childbirth by Choice Trust. "No choice. Canadian Women Tell their stories of illegal abortion". Canadian cataloging in Publication DATA. Canada. Pp.14.

<sup>4</sup> www.reforma.com.mx. "Protegen en Canadá derecho a decidir". Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### *Aspectos geográficos.*

Canadá, con 10 millones de km<sup>2</sup>, es el país más extenso del Hemisferio Occidental. Es una confederación regida por un Gobierno nacional, 10 gobiernos provinciales y dos territoriales. Entre 1994 y 1997 Canadá figuraba como primer lugar en el índice de desarrollo humano (IDH) de las Naciones Unidas.<sup>5</sup>

Según la Organización Panamericana de Salud, al 1 de julio de 1996, vivían en Canadá 29,963,000 personas, 9.7% más que en 1991. La mayor parte de la población se concentra en dos provincias: Ontario (37%) y Quebec (25%); otro 29% reside en Alberta, Saskatchewan, Manitoba y la Columbia Británica y 9% vive en Nueva Brunswick, Nueva Escocia, Terranova y la Isla Príncipe Eduardo. Entre 1991 y 1995, la población residente en zonas rurales disminuyó de 23% a poco menos de 20%; en 1995 más del 80% de la población era urbana. En la actualidad, 61% de la población vive en zonas metropolitanas; el resto reside en pequeños centros urbanos. La población canadiense ha crecido considerablemente desde 1970 por dos razones principales: la inmigración y los nuevos nacimientos.

### *Aspectos económicos.*

Desde 1992 la economía se ha expandido con un ritmo moderado. El producto interno bruto (PIB) per cápita de 1995 fue de Can\$ 26.184. El gasto en salud per cápita llegó a Can\$ 2.510 en 1996. Esta cifra representó 9.5% del PIB, inferior al máximo de 10.2% alcanzado en 1992.

En Canadá se han realizado estudios que permiten observar las ventajas y desventajas a nivel de costos en relación a la anticoncepción, el aborto y el embarazo no deseado, principalmente. Dichos estudios muestran que el gasto gubernamental en programas de prevención y costos de anticoncepción son reducidos en relación a los que se destinan a abortos<sup>6</sup>.

Las ventajas son que el costo de anticonceptivos es de pocos dólares, no requieren de prescripción o algún servicio hospitalario complicado, esto se ejemplifica con la píldora

---

<sup>5</sup> [www.paho.org](http://www.paho.org). Internet.

<sup>6</sup> Varios. "The economics of contraception, abortion and unintended pregnancy". Canadá. Childbirth by Choice. Trust. 1996. pp.1.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

que tiene un costo usual de 20 a 25 dólares al mes. Aquellos métodos que implican un costo superior como el DIU (Dispositivo Intrauterino) o los implantes tienen la ventaja de que su duración es temporalmente más larga<sup>7</sup>.

Sin embargo, cada vez más se promueve la reducción de los costos en anticonceptivos porque las organizaciones que trabajan en estos temas consideran que dichos costos son un factor de importancia para el acceso efectivo y adecuado a los métodos, en sus investigaciones mencionan repetidamente experiencias en otros países con grandes avances al respecto, por ejemplo, mencionan que en una ciudad de Suecia al reducir el costo de los métodos se favoreció su uso, el porcentaje de aborto en adolescentes se redujo a la mitad, porque al subsidiar en un 70% el precio de las píldoras, una mayoría de jóvenes adoptaron esta práctica<sup>8</sup>.

Los fondos públicos requeridos en servicios de planificación familiar son relativamente bajos considerando que son muy efectivos en la reducción de incidencia en los embarazos no planeados. En Ontario, por ejemplo, se realizó un análisis de costo-beneficio y mostró que los programas preventivos de 1975 a 1983 ayudaron a evitar cerca de 21,000 embarazos en adolescentes; en cifras se considero que el ahorro fue de 25 millones de dólares, la editorial de un periódico médico expresó "las ventajas en términos humanos para cada mujer no tienen costo"<sup>9</sup>.

Los fondos utilizados para la realización del aborto son un tema a nivel de provincia, es decir, no existe un parámetro general para toda la nación. El costo de los abortos realizados en hospitales son actualmente financiados a través de planes de seguros de salud dependiendo de cada provincia<sup>10</sup>, el costo para el primer trimestre es de alrededor de 500 dólares. Los procedimientos que son realizados en clínicas pueden ser total o parcialmente costeados por éstas, también existe el caso en que el costo sólo sea responsabilidad de la paciente; ello va a depender de la provincia.

---

<sup>7</sup> Trussell, J. "The economic value of contraception: a comparison of 15 methods" in *American Journal of Public Health*. 1995. Pp85.

<sup>8</sup> International Planned Parenthood Federation, *Annual Report 1992-1993*. IPPF. London.

<sup>9</sup> Gabor Maté. "Teenagers seldom consider long-term health and emotional issues when they first began their sex lives". *Canada. Global and Mail*. 1994.

<sup>10</sup> Varios. "Abortion in Canada today: the situation province by province". *Childbirth by Choice Trust*. 1996. Pp.1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Canadá gastó alrededor de 30 millones de dólares en provisiones para servicios de aborto en 1993, para esa misma fecha se estima que aproximadamente 10% de abortos fueron pagados por completo o una parte por las mujeres mismas.

Un dato importante es que a pesar de considerar que el costo por aborto es mayor que los fondos y costos aplicados a la anticoncepción, se considera fundamental el apoyo gubernamental en este ámbito, es decir, "por 1 dólar que gasta el gobierno para pagar un aborto de una mujer pobre, cerca de 4 dólares se ahorran en salud pública y en gasto de asistencia social resultado de un embarazo no deseado"<sup>11</sup>.

El embarazo no deseado esta asociado con el costo de salud y riesgos sociales, con un cuidado perinatal insuficiente y con bajo peso en los niños nacidos. El embarazo en adolescentes es asociado con el incremento de riesgo y complicaciones obstétricas y además se estima que estas mujeres jóvenes abandonarían la escuela<sup>12</sup>.

En 1996, Diane Marleau, en ese entonces Ministra de Salud Federal, dijo que si las provincias aceptaban el aborto como necesario médicamente, ya sea por salud de la mujer o por motivos eugenésicos, entonces las clínicas debían cubrir todo el costo del procedimiento, lo expresó basándose en el Decreto de Salud de Canadá, puesto en marcha desde el 15 de octubre de 1995<sup>13</sup>.

Como se puede observar el gobierno canadiense considera el factor económico como muy importante, esto le permite analizar los costos y beneficios que traen consigo las políticas implantadas, de tal manera que pueden elaborar estrategias para reducir a lo máximo gastos excesivos; cabe decir, que también influye la visión de mejorar la calidad de vida de sus ciudadan@s, en este sentido, el trabajo realizado por organizaciones y fundaciones ha sido esencial, de tal manera que éstas han sido las que con investigaciones y propuestas delinearían la acción gubernamental.

### *Aspectos de Salud.*

Las políticas y planes de salud en Canadá se pueden expresar en lo que se conoce como *Medicare*, que esta conformado por 12 planes de salud interconectados y cuya

---

<sup>11</sup> Varios. "The economics of contraceptive, abortion and unintended pregnancy". Canadá. Childbirth by Choice. Trust. 1996. pp.2

<sup>12</sup> Op cit. pp.2

administración se encuentra a cargo de las provincias y territorios, que a su vez tienen autoridad constitucional para prestar atención de salud. Los dos elementos principales de Medicare son el programa de seguro hospitalario y el de atención médica.

En la ley sobre salud de Canadá se establecen los principios del sistema nacional de atención de salud: administración pública sin fines de lucro, servicios completos, cobertura de toda la población, accesibilidad de los servicios y transferibilidad de las prestaciones. El sistema de seguro médico integral de Canadá, que costean los contribuyentes, cubre los servicios hospitalarios y médicos necesarios, tanto de hospitalización como ambulatorios clínicos, de todos los residentes. Nadie puede ser discriminado en función de factores tales como su ingreso, su edad, lugar de residencia o estado de salud<sup>14</sup>.

En 1996 el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) puso en marcha su "Estrategia de Salud", sus prioridades son el fortalecimiento del sistema nacional de salud, el mejoramiento de la salud de la mujer y de la salud reproductiva. Éste es un organismo que coopera en programas para América Latina y el Caribe.

En el contexto de la salud reproductiva existen avances importantes que denotan ventajas, en el siguiente cuadro se exponen algunas referencias:

Cuadro 4.

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	Satisfactoria
Intervención gubernamental concerniente al nivel de fertilidad.	No existe intervención.
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte indirecto.
Porcentaje actual de mujeres casadas usando un anticonceptivo moderno (entre 15 y 49 años, 1995).	75%
Tasa de fertilidad global (1995-2000)	1.6
Tasa de fertilidad especificando edad (por 1,000 mujeres de entre 15 y 49 años, 1995-2000).	23
El gobierno ha expresado lo concerniente a: Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido. Complicaciones de maternidad y parto.	No No
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos, 1990): Nacional	6 11

<sup>13</sup> Varios. "Abortion in Canada today: the situation province by province". Childbirth by Choice Trust. 1996. Pp.1

<sup>14</sup> www.medicare.gob.can. Internet.

Norte de América	
Esperanza de vida femenina (1995-2000)	82 años

*Referencia: ONU. "Abortion policies. A global review" Volume II. EAU. United Nations. 2001. pp83.*

Cuando se menciona la intervención gubernamental en el nivel de fertilidad se refiere a si es que existe por parte del Estado una posición clara respecto a como debe ser el comportamiento reproductivo de su población, en este caso podemos observar que el Gobierno Canadiense no tiene injerencia en esas decisiones, también se constata a lo que anteriormente se hizo referencia y es que los costos de anticonceptivos están totalmente en manos de las usuari@s y el soporte gubernamental es indirecto. Un alto porcentaje de mujeres en edad reproductiva usan un anticonceptivo pero cabe agregar que un 25% carece de estos. La tasa de fertilidad es baja. Un aspecto interesante es el hecho de no haber habido una posición gubernamental en lo referente a la mortalidad y morbilidad relacionada con el aborto inducido, esto se puede deber a que las cifras al respecto son mínimas debido a que este procedimiento se hace bajo condiciones de seguridad en hospitales y clínicas y pocas o nulas veces existen riesgos o complicaciones en relación al aborto.

Las enfermedades del sistema circulatorio (que incluyen la enfermedad isquémica del corazón y los accidentes cerebrovasculares) son las principales causas de defunción en Canadá y representan 36.3% de las muertes de hombres y 39.7% de las de mujeres, aunque su tendencia es descendente. Las tasas de mortalidad por suicidio permanecen estables y las debidas a cáncer, en conjunto, experimentan una tendencia ascendente. Otras importantes causas de defunción, en ambos sexos, son las enfermedades de las vías respiratorias y trastornos del aparato digestivo. Las muertes provocadas por lesiones han disminuido como consecuencia de diversos factores, entre ellos la ampliación del concepto de seguridad y la adopción de comportamientos más seguros.

En lo que se refiere a la morbilidad femenina la obesidad es un problema de salud emergente desde mediados de los 80, si bien es cierto que es una afección que ataca a hombres y a mujeres, se ve de manera más marcada en éste último grupo, en 1994-95, casi un tercio de los canadienses de 18 a 74 años de edad tenía exceso de peso que representaba un probable riesgo para la salud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) distintas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en particular las infecciones por clamidias, la gonorrea y la sífilis, es mayor en el grupo de 15 a 29 años de edad y en mujeres. Entre 1987 y 1994, la tasa de embarazos de adolescentes aumentó en más de 20%, siendo casi cinco veces más alta entre adolescentes que residían en barrios pobres. El 86% de las mujeres canadienses de 15 a 44 años declararon que usaban anticonceptivos. La gran mayoría de las mujeres canadienses también consultan a personal capacitado en algún momento durante su embarazo. En 1992-93, 98% de los partos fue atendido por médicos.

En lo que se refiere a estos indicadores pero en relación al aborto inducido, se sabe que:

a) Tasa de morbilidad.

En la década de los 90's las mujeres que tenían un aborto en el primer trimestre no tenían ninguna complicación durante o después del procedimiento. En aquellos casos en que se presentaba alguna complicación, ésta era menor o fácilmente tratable. Las complicaciones serias eran prácticamente raras<sup>15</sup>. En la actualidad se mantiene esa tendencia.

De las complicaciones por aborto inducido legal, las más comunes son: hemorragia (0.1%), infección (0.1%), laceración del cervix (0.1%), perforación del útero (0.1%) y retención del producto (0.7%)<sup>16</sup>.

b) Tasa de mortalidad.

Como ya se menciono la tasa de mortalidad materna en general es de 6 muertes por 100,000 nacidos vivos, una tasa reducida a comparación de la tasa establecida para Norteamérica que es de 11 para 100,000 nv.<sup>17</sup>

Cabe mencionar que antes de la despenalización del aborto en Canadá, por estimaciones hechas se sabe que el número de abortos era de entre 20,000 y 120,000 anualmente. También se conoce que entre 1926 y 1947 murieron entre 4,000 y 6,000 mujeres por esta causa<sup>18</sup>, se aclara que dichas cifras son subestimadas debido a que en

<sup>15</sup><http://www.cbtrust.com/medproc.html>. Internet.

<sup>16</sup> Op cit.

<sup>17</sup> Varios. "Estimaciones de la mortalidad materna para 1995". Organización Mundial de la Salud. 2001. pp.20.

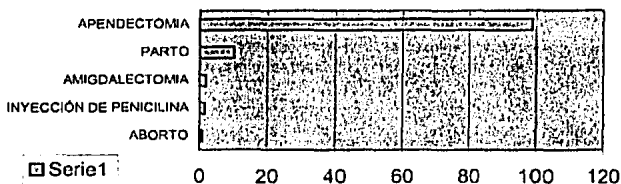
<sup>18</sup> Childbirth by Choice Trust. "No choice. Canadian Women Tell their stories of illegal abortion". Canadian cataloguing in Publication DATA. Canada. Pp.14.

esos años no existía ningún conteo fiable y que estas estimaciones se obtuvieron por métodos indirectos, así que es muy probable que haya sido mayor.

El aborto en la actualidad es sumamente seguro de manera que al compararlo con otros procedimientos médicos resulta mínima la posibilidad de morir por esta causa, como se menciona en el apartado anterior, cuando se considera la muerte como una complicación del aborto el porcentaje (en la misma fuente) es 0%.(Gráfico X).

## GRÁFICA X

### TASAS DE MORTALIDAD: COMPARACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN CANADA



Fuente: <http://www.cbctrust.com/medproc.htm>. Internet

### Aspectos jurídicos.

Tres proyectos de ley de miembros privados, es decir, sin apoyo partidario; pugnaban por la legalización del aborto, estas fueron introducidas en 1966 y 1967; los proyectos de organizaciones no gubernamentales tenían menor oportunidad de pasar a discusión, aún así ellos traían el tema como agenda primordial al Parlamento. Después la audiencia pública y el Comité de Salud y Bienestar ofrecieron un Reporte Provisional en diciembre de 1967, el cual encontraba la existencia de ambigüedades en la ley de aborto que el código criminal había promulgado. Dos días después de esto el partido liberal introdujo el proyecto de ley C-195, era un proyecto que incluía no solo el tema de aborto sino también de homosexualidad y de juegos de azar, no fue considerada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Aún así, el tema del aborto provocó un intenso debate en el parlamento, fue entonces cuando el Gobierno Canadiense en 1969 enmendó la ley del código criminal y dispuso que se podía permitir en el caso de que la vida de la mujer corriera peligro, esto no solucionó la disparidad que existía entre mujeres con recursos económicos que podrían pagar atención privada para realizarse un aborto<sup>19</sup>.

En agosto de 1973, el Dr. Henry Morgentaler fue arrestado por realizar abortos ilegales, el conflicto legal duro varios años, pero fue él quien modificó la legalidad del aborto, utilizando la sección 7 de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades, la cual decía: "Todos tienen derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad y el derecho a no ser privados de eso, a menos que no estén en concordancia con los principios fundamentales de justicia", con una votación de 5 a favor y 2 en contra la Corte en el caso Roe vs. Morgentaler eliminó el aborto del código criminal<sup>20</sup>. Es importante mencionar que el motivo esencial de esta decisión, según Donley Studlar y Raymond Tatalovich (En *Abortion Policy in the United States and Canada: do institutions matter?*) fue el argumento de que en la ilegalidad se ponía en riesgo la seguridad de la mujer.

El partido conservador no aceptó tranquilamente dicha resolución, en noviembre de 1988 fue reelegido (el partido) y para 1990 elaboró otro proyecto de ley C-43; este ponía muchas restricciones para la realización de abortos, proclamaba los derechos del feto, establecía límites gestacionales para realizar el procedimiento y condenaba la aplicación de medicamentos para prevenir la implantación del óvulo fertilizado<sup>21</sup>. No fueron consideradas estas inconformidades pero tampoco fueron completamente desdichadas. Las posiciones se polarizaron, se puede decir, que casi dos décadas duro el debate legal, finalmente en 1991 fue derrotado el proyecto C-43.

El estatus legal del aborto es ahora igual que el resto de procedimientos médicos, el gobierno provincial solo regula.

El conflicto entre los grupos *Pro-choice* y *pro-life* han sido intensos, por ejemplo, una clínica en Toronto fue incendiada por activistas de este último grupo, y algunos médicos abortistas han sido baleados en las ciudades de Vancouver, Hamilton y Winnipeg; debido

<sup>19</sup> ONU. "Abortion Policies. A global review". E.U.A. United Nations. Pp.84.

<sup>20</sup> Gitliens Marianne and Stetson Mc Bride. "Abortion Politics: public policy in cross-cultural perspective". New York and London. Routledge. 1996. pp.79-80.

<sup>21</sup> *Op cit.* pp.80.

a esto en varias regiones existen leyes que no permiten el activismo opuesto al aborto en un radio de 20 metros alrededor de las clínicas y de 150 m alrededor de las residencias del personal abortista; tampoco se permite fotografiar, filmar, grabar o dibujar a médicos o pacientes<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> [www.reforma.com.mx](http://www.reforma.com.mx), "Protegen en Canadá derecho a decidir". Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.2 ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

En este país el aborto esta permitido por las siguientes razones:

- Para salvar la vida de la mujer
- Para preservar su salud física
- Para preservar su salud mental
- Si es que la mujer gestante sufrió una violación o incesto.
- Si el feto sufre de algún deterioro o daño irreversible.
- Por razones económicas y sociales.
- Por solicitud de la mujer.

El aborto es en todos los estados accesible antes de la viabilidad fetal. Después de ésta, un estado puede prohibir el aborto a menos que existan riesgos para la vida y/o la salud de la mujer. Aunque las leyes federales garantizan a la mujer el derecho constitucional para terminar su embarazo antes de la viabilidad fetal, los estados federales tienen permitido imponer restricciones sobre el aborto.

Hasta la mitad del siglo XIX, los abortos del primer trimestre eran legales bajo la ley común tradicional. Para 1900, el aborto fue prohibido totalmente ante la ley, a menos que dos o más médicos estuvieran de acuerdo en efectuar el procedimiento para preservar la vida de la mujer embarazada<sup>23</sup>.

Para los años 60's el Estado comenzaba a reconsiderar la legalización del aborto en respuesta a los cambios que se daban en la opinión pública y a los llamados hechos por organizaciones médicas, legales, religiosas y de bienestar social, debe recalcar la posición y trabajo que hicieron las feministas en este sentido. En 1973, 17 estados ya empezaban a liberalizar sus leyes.

Es en enero de 1973 cuando se legaliza el aborto para toda la Unión Americana.

En 1988 se elaboro un estudio para saber las características de las mujeres que recurren al aborto, los resultados fueron que la mayoría son mujeres jóvenes, el 26% están por debajo de 20 años y el 58% esta por debajo de los 25 años. La mayoría de la mujeres, el 83% no están casadas. Para ese mismo año, la proporción de mujeres que repiten la experiencia se elevaba rápidamente a casi un 43%<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Varios. "Abortion in law, history and religion". Canada. Childbirth by Choice Trust. 1995.pp43.

<sup>24</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. EAV. United Nations.2001.pp164.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### *Aspectos geográficos.*

La unión americana esta localizada en América del Norte, bordeando el Océano Atlántico Norte y el Océano Pacífico Norte, entre Canadá y México. Se estimó que 36 millones de personas vivían en pobreza en 1995, año en que la tasa nacional de pobreza fue de 13.8%, en comparación con 15.1% en 1993. La tasa de pobreza de los negros, el mayor grupo minoritario, fue de 29.3%, casi el triple que la de la población blanca.

La población residente en los Estados Unidos alcanzó un total de 263 millones de habitantes en 1995, 6% más que en 1990. La población negra aumentó 8% y la hispana 20%, lo que arroja un total de 33 millones y 27 millones respectivamente.

### *Aspectos económicos.*

Según la bibliografía consultada (Tatalovich Raymond:1997, United Nations:2001), no existen estudios concretos sobre el costo económico y social del aborto, en relación con anticoncepción y/o prevención. En cambio se sabe que se han destinado cuantiosos recursos a cientos de proyectos de investigación sobre el feto, calculado en aproximadamente 8.3 millones de dólares (Kolata 1989).

Como la tendencia mundial en Estados Unidos, también ha cambiado el papel gubernamental, no es más un ente benefactor que destina recursos a los servicios que sus habitantes requieren, el cambio ahora se enfoca a desprenderse poco a poco de esa responsabilidad y dejar que los usuarios asuman el total costo de esos servicios.

Tatalovich menciona que a diferencia de Canadá, Estados Unidos tiene una visión más individualista que contempla todo como una gran empresa, como consecuencia de ello los americanos desprecian el valor del sector público. La burocracia, en este sentido juega un papel muy importante, junto con ella, el sector se le califica como: Ineficiente, no tiene resistencia al cambio, arrogante y desperdicia recursos.

Al hacer una comparación con Canadá, Seymour Martin Lipset, concluyó que la sociedad canadiense es de naturaleza comunal y la diferencia con la sociedad americana, es que ésta última piensa más en los beneficios económicos que en los conflictos morales. Esta afirmación se confirmara con el análisis en salud.

Últimamente se ha dado más importancia al costo de la píldora RU-486, ello se debe a que comparándola con otras drogas utilizadas para el mismo fin, el costo es muy alto.

Desde hace 29 años (1973) los partidarios del aborto están luchando por obtener fondos federales que permitan a las mujeres pobres el mismo acceso a la interrupción del embarazo que tienen las mujeres con recursos económicos más altos, mientras los partidarios de *Pro-life* se niegan a financiar con el dinero de sus impuestos lo que ellos consideran como asesinato. Éstos últimos han ganado más batallas que los primeros a nivel local y estatal<sup>25</sup>.

Hasta el momento el Estado sólo se hace responsable en el costo para los abortos que tienen que ver con la salud de la mujer.

### *Aspectos de salud.*

La política nacional más amplia para mejorar la salud y prevenir las condiciones de salud adversas se denomina "Gente Sana 2000". Su objetivo central es aumentar el número de personas que tienen una vida larga, saludable y sin discapacidad. El segundo objetivo del plan exige la eliminación de las desigualdades existentes en materia de salud entre los distintos grupos de población, y el tercero, el acceso de toda la población a servicios preventivos.

En relación a la planificación familiar, los fondos públicos que permiten ofrecer estos servicios provienen de varios programas. La fuente principal de recursos es Medicaid, un programa del Gobierno Federal y de los estados establecido primordialmente para prestar servicios a las mujeres de bajos ingresos. En la mayor parte de los estados, los servicios de planificación familiar también se financian parcialmente con fondos federales de la llamada Subvención Global para Salud Materno-infantil y Servicios Sociales. Además, algunos dispensarios con servicios de planificación familiar reciben ayuda financiera estatal y local.

En el año fiscal 1997 se asignó al Programa para la Vida de Familia de los Adolescentes un presupuesto de US\$ 14.2 millones destinados a controlar el número de

---

<sup>25</sup> [www.reforma.com.mx](http://www.reforma.com.mx); Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

embarazos de adolescentes. Con estos fondos, se costean proyectos de demostración comunitarios que se ocupan fundamentalmente de la sexualidad, el embarazo y la paternidad o maternidad de los adolescentes. Los proyectos de prevención alientan a los adolescentes a abstenerse de mantener una actividad sexual precoz. Se requiere el consentimiento de los padres para recibir estos servicios.

La Investigación ocupa un lugar importante para los Estados Unidos, en especial la biomédica y sobre el comportamiento; el adiestramiento en estas disciplinas se lleva a cabo por medio de una vasta red de programas externos en los que participan las principales universidades y facultades de medicina y centros de investigación del país. Por medio de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) el Gobierno Federal apoya a casi 40% de las actividades de investigación y desarrollo en el campo biomédico en el país. La mayor prioridad en materia de financiamiento es la investigación básica<sup>26</sup>.

Para conocer algunos indicadores reproductivos se muestra el siguiente cuadro:

Cuadro 5.

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	Satisfactoria
Intervención gubernamental concerniente al nivel de fertilidad.	No existe intervención.
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte directo.
Porcentaje actual de mujeres casadas usando un anticonceptivo moderno (entre 15 y 49 años, 1998).	69%
Tasa de fertilidad global (1990-1995)	2.1
Tasa de fertilidad especificando edad (por 1,000 mujeres de entre 15 y 49 años, 1990-1995).	58
El gobierno ha expresando lo concerniente a:	
Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido.	No
Complicaciones de maternidad y parto.	No
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos):	
Nacional (1990)	8
Países desarrollados (alrededor de 1998)	26
Esperanza de vida femenina (1990-1995)	79.3 años

Referencia: ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. EAU. United Nations. 2001. pp161.

Como se puede observar al igual que el gobierno canadiense el nivel de fertilidad se considera satisfactorio y tampoco existe intervención gubernamental en este sentido; un

<sup>26</sup> [www.paho.com](http://www.paho.com). Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

elemento que parece contradictorio es que, afirmando que el gobierno americano presta menor atención a las cuestiones de bienestar social y proveer a sus ciudadanos, a diferencia de Canadá, éste brinda soporte directo en el uso de anticonceptivos. Otro aspecto que resalta es que siendo así, que el gobierno destine recursos a estos métodos, el porcentaje de mujeres en edad fértil que lo usan es menor al de mujeres canadienses.

La mortalidad materna es un poco más alta y tremendamente baja a comparación de la tasa de muertes en países en vías de desarrollo. Al igual que Canadá, no existe una postura gubernamental respecto a la mortalidad y morbilidad como resultado del aborto inducido; esto puede tener las mismas causas, es decir, no existe una cifra significativa al respecto. Según un reporte realizado clandestinamente (basado en estadísticas vitales nacionales), para 1995 había un 13% de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos<sup>27</sup>.

Se estimó que en 1995 se registraron en los Estados Unidos 2,312,180 defunciones, que representaron una tasa de mortalidad de 880.0 por 100,000 habitantes. Esta tasa fue 0.5% mayor que la de 875,4 por 100,000 de 1994 e igual que la de 1993. En 1995, la tasa de mortalidad por todas las causas en conjunto, ajustada por edad, fue aproximadamente 70% mayor en los hombres que en las mujeres. La principal diferencia entre los sexos se debió a la infección por el VIH, caso en el que la tasa correspondiente ajustada por edad fue 5.1 veces mayor en los hombres que en las mujeres. La diabetes mellitus produjo la menor diferencia entre los sexos, con una razón hombre/mujer de 1:1.

Durante los años noventa se registró una marcada disminución de las tasas correspondientes a tres de las principales causas de muerte (las enfermedades del corazón, los accidentes cerebrovasculares y las lesiones no intencionales), en gran parte atribuible a la reducción de factores de riesgo causantes de enfermedad.

El SIDA ocupa el tercer lugar entre las principales causas de defunción de las mujeres de 2 a 44 años. El número de casos de SIDA producidos por transmisión heterosexual notificados en mujeres aumentó 165% entre 1992 y 1993, en parte debido a que desde 1993 se han incluido las afecciones ginecológicas como elementos de referencia para la definición de caso de SIDA.

---

<sup>27</sup> [www.guttmacher.org/pubs/ib23.html](http://www.guttmacher.org/pubs/ib23.html). Internet.



Los datos correspondientes a 1994 indican que la tasa de aborto fue de 321 por 1.000 nacidos vivos, menor que la de 345 por 1.000 nacidos vivos de 1990. La tasa de aborto es de 21 por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad. Esta tasa se ha mantenido estable de 1980 a 1991 y se han registrado disminuciones anuales, moderadas pero constantes, desde 1991.

Con respecto a la morbilidad y mortalidad femenina relacionada al aborto se sabe que:

a) Tasa de morbilidad

Un dato interesante es que en los años 60's las complicaciones por aborto ilegal llegaban a ser el 20% de todas las admisiones relacionadas al embarazo en los hospitales municipales en Nueva York y California<sup>28</sup>, esto según un estudio de la *Childbirth By Choice Trust* fue lo que llevo al Gobierno americano reconsiderar la legalización del aborto. Como se había mencionado con anterioridad al gobierno americano en su preocupación por reducir presupuesto gubernamental en servicios es capaz de modificar políticas que inhiben un crecimiento económico.

b) Tasa de mortalidad

A los pocos años de legalizar el aborto, los índices de mortalidad en este rubro fue 10 veces menor a cuando los abortos ya tenían algunas causales despenalizadas y 5 veces menor que la tasas de mujeres con complicaciones de parto<sup>29</sup>.

La tasa de mortalidad registrada por la Organización Mundial de Salud para 1995 fue de 12 por 100,000 nacidos vivos. Para observar el fenómeno ocurrido en 1985 con relación a este índice (Gáfico XI).

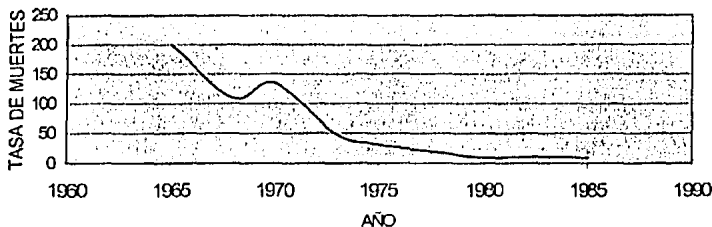
---

<sup>28</sup> Kathryn G. Moore. "Public Health Implications of Abortion", American College of Obstetricians and Gynaecologists, Washington, D.C. 1990.

<sup>29</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. EAU. United Nations. 2001. pp162.

GRAFICA XI.

NUMERO DE MUERTES RELACIONADAS AL ABORTO  
EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA



Fuente: <http://www.cbctrust.com/medproc.html>. Internet

Existe un dato importante resultado de una investigación del Institute Alan Guttmacher, de los 15.9 millones de nacimientos que ocurrieron en los Estados Unidos entre 1987 y 1990; 1.459 mujeres murieron por causas relacionadas al embarazo. La causa más común entre las mujer que murieron fue debido a complicaciones propias del nacimiento (55%), seguido por los embarazos ectopicos (11%), por falta de asistencia en el parto (8%), por nacidos muertos (7%) y por abortos espontáneos e inducidos (6%), y un 14% restante por causas desconocidas<sup>30</sup>.

*Aspectos jurídicos.*

En 1973, dos decisiones de la Suprema Corte (Roe vs. Wade y Doe vs Bolton) permitieron la legalización del aborto a nivel nacional. En estos casos, la corte estableció que la decisión de tener un aborto en el primer trimestre del embarazo le correspondía exclusivamente a la mujer y a su médico. Los estados podían regular el aborto en el segundo trimestre con el fin de coadyuvar a preservar y proteger la salud de la mujer. Por último la corte sostuvo que el feto no es persona y que además no tenía derecho a la

<sup>30</sup> [www.guttmacher.org/pubs/journals/2928897.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2928897.html). Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

protección garantizada por la Constitución de Estados Unidos hasta alcanzar el punto de viabilidad, ésta al definirse se consideró entre las 24 y 28 semanas de gestación<sup>31</sup>.

A diferencia de Canadá, en Estados Unidos la decisión de legalizar el aborto se hizo defendiendo el derecho de privacidad de la mujer. Los grupos feministas (que tuvieron mucho que ver para arribar a esta decisión) se inconformaron, porque desde su punto de vista, la mujeres podían apelar a su derecho de privacidad pero el punto crítico sería afrontar el acceso real a los servicios<sup>32</sup>, es decir, no era suficiente saber que la mujer tenía el derecho sino dar todas las condiciones para que pudieran acceder a los servicios y en especial las mujeres con mayores carencias.

El movimiento *pro-life*, ya existía antes del caso Roe vs Wade, pero después de él, dicho movimiento se consolidó y revistió de gran importancia, gracias a eso logro revocar proyectos, por ejemplo, en 1981 el Congreso eliminó las causales de violación e incesto como razones en las que se podían obtener fondos federales<sup>33</sup>.

La ley de aborto en los Estados Unidos es actualmente gobernada por la decisión de la Suprema Corte del 29 de junio de 1992, resultado del caso Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania vs Casey; donde se reafirmó lo establecido en Roe vs Wade, que una mujer tiene el derecho constitucional de obtener un aborto antes de la viabilidad fetal.

---

<sup>31</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. EAU. United Nations. 2001. pp161

<sup>32</sup> Gilhens Marianne and Stetson Mc Bride. "Abortion Politics: public policy in cross-cultural perspective". New York and London. Routledge. 1996. pp.81.

<sup>33</sup> Varios. "Abortion in law, history and religion". Canada. Childbirth by Choice Trust. 1995. pp44.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.3 ITALIA

En este país considerado eminentemente con población católica, el aborto se permite por las siguientes causas:

- Para salvar la vida de la mujer
- Para preservar su salud física
- Para preservar su salud mental
- Si es que la mujer gestante sufrió una violación o incesto.
- Si el feto sufre de algún deterioro o daño irreversible.
- Por razones económicas y sociales.
- Por solicitud de la mujer.

Esta reglamentada una semana como periodo de reflexión para todas las mujeres a excepción de que este en una situación de urgencia. Se debe tener un certificado que constate el embarazo y el permiso para su terminación, ello lo realiza un médico y firmado por ambos, la mujer y el médico. Si la mujer es menor de 18 años se requiere la autorización paterna/materna. Después de los primeros 3 meses, el aborto es permitido sólo si el feto tiene alguna deficiencia o para preservar la salud mental y física de la mujer. El aborto debe ser realizado en un hospital público<sup>34</sup>.

El proceso que se llevo en Italia para despenalizar el aborto tiene particularidades que vuelven interesante su caso; de manera especial, la religión es una variable importante, ya que considerando que la población es eminentemente católica y hay una relación muy estrecha entre este Estado (italiano) y el (Estado) del Vaticano y, recordando que esta religión es tal vez la más rígida contra el aborto, es decir, para ella nunca podrá ser justificado y es causa de excomunión.

Aunque resultó difícil contrarrestar dichos preceptos, las variables sociales, de salud y económicas fueron finalmente las causas para su despenalización. Al fin el 5 de junio de 1978 se promulgo la ley a favor de amplias causales para solicitar un aborto.

En mayo de 1981, la población Italiana rechazó rotundamente un referéndum sustentado por la Iglesia Católica, la cual tenía como objetivo rechazar y eliminar la ley liberal del aborto<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume II. EAU. United Nations. 2001. pp73.

<sup>35</sup> Varios. "Abortion in law, history and religion". Canada. Childbirth by Choice Trust. 1995. pp18.



### *Aspectos geográficos.*

La población italiana se calculó para el 2001 de 57,502 habitantes; con esta cifra se coloca en el cuarto lugar de toda Europa del país más poblado. La densidad media de población es de 190 habitantes por Km<sup>2</sup>.

El territorio italiano tiene una superficie de 301,401 Km<sup>2</sup>, Italia se extiende por el centro del mar Mediterráneo, teniendo al sur y al oeste dos grandes Islas: Sicilia y Sardeña.

El país esta delimitado al norte por los Alpes, que se extienden en un amplio semicírculo de cerca de 1,300 Km y comprenden las montañas más altas de Europa (Monte Blanco y Monte Rosa, por mencionar algunos). Numerosos son también los lagos, entre ellos están Garda de 370 Km<sup>2</sup>, el Maggiore de 212 Km<sup>2</sup> y el Traasimeno de 128 Km<sup>2</sup>. El territorio italiano presenta notables variaciones climáticas, en general, los veranos son calientes y los inviernos fríos, con estaciones bien definidas y lluvias distribuidas en el correr de todo el año.

En las últimas décadas se presento en Italia un fuerte proceso de urbanización, estrictamente ligado al desenvolvimiento industrial del país. Actualmente la población urbana representa cerca de 80% de la población total<sup>36</sup>.

### *Aspectos económicos.*

Desde la Segunda Guerra Mundial, la economía italiana ha pasado de estar basada en la agricultura a serlo en la industria, con la misma renta total y per cápita que Francia y el Reino Unido. El país aun cuenta con un norte industrializado por empresas privadas y un sur agrícola subdesarrollado y con empresas estatales. El 75 % de la energía y muchas materias primas se importan. En la segunda mitad de 1992, Roma comenzó a encauzar su tremendo desajuste fiscal ante la perspectiva de no poder unirse a la unión monetaria y económica de Europa. Para ello, ha comenzado a restringir sus presupuestos, ha abandonado su sistema Inflacionario de impuestos y a reducir su generoso sistema de seguridad social, incluyendo las pensiones y la seguridad social, también retiraron la lira del sistema monetario europeo en 1992 por la presión del mercado monetario. Ahora se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

enfrenta a los problemas de continuar con la reforma fiscal, la replanificación de las comunicaciones, acabar con la contaminación industrial y acoplarse a la competitividad que supone la expansión económica<sup>37</sup>.

El PIB *per capita* en el 2000, fue de 25,308, uno de los más altos del mundo. El gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total para el mismo año fue de 73.7%, este mismo rubro pero en relación al porcentaje de gastos generales del estado fue de 12.7%<sup>38</sup>.

### *Aspectos de salud.*

Cuando inició el proceso legislativo para despenalizar el aborto, se dio un hecho que influyó decisivamente, este fue que Marco Panella, líder del Partido Radical (PR), en enero de 1975 señala que es urgente reformar la legislación establecida en ese momento para eliminar la "plaga" de abortos clandestinos, en dicha entrevista hace referencia a datos de la Organización Mundial de la Salud donde se subraya que Italia tiene alrededor de 4,100 abortos por día. A los pocos días estalla el caso de una clínica clandestina de Florencia, centro que estaba funcionando desde septiembre de 1974 y se presumía que el promotor de esta clínica era el propio Partido Radical<sup>39</sup>.

Como era de esperar los abortos ilegales representaban antes del año de 1978 un gran peligro a la salud y vida de las mujeres, debido a que se efectuaba en sitios inadecuados, con personal en muchos casos sin experiencia médica, además de que en caso de existir complicaciones (que eran bastantes), estas clínicas no se hacían responsables.

Los indicadores de salud reproductiva en el contexto actual se pueden apreciar de la siguiente manera:

Gráfico 6.

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	Muy bajo
Intervención gubernamental concerniente al nivel de	No existe intervención.

<sup>36</sup> <http://www.italianoar.com/index.htm>

<sup>37</sup> <http://www.guiadelmundo.com/paises/italy/economia.html>

<sup>38</sup> [www.paho.com](http://www.paho.com). Internet.

<sup>39</sup> Barreiro Belén. "Democracia y conflicto moral: la política del Aborto en España e Italia". Ciencia política ISTMO. España. 2000.

fertilidad.	
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte indirecto.
Porcentaje actual de mujeres casadas usando un anticonceptivo moderno (entre 18 y 44 años, 1979).	39%
Tasa de fertilidad global (1995-2000)	1.2
Tasa de fertilidad especificando edad (por 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años, 1995-2000).	7
El gobierno ha expresado lo concerniente a: Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido. Complicaciones de maternidad y parto.	No No
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos, 1990): Nacional Países desarrollados	12 26
Esperanza de vida femenina (1990-1995)	81.2 años

Referencia: ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. EAO. United Nations. 2001. pp161.

Italia esta pasando por una transición demográfica importante, donde la mayoría de la población esta entrando en la vejez, por ello que el nivel de fertilidad es bajo, el gobierno no tiene intervención en esa decisión; al mismo tiempo no hay un soporte directo en anticoncepción. La morbilidad y mortalidad femenina en relación al aborto inducido no ha sido pronunciada por el gobierno.

Las tasas de morbilidad y mortalidad en relación a este tema están de la siguiente manera:

a) Tasa de morbilidad.

No existen datos que nos hablen acerca de la tasa de morbilidad por aborto inducido.

b) Tasa de mortalidad

"Hasta 1970 el aborto fue ilegal y castigado arriba de cinco años de prisión. Así de 100,000 mujeres que tenían un aborto ilegal cada año, según estimaciones oficiales aproximadamente 20,000 mujeres morían"<sup>40</sup>.

<sup>40</sup> Neft Naomi and Levine Ann. "Where Women Stand". Random house. New York, 1997-1998. pp334.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para 1995, según la Organización Mundial de la Salud, Italia tenía un índice de 11 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos<sup>41</sup>.

### *Aspectos jurídicos.*

En 1973 se elabora el primer proyecto de ley por el diputado socialista Loris Fortuna, que promueve con el fin de despenalizar el aborto terapéutico y eugenésico. Este proyecto permanece paralizado en el Parlamento por dos años sin discutirse y es en 1975 cuando Marco Panella, líder del Partido Radical (PR) impulsa un referendo en relación al aborto (el referendo es una consulta popular con el fin de obligar a los partidos políticos a enfrentarse a aquellos asuntos que son difíciles). Los resultados de éste fueron asombrosos: los italianos eran muy favorables a una amplia liberalización del aborto, si bien sólo el 21% estaba a favor de permitir el aborto libre, la gran mayoría estaba a favor de permitirlo en muy diversas circunstancias, el 96% en casos en que corre el riesgo la vida y salud de la mujer, un 91% por razones eugenésicas, 56% por razones socioeconómicas y 51% declaró se debía permitir el aborto a menores.

En febrero de 1975 un juez de Milán declaró que la legislación fascista contenida en el *Codice Rocco* (donde se penalizaba el aborto) vulneraba el artículo 32 de la Constitución Italiana, que reconoce la salud como derecho fundamental del individuo y que al someterse a un aborto clandestino las mujeres quedan reducidas también a la clandestinidad y a la privación de asistencia médica.

Los partidos se aglutinaron principalmente en dos posiciones: los que estaban en contra de cualquier liberalización en torno al aborto que eran, el Movimiento Social Italiano (MSI) de corte fascista y el Demócrata Cristiano (DC) este último que durante largo tiempo no establecía claramente su posición, no sabía como conciliar con el MSI sin perder electores, por ello debería reconsiderar propuestas del Partido Comunista Italiano (PCI). La segunda posición era de corte izquierdista y radical que proponían ciertas aberturas y algunos otros el aborto libre, estos eran: PCI, Partido Socialista Italiano (PSI),

---

<sup>41</sup> Varios. "Estimaciones de la mortalidad materna para 1995". Organización Mundial de la Salud. 2001. Datos más recientes sobre este asunto no se encuentran disponibles.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

el Partido Social Demócrata Italiano (PDSI), el Partido Radical (PR), el Partido Liberal Italiano (PLI) y el Partido Republicano Italiano (PRI).

La propuesta iniciada por el Partido Radical se reformulo por el PCI, y después de haber sido rechazada dos veces; una por el Senado y otra por los Diputados, y con dos años de trabajo en el Congreso; el aborto empezó a discutirse en la Comisión mixta de Justicia y Sanidad del Senado.

Por fin en mayo de 1978, con 160 votos a favor y 148 en contra, se aprobó la reforma. Como un dato importante uno de los partidos que votó en contra fue el PR (partido que siempre tuvo un posición a favor de la liberalización) por considerar que "el texto era una solución de compromiso en la que quedaba mermado en diversos aspectos el aborto a petición de la mujer"<sup>42</sup>. Finalmente el 22 de mayo, el presidente de la República, Giovanni Leone, promulga la ley.

A continuación se presentan las características de la Ley 194:

Cuadro 7.

Causas del aborto	Terapéutico, eugenésico, ético y social.
Control	No (sólo denuncia del aborto ético)
Plazo	90 días.
Disuasión	Si (consulta obligatoria con los centros de planificación familiar y 7 días de reflexión).
Centros autorizados	Públicos/privados (min 20% y a determinar por el ministro de Sanidad)
Objeción de conciencia	Si
Abortos en menores	Si, con consentimiento de los padres (a la falta de consentimiento, decide el juez tutelar).

*Referencia: Barreiro Belén. "Democracia y conflicto moral: la política del Aborto en España e Italia". Ciencia política ISTMO. España. 2000.pp227.*

En 1980 hubo dos referendos con el fin de modificar la ley 194, uno fue por parte del grupo Pro-vida y otro por el Partido Radical.

Sería importante aclarar que la razón más considerada para despenalizar el aborto era por razones de salud, de ahí que la propuesta tuviera como fin llegar a la Comisión mixta de Justicia y Sanidad.

<sup>42</sup> Barreiro Belén. "Democracia y conflicto moral: la política del Aborto en España e Italia". Ciencia política ISTMO. España. 2000.pp226.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la actualidad cualquier mujer a partir de sus 18 años puede tener un aborto por razones de salud, sociales o económicas dentro de los primeros noventa días del embarazo, se le proveerá el servicio por parte de un doctor certificado, esperara un mínimo de 7 días y recibirá consejería. Después de los 90 días estará permitido si la mujer corre riesgo en su salud física o mental, si su vida esta en peligro, o si el feto tiene alguna deformación<sup>43</sup>.

A pesar de que esta ley es relativamente liberal, al hacer uso de ella se encuentran las mujeres con serias dificultades, por ejemplo, que los doctores sean escasos, los servicios desorganizados, existan muy bajos fondos y un equipo médico paupérrimo; la mujer debe espera alrededor de 30 días para obtener un aborto en una institución pública.

---

<sup>43</sup> Varios. *Abortion in law, history and religion*. Canada. Childbirth by Choice Trust. 1995. pp18

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.4 CUBA

En este país que se gobierna mediante el sistema socialista, el aborto es permitido en los siguientes casos:

- Para salvar la vida de la mujer
- Para preservar su salud física
- Para preservar su salud mental
- Si es que la mujer gestante sufrió una violación o incesto.
- Si el feto sufre de algún deterioro o daño irreversible.
- Por razones económicas y sociales.
- Por solicitud de la mujer.

Un aborto debe ser consentido por la mujer embarazada, en caso contrario se incurre en un delito.

"Existen evidencias de que en la etapa colonial el aborto era practicado (...) por las esclavas negras que recurrían a él para evitar el nacimiento de hijos, procreados o no, con los blancos. Publicaciones de los 40's informan sobre los abortos reiterados entre las mujeres atendidas en hospitales de La Habana"<sup>44</sup>.

Con el triunfo de la revolución, las leyes del aborto fueron más estrictas, ocurrieron cambios muy importantes en la organización social lo que genero una fuerte emigración de médicos del país, todo ello contribuyó a un importante incremento de abortos realizados por personal no calificado y en lugares poco apropiados porque muchas clínicas fueron cerradas, ello conlleva a tener consecuencias graves para la salud de las mujeres, la mortalidad materna por esta causa se incrementó; fue por ello que el Gobierno Cubano adopto la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud entendiéndola como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedades", es desde entonces, 1965 que el aborto ha sido accesible a petición de la mujer hasta las 10 primeras semanas y realizado por el Sistema Nacional de Salud<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> Mateo de Acosta Oscar. "El aborto en condiciones de legalidad: aciertos y contradicciones". Ministerio de Salud. Cuba. 1994. Pp3.

<sup>45</sup>ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. EAV. United Nations. 2001.p114.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Un aspecto a resaltar es que Cuba es el único país de Latinoamérica donde no existe un movimiento de "derecho a la vida", además de que la Iglesia católica está en una posición menos favorecida que en el resto de países de América Latina<sup>46</sup>.

#### *Aspectos geográficos.*

Esta isla situada en el Caribe; al 30 de junio de 1996 su población era de 11,005,866 habitantes y la densidad de población, de 99.3 habitantes por km<sup>2</sup>. Desde el punto de vista político-administrativo, el país se organiza en 14 provincias y un municipio especial (Isla de la Juventud). El volumen de los asentamientos poblacionales en estos territorios varía de uno a otro entre medio millón y un millón de habitantes, excepto la ciudad de La Habana, donde viven algo más de 2 millones, e Isla de la Juventud, que cuenta con 77,429 habitantes. La población urbana ha aumentado de 69.0% en 1981 a 74.5 en 1995. La población menor de 15 años en las zonas rurales es proporcionalmente superior a la de las zonas urbanas (24.3% y 21.5 % respectivamente). Lo inverso sucede con la población de 15 a 59 años (64.2% y 65.4% respectivamente) y de 60 años y más (11.5% y 13.2% respectivamente).

#### *Aspectos económicos.*

La situación de Cuba desde 1989 se caracteriza sobre todo por una profunda crisis económica que afectó prácticamente a todas las esferas de la vida del país. Entre 1989 y 1993 el producto interno bruto (PIB) cubano cayó 35% y las exportaciones descendieron 75%. Los dos factores determinantes de la crisis son; por una parte, la desaparición de la Unión Soviética y del campo socialista y por otra el bloqueo económico impuesto por el Gobierno de los Estados Unidos de América a Cuba desde hace más de 30 años.

Ante esta situación, el Gobierno tomó una serie de medidas de ajuste y reestructuración tendientes a frenar el deterioro y reanimar la economía.

Entre algunos indicadores positivos, cabe señalar que el déficit presupuestario disminuyó a 2.4% del PIB de 1992 a 1995, las exportaciones totales crecieron 33%, la productividad laboral aumentó 8.5%, las inversiones ejecutadas crecieron 54%, el

---

<sup>46</sup> Varios. "Abortion in law, history and religion". Canada. Childbirth by Choice Trust. 1995. pp41.



consumo personal subió 4%, y el consumo social y del Gobierno aumentaron 4 % y 2% respectivamente. Aunque se considera que se ha revertido la tendencia negativa y se está en presencia de un crecimiento, la economía cubana se desempeña en condiciones difíciles.

En lo político, se destacan las acciones dirigidas a profundizar la descentralización del Estado (incluido el Sistema Nacional de Salud) y de los sectores económicos; a promover y desarrollar la participación popular en los procesos decisivos en todos los niveles y a fortalecer el Parlamento y sus comisiones, entre ellas las de salud, deporte y medio ambiente<sup>47</sup>.

En Cuba el aborto a pesar de que está resuelto el aspecto legal, se considera un problema psicológico, social y económico porque en él se invierten numerosos recursos materiales y humanos; pues recurren a esta práctica un gran número de mujeres<sup>48</sup>. Afortunadamente, debido a que los abortos se realizan con técnicas actualizadas, personal de salud bien entrenado, que cuenta con una infraestructura asistencial adecuada y extendida a lo largo de la país, de donde la totalidad de interrupciones se practican en condiciones de seguridad, permite que las complicaciones disminuyan, así como la mortalidad materna<sup>49</sup>.

Según el Ministerio de Salud, más del 90% no requiere ingreso hospitalario debido a que en la mayoría de casos el procedimiento se realiza en el primer trimestre de gestación, ello significa que el costo-cama (como se conoce al factor para medir los costos hospitalarios) no es significativo.

Cuba en la difícil situación económica en la que se encuentra tiene la necesidad de una óptima utilización de sus limitados recursos, dedicando éstos a aspectos prioritarios, sin embargo, tienen el reto de preservar la salud de la mujer y su derecho a recurrir al aborto seguro en iguales y mejores condiciones, o sea, "no renunciar a lo logrado en cuanto a los niveles de los servicios de aborto, a la atención priorizada a la embarazada, al

---

<sup>47</sup> *www.paho.org. Internet*

<sup>48</sup> *Colón Warren Alice y Larrinaga Elsa. "Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe Hispano". Proyecto Atlantea e Intercambio académico-Caribe. Puerto Rico. 2001.*

<sup>49</sup> *Mateo de Acosta Oscar. "El aborto en condiciones de legalidad: aciertos y contradicciones". Ministerio de Salud. Cuba. 1994. Pp5*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

derecho de la mujer de tener el número de hijos deseados, teniendo en mente reducir la frecuencia del aborto inducido<sup>30</sup>.

### *Aspectos de salud.*

En Cuba el Estado asume totalmente la responsabilidad de la atención de la salud de sus ciudadanos. En 1983 el Parlamento aprobó la Ley de Salud Pública. En ella se establecen de manera general las acciones que debe desarrollar el Estado para la protección de los ciudadanos. La ley establece la forma de organización del sector y los servicios que le corresponde prestar al Estado.

El Sistema Nacional de Salud se organiza en tres niveles: nacional, provincial y municipal, que se corresponden con la estructura administrativa del país. La Asamblea Nacional del Poder Popular (Parlamento) y las Asambleas Provinciales y Municipales cuentan para su funcionamiento con comisiones permanentes de trabajo.

En 1991, el Ministerio de Salud Pública elaboró el documento "Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000". Los programas considerados prioritarios son el materno-infantil, el de enfermedades crónicas no transmisibles, el de enfermedades transmisibles y el de atención del adulto mayor.

La mortalidad general desde hace años se caracteriza por una amplia predominancia de las causas de muerte asociadas con enfermedades crónicas no transmisibles. Siguieron aumentando en forma progresiva las tasas de mortalidad por diabetes: 9.9 en 1970, 11.1 en 1980 y 23.4 en 1996, con predominio en el sexo femenino.

Datos provisionales de 1996 indican que las tasas de mortalidad divididas en cinco grandes grupos de causas son las enfermedades del aparato circulatorio (311.4 por 100,000 habitantes); los tumores (141.0); las causas externas (79.3); las enfermedades infecciosas y parasitarias (51.4) y todas las demás causas (136.4).

El aborto inducido descendió de 70.0 por 100 partos en 1992 a 59.4 en 1996. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se estima en 79%. La mortalidad de la

---

<sup>30</sup> Mateo de Acosta Oscar. "El aborto en condiciones de legalidad: aciertos y contradicciones". Ministerio de Salud. Cuba. 1994. Pp13.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

mujer como consecuencia del embarazo, el parto y el puerperio fue de 3.3 por 10.000 nacidos vivos en 1992 y disminuyó a 2.4 en 1996<sup>51</sup>. Un problema que en los últimos años han resentido los educadores sexuales es que una de cada cuatro mujeres que tiene un aborto es una adolescente<sup>52</sup>, al grado de que la mayoría de estudios en relación al aborto se están enfocando a este grupo etario, los argumentos que dan la mayoría de jóvenes en los hospitales donde realizan su solicitud son que quieren continuar con sus estudios, quieren evitar las dificultades de ser madre soltera o del vínculo marital o hubo falla de algún anticonceptivo<sup>53</sup>.

El contexto en salud reproductiva tiene las siguientes características:

Cuadro 8.

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	Satisfactoria
Intervención gubernamental concerniente al nivel de fertilidad.	No existe Intervención.
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte directo.
Porcentaje actual de mujeres casadas usando un anticonceptivo moderno (entre 15 y 49 años, 1987).	70%
Tasa de fertilidad global (1995-2000)	1.5
Tasa de fertilidad especificando edad (por 1,000 mujeres de entre 15 y 49 años, 1995-2000).	65
El gobierno ha expresando lo concerniente a: Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido.	No
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos, 1990); Nacional Caribe	95 400
Esperanza de vida femenina (1985-1990)	78 años

Referencia: ONU. "Abortion policies. A global review" Volume I. EAU. United Nations. 2001. pp161.

Hay un alto porcentaje de mujeres que utilizan algún método anticonceptivo; la tasa de fertilidad es reducida, en este rubro se considera que el aborto tuvo un gran peso para que el fenómeno se diera<sup>54</sup>.

<sup>51</sup> [www.paho.org](http://www.paho.org). Internet

<sup>52</sup> Varios. "Abortion among adolescents in Cuba". Elsevier science. New York, 1998.

<sup>53</sup> [www.reforma.com.mx](http://www.reforma.com.mx). Internet.

<sup>54</sup> Álvarez L. "La fecundidad en Cuba". Editorial Ciencias Sociales. La Habana. 1985.

La mortalidad y morbilidad producida por el aborto inducido no ha sido expresada por el gobierno, cabe destacar que esto se debe a que las complicaciones son mínimas, la mortalidad y morbilidad materna es alta a diferencia de los países desarrollados y reducida con otros países del Caribe, pero sus causas son diferentes al aborto inducido.

A continuación se explica acerca de estos factores en relación al aborto inducido:

a) Tasa de morbilidad.

En este país se ha observado con base a los diferentes estudios realizados, que las complicaciones por aborto están íntimamente relacionadas por el procedimiento que se utilice y el tiempo de gestación, de ahí que las cifras varíen un poco, por ejemplo:

En 1985 en La Habana se obtuvo un 93.4% de casuística sin complicaciones y ninguna mortalidad<sup>55</sup>. Sin embargo Kleinman señala que del 1 al 5% tiene tendencia a continuar el embarazo después de practicada la regulación -esta es una técnica novedosa que puede ser utilizada para realizar el aborto a pesar de no tener ese fin, sólo se realiza a aquellas mujeres que tienen un atraso menstrual de hasta 14 días y que previamente eran regulares. El procedimiento es dilatar el cuello a través de una cánula o sonda para realizar una aspiración del contenido endometrial. Su aplicación es sencilla y se supone reduce al mínimo las complicaciones, no requiere de anestesia y ha tomado gran popularidad en Cuba en los últimos años-. Otros señalan que de un 3 a un 4% pueden presentar inflamación pélvica.

En 1992 se realizó un estudio en el Hospital Materno "América Arias", de Ciudad de La Habana, donde fueron sometidas a aborto por dilatación 2,205 mujeres y sólo hubo un 1.8% de complicaciones<sup>56</sup>. Este estudio según Scavone es representativo de acuerdo a lo que ocurre en Cuba con la morbilidad relacionada al aborto inducido.

b) Tasa de mortalidad.

Una de las causas que más incidía en la mortalidad materna eran las muertes debidas al aborto en los años 60's, por ejemplo, la mortalidad materna en Cuba sobrepasaba las 1,000 muertes por 100,000 nacidos vivos y de ellas el componente

<sup>55</sup> Molina S. "Regulación menstrual en consulta externa". Trabajo de terminación de residencia en Ginecología y Obstetricia. La Habana. 1985.

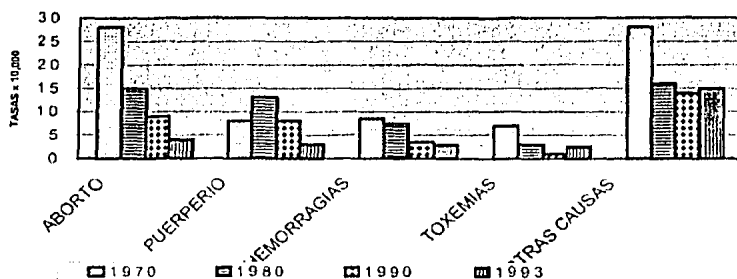
<sup>56</sup> Scavone Lucila. "Género y Salud Reproductiva en América Latina". Libro universitario regional. Costa Rica. 1999. pp209.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

fundamental eran las muertes por aborto. Con el paso del tiempo entre las causas de muerte materna que más se ha reducido es por esta causa, pasando de 70.5 por 10,000 nacidos vivos en 1970 a 26.9 en 1993. (Ver gráfica 3)<sup>57</sup>.

Gráfica XII.

**COMPONENTES DE LA MORTALIDAD MATERNA EN CUBA**



Existen otras fuentes más positivas al respecto, "Esta claro que para Cuba, la legalización del aborto tuvo un efecto enteramente positivo sobre la reducción de mortalidad materna, cerca de 800%, para la primera década de que fue legal, de 25.2 por 100,000 en 1969 a 3.4 por 100,000 diez años después"<sup>58</sup>.

Actualmente se acepta que "la disminución de este índice (mortalidad femenina en edad reproductiva), asociado a las facilidades para la realización del aborto, favoreció la tendencia a la utilización de la interrupción del embarazo como medio de control de la fertilidad y natalidad"<sup>59</sup>, cuestión que plantean con urgencia a solucionar mediante la educación y cultura.

<sup>57</sup> Mateo de Acosta Oscar. "El aborto en condiciones de legalidad: aciertos y contradicciones". Ministerio de Salud. Cuba. 1994. Pp7.

<sup>58</sup> Varios. "Abortion among adolescents in Cuba". Elsevier scienca. New York, 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### *Aspectos jurídicos.*

Deben distinguirse dos etapas importantes que marcaran la diferencia respecto al aborto, antes de la revolución cubana y después. La Cuba pre-revolucionaria tenía leyes que fueron copiadas después de 1870 del código de España, éste era muy restrictivo; algunas restricciones fueron modificadas en 1936 con la introducción de un nuevo código penal, llamado el Código de Defensa Social, aquí ya se permitía el aborto para salvar la vida de la mujer o para proteger su salud, en caso de violación o para prevenir la transmisión de enfermedades contagiosas o hereditarias al feto; se requería la autorización de dos médicos para realizar un aborto por razones de peligro en la salud. Sin embargo, el procedimiento no era accesible a menos que se realizara en clínicas privadas a un alto costo<sup>60</sup>.

El nuevo código penal adoptado en 1979 reemplazo al Código de Defensa Social, define las condiciones bajo las cuales el aborto se considerara ilegal. Un aborto es considerado ilegal si se realiza con negligencia no considerando la salud de la mujer, la persona que lo realice en estas condiciones será encarcelado de 3 meses a un año. Si el aborto es realizado fuera de las instituciones oficiales o no hecho por un médico, la pena se incrementa de 2 a 5 años. Un aborto también es considerado ilegal cuando se realiza sin el consentimiento de la mujer embarazada, la pena es de 2 a 5 años y si se utilizo violencia aumenta de 3 a 8 años.

Si la gestación es de 5 semanas o menos se realiza el método de regulación menstrual, en este caso no se requiere la confirmación del embarazo y si es una menor no se necesita el consentimiento de sus padres. Para abortos de 10 a 12 semanas la mujer deberá ser examinada por un o una ginecóloga y recibir consejería de un o una trabajadora social. Las mujeres menores de 18 años deben recibir el consentimiento paterno/materno; las menores de 16 años de un comité médico. Para un aborto realizado en el segundo trimestre, además se necesita conocer las condiciones del embarazo en el

---

<sup>59</sup> Scavone Lucila. "Género y Salud Reproductiva en América Latina". Libro universitario regional. Costa Rica. 1999. pp209.

<sup>60</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume 1. EAU. United Nations. 2001. pp114.

primer trimestre, el caso debe ser autorizado por un comité obstétrico, de psicólogos y trabajadores sociales<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> *Op cit.* pp.114.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.5 PUERTO RICO

En Puerto Rico el aborto es legal si existen las siguientes causas:

- Para salvar la vida de la mujer
- Para preservar su salud física
- Para preservar su salud mental
- Si es que la mujer gestante sufrió una violación o incesto.
- Si el feto sufre de algún deterioro o daño irreversible.
- Por razones económicas y sociales.
- Por solicitud de la mujer.

Por la relación colonial que Puerto Rico tiene con Estados Unidos, desde la sentencia Roe vs. Wade del Tribunal supremo de ese país, el aborto es legal.<sup>62</sup>

Desde 1991, el Proyecto de Estudios de la Mujer (PRO MUJER) de la Universidad de Puerto Rico inició una investigación sobre el aborto en este país; utilizó una muestra de 371 mujeres que solicitaron el servicio, los resultados fueron:

Cantidad de abortos anuales (cifra estimada)	17,000
Edad de las mujeres solicitantes	El 91% tiene 20 años o más
Estado civil	71% estuvo alguna vez casada
Número de hij@s	El 68% ha tenido uno o más
Religión	73% de las mujeres son católicas
Uso de anticonceptivos:	
Usuaría constante	59%
Usuaría de uso discontinuo	32%
Nunca ha usado	8%
Comunicó su decisión a su compañero	El 77% lo hizo.

*Fuente: Azize Yamila y Avilés Luis. "La realidad del aborto en Puerto Rico". Proyecto de Estudios de la Mujer, Colegio Universitario de Cayey y Universidad de Puerto Rico. Puerto Rico. 1993.*

La mayor parte de las mujeres toman esta decisión principalmente por: las dificultades que enfrentarían en los costos de un bebé (68%), se les haría más difícil enfrentar más responsabilidades(68%) y problemas por el cuidado de un bebé (57%).

<sup>62</sup>Colón Warren Alice y Larrinaga Elsa. "Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe Hispano". Proyecto Atlantea e Intercambio académico-Caribe. Puerto Rico. 2001.pp2.



### *Aspectos geográficos.*

Puerto Rico es un Estado Libre Asociado de los Estados Unidos de América. Está formado por municipios (la isla está dividida en 78 municipios). Cada municipio está constituido por un núcleo urbano o semiurbano (ciudad, pueblo o aldea). Puede incluir zonas urbanas y rurales. La densidad poblacional ha ido en aumento: en 1990 era de 396.9 habitantes por km<sup>2</sup> y en 1995 de 416.0 habitantes por km<sup>2</sup>. En el año 2000 era de 432.7 habitantes por km<sup>2</sup>. La población del municipio de San Juan, capital de Puerto Rico, en 1995 representaba 12.2% de la población total del país, con una densidad poblacional de 3,643.7 habitantes por km<sup>2</sup>.

El 1 de julio de 1995 la población total de Puerto Rico era de 3,720,018 personas, cifra que representa un aumento de 34,288 personas (0,9%) respecto de julio de 1994. La tasa de crecimiento poblacional fue de 17,9% (1,7% anual) en la década del setenta y de 9,9% (1,0% anual) en la década de los 80's<sup>63</sup>.

### *Aspectos económicos.*

El Gobierno Federal de los Estados Unidos participa activamente en la economía de la isla a través de desembolsos netos. Estos consisten en transferencias federales netas a particulares y al sector público, y gastos netos de funcionamiento de los organismos federales que operan en Puerto Rico. Los desembolsos netos del Gobierno Federal han aumentado a lo largo del tiempo.

En 1995, la economía de Puerto Rico registró el crecimiento real más alto del quinquenio 1990–1995. El producto bruto exhibió ese año un alza de 3,4%. El Gobierno de Puerto Rico continuó aplicando el Nuevo Modelo de Desarrollo Económico, cuyas estrategias económicas, sociales, financieras, reglamentarias, institucionales y de recursos humanos constituyeron un factor determinante en la reactivación económica.

Puerto Rico copia los argumentos utilizados en todo el proceso de legalización que tuvo Estados Unidos, el estudio realizado por el Programa de Estudios de la Mujer, el Colegio Universitario Cayey y la Universidad de Puerto Rico, plantea que al no legalizar el

---

<sup>63</sup> [www.paho.org](http://www.paho.org). Internet.

aborto, se tienen consecuencias y enormes costos en lo social así como en lo referente a gastos que se deben desembolsar para las complicaciones y/o muertes de las mujeres. Al tratar de ejemplificarlo, utilizan datos norteamericanos.

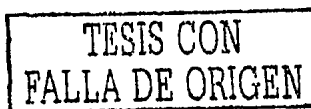
Finalmente esta investigación muestra que la reglamentación del Departamento de Salud de Puerto Rico exige que las clínicas mantengan un costoso equipo médico que no guarda proporción con la realidad de los procedimientos que allí se realizan y tampoco con la realidad social, debido a que los costos del procedimiento abortivo no esta a cargo del Estado, no es un servicio de salud pública<sup>64</sup>, ello hace que a las mujeres les sea difícil poder acceder a un aborto legal, por la cuestión económica, cabe destacar que esto resulta una contradicción con lo expuesto en el párrafo anterior. Esto demuestra según Dávila que el clima de clandestinidad se puede dar aún cuando se mantenga el status de legal, porque la desorganización del sistema y poco apoyo por parte del Estado dificulta a las mujeres alcanzar información y servicios.

#### *Aspectos de salud.*

El Departamento de Salud es la única autoridad oficial encargada de la planificación de los servicios sanitarios. Para cumplir con las responsabilidades que la ley le asigna, el Departamento de Salud diseñó un esquema de regionalización que comenzó a aplicarse en 1958. En 1960 se expandió el esquema general, dividiéndose a la isla en cinco regiones. Los tres niveles de atención incluidos en este esquema eran los centros de salud locales (atención primaria), los hospitales regionales (atención secundaria y terciaria) y la atención especializada a cargo del Centro Médico de Río Piedras, en el Área Metropolitana. En 1977, el esquema de regionalización se modificó en sus aspectos geográficos y funcionales. El nuevo esquema, que continúa vigente, incluye siete regiones (Área Metropolitana, Bayamón, Arecibo, Mayagüez, Ponce, Caguas y Fajardo) y dos subregiones (Aguadilla, en la región de Mayagüez y Humacao, en la región de Caguas), que a su vez han sido subdivididas en 16 áreas.

---

<sup>64</sup> Colón Warren Alice y Larrinaga Elsa. "Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe Hispano". Proyecto Atlantea e Intercambio académico-Caribe. Puerto Rico. 2001, pp2.



La transformación sectorial exige la revisión del marco legal existente. En el nivel central se crearon comités de trabajo con el propósito esencial de avanzar en el proceso de descentralización y de eliminar reglamentos obsoletos. El nuevo enfoque de los procesos de privatización requirió la enmienda de la ley de privatización de las instalaciones de salud. Esta reforma de ley contempla la venta al sector privado de las instalaciones sanitarias así como la consideración de otros modelos de privatización.

El modelo puesto en vigor tiene además como propósito que el Departamento de Salud delegue la prestación de servicios en el sector privado, para eventualmente llegar a contar con un solo sistema de salud, manteniendo la responsabilidad de velar por que la población reciba servicios de salud apropiados. Se hace hincapié en el enfoque preventivo para minimizar en el largo plazo los costos de hospitalización y enfermedades catastróficas a través de la educación y promoción de formas de vida saludables. Para cumplir con el objetivo de ofrecer mejores servicios de salud, el Gobierno ha señalado como una de sus tareas urgentes la reestructuración de las regiones sanitarias y de sus niveles de prestación, cuidando evitar duplicaciones.

Todos los nacimientos, defunciones, matrimonios y muertes fetales que ocurren en Puerto Rico se anotan en las oficinas locales del Registro Demográfico que existen en la isla. El registro de defunciones es muy completo. Las causas de muerte son certificadas por médicos: 52% por médicos de cabecera, 37% por médicos que toman como base los resultados de autopsias y expedientes u otras pruebas, y el restante 11 % por médicos que utilizan otras fuentes de información.

La tasa de mortalidad ha permanecido relativamente estable: en 1970 fue de 6.6 por 1.000 habitantes; en 1980 bajó a 6.4 y se mantuvo en 6.5 durante los primeros cuatro años de la década de 1980; posteriormente subió a 7.0 en 1987 y siguió aumentando hasta alcanzar el valor de 7.9 en 1993 y 7.7 en 1994. Un elemento importante que explica el aumento de esta tasa es el envejecimiento natural de la población y el rápido crecimiento de los grupos de edades más avanzadas. En 1994 murieron 28,444 personas por todas las causas (16,707 hombres y 11,737 mujeres). En ese mismo año, las enfermedades del corazón (tasa de 157.7 por 100.000 habitantes) y los tumores malignos (116.6 por 100.000 habitantes) fueron las dos principales causas de muerte. Las

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

enfermedades del corazón continúan siendo la primera causa de muerte), entre las mujeres hubo 1,782 defunciones por tumores malignos; el más frecuente fue el de mama, que ocupó el primer lugar, con 294 muertes (6,8%), seguido por el de colon, con 153 muertes (3,6%).

Al igual que en los años anteriores, la diabetes mellitus ocupó el tercer lugar, con 1,868 defunciones, es decir, 6.6 % del total de muertes de 1994; de estas, 1.028 ocurrieron en mujeres. La cuarta causa de muerte fue la infección por el VIH, causante del SIDA. Se notificaron 1.549 muertes, 1.210 (78,1%) en hombres y 339 (21,9%) en mujeres<sup>65</sup>.

La tasa de mortalidad materna es de 18.4 por 100,000, según la Organización Panamericana de la Salud; y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la tasa es de 30 por 100,000.

El departamento de salud confirma que la actual política pública de planificación familiar no ha sido eficaz, una encuesta realizada por dicha agencia evidenció que para 1989 el 60% de las mujeres embarazadas no había planificado su embarazo<sup>66</sup>.

La salud reproductiva tiene las siguientes características:

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	Satisfactoria
Intervención gubernamental concerniente al nivel de fertilidad.	No existe intervención.
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte directo.
Porcentaje actual de mujeres casadas (que se realizaron un aborto inducido) usando un anticonceptivo moderno (1992).	59%
Tasa de fertilidad global (1995-2000)	1.9
El gobierno ha expresando lo concerniente a: Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido.	Si
Complicaciones de maternidad y parto.	Si
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos): Nacional (1996)	17.4
Caribe	400
Esperanza de vida (1999)	75.3 años

<sup>65</sup> [www.paho.org](http://www.paho.org). Internet

<sup>66</sup> Azize Yamila y Avilés Luis. "La realidad del aborto en Puerto Rico". Proyecto de Estudios de la Mujer, Colegio Universitario de Cayey y Universidad de Puerto. Puerto Rico. 1993.pp14.

*Fuente: Cuadro elaborado para fines de este estudio. México. 2002.*

Un aspecto a resaltar es que la tasa de fertilidad es significativamente menor que muchos otros países, junto con la tasa de mortalidad femenina presentada en 1996, si comparamos que a nivel del Caribe es de 400 por 100,000 nacidos vivos.

Las tasas de morbilidad y mortalidad en relación al aborto están de la siguiente manera:

a) Tasa de morbilidad

Las cifras para conocer la tasa de morbilidad a causa de un aborto inducido no están disponibles, por un lado se deja ver en las investigaciones que ésta es reducida al grado de no tener ninguna significación, pero por otro en los mismos estudios se ventila que los servicios que se ofrecen en las clínicas son malos, que una parte considerable de mujeres acuden a sitios clandestinos y según sus conclusiones esto llevaría a pensar que existen casos de morbilidad, pero nunca mencionan cifras y en organizaciones mundiales tampoco se contemplan datos.

b) Tasa de mortalidad

"A pesar de que las muertes asociadas a abortos son extremadamente raras, el aborto siempre conlleva riesgos. El aborto es 11 veces menos peligroso que el parto. Las muertes por aborto son 0.6 por cada 100,000 casos, mientras que las muertes de parto son 6.6"<sup>67</sup>.

En un estudio sobre mortalidad materna se brindó información sobre la mortalidad relacionada a partos y abortos en Puerto Rico, en 1985. En este se documentan 45 muertes asociadas al embarazo, de las cuales 31 fueron relacionadas al parto y 2 a abortos -no se especifica si fueron abortos espontáneos o inducidos-.

---

<sup>67</sup>: Azize Yamila y Avilés Luis. "La realidad del aborto en Puerto Rico". Proyecto de Estudios de la Mujer, Colegio Universitario de Cayey y Universidad de Puerto Rico. Puerto Rico. 1993, pp12.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

PROMUJER, por su parte documentó que el 20% de embarazos termina en aborto, lo que implica que el riesgo de que una mujer muera en un parto es de 4 a 8 veces mayor que el riesgo de morir por un aborto<sup>68</sup>.

### *Aspectos jurídicos.*

El aborto era prohibido en términos absolutos en tiempos de la conquista de España, en el país se establece el aborto terapéutico con la imposición de la soberanía y las leyes norteamericanas a principios del siglo XX. Junto a los programas de control poblacional que acompañaron las estrategias de industrialización impulsadas en la Isla a mediados de siglo, se tolero la existencias de clínicas y oficinas de médicos en donde se realizaban abortos, constituyéndose en meca de la práctica en el Caribe después de la revolución cubana. La oposición de la Iglesia Católica y otros conjuntos de corte nacionalista e incluso sectores médicos impidieron un práctica más abierta, así como los intentos de reforma legal a principio de los años 70's<sup>69</sup>.

El aborto se legaliza por la decisión tomada en el caso *Roe vs Wade* en los Estados Unidos en 1973, después se confirma en 1974 en el caso *Acevedo Montalvo vs Hernández Colón*. Posteriormente, en 1980 el Tribunal Supremo de Puerto Rico resolvió en el caso de *Pueblo vs Duarte Mendoza*, que sentó la jurisprudencia con respecto al derecho al aborto en Puerto Rico.

Se concluyo que todas aquellas dificultades que presente la mujer (sean de carácter, físico, mental o emocional, económico y social) son "factores que una mujer y su médico responsable necesariamente tendrán en cuenta en la consulta al respecto"<sup>70</sup>. Al igual que Estados Unidos, se determino que la razón principal para legalizar el aborto es el respeto al "derecho a la intimidad" (*privacy*).

---

<sup>68</sup> *Op cit.*..pp 12..

<sup>69</sup> Colón Warren Alice y Carrinaga Elsa. "Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe Hispano". Proyecto Atlántea e Intercambio académico-Caribe. Puerto Rico. 2001.pp13

<sup>70</sup> Azize Yamila y Avilés Luis. "La realidad del aborto en Puerto Rico". Proyecto de Estudios de la Mujer, Colegio Universitario de Cayey y Universidad de Puerto. Puerto Rico. 1993.pp16.

El Tribunal Supremo de Puerto Rico no estableció un sistema de trimestres como en Estados Unidos, según se interpreto en la isla se "prescribe para todo el periodo del embarazo el criterio constitucional establecido por el Tribunal Supremo de Estados Unidos, (este es) para el primer trimestre, cual es que la mujer en consulta con su médico puede poner fin a su preñez sin la intervención del Estado"<sup>71</sup>. Cabe destacar que resulta contradictorio, el párrafo inicia en que la interrupción del embarazo se prescribe para todo el periodo de embarazo, pero -como siempre- remitiéndose al tribunal norteamericano recalcan que éste sólo se realizara -sin intervención gubernamental- en el primer trimestre.

A pesar de que en Puerto Rico el aborto es legal "no existe completa accesibilidad a los servicios de aborto. En la actualidad (1993) existen 13 clínicas de aborto en todo el país, pero sólo en dos regiones de salud -la metropolitana de San Juan y Bayamón- existen clínicas operando tiempo completo. En otras 3 regiones se ofrecen servicios esporádicos y en las otras 3 regiones de salud (casi un 40% de las regiones) no existe ninguna clínica de terminación de embarazos"<sup>72</sup>.

---

<sup>71</sup> *Op cit.* pp 16.

<sup>72</sup> *Op cit.* pp17.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.6 BRASIL

Las causas por las que se permite el aborto son:

- Para salvar la vida de la mujer
- Si la mujer gestante sufrió violación o incesto.

Aproximadamente de 1 a 4 millones de mujeres se practican un aborto cada año<sup>73</sup>, una cifra extremadamente alta si se considera que hay una población en edad fértil de 36 millones. Este hecho significa que de cada 9 mujeres brasileñas una recurre al aborto provocado.

Es importante manifestar que a pesar de que en Brasil la interrupción del embarazo no esta ampliamente permitida existe un fuerte trabajo de parte de feministas, organizaciones de médicos y ginecólogos y otros sectores para avanzar en el plano legal, de salud y social; además de que la bibliografía nos muestra el sinnúmero de investigaciones que se hacen al respecto.

"En nuestro país, el asunto del aborto ha tenido enorme dificultad de avanzar. En los últimos tiempos, a pesar de que las mujeres han conquistado espacios importantes en la sociedad brasileña, el aborto continua siendo un tabú"<sup>74</sup>. Sacerdotes de congregaciones católicas manifiestan que el aborto permite observar la hipocresía de la sociedad que por un lado legaliza (algunas causales) pero del otro no ofrece condiciones para su implementación. Además consideran que otra problemática es que las leyes se hacen por hombres, también en ese sentido se critica a las leyes que prestan mayor atención al no nacido que al recién nacido, no considerando que éste esta obligado a enfrentar la desnutrición, la pobreza, precariedad de salud, etc.<sup>75</sup>

<sup>73</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume I. EAU. United Nations. 2001. pp69

<sup>74</sup> Varios. "Mortalidad por aborto la causa no declarada". Centro de investigación sobre dinámica social y Universidad Externado de Colombia. Colombia.

<sup>75</sup> Varios. "Seminário Nacional: aborto, cidadania e Justiça social". Rede nacional feminista de saúde e direitos reprodutivos. Sao Paulo. 1996. pp25.



### *Aspectos geográficos.*

El Brasil ocupa un área de 8.5 millones km<sup>2</sup> y tiene fronteras con casi todos los países de América del Sur, excepto el Ecuador y Chile. La República Federativa del Brasil comprende 26 estados, 5,508 municipios y el Distrito Federal, sede del gobierno. El país está dividido en cinco grandes regiones. El Norte, la mayor del país, ocupa 45% del territorio nacional, con apenas 7% de la población; el Sudeste ocupa 11% del territorio con 43% de la población. El Sur es la región más pequeña, con 7% del territorio y 15% de la población. Las otras dos regiones ocupan cada una aproximadamente 18% del territorio, pero en el Nordeste se halla 29% de la población mientras en el Centro-Oeste sólo habita 6%. Los nueve estados del Nordeste son los que presentan peores indicadores socioeconómicos en el país.

Para 1999, tenía una población estimada de 167,988,000 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 1.4%; el 29% es menor de 15 años y 7.6% es mayor de 60. Para el 2000, el 81% de la población reside en áreas urbanas y el 19% en zonas rurales

### *Aspectos económicos.*

Durante los años ochenta y comienzos de los noventa la economía brasileña se caracterizó por una fuerte inestabilidad del crecimiento, con una inflación creciente hasta tasas extremadamente elevadas. En 1994 se puso en marcha el Plan Real, denominado según la nueva moneda brasileña, y a partir del cual se inició un período de crecimiento de la renta per cápita y redistribución incipiente de la riqueza. La mitad más pobre de la población incrementó su participación en la renta nacional en 1.2% y el estrato 20% más rico perdió 2.3%. El producto interno bruto (PIB) para el periodo de 1990-1998 creció un 3.2% anual. En 1998 el Producto Nacional Bruto *per capita* se estimó en 6,460 dólares.

En 1996 la inflación anual fue de 9.8%, mientras que al inicio del plan de estabilización llegaba a 45% mensual<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> [www.pafio.org](http://www.pafio.org). Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el periodo 1990-1998 el presupuesto para el sector salud fue de 3.4 del total del presupuesto de la Nación.

Como en los países que no tienen legalizado el aborto, Brasil, sólo hace estimaciones respecto a los costos de este procedimiento de forma indirecta, es decir, por el número de hospitalizaciones por complicaciones de aborto se puede hacer una estimación del costo-cama por aborto inducido. O sea, que las complicaciones y/o muertes de mujeres que se practican un aborto en condiciones inseguras termina siendo un gasto indirecto.

Las ganancias son para aquellos particulares que practican el aborto y muy recientemente para empresas farmacéuticas, hace algunos años se legalizo en Brasil la droga *Cytotec* (prostaglandina) para el tratamiento de úlceras; esta droga empezó a ser muy usada con el objetivo de realizar aborto inducidos ilegales ya que se podía conseguir ampliamente en farmacias y droguerías. Para 1991, al menos unas 600,000 cajas de 28 pastillas fueron vendidas cada año. Se hicieron algunas estimaciones y entre 34 y 72% de todas las mujeres admitidas en los hospitales, ingresadas por complicaciones de aborto habían consumido dicha droga (en regiones previamente seleccionadas)<sup>77</sup>.

Esto muestra el enorme negocio que resulta la práctica de abortos inducidos ilegales, ahora la venta de esta droga esta restringida y controlada en el uso hospitalario, cuando un ginecólogo la quiere utilizar debe pedir permiso de altos oficiales de salud. Pero esta medida finalmente no contribuyo a la disminución de la tasa de abortos, sólo a la prohibición de la venta de *cytotec*, ello indica que las ganancias económicas fluyen sino a esta droga a otros canales que permitan la realización del aborto inducido.

### *Aspectos de salud.*

El texto constitucional de 1988 configura la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, al que debe atenderse mediante políticas económicas y sociales dirigidas tanto a la reducción de riesgos de enfermedades y otros daños a la salud, como al acceso universal e igualitario a acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la

---

<sup>77</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume I. EAU. United Nations. 2001. pp69

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

salud, en un Sistema Único de Salud (SUS) de carácter público, federativo, descentralizado, participativo y de atención integral. Sin embargo, la cobertura de los servicios públicos de salud, son complementados por servicios privados contratados por el Gobierno bajo la responsabilidad del SUS y en realidad llegan a 75% de la población. En los servicios hospitalarios el sistema se basa predominantemente en el reembolso público de los servicios prestados por entidades privadas (80% de los establecimientos hospitalarios que prestan servicios al SUS son privados). La cobertura de los planes y seguros privados alcanzó en 1995 a 20% de la población brasileña, unos 34 millones de personas, y una inversión de US\$ 6.400 millones.

Los niveles de mortalidad en la población brasileña han declinado significativamente en las últimas décadas. Esa reducción fue resultado, principalmente, de la reducción de la mortalidad de la población menor de 5 años de edad, cuya participación en el total de defunciones registradas decreció. El análisis por causas según las categorías utilizadas por la OPS muestra que en el período 1990-1994, las enfermedades del aparato circulatorio constituyen el primer grupo de causas de mortalidad, con 33.9% del total de defunciones. El segundo grupo de causas de muerte esta constituido por las llamadas causas externas de lesión y envenenamientos. El tercer grupo de causas de defunción son las neoplasias que entre 1990 y 1994 contribuyeron con 13.0% al total de defunciones por causas bien definidas. Entre las neoplasias malignas destacan en el sexo masculino el cáncer de estómago y el cáncer de pulmón. En mujeres el cáncer de mama es el más frecuente, seguido por el de cuello uterino.

En el contexto de salud reproductiva se pueden identificar las siguientes características:

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	No hay una posición oficial
Intervención gubernamental concerniente al nivel de fertilidad.	No existe intervención.
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte directo.
Porcentaje actual de mujeres casadas usando un anticonceptivo moderno (entre 15 y 49 años, 1996).	77%
Tasa de fertilidad global (1995-2000)	2.3
Tasa de fertilidad especificando edad (por 1,000 mujeres)	72

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de entre 15y 49 años, 1995-2000).	
El gobierno ha expresado lo concerniente a: Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido. Complicaciones de maternidad y parto	Si Si
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos, 1990): Nacional América del sur	220 200
Esperanza de vida femenina (1995-2000)	71 años

*Referencia: ONU. "Abortion policies. A global review" Volume I. E.A.U. United Nations.2001. pp68.*

Como se puede observar el gobierno no tiene una posición oficial respecto al nivel de fertilidad, sin embargo si hay un soporte directo de su parte en el uso de anticonceptivos, la mayoría de mujeres casadas utilizan alguno.

La tasa de fertilidad como en todos los países latinoamericanos ha disminuido con el tiempo, Brasil en ese sentido tiene una tendencia similar.

Algo que parece extraño es que si a expresado datos concernientes a la morbilidad y mortalidad en relación al aborto inducido, a pesar de que éste es ilegal y nos lleva a pensar que el gobierno esta consciente de las consecuencias a nivel de salud en las mujeres que este fenómeno trae consigo.

Su tasa de mortalidad materna varia según las fuentes, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) dice que es de 220 por 100,000, sobrepasando a la tasa de América del Sur. Y según el Centro legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas ésta es para el periodo de 1990-1998 de 160 por cada 100,000 nacimientos.

La tasas de morbilidad y mortalidad en relación al aborto inducido, se presentan a continuación:

a) Tasa de morbilidad.

Debido a que el aborto inducido es ilegal, las cifras de morbilidad por esta causa son sólo estimaciones; hay diversos métodos para obtener dicha cifra, pero el más utilizado y el más confiable es aquel que se obtiene de calcular el número de hospitalizaciones por esta causa; el problema ocurre cuando en la mayoría de centros médicos, sean clínicas u

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

hospitales, indistintamente utilizan los términos aborto inducido y aborto espontáneo, de manera que es difícil saber a ciencia cierta de que tipo de aborto se trato. Además no se están considerando complicaciones atendidas en centros privados y más difícil aún es de todas aquellas mujeres que no tienen acceso a un centro médico, que no alcanzan a llegar o que nunca registraran su complicación por miedo o por considerarla mínima.

Es por ello que para el número de hospitalizaciones registradas, hacen un minucioso estudio con cualquier otra información recibida para saber de que tipo de aborto se trato y una vez obtenida la cifra estimada se le unen "multiplicadores" que son cifras establecidas por país con el fin de disminuir sesgos, éstos pueden ser 3, 5 y 7. Por ejemplo, si se piensa que hubo 200 atenciones por aborto inducido en la clínica #1 del país "x" y dicho país tiene un sesgo de 5, entonces a esa cifra se le multiplica por 5, el resultado es que estimadamente se piensa hay 1000 abortos en esa zona.

En base a lo anterior se hizo una investigación para saber los "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos", ello implicó hacer una investigación exhaustiva en relación a las hospitalizaciones, Brasil es uno de los integrados en esa muestra de estudio.

Se obtuvo que para 1991 Brasil atendió entre 288,668 y 402,248 mujeres<sup>7a</sup>, como antes se dijo, considerando que esta cifra no contiene realmente a todas aquellas mujeres que realmente tienen una complicación. Cabe aclarar que para esta misma fecha se calculaban entre 866, 003 y 2,020,674 aborto al año.

Sólo cabría destacar que para estas fechas se estiman alrededor de 1 o 4 millones abortos al año, ello deja pensar que la tasa de morbilidad es mucho más alta que las cifras estimadas en el párrafo anterior.

Para 1997, según la ONU en el Estado de Sao Paulo entre enero y septiembre hubo 24,000 casos de complicaciones relacionadas al aborto y que fueron tratadas por Sistema de Salud Estatal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### b) Tasa de mortalidad.

Mediante la investigación interamericana de mortalidad en adultos, fue posible evidenciar que la magnitud real de la mortalidad materna, para el Municipio de Sao Paulo, entre 1962 y 1964, estaba subestimada en 70% teniendo como causa el aborto, diez años después los autores confirmaban esas cifras<sup>79</sup>

La mortalidad derivada de abortos corresponde a 12% de las defunciones maternas, según la Organización Panamericana de la Salud.

En la mitad de los 80's el porcentaje de muertes relacionadas al aborto fue estimada de 44%, según las Naciones Unidas.

No existen cifras concretas respecto a la mortalidad por aborto inducido, pero dos fuentes la mencionan como la tercera causa de muerte materna<sup>80</sup>.

#### *Aspectos jurídicos.*

Desde 1940 el aborto ha sido legal aunque sólo por violación, incesto o para salvar la vida de la mujer, si la mujer era incompetente entonces su representante legal debía dar el permiso. Este código reemplazó la legislación de 1890 que expresaba una prohibición total<sup>81</sup>.

El aborto ilegal es punible de 1 a 4 años de prisión para las personas que realizan el aborto, la penalidad es mayor si la mujer no dio su consentimiento, si la mujer sufre graves daños o la muerte, o si la mujer es menor de 14 años. El aborto realizado por la mujer misma o por cualquier otra persona con su consentimiento, se castiga de 1 a 3 años. Los intentos para disminuir y/o eliminar estas penas inicio desde 1975 pero no han tenido los resultados esperados (aquí es importante destacar el papel del movimiento

---

<sup>79</sup> Varios. "Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Incidencia". Universidad Externado de Colombia. Colombia. 1994. pp6.

<sup>79</sup> Varios. "Mortalidad por aborto la causa no declarada". Centro de investigación sobre dinámica social y Universidad Externado de Colombia. Colombia.

<sup>80</sup> "Aborto Inseguro. Cuando las mujeres se mueren por ser pobres". Campaña 28 de septiembre. 1996. Y Bermúdez Valdivia Violeta. "Silencios públicos, muertes privadas. La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe". CLADEM. Perú. 1998.

feminista que constantemente ha demandado la legalización del aborto, gracias a esto y a que enviaron proyectos de ley en 1993 inicio la discusión en el Congreso Nacional). Actualmente hay 8 propuestas relacionadas al aborto en el Congreso<sup>82</sup>.

En la práctica pocas mujeres accesan a un aborto legal debido a la resistencia de los hospitales a efectuar el procedimiento. Cada vez más hospitales requieren efectuar todo un procedimiento legal antes de realizar un aborto. "Consecuentemente, la morbilidad y mortalidad resultados del aborto muestran ser muy altos"<sup>83</sup>.

Cabe decir, que gracias al Plataforma de Acción de las Conferencias Internacionales del Cairo (1994) y Beijing (1995) firmados con el gobierno brasileño se han impulsado proyectos de ley con miras a reformar éste y otros muchos aspectos, especialmente en temas relacionados con las mujeres<sup>84</sup>.

---

<sup>82</sup> Varios. "Abortion in law, history and religion". Childbirth by Choice Trust. 1995. pp40.

<sup>83</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume I. EAU. United Nations. 2001. pp69

<sup>84</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume I. EAU. United Nations. 2001. pp69.

### 3.7 CHILE

En este país el aborto no se permite por ninguna razón.

En agosto de 1989 cuando la dictadura del General Augusto Pinochet estaba saliendo se hizo una junta bajo su mando, prohibiendo la realización del aborto en cualquier situación; previamente el Código de Salud permitía el aborto terapéutico.

Alrededor de 200,000 mujeres abortan cada año; para identificar que frecuencia tiene esta practica en Chile (Ver cuadro I).

**CUADRO I**

**NUMERO DE ABORTOS POR MUJER AL AÑO  
SEGÚN EL PAÍS EN LATINOAMERICA**

PAIS	ABORTOS POR MUJER AL AÑO
Chile Perú	1 x 20
Brasil Colombia República Dominicana	1 x 30
México	1 x 40

Para 1991 según un estudio del Institute Alan Guttmacher, Perú y Chile contaban con las cifras más altas de incidencia del aborto en la región.

El tema del aborto es sumamente controversial en Chile, de manera generalizada hay un rechazo por todas las instituciones sociales. Los medios de comunicación han tenido un papel especial, hace algunos años, se presento el caso de una mujer con 7 meses de embarazo y a la que se le diagnóstico el Síndrome de Potter (el producto carece de pulmones, riñones y vejiga, lo cual hace imposible que sobreviva posterior al parto); esta mujer solicitó un aborto sobre la base del sufrimiento psicológico que esto le causaba, un equipo médico le negó el aborto y por ello se presento en los medios de comunicación señalando los hechos.

<sup>41</sup> Varios. "Mujeres del Mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. Suplemento 2000". Centro Legal para Derechos reproductivos y Políticas Públicas. New York, 2001. pp30



Esto provocó múltiples controversias, entre ellas que el Presidente de la República reconoció en un programa de radio el derecho de las mujeres al aborto terapéutico .

La difusión y sensibilización del caso produjo a nivel general, augurar que finalmente sería atendida en algún centro; el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (establecimiento privado de alto prestigio) declaró estar dispuesto a hacerse cargo del caso. Poco después, el grupo *Pro-vida* ofrecieron financiarle su atención en el mismo hospital pero no para un aborto sino para el mantenimiento de su embarazo sin poner en riesgo su vida; doctores de bioética manifestaron que su embarazo no constituía ningún riesgo y que sólo requería apoyo psicológico y médico; en los medios de comunicación se presentaron reiteradas veces la imagen de un sacerdote bendiciendo su vientre; finalmente, los periódicos recibieron millones de cartas pidiéndole que esperara serenamente el término natural de su embarazo, "pues sólo así dará una muestra del amor y espíritu de sacrificio que se espera de toda madre (...) no es raro, entonces que (la mujer) haya reaparecido en la prensa señalando que ella nunca solicitó un aborto terapéutico, que desea y confía en que su hija viva"<sup>85</sup>.

Cabe agregar que los sectores con poder de decisión, como los funcionarios de los gobiernos, los parlamentarios, los jueces, etc., se rehúsan a comprometerse con el tema del aborto, por el temor de lo que se generaría en su carrera pública.

En 1999 se hizo una "Encuesta Nacional. Opinión y Actitudes de las Mujeres Chilenas sobre la condición de Género", un apartado se refería al aborto, las preguntas se presentan a continuación:

\*¿Piensa usted que la ley debería permitir el aborto cuando esta en riesgo la vida de la madre?, el 78% estuvo de acuerdo, el 18% en desacuerdo y un 4% no respondió o no sabía.

\*¿Debería permitirse el aborto cuando el feto no esta bien?, el 69% estuvo de acuerdo, el 24% estaba en desacuerdo y el 7% no contestó.

---

<sup>85</sup> [www.rsmfc.com](http://www.rsmfc.com), Internet.

\*¿Debería permitirse el aborto cuando el embarazo es fruto de violación o incesto?  
el 59% contesto favorablemente, el 34% se opuso y un 7% no supo que contestar.

### *Aspectos geográficos.*

La superficie de Chile es de 756.946 km<sup>2</sup> sin considerar sus territorios antártico e insular. La principal ventaja que tiene Chile es su clima. La extrema longitud del país (más de 4.000 km) sumada a otras características que forman las barreras naturales que son las cordilleras y las corrientes marinas subtropicales en el norte y polares desde el sur, tiene como resultado que el país presente una gran variedad de climas. Los climas en el país van desde los de tipo desértico en el norte.

La población estimada para el 2000 era de 15 millones 153 mil habitantes, tiene un crecimiento anual de 1.15; un grado de urbanización del 85%; el 4.8% de su población están clasificados como analfabetas<sup>86</sup>.

### *Aspectos económicos.*

El proceso de descentralización de los servicios tiene su marco legal en las reformas de 1980. La población se encuentra cubierta por los 28 servicios regionales de salud que poseen autonomía financiera, presupuestaria y de acción, y que constituyen el centro de gravedad del sistema de salud chileno. La atención primaria está delegada en los municipios que coordinan sus acciones con los servicios regionales. Tanto los servicios regionales de salud como los municipalizados tienen autonomía financiera y son financiados por el FONASA o por la vía de las ISAPRE, a las que venden servicios.

Paulatinamente se ha reducido el papel del gobierno en la economía, poniendo énfasis en el gasto público sobre los programas sociales. La inflación esta en aumento como resultado de la inflación de capital extranjero. En 1994 tuvieron lugar reformas al sistema de educación que tuvieron que ver con el desarrollo de mercados exportadores

---

<sup>86</sup> [http://www.areasprotegidas.org/chile\\_contexto\\_nacional.Internet](http://www.areasprotegidas.org/chile_contexto_nacional.Internet).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

extranjeros que son prioridad en su agenda económica (como propuesta de la presidencia). Después de esto la economía chilena se encontraba dependiente de algunos sectores (minería, pesca y forestal).

En 1996 Chile llegó a asociarse como miembro de "MERCOSUR" y concluyó un tratado de Libre comercio con Canadá<sup>87</sup>.

### *Aspectos de salud.*

La historia de la medicina social se remonta a fines del siglo pasado. Su origen se encuentra en las concepciones salubristas imperantes en aquella época, en las presiones sociales y el progresivo convencimiento de que la salud de la población es una responsabilidad fundamental del Estado. El sistema de salud resultante de todo ello se tradujo en condiciones sanitarias relativamente buenas, con adecuados controles epidemiológicos, capacidad operativa y amplia cobertura de atención.

El gobierno militar impuesto en 1973 con el golpe de Estado, impuso reformas importantes en el sector salud, quebrantando la tendencia histórica, la inversión cayó, se redujeron los gastos del personal y los insumos se volvieron escasos; la reducción de los beneficios otorgados por el sistema público, especialmente en los sectores medios fue acompañada de la carga financiera sobre los usuarios. Al finalizar el gobierno militar, dicho sistema presentaba profundos problemas estructurales, de funcionamiento y de desigualdades<sup>88</sup>.

De acuerdo con la Constitución de 1980, la salud es un derecho básico de las personas y el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio del derecho a la protección de la salud y a habitar en un medio ambiente sin contaminación. La norma constitucional consagra un sistema dual de atención de la salud al garantizar que cada persona "tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado". La función del Ministerio de Salud es asegurar el acceso libre e igualitario a las

---

<sup>87</sup> [www.rsmc.com](http://www.rsmc.com). Internet.

<sup>88</sup> Varios. "Mujeres Latinoamericanas en cifras. Chile". Flacso. Chile. 1992.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, así como a las de rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. Asimismo, debe coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar acciones en los ámbitos mencionados.

El sistema de salud único estatal de cobertura universal que adoptó Chile en 1952 experimentó importantes transformaciones de 1980 en adelante, en dos sentidos principales: la creación de una instancia gestora de financiamiento de naturaleza privada, esto es, las instituciones de salud provisional (ISAPRE), y el traspaso de los establecimientos de atención primaria a la administración municipal. Estos cambios han ido acompañados por la descentralización de la gestión de las acciones a los servicios regionales de salud.

Uno de los aspectos fundamentales de la reforma sanitaria es la separación de las funciones institucionales. En este sentido, el Ministerio de Salud, históricamente el proveedor básico de servicios de salud en el país, se reserva en forma progresiva un papel rector y regulador; el FONASA cumple funciones de aseguramiento y financiamiento, y los servicios regionales de salud se ocupan de la provisión de servicios.

En el sector privado, el papel asegurador está a cargo de las 21 ISAPRE abiertas y las 15 cerradas que operan en el país. ISAPRE cuentan con servicios ambulatorios especialmente para atención primaria, pero en general no para atención hospitalaria. De 35.3% de la población que declara atenderse en el sector privado de salud 23.7% está cubierto por las ISAPRE, 2.7% por los sistemas de las Fuerzas Armadas, 0.9% por otros sistemas y 8.0% declara atenderse con recursos particulares<sup>89</sup>.

En el contexto de salud reproductiva podemos observar que:

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	No hay una posición oficial
Intervención gubernamental concerniente al nivel de fertilidad.	No existe intervención.
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte directo.
Porcentaje actual de mujeres casadas usando un anticonceptivo moderno (entre 15 y 49 años, 1996).	----
Tasa de fertilidad global (1995-2000)	2.4
Tasa de fertilidad especificando edad (por 1,000 mujeres)	49

<sup>89</sup> [www.pafio.org](http://www.pafio.org). Internet.

de entre 15 y 49 años, 1995-2000).	
El gobierno ha expresando lo concerniente a: Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido. Complicaciones de maternidad y parto	---- SI
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos, 1990): Nacional América del sur	65 200
Esperanza de vida femenina (1995-2000)	78 años

*Referencia: ONU. "Abortion policies. A global review" Volume I. EAU. United Nations. 2001. pp93.*

La mortalidad materna ha observado una reducción constante, el descenso más drástico ocurrió entre 1960 y 1980, este fenómeno se relaciona con el aumento de atención profesional del parto, la disminución del número de abortos hospitalizados y el uso progresivo de anticonceptivos.

Respecto a las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas al aborto inducido encontramos que:

a) Tasa de morbilidad.

Para 1989 los egresos hospitalarios en relación a las complicaciones del embarazo, parto y el puerperio, eran las más importantes con un 45.8%, cifra de alrededor de 410, 463 mujeres. Para ese mismo año, los egresos hospitalarios por causas obstétricas, tenían como causa importante el aborto (Ver cuadro II).

**CUADRO II.**

**NUMERO DE ABORTOS SEGÚN LA CAUSA POR AÑO  
EN CHILE**

CAUSAS	NUMERO DE CASOS.
Aborto espontáneo	3,776
Aborto inducido legalmente	82
Aborto inducido ilegalmente	247
Otros	42,162
Subtotal	46,294
Causas obstétricas directas	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Hemorragia (embarazo/parto)	10,000
Toxemia del embarazo	6,511
Infarto, aparato urinario, embarazo	5,964
Parto obstruido	1,787
Complicaciones del puerperio	7,621
Otros	155,874
Subtotal	187,757
Causas obstétricas indirectas	5,457
Parto normal	170,955
Total de causas obstétricas	410,463
Total egreso femeninos	895,523

Fuente: Varios. "Mujeres Latinoamericanas en cifras. Chile". Flacso. Chile. 1992

Cabe hacer la anotación de que los registros para diferenciar abortos inducidos o abortos espontáneos no son confiables debido a que en los centros médicos, muchas veces no se tiene clara la diferenciación o no se hace por temor a las consecuencias legales.

Para 1990 las complicaciones por aborto eran de 31,930 al año<sup>90</sup>. Otras fuentes consideran que el progreso de los egresos hospitalarios por aborto inducido se mantiene constante de 1983 a 1991 (Ver cuadro III).

### CUADRO III.

#### EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABORTO INDUCIDO EN CHILE

TOTAL NACIONAL	1983	1984	1990	1991
	42,602	42,224	44,468	43,297

Fuente: Anuarios de Egresos Hospitalarios, 1983, 1984, 1990 y 1991. Instituto Nacional de Estadísticas, publicados en diversos años.

Las estimaciones para 1997, según las autoridades de salud señalaban que sólo el 25% de las mujeres que abortaban sufrían alguna secuela, la fuente que lo cita considera

<sup>90</sup> Singh S and Henshaw S. "The incidence of abortion: a worldwide Overview Focusing on Methodology and on Latin America". UNICEF. New York, 1996.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

conservadora esta cifra, pero lo que resalta de la afirmación es que finalmente, las autoridades aceptan que existen complicaciones<sup>91</sup>.

b) Tasa de mortalidad.

En 1989 se consideraba que había 36 muertes causadas por abortos ilegales de entre cada 100,000<sup>92</sup>. Para el mismo año las causas de muerte materna se agrupaban en 4 grupos, las complicaciones por aborto ocupaban el segundo lugar con un 33.6% del total de muertes maternas.

En 1992, se público que el aborto ilegal era la primera causa de muerte materna en Chile<sup>93</sup>. Para la OMS en 1995 el número de defunciones en edad reproductiva era 3,329, es decir, 33 por 100,000. La estimaciones de mortalidad por esta causa según el gobierno chileno ha disminuido (Ver cuadro IV).

**CUADRO IV.**

**ESTIMACIONES DEL GOBIERNO CHILENO  
SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA  
POR ABORTO INDUCIDO**

Año	Mortalidad materna	Mortalidad por aborto
1970	439	172
1980	185	71
1984	94	38
1986	125	45
1988	123	49
1989	125	42

Fuente: [www.celsam.org/abortyemb.asp](http://www.celsam.org/abortyemb.asp). Internet

"A pesar de las restricciones...hay una gran incidencia al aborto y altas también las tasas de complicaciones que resultan en mortalidad materna, en la actualidad continua esta visión. Las muertes maternas por aborto son arriba del 40% de muertes en esta etapa"<sup>94</sup>.

<sup>91</sup> [www.celsam.org/abortyemb.asp](http://www.celsam.org/abortyemb.asp). Internet.

<sup>92</sup> [www.celsam.org/abortyemb.asp](http://www.celsam.org/abortyemb.asp). Internet..

<sup>93</sup> "Aborto Inseguro. Cuando las mujeres se mueren por ser pobres". Campaña 28 de septiembre. 1996

<sup>94</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume I. EAU. United Nations.2001.pp93

### *Aspectos legales.*

El aborto en Chile fue normado por el Código Penal chileno del 12 de noviembre de 1874 (secciones 342-345), éste prohibía todos los abortos que se realizaban maliciosamente, históricamente esto se había entendido como que el aborto podía ser realizado para salvar la vida de la mujer. Además el Código de salud (decretado con número 725 del 11 de diciembre de 1967, sección 119) expresaba que se permitía el aborto terapéutico para salvar la vida de la mujer.

El 15 de septiembre de 1989, el Gobierno de Chile modifica la sección 119 del Código de salud para declarar que "ninguna acción puede ser excusada para tener el objetivo de Inducir el aborto" (Ley número 18,826). La justificación que se daba es que ya existen los avances tecnológicos y médicos para salvar la vida de la mujer sin necesidad de un aborto.

Bajo el nuevo código penal, cualquiera que realice un aborto con el consentimiento de la mujer es sujeto de un corto periodo en prisión; la mujer que induzca su propio aborto será sujeta de la misma pena, las penas más altas son impuestas a los médicos<sup>95</sup>.

El aborto no esta tipificado como un delito contra la vida, sino contra el orden de las familias y la moralidad pública, se llega a esta conclusión porque la penalidad disminuye si el aborto tiene como fin ocultar la deshonra.

A diferencia de otros países latinoamericanos, en Chile si existen cifras que corroboran el encarcelamiento y enjuiciamiento a las mujeres que se han sometido a un aborto (Ver cuadro V).

---

<sup>95</sup> *Op cit.* .pp93.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**CUADRO V.****CIFRAS DE ENCARCELAMIENTO EN CHILE POR  
PRACTICARSE UN ABORTO INDUCIDO O POR COLABORAR  
PARA ESE FIN.**

<b>AÑO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
1985	145	33	112
1986	96	21	75
1987	143	25	118
1988	106	24	82
1989	125	25	100
1990	107	26	81
1991	77	14	63
1992	111	22	89
1993	83	9	74
1994	97	31	66
1995	60	12	48

*Fuente: [www.cclsaam.org/abortyemb.asp](http://www.cclsaam.org/abortyemb.asp). Internet.*

El trabajo de feministas en este campo ha sido arduo, constantemente se hacen manifestaciones que proclaman su despenalización<sup>96</sup>.

<sup>96</sup> [www.to2.com/desar/camujos](http://www.to2.com/desar/camujos). Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.8 EL SALVADOR

El aborto en El Salvador esta absolutamente prohibido.

En febrero de 1999, como producto de una campaña masiva liderada por la Iglesia católica en las distintas regiones de El Salvador, se aprobó la reforma constitucional en la que se reconoce a la persona humana desde el momento de su concepción. Siguiendo esta tendencia, en el mismo año se introdujo la tipificación penal "lesiones en el no nacido", que se penaliza a quien cause lesiones o enfermedad a un feto, perjudicando su desarrollo o provocando un grave daño físico o psíquico<sup>97</sup>.

"A finales de 1996 nos enteramos de que el proyecto (ampliar las causales del aborto) se aprobaría a principios de 1997. Inmediatamente nos reunimos con el Arzobispo de San Salvador (...) La Conferencia Episcopal elaboró una carta que fue enviada a la Asamblea Legislativa. La positiva cobertura de los medios de comunicación (...) sirvió para alertar a muchas personas que se sumaron a la lucha por la defensa de la vida. Los abogados de la Fundación "Sí a la vida" elaboraron un estudio que demuestra que este proyecto es inconstitucional y que la vida humana comienza en la concepción (...) Mostramos también un video sobre el aborto (...) con material de Vida Humana Internacional. Al día siguiente, el 24 de abril, se llevó a cabo una concentración pacífica de miles de personas y muchos jóvenes en las instalaciones de la Asamblea. Le hicimos entrega oficial al Congreso de más de 150,000 firmas apoyando la vida"<sup>98</sup>, son palabras de Julia Regina de Cardenal, Directora de la filial de Human Life International en El Salvador.

Podemos observar que para que el 30 de abril de 1997 se aprobará la reforma a la constitución se requirió de un fuerte movilización por parte de dicha Fundación, gran peso tuvo la Iglesia en esta decisión, pareciera que la línea divisoria entre los asuntos religiosos y jurídicos es confusa.

En octubre de 1999 Las Dignas (una organización de mujeres que trabajan con cuestiones de género y derechos reproductivos) y el Instituto de Opinión Pública de la

<sup>97</sup> Varios. "Mujeres del Mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. Suplemento 2000". Centro Legal para Derechos reproductivos y Políticas Públicas. New York, 2001. pp49.

<sup>98</sup> [www.hil.org](http://www.hil.org). Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Universidad Centroamericana José Simeón Cañas elaboraron una encuesta, donde se identificó que sólo el 39% de mujeres en edad reproductiva utilizan un método anticonceptivo. Destaca que la mayoría de las personas que expresaron estar de acuerdo con el aborto, eran hombres.

De la población general, el 19.3% esta de acuerdo con el aborto producto de una violación; el 42% cuando esta en peligro la vida de la madre, el 24.2% cuando existe algún daño en el feto y 4.2% cuando las mujeres no desean tener el producto. Por otro lado el 64.3% piensan que la máxima realización de las mujeres es tener hijos y el 47% de las entrevistadas se ubicó como madre soltera<sup>99</sup>.

### *Aspectos geográficos.*

En 1999 la población se estimó en 6,154,000 habitantes, de los cuales 49.0% son hombres y 51.0% mujeres. La tasa de crecimiento demográfico anual es de 2.1%.

De los 14 departamentos del país, el más poblado es el de San Salvador, donde vive 30.7% de la población. La concentración urbana de la población es cada vez mayor. En 1996, 56.7% de la población vivía en áreas urbanas y 43.3 % en áreas rurales. En 1995 la tasa de crecimiento demográfico urbano (2.6%) duplicó la rural (1.3%). La población salvadoreña es predominantemente joven y por cada 100 personas en edad productiva hay 72 que dependen de ellas.

La tasa global de fecundidad en 1990-1995 en las áreas urbanas fue de 3.1 hijos por mujer; en las rurales, 4.2. Para el mismo periodo se estima una tasa global de fecundidad promedio de 3.2.

La guerra que duró desde los años setenta hasta 1992, año en que se firmaron los Acuerdos de Paz, ocasionó un brusco cambio de la dinámica demográfica salvadoreña. Durante estos años aumentó la mortalidad masculina y se acrecentó la migración hacia el exterior y la separación de parejas, lo que contribuyó a disminuir la fecundidad.

---

<sup>99</sup> [www.crfp.org](http://www.crfp.org). Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### *Aspectos económicos.*

Durante el período 1990–1995 el motor del crecimiento económico fue la demanda interna generada por un incremento sostenido del consumo. Este fue financiado con las divisas provenientes de los Acuerdos de Paz, el creciente flujo de remesas enviadas por salvadoreños residentes en Estados Unidos y Canadá —unos US\$ 1.000 millones cada año— y la expansión del crédito al sector privado.

A mediados de 1995 la economía salvadoreña entró en una fase de desaceleración. Esta reducción del ritmo de crecimiento se asoció con la reducción de la demanda interna, y con el menor dinamismo de las exportaciones de bienes y servicios y el cambio de las expectativas empresariales. El resultado fue una disminución importante de la Inversión interna bruta del sector privado, que pasó de representar 16.6% del PIB en 1995 a 11.9% en 1996.

La desaceleración impactó la economía de la población trabajadora. Según un informe del Consejo Monetario Centroamericano, la tasa de desempleo abierto en 1996 fue de 10%, a pesar de que en los dos años anteriores se había reducido a 7.7%. Los salarios mínimos nominales no llegaron a modificarse en 1996; ajustados según la inflación disminuyeron 6.7%.

El gasto en educación constituyó en 1994 la décima parte del gasto público, manteniéndose la tendencia al ascenso desde 1990. En cambio el gasto en vivienda fue solo de 0.5 % en 1995, cuando en 1985 había sido casi de 6%.

Los indicadores de pobreza han experimentado una disminución importante: del 60% en 1990 se ha pasado a 47.5% en 1995<sup>100</sup>.

### *Aspectos de salud.*

El Plan Global de Desarrollo para el quinquenio 1994–1999 plantea una profunda reorganización y modernización del sector público, en el contexto del Programa de Modernización Pública del Gobierno. En el sector salud, la política general definida por las

---

<sup>100</sup> [www.pafio.org](http://www.pafio.org). Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

autoridades ministeriales es "mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña mediante la modernización del sector y el desarrollo de programas interinstitucionales tendentes a la atención integral de salud de las personas y la disminución de los riesgos y daños al medio ambiente". En este contexto se han establecido como principales componentes estratégicos los siguientes: Reorganización y reestructuración de las instituciones del sector, con el criterio de transformar la organización burocrática en una organización que genere innovación y valor agregado.

Descentralización de los sistemas programáticos y administrativos de salud, mediante la transferencia de las funciones de planeación, administración, obtención y asignación de recursos para la provisión de servicios de salud desde el nivel central hacia las otras instancias públicas o privadas, con objeto de adecuar las estructuras organizativas a las nuevas responsabilidades.

El subsector público está formado por la seguridad social, los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otros servicios de salud sectoriales. El Ministerio cuenta con una red nacional de 427 servicios, de los que 16 son hospitales, 14 centros de salud, 313 unidades de salud, 32 puestos de salud, 11 puestos comunitarios, 8 dispensarios y 33 centros rurales de nutrición.

Tienen también carácter público la Asociación Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), la Compañía de Alumbrado Eléctrico (CEL), Bienestar Magisterial —que sirve a los maestros— y Sanidad Militar. Estas instituciones cubren a los trabajadores o afiliados correspondientes y a sus familiares; en conjunto proporcionan servicios de salud a 2.3 % de la población. Los servicios sanitarios de CEL y Bienestar Magisterial operan como un bloque mixto con financiamiento público y provisión de servicios por entidades privadas.

La seguridad social, organizada en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), proporciona cobertura a los trabajadores de empresas privadas y empleados del Estado, con sus beneficiarios respectivos, alcanzando una cobertura de 17% de la población. El ISSS brinda atención eminentemente curativa. La asistencia es prestada por profesionales universitarios (médicos, odontólogos, etc.) basándose en la demanda de sus derechohabientes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En saneamiento básico hay grandes deficiencias y marcadas desigualdades entre áreas urbanas y rurales. Las coberturas alcanzadas son muy bajas y los servicios prestados son generalmente deficientes. Los datos de cobertura disponibles (1995) indican que 53% de la población del país cuenta con abastecimiento público de agua. La población urbana tiene una cobertura de 86% (80% con conexión domiciliaria y 6% con pila pública o cantarera) y la población rural, 17% (16% con conexión domiciliaria y 1 % con pila pública). La cobertura de eliminación de excretas alcanza a 69% de la población. En el área urbana 57% de la población urbana está conectada a sistema de alcantarillado y 25% dispone de letrinas. En el área rural 56% de la población dispone de letrinas<sup>101</sup>.

El contexto de la salud reproductiva esta de la siguiente manera:

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	Muy alta
Intervención gubernamental concerniente al nivel de fertilidad.	La intervención es muy baja.
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte directo.
Porcentaje actual de mujeres casadas usando un anticonceptivo moderno (entre 15 y 49 años, 1993).	53%
Tasa de fertilidad global (1995-2000)	3.2
Tasa de fertilidad especificando edad (por 1,000 mujeres de entre 15 y 49 años, 1995-2000).	95
El gobierno ha expresado lo concerniente a:	
Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido.	----
Complicaciones de maternidad y parto	----
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos, 1990):	
Nacional	300
Centroamérica	140
Esperanza de vida femenina (1995-2000)	73 años

*Referencia: ONU. "Abortion policies. A global review" Volume II. ENU. United Nations. 2001. pp136.*

De todos los países anteriormente expuestos, El Salvador es el único en el que el gobierno visualiza un alto nivel de fertilidad y al mismo tiempo, su intervención es muy baja. A pesar de que hay soporte directo en anticoncepción sólo la mitad de las mujeres casadas los utilizan. El gobierno no ha expresado nada en relación con la morbilidad y mortalidad relacionadas al aborto inducido. Finalmente la mortalidad materna es

<sup>101</sup> [www.palio.org](http://www.palio.org). Internet.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

extremadamente alta, en relación a la proporción del sur de América (200) y a la establecido por Centroamérica (140).

El Plan Nacional de Salud Reproductiva 1999-2003 (PNSR) introducido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece como política general mejorar el nivel de vida de la población por medio de la modernización del sector salud y del desarrollo de programas institucionales de atención integral; entre las políticas específicas se señalan: la reducción de la morbilidad materna e infantil.

Las tasas de morbilidad y mortalidad femenina en relación al aborto se explican a continuación:

a) Tasa de morbilidad.

Aunque no existen estadísticas sistematizadas de la dimensión del aborto en el país, sólo entre enero y junio de 1996, el número de abortos y sus complicaciones, atendidos en hospitales y clínicas departamentales, fue aproximadamente de 3,738 casos<sup>102</sup>.

b) Tasa de mortalidad.

Para 1988 el porcentaje de muertes por aborto era de 2%, para 1992 la cifra continuo siendo la misma<sup>103</sup>, a diferencia de muchos otros países que registraron una disminución en el mismo periodo de tiempo.

Suponiendo que el índice haya disminuido al 1%; se sabe que en el Hospital de Maternidad de El Salvador se habían registrado para 1996 un total de 1,598 abortos<sup>104</sup>, se aclara nuevamente que esta cifra es estimada por todos los sesgos que se encuentran en el camino de saber la cifra exacta de abortos inducidos; en este caso, alrededor de 15

---

<sup>102</sup> Varios. "Mujeres del Mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. Suplemento 2000". Centro Legal para Derechos reproductivos y Políticas Públicas. New York, 2001. pp100.

<sup>103</sup> Varios. "Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género". OPS y OMS. Washington. 1996.

<sup>104</sup> Bernúdez Valdivia Violeta. "Silencios públicos, muertes privadas. La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe". CLADEM. Perú. 1998. pp130.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

muerter existieron en esta zona. Todo ello en el mejor de los casos, en que haya disminuido el porcentaje de muerter maternas por esta causa.

Según la Campaña 28 de septiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe el aborto es la tercera causa de mortalidad materna en El Salvador.

### *Aspectos legales.*

Hasta 1997 la realización del aborto fue normada por las provisiones del Código Penal de 1973; bajo este código, un aborto podía ser legal bajo tres principales circunstancias: para salvar la vida de la mujer, en caso de violación y en casos de complicadas deformaciones en el feto. Además el aborto causado por negligencia de la mujer embarazada no era punible. El código también reconocía el concepto *honoris causa* (casos en los que la penalidad era menor si se comprobaba que la mujer tenía buena conducta o había realizado el procedimiento para proteger su reputación).

Este código había reemplazado al Código Penal de 1956, que penalizaba la práctica del aborto por cualquier circunstancia, sólo se permitía, para salvar la vida de la mujer sin embargo, este se modificó porque "contribuía significativamente a la mortalidad materna; el gobierno modificó las leyes liberalizándolas"<sup>105</sup>.

Sin embargo, en abril de 1997 fue aprobada una reforma, que entró en vigencia el 20 de enero de 1998, donde se eliminan las causales excepcionales antes mencionadas. De acuerdo a la nueva legislación, el aborto se contempla en el capítulo II del Código penal, referido a los "delitos relativos a la vida del ser humano en formación". En este capítulo, el artículo 133 no sólo elimina las causales por las que el aborto era punible, sino que además aumenta las sanciones, se introduce, por ejemplo, el delito de "inducción o ayuda al aborto"<sup>106</sup>.

<sup>105</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume II. ENU. United Nations. 2001. pp137.

<sup>106</sup> Varios. "Mujeres del Mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. Suplemento 2000". Centro Legal para Derechos reproductivos y Políticas Públicas. New York, 2001. pp49.



Este código, sanciona a la mujer que provoca su propio aborto o consiente que otro se lo practique de 2 a 8 años de prisión; cuando no hay consentimiento de la mujer, o se logra mediante violencia o engaño, la sanción es de 4 a 10 años. En los casos en que el aborto es realizado por un médico, farmacéutico o auxiliares de estas profesiones, la pena es de 6 a 12 años de prisión. Quien induce a una mujer o le facilita los medios económicos o de cualquier otra índole para que se realice un aborto, recibe una pena de 2 a 5 años; para el aborto culposo (aquel sin intención, por ejemplo, que la mujer caiga o tenga un aborto espontáneo) también es sancionado con pena de 6 meses a 2 años.

El código penal ha introducido nuevos delitos denominados "venta ilegal de abortivos" y "anuncio de medios abortivos", las penas son un arresto de 15 a 25 fines de semana y 10 a 30 días de multa<sup>107</sup>.

---

<sup>107</sup> Varios. *Mujeres del Mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas, América Latina y el Caribe. Suplemento 2000*. Centro Legal para Derechos reproductivos y Políticas Públicas. New York, 2001 Pp100.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.9 NICARAGUA

El aborto es permitido en Nicaragua por:

- Salvar la vida de la mujer

Se tiene como pre-requisito una consulta con un profesional o grupo de profesionales para obtener un aborto legal. La mujer debe consentirlo, así como 3 médicos. La ley de Nicaragua permite el aborto terapéutico, pero no especifica cuales son abortos terapéuticos<sup>108</sup>.

"El aborto es un problema social en Nicaragua y esta catalogado por las autoridades médicas como un asunto de salud pública, dados los altos índices de mujeres que recurren a esta práctica. Según la psicóloga Auxiladora Marengo, durante el Gobierno de Violeta Barrios Chamorro, se registraron 36,000 abortos anualmente" de acuerdo con Mercedes Rivas<sup>109</sup>.

La Asociación de Mujeres Nicaragüenses "Luisa Amanda Espinoza" (AMNLAE) y el Instituto de Estudios Nicaragüenses (IEN) (1998) elaboraron una encuesta nacional sobre planificación familiar y el tema del aborto. Un resultado significativo fue que un alto porcentaje de las consultadas (72.9%) no están en desacuerdo con la posición de la iglesia católica respecto al rechazo manifiesto de ésta hacia la planificación familiar.

Dicho trabajo muestra que las principales causas para decidir un aborto son en el orden: limitaciones económicas, falta de educación sexual, desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, responsabilidad de la pareja, entre otras. Las entrevistadas proponen que haya programas de educación sexual, ayudar a las parejas, orientar el uso de anticonceptivos y legalizar el aborto para reducirlo. Un 83% está a favor de que se hagan reformas a la ley.

El 29 de agosto de 2000 se realizó una marcha hasta la Asamblea Nacional, encabezada por el Presidente Arnoldo Alemán, la primera dama María Fernanda de Alemán y el Cardenal Miguel Obando, para exigir la derogación del aborto terapéutico. La

<sup>108</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. ENU. United Nations. 2001. pp165.

<sup>109</sup> [www.vinculum-news.com/spanish/abortion/nicaragua.htm](http://www.vinculum-news.com/spanish/abortion/nicaragua.htm). Internet.

marcha tenía el lema de "Si a la vida, no al aborto" –según el reportero esto muestra la tremenda confusión en la relación Estado-Iglesia-<sup>110</sup>.

Esta afirmación confirma la influencia comúnmente hecha de la Iglesia Católica sobre los Ministerios de Salud y Educación, con frecuencia se confunden los problemas de salud pública con las concepciones de la alta jerarquía religiosa<sup>111</sup>.

La mayor incidencia de aborto inducido ocurre en mujeres entre 20 y 35 años; en mujeres "acompañadas" para el 63.84%; la mayoría tiene educación secundaria con un porcentaje de 46.13% y un 60% se dedica a las labores del hogar<sup>112</sup>.

### *Aspectos geográficos.*

Nicaragua se encuentra ubicada en el centro del istmo centroamericano y tiene una superficie de 130.682 km<sup>2</sup>. Por la conformación del relieve, el país se divide en tres regiones: la del Pacífico, la del Atlántico y la central. La población no está distribuida de manera homogénea, sino que se concentra en la región del Pacífico, que ocupa 15.3% del territorio nacional y alberga 61.5% de la población total (con rangos de pobreza de 5% al 24%), y 76.4 % de la población urbana. En la región central, que abarca 33.9% del territorio nacional, habita 32.6% de la población total (con rangos de pobreza de 15% a 35%), en su mayor parte rural. La región del Atlántico, que ocupa 50.9% del territorio nacional, solo alberga 5.9% de la población total (con rangos de pobreza de 35% a 45%).

Nicaragua está organizada en 16 departamentos, 2 regiones autónomas y 145 municipios de características rurales o semlurbanas. A partir de 1990, en el contexto de las reformas del Estado se inició un proceso de descentralización orientado a fortalecer a los municipios como gestores principales del desarrollo socioeconómico local y dispensadores de servicios básicos. Según el censo de 1995 la población era de 4,139,486 habitantes y las mujeres representaban 52% de la población nacional. En cuanto a la

---

<sup>110</sup> [www.cimac.org.mx/noticias/](http://www.cimac.org.mx/noticias/)

<sup>111</sup> Pizarro Ana María. "La experiencia de los servicios alternativos en relación con el aborto". Universidad Externado de Colombia. Colombia. 1994.

<sup>112</sup> Op cit., pp22-23

estructura por edad, 45.4% de la población pertenecía al grupo de 0 a 14 años, 51.8% al de 15 a 64 y 2.8% al de 65 años y más. Los resultados de la Encuesta de Medición del Nivel de vida realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en 1993 indican que 75% de los hogares nicaragüenses presentaban una o más necesidades básicas insatisfechas, que 44% vivían en condiciones de pobreza extrema, y que la pobreza extrema afectaba a 60% de los hogares rurales.

Entre 1940 y 1995 el porcentaje de población que vivía en asentamientos urbanos se elevó gradualmente de 30% a 57%, como resultado de una sostenida migración del campo a la ciudad, convirtiendo a Nicaragua en un país con características predominantemente urbanas, aspecto que se refleja en la concentración de población de origen rural en la ciudad capital.

Entre los migrantes hacia las zonas urbanas predominan las mujeres (60% del total de migrantes y 67% en el rango de 15 a 29 años de edad, según el censo de 1995). En el mismo año, 59% del total de las mujeres migrantes trabajaban en el sector de comercio y servicios, y 27% se encontraban desempleadas. A partir de 1990 la contracción económica del país, en particular la de la agricultura de exportación, determinó que las migraciones hacia Costa Rica desplacen a las migraciones internas estacionales; se estima que en ese país hay unos 350.000 migrantes nicaragüenses ilegales, y que el flujo anual es de 20.000 a 30.000 personas<sup>113</sup>.

#### *Aspectos económicos.*

El Gobierno electo en 1990 recibió un país en estado de posguerra, con una sociedad dividida y polarizada, y tuvo que enfrentar tres grandes problemas que demandaban solución a corto plazo: terminar la guerra, eliminar la hiperinflación y sentar las bases para un crecimiento económico sostenible, resolver el problema de la propiedad y promover la inversión del sector privado.

El eje central del programa de ajuste económico del Gobierno de Nicaragua lo constituyó, junto con la fijación del tipo de cambio y una política monetaria y crediticia

---

<sup>113</sup> [www.paho.org](http://www.paho.org). Internet



restrictiva, la reducción del gasto global del sector público a un nivel que pudiera ser financiado por Ingresos ordinarios, donaciones externas, préstamos bilaterales y créditos de instituciones multilaterales. Igualmente, el plan de ajuste se vinculó a la privatización de empresas estatales, la reducción del número de funcionarios públicos y la apertura comercial internacional.

La política social está subordinada a la política económica de ajuste, y da prioridad a la búsqueda de mecanismos para optimizar el gasto social. Se establecieron fondos de emergencia social para compensar la caída de los ingresos de los grupos más pobres, se impulsaron acciones de autoayuda y los trabajos comunitarios cobraron relevancia como estrategia en la lucha contra la pobreza. El Gobierno diseñó varios programas para aliviar la pobreza, entre ellos el Fondo de Inversión Social, el Programa de Reconciliación y Rehabilitación Nacional, el Fondo de Acción para Sectores Oprimidos, el Fondo de Empleo Comunal y el Programa Solidario de la Producción<sup>114</sup>.

Como podemos observar la situación económica no esta solucionada y actualmente continua enfrentando problemas que afectan de manera directa la situación social.

En relación a los costos económicos del aborto inducido ilegalmente, Ana María Pizarro ha realizado investigaciones que profundizan al respecto, encontró por ejemplo, que en 1988, 251 mujeres ingresadas con diagnóstico de aborto inducido ilegalmente se emplearon C\$3,585,143.40, lo que representa un gasto de C\$ 14,283.43 por cada una, o sea un incremento de 702.18% en relación al resto de las pacientes ingresadas.

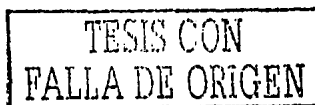
El costo de atención de una paciente de la sala de complicaciones de la primera mitad del embarazo, en donde ingresan las pacientes portadoras de aborto asciende a C\$297.58 por día cama. En la unidad de cuidados Intensivos, la atención asciende a C\$1,646.66 por día cama<sup>115</sup>.

El costo por aborto ilegal (refiriéndonos a las complicaciones en la salud que éste implica) es por mucho más caro que en una atención "normal".

---

<sup>114</sup> [www.pafio.org](http://www.pafio.org). Internet.

<sup>115</sup> Pizarro Jiménez Ana María. "Comportamiento del problema del aborto inducido ilegalmente en el Hospital Bertha Calderón". Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y Ministerio de Salud de Nicaragua. Nicaragua. 1988.



### *Aspectos de salud.*

La Constitución Política de la República, la Ley Creadora del Sistema Nacional Único de Salud y las disposiciones contenidas en los acuerdos o instrumentos internacionales conforman el marco jurídico y conceptual de mayor fuerza en materia de salud.

La misión del Ministerio de Salud es asegurar a las personas el acceso a un servicio de salud que responda a sus necesidades reales y sentidas, y que enfatice la promoción y prevención de la salud con un enfoque integral y humanizado. Los grandes desafíos que enfrenta el Ministerio de Salud para cumplir con su misión y avanzar en la reforma institucional son incorporar nuevas modalidades de organización y gestión, adoptar nuevas alternativas de financiamiento, modernizar los hospitales, promover la protección de las inversiones en infraestructura y equipamiento, definir y proveer un paquete básico de servicios esenciales, priorizar territorios y grupos de riesgo, promover la salud y prevenir las enfermedades, alcanzar la eficiencia en la utilización de los recursos, y mejorar los sistemas de control de gestión.

El énfasis de la atención de la salud de las mujeres se pone en la etapa de vida reproductiva mediante la planificación del embarazo, la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y la detección oportuna del cáncer de cuello uterino y de mama.

A la par de las reformas del Estado, las principales instituciones que conforman el sector salud (el Ministerio de Salud, el INSS, el sector privado con y sin fines de lucro, el Servicio Médico Militar y las entidades formadoras) han replanteado sus estrategias en búsqueda de soluciones a problemas de salud. El Ministerio de Salud impulsó cambios fundamentados en la descentralización hacia sus estructuras intermedias y los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS). La seguridad social se ha orientado a financiar y regular a las Empresas Médicas Provisionales, a las que compra un paquete básico para sus asegurados.

La medicina privada sufre las repercusiones de la crisis económica del país, de la competencia de centros alternativos sin fines de lucro y del desarrollo de los servicios

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

privados en los hospitales públicos. Esta situación se agrava por la falta de alternativas de organización de la atención privada, tales como cooperativas, seguros médicos, pre-pagos u otros.

En los últimos años aumentó el número de organizaciones no gubernamentales que prestan servicios alternativos, principalmente en los campos de salud reproductiva de la mujer y de educación para la salud, y que coordinan sus actividades con los sistemas locales pero sin que exista un mecanismo oficial de coordinación. En la actualidad los hospitales se ven afectados principalmente por dos tipos de problemas: las deficiencias en el abastecimiento de productos básicos (medicamentos, material de reposición periódica y ropa) asociadas al deterioro de la infraestructura física, y la falta de motivación de los médicos generada por un nivel salarial muy bajo<sup>116</sup>.

El descenso de la mortalidad desde los años 50's ha sido apreciable en Nicaragua, aunque aún se sitúa entre los países de niveles más altos, las principales causas (para todas las edades y los dos sexos) son por orden de importancia: enfermedades circulatorias, tumores, accidentes, perinatales y obstétricas.

La salud reproductiva en el contexto nacional se observa de la siguiente manera:

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	Muy alta
Intervención gubernamental concerniente al nivel de fertilidad.	La intervención es muy baja.
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte directo.
Porcentaje actual de mujeres casadas usando un anticonceptivo moderno (entre 15 y 49 años, 1998).	57%
Tasa de fertilidad global (1995-2000)	4.4
Tasa de fertilidad especificando edad (por 1,000 mujeres de entre 15 y 49 años, 1995-2000).	152
El gobierno ha expresado lo concerniente a: Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido. Complicaciones de maternidad y parto	Si Si
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos, 1990): Nacional Centroamérica	160 140

<sup>116</sup> [www.pafia.org](http://www.pafia.org). Internet

Esperanza de vida femenina (1995-2000)	70.6 años
--	-----------

Referencia: ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. EAU, United Nations. 2001. pp165.

A pesar de que el gobierno da un soporte directo de anticonceptivos, sólo un poco más de la mitad de mujeres casadas utiliza alguno. La tasa de fertilidad es muy alta. Contradictoriamente el gobierno si ha expresado que existe morbilidad y mortalidad relacionadas al aborto inducido. La mortalidad materna es alta, más que la esperada para Centroamérica (140).

La morbimortalidad relacionada al aborto se presenta a continuación:

a) Tasas de morbilidad.

Como se había mencionado con anterioridad en un estudio realizado en 1988 se presentaron tan sólo de enero a agosto, 251 casos de complicaciones por aborto inducido.

Según las Naciones Unidas (2001) a mediados de los años 80's, 45% de todas las admisiones en el Hospital más grande de Managua fueron resultado de abortos ilegales.

Para 1992 en el Hospital Fernando Vélez se presentó que el aborto no especificado representaba el 3.3% de todas las hospitalizaciones, otras causas obstétricas directas tenían el 15.4% y otras afecciones originadas en periodos perinatales el 4%; se mencionan estas dos últimas porque posiblemente alguna mujer llegue con una hemorragia o alguna otra complicación no especificada en aborto y puede encontrarse en cualquiera de estas dos categorías<sup>117</sup>, de esta misma fuente para los años de 1980 a 1992 se registraron entre 127.4 y 170.9 casos por mil nacidos vivos de complicaciones por aborto (Cuadro VI).

**CUADRO VI.**

**COMPLICACIONES POR ABORTO INDUCIDO  
EN NICARAGUA SEGÚN EL HOSPITAL FERNANDO VELEZ.**

AÑO	NUMERO	TASA (POR MIL NACIDOS VIVOS)
1980	7,102	139.4
1981	7,703	139.0
1982	8,638	146.9

<sup>117</sup> Varios. "Mujeres Latinoamericanas en cifras. Nicaragua". Flacso. Chile. 1992.



1983	7,814	130.9
1984	7,800	135.2
1985	7,560	132.0
1986	7,802	127.4
1987	9,538	162.1
1988	11,008	172.6
1989	11,177	162.7
1990	10,345	170.9
1991	10,327	152.6
1992	10,343	137.6

Fuente: Varios. "Mujeres Latinoamericanas en cifras. Nicaragua". Flacco. Chile. 1992.

b) Tasa de mortalidad.

El aborto inducido es la segunda causa de muerte materna en Nicaragua<sup>118</sup>.

Ana María Pizarro, elaboró un cuadro donde se identifica el porcentaje de muerte materna por aborto inseguro (ilegal) según diferentes autores e investigaciones, en el Hospital Bertha Calderón, el cuadro se presenta a continuación:

**CUADRO VII**

AUTORES	FECHA	PORCENTAJE
Cuevas-Montenegro	Abril 1983-1984	25%
Alemán-Cárdenas	Abril 1983-junio 1984	27%
Altamirano Ligia	Marzo 1983-junio 1985	23%
Pizarro Ana María	Abril 1985-agosto 1988	36%

En 1992 se creó la Comisión Nacional de Lucha contra la Mortalidad Materna, estaba integrada por los Centros de Mujeres y las Instituciones Oficiales, pero en el 2000 fueron cerrada por el decreto presidencial que eliminó la representación multisectorial y pluralista de las organizaciones de mujeres de todos los departamentos; dejando solamente un representante por las ONG's<sup>119</sup>.

<sup>118</sup> "Aborto Inseguro. Cuando las mujeres se mueren por ser pobres". Campaña 28 de septiembre. 1996

<sup>119</sup> "Seis acciones urgentes para reducir la mortalidad materna y el aborto inseguro". Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC). Nicaragua. 2002.

La mortalidad materna por aborto ocupa el segundo lugar según grupos de causas en 1992, con un 13.0% del total de muertes maternas (Cuadro VII).

**CUADRO VII**

**PORCENTAJE DE MUERTES MATERNAS  
SEGÚN CAUSA EN NICARAGUA PARA 1992.**

GRUPOS DE CAUSAS	% DEL TOTAL DE MUERTES MATERNAS
Aborto no especificado	13.0
Causas obstétricas indirectas	9.6
Hemorragia parto	7.0
Hemorragia postparto	20.0
Toxemia del embarazo	20.0
Complicaciones del puerperio	12.2
Otras causas obstétricas directas	13.9
Otras causas	4.3
Total	100.0

Fuente: Varios, "Mujeres Latinoamericanas en cifras. Nicaragua", Flacso. Chile. 1992.

"El número de muertes relacionadas al aborto se han incrementado en la actualidad principalmente porque las mujeres pobres, debido a la carencia de recursos para pagar fuertes sumas en clínicas privadas se exponen a métodos tradicionales y/o con parteras"<sup>120</sup>.

*Aspectos legales.*

En Nicaragua está estipulado en el Código Penal la existencia del aborto terapéutico desde 1891<sup>121</sup>; las influencias de la Iglesia católica y de otras religiones que castigan el aborto, se plasman en las normativas penales que rigen al país desde los tiempos de la colonización española.

No obstante la revolución política de 1979, la ley del aborto no ha sido reformada en este país reconocido como un país eminentemente católico. "En los años de Somoza fue

<sup>120</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. EAU. United Nations. 2001. pp166.

<sup>121</sup> Varios. "Jornada Nacional de Reflexión Terapéutico y la práctica de la Gineco-obstetricia". IPAS. Nicaragua. 2001. pp22.

cuando se legalizo el aborto terapéutico....los abortos ilegales son una importante causa de mortalidad materna en Nicaragua"<sup>122</sup>.

La legislación de Nicaragua en el Código Penal de 2000, sanciona como delito el aborto en sus artículos 162 al 164 y en el artículo 165 se contempla el aborto terapéutico el que literalmente decía:

"El aborto terapéutico será determinado científicamente, con la intervención de tres facultativos por lo menos, y el consentimiento del cónyuge o pariente más cercano a la mujer para los fines legales".

Por otra parte la propuesta de reforma al Código Penal de esa fecha y la nueva ley ya aprobada para ese mismo año por la Asamblea Nacional dice:

"El aborto terapéutico será determinado científicamente, con la intervención de tres médicos especialistas del Ministerio de Salud y el consentimiento de la mujer. Este no será punible en ningún caso"<sup>123</sup>.

Una persona que realiza abortos sin el consentimiento de la mujer cuando ella es menor de 16 años es sujeta de 3 a 6 años de prisión. Si una mujer lo consiente, ambos, ella y la persona que realiza el aborto son sujetos de 1 a 4 años de prisión. Si como resultado de un aborto realizado con métodos inadecuados que causare la muerte de la mujer, la persona que lo realice sufrirá de 6 a 10 años de prisión, si le causa daños a su salud, la pena será de 4 a 10 años.

Las personas que comúnmente realizan abortos, así como el personal médico son sujetos de la máxima pena<sup>124</sup>.

---

<sup>122</sup> Varios. "Abortion in law, history and religion". Childbirth by Choice Trust. 1995.pp42.

<sup>123</sup> Varios. "Jornada Nacional de Reflexión Terapéutico y la práctica de la Gineco-obstetricia". IPAS. Nicaragua. 2001.pp22.

<sup>124</sup> ONU. "Abortion policies. A global review" Volume III. EAU. United Nations.2001.pp166.

### 3.10 ANALISIS DE DATOS

En primer lugar se analizarán por separado las discordancias y cercanías entre los países por grupos, divididos en tres: el primero está conformado por Canadá, Estados Unidos e Italia; el segundo por Cuba, Puerto Rico y Brasil, y el tercero por Chile, El Salvador y Nicaragua. Posteriormente se describirá la relación y/o diferencia entre los tres grupos.

#### 3.10.1 PRIMER GRUPO.

La tendencia en estos países es tener un nivel de fertilidad no elevado, de manera que dos de ellos establecen que en su nación es satisfactorio este factor y en Italia es bajo (como inclinación que han tenido los países europeos en los últimos años). Los tres gobiernos sostienen que no hay intervención de su parte para regular el nivel de fertilidad, ello es interesante en el sentido de que las políticas han modificado su discurso, y las "sugerencias" gubernamentales respecto al tema no se visualizan determinantes e irrefutables, a esto ha contribuido la inserción de términos como Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Pero cabe agregar que aún en las Conferencias Internacionales que trabajan sobre el tema de población manejan recomendaciones a los gobiernos del mundo y estos a su vez generan condiciones políticas y sociales para su seguimiento, por ejemplo, la tendencia mundial a reducir el número de integrantes en la familia, es decir, reducir población.

Es interesante como dos de los países (Canadá e Italia) coinciden en no tener una intervención directa en la distribución de anticonceptivos, ello significa que los usuarios deben cubrir el costo de los mismos. El gobierno establece una política (aunque sea delineada de manera sutil) para reducir los niveles de población pero no ofrece de manera gratuita los servicios para ello, esta práctica se puede enmarcar en la ideología del neoliberalismo en que el Estado se aleja cada vez más de tareas de las que anteriormente se hacía cargo y ahora son los ciudadanos quienes asumen dichas responsabilidades.

Los porcentajes de mujeres en pareja que usan anticonceptivos modernos dejan ver que aún no es suficiente su distribución y que si bien la mayoría tiene acceso a éstos, todavía un porcentaje significativo carece de ellos, mujeres que no pueden controlar

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

eficazmente su fertilidad y que seguramente estarán a expensas de su comportamiento reproductivo.

En relación con el aborto los tres gobiernos no han expresado datos concernientes a la morbilidad y mortalidad femenina por esta causa, ni a las complicaciones de maternidad y parto, suponemos que se debe a que por brindar servicios de buena calidad, las cifras a este respecto son nulas o insignificantes de manera que los gobiernos no tienen qué expresar al respecto.

La tasa de mortalidad materna (indicador establecido por Organismo mundiales como aquel que deja ver el avance o retroceso de un país en sus niveles de calidad de vida para los ciudadanos) es mínima, Italia es el país de este grupo con la tasa más alta, después se encuentra Estados Unidos y finalmente Canadá, país considerado como muy avanzado en desarrollo humano.

Otro indicador que se utiliza con el fin de saber que niveles de bienestar tiene su población es la esperanza de vida femenina, Estados Unidos es el país con menor esperanza de vida, siguiéndole Italia y por último Canadá, volviendo a obtener mejores resultados.

Para demostrar todo lo expuesto anteriormente se presenta el siguiente cuadro:

	CANADA	ESTADOS UNIDOS	ITALIA
VISIÓN GUBERNAMENTAL DEL NIVEL DE FERTILIDAD	Satisfactoria	Satisfactoria	Muy baja
INTERVENCIÓN GUBERNAMENTAL SOBRE EL NIVEL DE FERTILIDAD	No hay intervención	No hay intervención	No hay intervención
SOPORTE GUBERNAMENTAL EN ANTICONCEPCION	Soporte indirecto	Soporte directo	Soporte indirecto
% DE MUJERES UNIDAS USANDO ANTICONCEPTIVO MODERNO	75% (1995)	69% (1998)	39% (1979)
TASA DE FERTILIDAD GLOBAL	1.6 (1995-2000)	2.1 (1990-1995)	1.2 (1995-2000)
DATOS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD COMO RESULTADO DE ABORTO INDUCIDO	No	No	No
TASA DE MORTALIDAD MATERNA	6/100,000 nv	8/100,000 nv	12/100,000nv

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESPERANZA DE VIDA FEMENINA	82 años	79.3 años	81.2 años
----------------------------	---------	-----------	-----------

*Fuente: Cuadro elaborado para fines de este estudio. México, 2002.*

Canadá, Estados Unidos e Italia comenzaron sus reformas legales en relación al aborto en la década de los 60's y 70's; anteriormente existían fuertes restricciones para practicarse un aborto, los primeros países tienen relatos que expresan que en el siglo XIX estaba totalmente prohibido; indudablemente la época de la "Revolución sexual" y "Liberación femenina" tuvieron un fuerte impacto para sacar a luz pública asuntos que muchas feministas defendían años atrás.

Canadá comenzó a tener logros en materia legal en 1969 pero fue hasta 1988 que permitió el aborto a petición de la mujer, en el caso de la unión americana fue en 1960 que se discutió sobre la ampliación de causales y en 1973 ya se había logrado el aborto por amplias razones; para Italia aunque en los 60's alguna vez se intentó discutir acerca del aborto no se logró impacto relevante, pero en 1978 lo que había iniciado como una pequeña revuelta se pudo manejar políticamente de manera que para ese año se eliminó del código penal el aborto. Los tres países ahora denominan Interrupción Voluntaria del Embarazo, para referirse a dicha práctica.

Los tres países son considerados como países en desarrollo, económicamente se encuentran en buenas condiciones, Italia aunque no tiene todas las ventajas de los dos anteriores está beneficiado en ese aspecto.

El peso de los movimientos feministas en los tres fue de gran importancia, dichos grupos pelearon por sacar a discusión los temas considerados por muchos años "privados", además su influencia se dejó ver en cómo las sociedades iban modificando sus visiones respecto a temas como la sexualidad y la maternidad; poniendo en tela de juicio los valores implantados socialmente por la Iglesia, el Estado y otro tipo de organismos como Pro-vida. Cabe destacar que éste último ha logrado emplear estrategias importantes para derribar los avances en materia de aborto, en los tres países las contiendas entre Pro-vida y aquellos sectores a favor de ampliar las causales han sido arduas y aún estas continúan.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para Italia el principio fundamental de la liberalización fue que las mujeres –según su Constitución- tienen derecho a la salud y a la asistencia médica adecuada, cuestión que se anulaba con el ejercicio del aborto clandestino. Canadá lo hizo porque cuando las mujeres se sometían a riesgosos procedimientos se ponía su seguridad en peligro, cuestión también subrayada y protegida constitucionalmente. Estados Unidos utilizó el argumento de que es un asunto de privacidad, es una decisión que sólo les corresponde a la mujer y a su doctor.

En los tres existen evidencia de que a partir de la legalización se redujo de manera importante la morbilidad y mortalidad femenina por esta causa, en Canadá y Estados Unidos la reducción fue absoluta. Para Italia fue difícil encontrar datos actuales disponibles, aunque en otros aspectos es un país reconocido como medianamente avanzado en esos temas, se puede deducir a partir de la tasa de mortalidad materna que no existen cifras alarmantes al respecto.

### *3.10.2 Segundo Grupo.*

Este grupo resulta un poco más complejo que el anterior debido a que dos países cuentan con una ley que permite el aborto a petición de la mujer y un tercero no es así, pero uno de los dos primeros, Puerto Rico, a pesar de que en este país el aborto es legal no cuenta con las condiciones apropiadas para brindar el servicio por parte de las instituciones de salud. Cuba por su parte es un país que ofrece servicios de alta calidad pero ha tenido problemas al no complementar de la mejor manera la atención con estrategias de prevención, ello ha generado que existan altos índices de aborto hasta hace algunos años, aumentando las tasas principalmente en adolescentes. Por otro lado Brasil no está en las mismas condiciones esto no demerita el fuerte trabajo de parte de congregaciones católicas dispuestas a discutir el tema de aborto y preocupadas por reducir riesgos a la salud de las mujeres, sectores médicos y feministas que trabajan y lo han hecho por muchos años para modificar la situación.

Cuba llegó a esta posición (amplias causales para la interrupción del embarazo) después de la revolución, aunque pocos años después de esta el aborto se encontraba

totalmente penalizado, pero debido a las graves consecuencias en la salud de las mujeres se vieron en la necesidad de brindar condiciones más seguras. Brasil en la actualidad esta regido por lo establecido en el código penal de 1940 y prácticamente se ha mantenido en una posición similar. Puerto Rico por su parte llego a esa decisión porque le fue implantada debido a su relación colonial con Estados Unidos, su implementación y régimen constitucional, es igualmente una copia y no ha podido consolidar un proyecto con base a las condiciones propias de la isla, por lo tanto las condiciones y consecuencias están bastante alejadas de disminuir el índice de aborto y las tasas de morbilidad y mortalidad.

Las tasas de morbilidad y mortalidad en Brasil son extremadamente altas y ello se sabe mediante estimaciones. El caso de la Isla cubana es interesante porque a pesar de la dificultades que enfrenta como país regido por el socialismo en un mundo eminentemente capitalista, mantiene beneficios sociales que muchos desearían, gracias a eso las tasas de morbi-mortalidad femenina a causa de aborto son muy reducidas y aunque tienen el problema de que muchas mujeres se someten a esta práctica, se pueden enorgullecer de no contar con muertes y complicaciones.

	CUBA	PUERTO RICO	BRASIL
<b>VISIÓN GUBERNAMENTAL DEL NIVEL DE FERTILIDAD</b>	Satisfactoria	Satisfactoria	No hay posición oficial
<b>INTERVENCIÓN GUBERNAMENTAL SOBRE EL NIVEL DE FERTILIDAD</b>	No hay intervención	No hay intervención	No hay intervención
<b>SOORTE GUBERNAMENTAL EN ANTICONCEPCION</b>	Soporte directo	Soporte directo	Soporte directo
<b>% DE MUJERES UNIDAS USANDO ANTICONCEPTIVO MODERNO</b>	70% (1987)	59% (1992)	77% (1996)
<b>TASA DE FERTILIDAD TOTAL</b>	1.5 (1995-2000)	1.9 (1995-2000)	2.3 (1995-2000)
<b>DATOS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD COMO RESULTADO DE ABORTO INDUCIDO</b>	No	Si	Si
<b>TASA DE MORTALIDAD MATERNA</b>	95/100,000 nv	17.4/100,000 nv	220/100,000nv
<b>ESPERANZA DE VIDA FEMENINA</b>	78 años	75.3 años	71 años

*Fuente: Cuadro elaborado para fines de este estudio. México. 2002.*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



### 3.10.3 Tercer grupo.

Este último grupo mantiene características más similares entre ellos, que el grupo anterior; y se encuentra más alejado del grupo primero, como se muestra a continuación:

Variables	Chile	EL SALVADOR	NICARAGUA
VISIÓN GUBERNAMENTAL DEL NIVEL DE FERTILIDAD	No hay posición oficial	Muy alta	Muy alta
INTERVENCIÓN GUBERNAMENTAL SOBRE EL NIVEL DE FERTILIDAD	No hay intervención	Intervención baja	Intervención baja
SOORTE GUBERNAMENTAL EN ANTICONCEPCION	Soporte directo	Soporte directo	Soporte directo
% DE MUJERES UNIDAS USANDO ANTICONCEPTIVO MODERNO	---	53% (1993)	57% (1998)
TASA DE FERTILIDAD TOTAL	2.4 (1995-2000)	3.2 (1995-2000)	4.4 (1995-2000)
DATOS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD COMO RESULTADO DE ABORTO INDUCIDO	---	---	SI
TASA DE MORTALIDAD MATERNA	65/100,000 nv	300/100,000 nv	160/100,000nv
ESPERANZA DE VIDA FEMENINA	78 años	73 años	70.6 años

*Fuente: Cuadro elaborado para fines de este estudio. México. 2002.*

Chile y el Salvador cuentan con un leyes sumamente restringidas en torno al aborto, no esta permitido por ninguna situación, Nicaragua por su lado sólo lo permite cuando esta en riesgo la vida de la mujer. Son países considerados con dificultades importantes en el terreno político, económico y social; están dentro de la clasificación de países pobres en desarrollo.

Dos de ellos (El Salvador y Nicaragua) están catalogados por sus gobiernos con un nivel de fertilidad muy alto, al mismo tiempo aceptan que existe de su parte intervención para el control de la misma. Chile en cambio no tiene un posición oficial al respecto y asegura no existe intervención para el control de la fertilidad.

El porcentaje de mujeres casadas que utilizan anticonceptivos es de casi la mitad para Nicaragua y El Salvador, Chile nuevamente no presenta datos en ese sentido.

No existen datos respecto a la morbilidad y mortalidad del aborto inducido en Chile y el Salvador (coincidentalmente con la legislación restringida que tienen) ello no significa que no existan abortos en estos países sino por el contrario muestran que por sus circunstancias sociales y culturales ni siquiera ofrecen estimaciones como ejemplo del rechazo –por lo menos gubernamental- a esta práctica.

El aspecto religioso es fundamental para entender el comportamiento de estos países en relación a temas como el aborto, la Iglesia (especialmente la católica) ha tenido mucha influencia a través de su posición contraria absolutamente a esta práctica, mantienen la posición del Vaticano, aquella que excomulga a todas las mujeres que se realizan un aborto o todas aquellas personas que intervienen; la Iglesia tiene una posición privilegiada porque mantiene estrecha relación con las instancias gubernamentales y de salud, es por ello que cuentan con los medios suficientes para tener largo alcance en la difusión y exhortación a un no rotundo en la práctica del aborto.

Al hablar sobre las consecuencias a la salud y vida de las mujeres (que muy a pesar de sus recomendaciones) se practican un aborto inducido, las instituciones eclesíásticas sostienen que la vida a defender es la del no nato, porque la maternidad es el papel primordial que deberían preservar las mujeres.

#### *3.10.4 Interrelación entre los tres grupos.*

Como se pudo observar hay grandes diferencias entre los tres grupos, el primero resulta estar conformado de países desarrollados (Canadá, Estados Unidos e Italia) con alto avance tecnológico y cierta estabilidad económica, naciones consideradas con más alto desarrollo humano, protegiendo la calidad de vida de sus ciudadanos.

El segundo grupo por su parte es más discordante, países no considerados como desarrollados. A pesar de esto uno de ellos (Cuba) mantiene estándares muy altos en lo referente a educación y salud principalmente; otro más (Puerto Rico) que teniendo relación estrecha con los Estados Unidos pretende alcanzar su nivel, no lo logra debido a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

que intenta copiar fielmente olvidando sus propias condiciones, y un tercero considerado aún más "atrasado" en aspectos de este tipo, en especial el aborto.

Para el tercer grupo la situación se aclara, son países que han sufrido colapsos importantes, uno de ellos hasta hace poco años (a comparación con otros latinoamericanos) se desprendió "oficialmente" de la dictadura (Chile), dos más han pasado por movimientos armados importantes que alcanzaron a toda la nación (Nicaragua y El Salvador); la presión católica es significativa así como los movimientos pro-vida, dirigidos por organismos internacionales con el mismo objetivo; socialmente existe un fuerte arraigo a grupos conservadores; todo ello sin nombrar las fuertes crisis económicas por las que han atravesado. En este grupo están los dos países con más restricciones al aborto, sustentándolo en que dicha práctica va contra el orden de las familias y la moralidad pública y que es un delito contra la vida del ser humano en formación.

Para fines de este estudio es importante marcar que en el primer grupo las tasas de morbilidad y mortalidad femenina relacionadas al aborto inducido son casi nulas, porque el hecho de que sea una práctica legal la hace segura, si el gobierno se compromete a proporcionarla (aunque no sea costeadada totalmente por él) además de que la población asuma su parte que sería exigir cada vez mejor atención y calidad para estos servicios.

El segundo grupo a excepción de Cuba las tasas no son nada alentadoras, en el caso de Puerto Rico es un buen ejemplo para observar que la legalización no es suficiente se requiere un compromiso por parte del gobierno y de la población para que esta práctica no sea considerada un método anticonceptivo, y para que no se excluya a ciertos sectores, en este país lo que ocurre es que debido a los pésimos servicios que se ofrecen aquellas mujeres que desean practicarse un aborto recurren a servicios privados, ello supone que sólo las mujeres con recursos económicos buenos podrán obtenerlos. Brasil por su lado, ejemplifica que la lucha por parte de grupos a favor de la autonomía reproductiva y la mejora de condiciones en el servicio es importante y tendrá recompensas en la práctica pero también demostrara que mientras no se haga un trabajo a nivel legislativo y social, será muy difícil poder avanzar en términos reales; es un país que cuenta con extensos e interesantes estudios al respecto pero que aún en la actualidad tiene altas tasas de aborto y altas también de morbilidad y mortalidad por esta causa.

Por último el tercer grupo muestra que si bien pueden existir sectores que afirman rotundamente las inconveniencias de la legalización del aborto inducido también sería necesario recalcar que aún en esos países el aborto existe, diariamente miles de mujeres chilenas, salvadoreñas y nicaragüenses se someten a esa práctica en condiciones que ponen en peligro su salud y su vida; y aunque se han negado a reconocer ese hecho las (pocas y no actuales) cifras respecto a la morbi-mortalidad femenina por aborto nos muestran estimaciones del problema de salud y social importantes que genera el aborto ilegal-inseguro.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**FALTA**

**PAGINA**

**123**

## CAPÍTULO 4.

### ABORTO EN MÉXICO

Una vez que se ha hecho el análisis de los nueve países que conforman la muestra para el presente estudio, corresponde ahondar en la situación de México respecto al aborto, en este caso la información será suficiente, todo ello con el objetivo de tener elementos que nos permitan hacer una comparación posterior.

El tema del aborto en México esta presente a lo largo de su historia, pero hay momentos en los que se presenta con más fervor, por ejemplo, hace dos años retomó fuerza a través de la llamada "Ley Robles" que contemplaba ampliar las causales por las que se puede realizar un aborto en el Distrito Federal y así eliminar del Código Penal algunos rangos.

Cabe destacar que en cada Estado de la República la situación legal del aborto es diferente debido a la condiciones propias del país; pero de manera general las causales, por las que se permite el aborto inducido a nivel nacional son sólo por estas razones:

- Para salvar la vida de la mujer
- Por violación o incesto

"La despenalización del aborto fue discutido por primera vez en México en los años treinta y el código criminal de la actualidad data de 1931. Esta ley se consideran a nivel mundial de las más restrictivas ya que sólo permite el aborto -de manera general- bajo las siguientes condiciones: por violación, deformación fetal, por enfermedad o para salvar la vida de la mujer. El proceso de aprobación para un aborto puede tomar varios meses, mientras tanto la mujer y el doctor corren el riesgo de ser sentenciados a cárcel por aborto ilegal"<sup>1</sup>.

El aborto ilegal es muy frecuente en México, al grado de que oficialmente sólo existen cifras estimadas al respecto, organismos internacionales mencionan: "Muchos abortos en México son clandestinos y peligrosos, sólo las mujeres "acomodadas" tiene abortos en las mejores condiciones posibles. Alrededor de 1 500 mujeres mueren cada año como resultado de entre uno y dos millones de abortos ilegales"<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Varios. "Abortion. In law, history and religion". Canada. Childbirth by choice trust. Pp.42.

<sup>2</sup> Op cit. Pp 42.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Estudios realizados a la población mexicana demuestran que la mayoría de los habitantes está de acuerdo con que la mujer decida en relación al aborto.

#### *4.1 Condiciones Políticas.*

Para analizar la problemática del aborto es necesario ubicarla en el marco histórico de los comportamientos reproductivos de la población y de las políticas estatales sobre el tema. La relación entre estos dos ha conllevado una paradoja: por un lado, la orientación histórica de las dirigencias políticas, que como lo expresa Susana Torrado "quedó anclada en el dogma decimonónico de que 'gobernar es poblar'"<sup>3</sup>, y por otro los comportamientos reproductivos efectivos de la población, que de manera progresiva adoptó la regulación de la fecundidad y un modelo de familia.

El problema del aborto inducido nos remonta a cómo es que se establecen las políticas de población, las políticas de salud y los programas que se implementan para su logro, en un país.

Cabe distinguir que las políticas reproductivas contemplan dar algunos lineamientos a la población para modificar las concepciones de reproducción social, es decir, cuando un gobierno tiene como paradigma que lo mejor para su sociedad es reducir el crecimiento de la población, ejerce políticas que pueden contribuir a ello (por ejemplo, la legalización del aborto como en el caso de Rumania; o una mayor libertad para la venta y consumo de anticonceptivos como Suecia). Todo ello influye en la reproducción biológica concebida ésta como el evento natural, pero que definitivamente esta determinada por decisiones humanas. Y aunque todos estos aspectos confluyen, se debe enmarcar principalmente en un contexto para lograr su comprensión.

Podría parecer que las decisiones reproductivas sólo corresponden a las mujeres o en su caso, a las parejas, sin embargo, los gobiernos a través de políticas establecen o determinan pautas para ello, difundidas a través de la educación, los medios de comunicación, las Instituciones sociales, etc. De tal manera que las personas en ciertos casos se ven sujetas a conducir su vida reproductiva según las condiciones sociales y

---

<sup>3</sup> González Montes Soledad. "Las mujeres y la salud". *El Colegio de México y Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. México. 1995. pp172.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

económicas de su país, junto con las concepciones de población que en ese lugar y momento determinado predominen.

Se pueden encontrar, de esta forma, claras relaciones entre políticas de población, políticas de salud, planificación familiar y el fenómeno del aborto inducido. En la práctica, estas relaciones se han observado en sociedades con diversos contextos culturales y demográficos, que varían en cuanto a los fines del Estado en relación al desarrollo poblacional y la salud de los habitantes del país. También influyen en este proceso los adelantos en la tecnología anticonceptiva y el conocimiento y acceso a ella que tenga la población, así como las normas jurídicas establecidas sobre los medios para la regulación de la fecundidad y, en forma muy especial, las actitudes y condiciones personales respecto al deseo y la decisión de tener o no un hijo en el momento o tiempo apropiados.

En el presente siglo, se observa que el aborto inducido ha sido un instrumento con el que se pretende regular el crecimiento poblacional en dos sentidos; cuando se tiene una política pronatalista se prohíben los anticonceptivos y el aborto de manera muy severa y el otro sentido es cuando el crecimiento demográfico es abrumador al grado de que el aborto sea utilizado para reducir la fecundidad.

En América Latina, la tradición jurídica ha sido la prohibición del aborto. Con excepción de algunos países, entre ellos varios del Cono Sur, se observó una fecundidad elevada hasta hace no más de dos décadas en que empezó a declinar. El promedio de hijos nacidos vivos por mujer era de poco más de seis, lo que puede indicar una práctica limitada tanto del uso de anticonceptivos como de abortos inducidos. México se encontraba en esta situación cuando estableció en 1974, su nuevo marco jurídico en la Ley General de Población. Uno de sus objetivos fue reducir los niveles históricamente elevados de la fecundidad promoviendo programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública, con respecto a los derechos fundamentales del hombre y la mujer.

En los últimos 15 años, los programas de planificación familiar en México han tenido un incremento notable en su cobertura, llegando a más de 50% del total de mujeres. Asimismo, la fecundidad ha decrecido alrededor de 50% durante ese lapso, aunque se observan diferencias notables entre la fecundidad rural y la urbana, siendo casi 50% menor en este último ámbito. No obstante, aun con los programas de planificación familiar

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



y las leyes restrictivas del aborto provocado, la incidencia de este fenómeno se ha incrementado y seguramente ha tenido un efecto en la baja de la fecundidad.

Es de destacar que este fenómeno tiene su origen a partir de que a nivel mundial se dan a conocer métodos que pueden utilizar las mujeres y sus parejas para el control de su fecundidad; y aunque no es la única causa para el control de este factor si resulta interesante cómo a partir de este hecho histórico se generan (primero en los países desarrollados y posteriormente en aquellos que están en desarrollo) cambios en las concepciones reproductivas. Otro factor es sin lugar a dudas el aborto, que es en sentido estricto otra forma para controlar la fecundidad de las mujeres, para América Latina se estima que alrededor de una cuarta parte del control deliberado de la fecundidad se debe a los abortos inducidos.

Entonces se puede considerar que México tiene un desenvolvimiento reproductivo antes del establecimiento de programas de "planificación familiar" y otro después de éstos. Anteriormente se consideraba que era un asunto "natural" o "divino" en el sentido de que nadie podía arrebatarse o modificar el hecho natural de las mujeres (y la humanidad) de reproducir la especie, o por otro lado se consideraba que este asunto correspondía a fuerzas divinas que nada tenían que ver con la elección humana, en este sentido la religión tenía mucho peso porque fomentaba estas concepciones. El gobierno mexicano finalmente caminaba entre estas posturas (especialmente la segunda) y por ello no se podía concebir intervención gubernamental alguna para modificar esta situación.

Mucho tuvo que ver también la inserción de la mujer al mercado laboral porque ello exigía modificar de alguna manera el papel exclusivo de la maternidad, debido a esto se requería generar condiciones para las mujeres de manera que no descuidaran su rol maternal pero al mismo tiempo pudieran producir.

Después de la implementación de programas de planificación familiar, la situación se modificó paulatinamente, porque si bien se comenzó a rescatar la posibilidad de controlar la fecundidad muchos otros aspectos culturales se mantenían rígidos; además de que - como siempre- existían sectores conservadores inconformes ante las posibilidades de cambio y continuamente se pronunciaban o reafirmaban contra los nuevos procesos, cabe agregar que la situación siempre estuvo polarizada entre el contexto rural y el urbano (como todavía lo es en la actualidad).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En México, se ha considerado que el aborto inducido no debe formar parte de la planificación familiar como instrumento de la política de población. Asimismo, no se acepta la intención de movimientos o grupos civiles organizados que promueven la práctica del aborto. Se desea que el modelo de planificación familiar adoptado llegue a ser más efectivo, oportuno y de carácter preventivo, con acceso para todas las clases sociales. Hay consenso por varios grupos políticos y civiles en que la educación sexual debe incorporarse a la enseñanza en todos los niveles del sistema educativo formal o informal y que debe mejorarse la comunicación social, en especial en aquellos grupos de población en que se pueden presentar mayores riesgos de embarazos no deseados.

Por ejemplo, en 1992, el 63.1% de las mujeres unidas a un hombre usaban algún tipo de método anticonceptivo, para 1995 el porcentaje se elevó a 66.5%, todo ello es confirmado por Instancias oficiales<sup>4</sup>. El Instituto Nacional del Seguro Social (IMSS) para el 2000 calculó que el 70% de mujeres en edad reproductiva a nivel nacional, tienen cobertura anticonceptiva<sup>5</sup>, en la misma fuente se menciona que hay un rezago de más de 10 años en materia de planificación familiar en el ámbito rural, consideran además que las coberturas de protección anticonceptiva son bajas. Según el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) en sus datos más recientes del 2002 en México cerca del 53%<sup>6</sup> de mujeres en edad reproductiva no utilizan ningún anticonceptivo.

Si bien las cifras oficiales reflejan avances importantes en relación con los resultados que se tenían en 1976, las organizaciones internacionales o las no gubernamentales se muestran más reacias a pensar que hay un cambio realmente cualitativo, en el mayor uso por parte de las mujeres de anticonceptivos y especialmente en el área rural. Pero a razón de esto es difícil pensar a través de qué ha disminuido considerablemente la tasa de fertilidad en las últimas décadas, en otros países (Rumania) que han tenido un evento similar en algún momento de su historia, se lo atribuyen a que la población en edad reproductiva disminuye o a que el aborto inducido tuvo efectos importantes para esta disminución.

---

<sup>4</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". *The Population Council Edamex, México. 1994. pag 36*

<sup>5</sup> [www.imms.gob.mx](http://www.imms.gob.mx)

<sup>6</sup> <http://www.celsam.org/manual>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el caso de México, las instancias oficiales parten de que los programas de carácter preventivo para reducir el número de hijos, junto con la planificación familiar han logrado tener efectos importantes en la baja de fertilidad.

Lamentablemente, estas intenciones no siempre se traducen en programas accesibles para todos, por lo cual el aborto continua siendo una práctica frecuente, sólo basta contemplar las cifras: 850,000 abortos al año según el Subdirector Médico del Instituto Nacional de Perinatología en 1992<sup>7</sup>.

Desde la perspectiva de los movimientos de mujeres es fundamental contextualizar social y jurídicamente estas concepciones ya que el aborto pone en evidencia las fuerzas sociales y políticas que disputan el control de la capacidad reproductiva de las mujeres y el derecho legítimo para decidir respecto a la "moral sexual", uno de los pilares del ordenamiento jerárquico imperante en nuestra sociedad.

Alicia Elena Duarte señala: "México participa en un doble sistema de valores: políticamente se define como un Estado liberal, democrático y laico; culturalmente, la ideología judeo-cristiana es dominante en todos los estratos sociales, en especial la difundida por la Iglesia católica. Esto complica cualquier toma de decisiones en política jurídico-penal, pues, por un lado, se ejerce influencia en la opinión pública por medio de grupos conservadores radicales para condenar el aborto y calificarlo de homicidio y, por el otro, en la lógica de la formación política del Estado se permite que otros grupos, ya sea de izquierda o del mismo partido en el poder, demanden reformas legislativas en congruencia con las características que definen al propio Estado"<sup>8</sup>.

En consecuencia, la tendencia neoliberal del Estado respecto a sus políticas demográficas y de población, las formas de administrar y regular la fecundidad y de conceptualizar la paternidad y la maternidad, entran en franca contradicción con las creencias judeo-cristianas. Además los grupos sociales conservadores, cuyo peso es muy significativo en la opinión de la sociedad civil, manejan valores morales que restringen y enjuician la libertad de decisión respecto a la fecundidad y al ejercicio de la sexualidad, como es el caso de Pro-vida. Así, no sólo se oponen a la toma de ciertas decisiones jurídico-penales —como la despenalización del aborto—, sino que sus opiniones se insertan

---

<sup>7</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". Ed. The Population Council Edamex, México. 1994. pag 56.

como parte de los argumentos jurídicos que legislan sobre él. Baste mencionar que, a la fecha, uno de los pocos atenuantes del aborto inducido se relaciona con la "calidad moral" de la mujer, pero no con sus condiciones económicas, razón que las mujeres dan con mayor frecuencia para explicar su decisión de abortar.

Sobre la base de que en los estados laicos modernos donde la diferenciación entre moral pública y moral personal permite que las políticas públicas se rijan por el interés general, y no por los puntos de vista particulares de una parte de la sociedad, nos lleva también a preguntarnos entonces cómo es que las decisiones políticas se toman en base a la concepción de unos cuantos. En este sentido se vuelve un poco complejo, porque todos pueden opinar sobre el aborto inducido y, por ejemplo, los juicios de grupos conservadores tienen un mayor peso que el de las propias mujeres vulnerables a someterse a un aborto y finalmente aquellos que legislan o crean políticas públicas suelen tener concepciones alejadas de la realidad, esta situación se presenta con frecuencia y no de manera especial en el asunto del aborto.

Según Amalia García: "En lo que se refiere a la maternidad (y no sólo a su interrupción), ni el Estado ni los partidos políticos ni las iglesias deben imponer una conducta". Opina que sólo "...defendiendo la maternidad voluntaria y el que, en ese sentido, se desarrollen las políticas públicas, las condiciones económicas, sociales, sanitarias, de información y de educación para que si una mujer desea ser madre, pueda serlo en las mejores condiciones para ella y para su hijo, y para que si, en sentido contrario, decide no serlo, evite un embarazo o lo interrumpa sin peligro para su vida y su bienestar"<sup>9</sup> el Estado estará cumpliendo cabalmente sus tareas.

Desde la adecuación de la política nacional a las corrientes internacionales (resultado de los antecedentes surgidos de los actos preparatorios al Año Internacional de la Mujer y como resultado de la adopción de las recomendaciones de las Conferencias Mundiales de la Población y Derechos Humanos, celebradas en Bucarest y Teherán) relativas a la igualdad entre el varón y la mujer, por un lado; y por el otro, al control de natalidad se dieron importantes modificaciones en la legislación nacional para sustentar cuatro principios:

---

<sup>9</sup> *Rivas Zivry Marta y Amuchástegui Herrera Ana. "Voces e historias sobre el aborto". Edamex, México. 1998.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- a) la integración al desarrollo económico,
- b) el derecho a la paternidad y maternidad responsable,
- c) la protección de la familia y
- d) la promoción de la mujer<sup>10</sup>.

La integración del artículo 4º fue una medida que colocó a México al lado del consenso internacional que clama por aplicar cada vez más la planificación familiar como una política demográfica urgente. En su acción ejecutora, la política de población desarrolló, entre otros programas, los de planificación familiar. Estos incluyen dar atención a la madre, evitar aborto y los muchos problemas que se derivan de su clandestinidad y elevar las condiciones de salud de las mujeres, entre otros

La planificación familiar, entonces, se considera como una medida estratégica para que los usuarios tengan la posibilidad de lograr el número de hijos que desean, en el momento más adecuado desde el punto de vista personal, familiar, social y biológico.

Es claro pues, que la población ha sido uno de los temas sobresalientes en los foros mundiales y regionales, como consecuencia de los grandes cambios observados en las tendencias demográficas y en el comportamiento de la economía y la política.

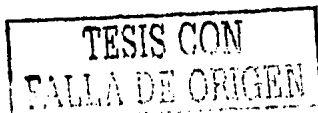
Tales cambios, y sobre todo el crecimiento de la población en los países atrasados, generaron que la discusión se llevara a cabo a nivel mundial hasta establecerse el Plan de Acción Mundial sobre Población (PAMP), suscrito por los miembros de las Naciones Unidas, el tema a plantear es que la dinámica de la población tiene implicaciones en los distintos ámbitos de la acción del Estado. De ahí que el tema privilegiado ha sido la relación entre la población y el desarrollo<sup>11</sup>. Visualizando que si se tiene control en la población, los gobiernos podrán tener acciones más precisas que impliquen menor desgaste para la atención de sus ciudadanos; además estas características las mantienen las naciones avanzadas en dichos términos, por ello el resto de naciones se sienten inclinados a seguir con esos preceptos.

---

<sup>9</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". Ed. The Population Council Edamex, México. 1994. pag 4.

<sup>10</sup> Op cit., pp34.

<sup>11</sup>Op cit. Pag 61.



En concordancia con lo anterior, el Programa Nacional de Población 1994-2000 propuso alcanzar un crecimiento demográfico no mayor del 1.75% en el año 2000; esto quiere decir, una tasa global de fecundidad de 2.1 hijos por mujer. Reducir de esta manera la tasa global de fecundidad implica nuevas estrategias de atención por parte de los prestadores de servicios que tienen la responsabilidad de la implementación del programa, para alcanzar mayores cambios en el comportamiento demográfico. Hasta el momento ya se han alcanzado logros importantes, el más marcado es que del 3.5 de tasa en la natalidad en 1970 disminuyó a 2.1 para el 2000; significa que a partir de la preocupación por la disminución y control de la natalidad en los 70's en el caso de México se han venido observando intervenciones precisas de parte del gobierno para lograr esta meta; y aunque no todos los proyectos han sido elaborados de forma integral, y ello ha conllevado a tener algunos problemas a la hora de la intervención, si han tenido repercusiones en la sociedad.

En términos de políticas de población y del proceso de modernización contemporáneo, hace falta una definición más precisa del espacio de libertad exclusiva de la mujer o de la pareja en cuanto a tener o no tener hijos, respetando las diferentes posturas ideológico-morales que conviven en el país, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo y eliminando la rigidez del sistema penal hacia el aborto.

#### *4.2 Condiciones Jurídicas.*

El derecho es un ordenamiento jurídico que une todas las normas que pueden ser de índole constitucional, administrativa, civil, penal, consuetudinaria, victimal, entre otras; en este universo el derecho penal es el que se aplica para la protección de bienes jurídicos considerados de mayor valor por el legislador, cuyos fines son la prevención general de conductas antisociales y el mantenimiento de la paz social.

Sin embargo, no todo delito es en realidad una conducta antisocial y no toda conducta antisocial está considerada como delito, ya que en los procesos de criminalización (incluso en el universo penal de una conducta) los fines antes mencionados se ven impactados por otros de naturaleza política, económica, religiosa, mítica y social, entre otros.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Desde el punto de vista jurídico, el aborto en cada país se aborda a través de diversas normas que reflejan el predominio de ideologías de carácter religioso, político, así como de los valores fundamentales.

La punibilidad (consecuencia que sufrirá el que ponga en peligro o dañe el bien que protege una descripción de la conducta) impuesta por la ley para el que realiza esta conducta depende de la clase de aborto. Por lo general se impone pena privativa de la libertad entre tres meses y seis años. En algunos códigos penales se establece también la pena de multa. Cada legislación establece sus escalas punitivas que deben ir acordes con la jerarquización de los bienes jurídicos que reconoce el legislador.

El Estado Mexicano aborda por primera vez el problema del aborto en el Código Penal de 1871, y mantiene invariable su posición y tratamiento en el de 1931 expedida durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio, hasta la fecha. Es importante hacer el señalamiento de estas fechas porque pareciera que no se considera que en el transcurso de los 60 años, la historia política de las mujeres en torno a su ciudadanía (derecho al voto) y su rol protagónico en el debate por la obtención de sus derechos se modificó profundamente.

En México, la práctica del aborto es, en general, ilegal. Sin embargo, los códigos penales establecen siete circunstancias en las que no se considera al aborto como delito. Estas circunstancias varían en las diferentes entidades federativas del país, y son las siguientes:

1. Cuando el embarazo es resultado de una violación.
2. Cuando el aborto es provocado accidentalmente, o como dice la ley, de manera "imprudencial".
3. Cuando, a juicio del médico, el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer.
4. Cuando el feto tiene malformaciones congénitas o genéticas (lo cual se denomina genéricamente *razones eugenésicas*)
5. Cuando, de continuar con el embarazo, se provocaría un grave daño a la salud de la mujer.
6. Cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no deseada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7. Cuando la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y es madre de tres hijos. (Esto sólo en el caso de Yucatán).<sup>12</sup>

Estas siete razones, están establecidas para todo el territorio nacional como a continuación se presentan:

**CUADRO 26.**  
**CAUSAS POR LAS QUE EL ABORTO INDUCIDO NO SE CASTIGA EN LOS CÓDIGOS PENALES DE LA FEDERACIÓN.**

	POR VIOLACIÓN	IMPRUDENCIAL	POR PELIGRO DE MUERTE	EUGENESICO	POR RAZONES ECONÓMICAS	GRAVE DAÑO A LA SALUD	OTRAS CAUSAS
AGUASCALIENTES	•	•	•				
BAJA CALIFORNIA	• (A)	•	•				• (B)
BAJA CALIFORNIA SUR	• (A)	•	•	•			• (B)
CAMPECHE	•	•	•				
COAHUILA	• (A)	•	•	•			
COLIMA	• (A)	•	•	•			• (B)
CHIAPAS	• (A)		•	•			
CHIHUAHUA	• (A)	•	•				• (B)
DISTRITO FEDERAL	•	•	•	•		•	• (B)
DURANGO	•	•	•				
GUANAJUATO	•	•					
GUERRERO	•	•		•			• (B)
HIDALGO	• (A)	•				•	
JALISCO	•	•	•			•	
MÉXICO	•	•	•	•			
MICHOCÁN	•	•	•			•	
MORELOS	•		•	•			• (B)
NAYARIT	•	•	•			•	
NUEVO LEÓN	•		•			•	
OAXACA	• (A)	•	•	•			
PUEBLA	•	•	•	•			
QUERÉTARO	•	•					
QUINTANA ROO	• (A)	•	•	•			
SAN LUIS POTOSÍ	•	•	•				
SINALOA	•	•	•				
SONORA	•	•	•				
TABASCO	•		•				
TAMAULIPAS	•	•	•			•	• (B)
TLAXCALA	•	•	•			•	

<sup>12</sup> Varios. "Miradas sobre el aborto". GIRE. México. 2001. pp.83.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



VERACRUZ	•(A)	•	•	•			
YUCATÁN	•	•	•	•	•	•	
ZACATECAS	•	•	•			•	
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>13</b>		<b>9</b>	<b>9</b>

(A) *En estos casos la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo, los cuales varían algunos códigos señalan "dentro de los tres meses, contados a partir de la violación", otros dicen "dentro de los 90 días de gestación" y algunos más indican dentro de los "tres primeros meses" de gestación.*

(B) *Inseminación artificial no consentida.*

Fuente: Varios. "Miradas sobre el aborto". *GIJRE México*. 2001. pp.84 y 85.

La penalización para las mujeres que abortan y las personas que les ayudan no es la misma en cada estado de la República. Esto se debe a que cada entidad federativa elabora su propio Código Penal y establece la pena que considera pertinente para cada situación. Esto provoca una gran disparidad en las sanciones a quienes intervienen en un aborto, dependiendo de la entidad federativa en la que se encuentren.

Por ejemplo, los códigos de Chiapas, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán, admiten el aborto por motivos eugenésicos graves, sean físicos o mentales. El código de Yucatán justifica además el aborto por causas económicas, siempre y cuando la mujer que lo practica padezca pobreza grave y tenga ya tres hijos previos<sup>13</sup>.

El aborto económico o por causas económicas era permitido en Chihuahua antes de la reforma penal de 1987, donde grupos conservadores entre ellos Pro-vida y el Partido de Acción Nacional pelearon por efectuar una reforma legislativa argumentando que la permisión en el aborto económico representaba una amenaza a una serie de valores y significaba un acto deliberado por parte del gobierno.

A este respecto, debemos recordar el caso ocurrido en Chiapas en que el Código Penal consideraba como abortos no punibles los que se realizaran con base en la planificación familiar, por común acuerdo de la pareja y en los casos de madre soltera. Sin embargo, este avance legislativo fue frenado por la presión de la Iglesia Católica y el grupo Pro-Vida. Este grupo con el tiempo ha alcanzado convocatoria considerable, se sabe que es afiliada a Human Life de Estados Unidos, surgió en 1978 como respuesta a una iniciativa de ley enviada por el Partido Comunista a la Cámara de Diputados para legalizar

<sup>13</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". *The Population Council Edamex México*. 1994. pag 30.

el aborto en México; sus raíces están ligadas con los grupos más conservadores de México, su actual presidente es José Serrano Limón, la describe de la siguiente manera "es una Asociación Civil dedicada a promover el valor y la dignidad del ser humano y defender su vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Nuestra labor no se limita sólo a atender la parte biológica, sino de manera especial, a los aspectos morales, esto es, preservar y promover los valores que la sustentan"<sup>14</sup>.

Es una agrupación reconocida como de ultra derecha que ha trabajado para retroceder los avances logrados en materia de derechos sexuales y reproductivos en México, su sustento económico mucho tiene que ver con sus filiales del resto del mundo; además están en contra de todas las formas de anticoncepción y muestran mucho arraigo con la Iglesia Católica, con la cual promueve acciones conjuntas.

En los estados de Guerrero y Querétaro se faculta al juzgado para aplicar, a su criterio, siempre que sea equitativo, hasta una tercera parte de la pena prevista para la mujer que procura o consciente en que otro la haga abortar. Para ello se toman en consideración el estado de salud de la mujer, las circunstancias de la concepción, la duración del embarazo, el desarrollo y características del producto, el consentimiento otorgado por el otro progenitor siempre y cuando éste viva con la mujer embarazada y cumpla responsablemente con la obligación que dicha unión genera y, en general, todos los elementos de juicio que puedan emplearse para resolver en justicia el caso en particular.

En los estados Sonora y Colima no se sanciona el aborto cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial indebida, en cuyo caso bastará que el hecho lo compruebe el Ministerio Público para autorizar su práctica; esta autorización y circunstancias son las mismas que se requieren en los casos de violación.

En el interior de la República, es muy común encontrar que, para que opere la no punibilidad del aborto sentimental, éste deberá practicarse dentro de los 90 días contados a partir de la concepción. Tal es el caso de los códigos de Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango y Veracruz.

En los estados de Nayarit y Jalisco se requiere que concurren cuatro circunstancias para que pueda disminuirse la penalidad en el aborto *honoris causa*: las tres señaladas por

---

<sup>14</sup> [www.provida.com.mx](http://www.provida.com.mx), Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

el ordenamiento del Distrito federal (que no tenga mala fama; que haya logrado ocultar su embarazo; y que éste sea fruto de una unión ilegítima) y el requerimiento de que el aborto sea practicado dentro de los 5 primeros meses del embarazo.

Tlaxcala es el estado que impone las penas de aborto más reducidas para la mujer que aborta y a quien le ayuda. Sólo se prevén ahí entre quince días y dos meses de prisión. En contraste, las leyes de la mayoría de los estados del país establecen la pena de uno a cinco años de prisión a la mujer que aborta o permite que la haga abortar.

Puede verse entonces que, por un lado, hay grandes diferencias respecto a cómo debe castigarse a quienes intervienen en un aborto y, por el otro, también existen resabios de una moralidad que hace ya tiempo ha dejado de estar vigente, o bien de un contexto social diferente al que existía en el momento en que se establecieron dichas penas, posiblemente la moralidad que se tenía no ha cambiado en mucho pero sí existen diferencias (principalmente en algunos sectores) que bajo esas premisas castigadoras no se toman en consideración.

En 1974, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos fue modificada en su artículo 4º, al que se le agregó un párrafo relativo al derecho de la persona para que ésta decida de manera libre, responsable e informada, sobre el número y esparcimiento de sus hijos, o sea que el gobierno de la Nación aceptó de lleno la planificación familiar como un instrumento que debe ser utilizado por la población mexicana y al que ésta tiene derecho de reclamar.

Este marco jurídico refleja una política legislativa congruente con la lógica de una Estado laico, liberal y democrático, pero no concuerda con algunas normas particulares del sistema jurídico mexicano como es el caso concreto del aborto. Es por esto que algunos autores califican de inconstitucionales a las normas del derecho penal que lo castigan, pues reprimen la libre decisión de la maternidad y, al hacerlo, colocan a la mujer en una situación de riesgo para su vida y salud o para el bienestar físico y mental de ella o de su familia.

Cabe destacar que la legislación mexicana sigue sumamente ligada a las creencias de la religión católica, no es sorprendente por ejemplo, que el poder ejecutivo asista a ceremonias religiosas a título personal pero con la investidura del propio poder ejecutivo; por otro lado interviene sobremanera cuáles sean los valores éticos y morales en lo que se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

desenvuelvan los legisladores para saber que tipo de normas se establecerán; de ahí que los avances legislativos que se han detenido, o por completo eliminado, ha sido gracias a que hay en ese momento legisladores con concepciones que favorecen dichos cambios.

En la actualidad el Código Penal en su 59° edición en el artículo 329 señala que el "Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez", castigándolo (art. 330) de la siguiente manera: "Al que hiciera abortar a una mujer se le aplicaran de 1 a 3 años de prisión(...)cuando falte el consentimiento la prisión será de 3 a 6 años, y si mediare violencia física o moral, se impondrán al delincuente de 6 a 8 años de prisión"; se agrega que si un médico, partera, cirujano o comadrona realiza el aborto se le suspenderá de su profesión de 2 a 5 años (en el art. 331).

En Septiembre de 2000 se anuló para Morelos y el Distrito Federal la atenuante del aborto por honor, establecida en el Código Penal de 1871 y reproducida sin cambios en la de 1931; que consiste en imponer "...de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o consciente 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". Si faltase alguna de éstas, se le aplicarán de uno a cinco años de prisión<sup>15</sup>.

En contraste con la definición médica que dicta que el aborto "es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable", y que ofrece posibilidades de intervenir en los primeros meses de gestación, la ley mantiene una posición que cierra cualquier opción a demandas de naturaleza distinta a la prescrita.

Se puede afirmar que el manifiesto rezago de estos artículos está sostenido por un sistema legal en el que las jerarquías y poderes entre los géneros no están balanceados, manteniéndose una posición de alianza implícita con los valores y la moral de la Iglesia católica.

Aún cuando existe una ley que penaliza la interrupción voluntaria del embarazo, es muy raro que se llegue a condenar jurídicamente a la mujer. La denuncia policial se realiza para intimidarla y para proteger legalmente a la Institución y a los médicos en caso de deceso. Encarcelar a todas las mujeres que abortan sería poner en evidencia una práctica social extremadamente extendida en nuestra sociedad, que es silenciada por los efectos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

disruptivos que su reconocimiento tendría para el orden social establecido. Sin embargo, el castigo esta garantizado a través de la forma en que se atiende a la mujer en el hospital, la manera en que se la presiona, se le aísla y no se le ahorran sufrimientos.

#### *4.3 Condiciones Económicas*

Las cuestiones políticas mantienen una estrecha relación con los aspectos económicos; los gobiernos tienen como tarea ejercer acciones políticas acordes a la población que gobiernan y, que al mismo tiempo, éstas tengan un impacto positivo en la economía del país.

Considerando que el aborto es un acto ilícito en México -a excepción de algunos motivos-, es decir, que de manera general se establece que es un procedimiento ilegal a realizar ya sea por coacción o por propia decisión de las mujeres no es considerado un gasto importante a tomar en cuenta por el Gobierno Mexicano; esto no quiere decir que no se le atribuyan múltiples ganancias, pero éstas se contemplan dentro del "mercado negro" -por así decirlo- de centro abortivos.

Si las cifras aproximadas del número de abortos al año en México oscilan entre 110,000 y 850,000 afirmando que la mayoría de estos se llevan a cabo en clínicas clandestinas, por personas particulares (comadronas, parteras, etc.) o por las propias mujeres a través de remedios, y no en Instituciones Públicas de Salud, ello significa que los recursos económicos no provienen de un presupuesto gubernamental y las ganancias a su vez, no serán recaudadas por éste.

Los recursos obtenidos por abortos clandestinos son una cifra importante, si calculamos que "es posible conseguir hierbas abortivas por \$100 o \$200"<sup>15</sup>, que un aborto quirúrgico o de químicos normalmente cuesta entre \$2,000 y \$3,000 catalogados como pocos seguros y para aquellas mujeres que tienen recursos económicos amplios pueden llegar a pagar de \$10,000 a \$15,000 o más, éstos realizados en clínicas de renombre en el país, particulares y con frecuencia más seguros que los anteriores; recordado que todos las ganancias serán de particulares.

---

<sup>15</sup> *Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales. México. 1999.*

<sup>16</sup> *Varios. "Miradas sobre el aborto". GIRRE. México. 2001. pp. 37.*

Las cifras antes mencionadas como aproximaciones del número de abortos realizados en nuestro país, por un lado se obtienen de encuestas informales para interrogar a las mujeres, éstas no han tenido mucho éxito, debido a que las mujeres no se sienten en libertad y confianza para decir su experiencia, por ello los datos son bastante oscuros; otra manera de conseguir estas cifras es mediante una cuidadosa investigación en los centros de salud del país que, haciendo aproximaciones con respecto al número de mujeres que llegan con alguna complicación de aborto, se presume la cifra de procedimientos.

Los problemas surgidos en abortos mal practicados y/o en condiciones inadecuadas resultan ser de importancia en cuanto a costos, por ejemplo, "de acuerdo con el boletín anual sobre morbilidad hospitalaria del IMSS 1982-1985, el aborto se ubica entre el segundo y cuarto lugar de motivos de hospitalización"<sup>17</sup>.

Se ha calculado que el impacto económico total del aborto ilegal en México era de \$147,625,200 en 1993, debemos tener presente que esta cifra no se aleja por mucho de los costos actuales.

La estimación del costo económico por aborto ilegal tomando en cuenta la cifra antes citada y considerando la tasa de inflación establecida a finales del 2002<sup>18</sup> que fue de 4.76 puntos, la cifra estimada es de \$154,652,159.52 , para este mismo año.

Según el Dr. Raúl López García el promedio de días de estancia de todas las formas clínicas de aborto es de 1.8. El total de camas diarias que se requiere para su atención es de cerca de 1,500 y el total de días cama por año llega al millón. El promedio de incapacidad laboral es de 10 días, lo que determina un impacto notable en la fuerza femenina de trabajo. Es posible calcular que la pérdida de días laborales, al año por este concepto es de aproximadamente cinco millones y medio<sup>19</sup>.

Como nos podemos dar cuenta, los gastos que se deben cubrir para resolver consecuencias de abortos clandestinos no son mínimos, finalmente el aborto es "pagado" del presupuesto de Seguridad Social de manera indirecta; por otro lado se refleja el costo observando los días de incapacidad en el trabajo femenino y en caso de muerte, la total

---

<sup>17</sup> Varios. "Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos". GIRE. México. 1995. pp. 41.

<sup>18</sup> [www.finanzas.com](http://www.finanzas.com). Internet.

<sup>19</sup> Varios. "Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos". GIRE. México. 1995. pp. 41.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

desaparición de su trabajo, es decir, un costo aún mayor para cualquier país – obviamente no considerando el costo social, que es aún mayor-.

#### 4.4 CONDICIONES RELIGIOSAS.

"Una sociedad que no tiene condiciones objetivas para dar empleo, salud, vivienda y escuela es una sociedad abortiva. Una sociedad que obliga a las mujeres a escoger entre permanecer en el trabajo o interrumpir un embarazo, es una sociedad abortiva, una sociedad que continúa permitiendo que se hagan pruebas de embarazo antes de admitir a la mujer a un empleo, es abortiva. Una sociedad que silencia la responsabilidad de los varones y sólo culpabiliza a las mujeres, que no respeta sus cuerpos y su historia, es una sociedad excluyente, sexista y abortiva" dice Ivone Gebara, religiosa brasileña<sup>20</sup>.

Así como existen diferentes religiones, también existen diferentes posiciones religiosas sobre el aborto. Y no sólo eso, sino que diferentes grupos dentro de cada religión pueden sostener diferentes opiniones al respecto, por ello es importante aclarar que a pesar de lo que a continuación se expondrá, se hablara de generalidades de lo que se ha sostenido en el discurso religioso –especialmente católico- en México.

Las religiones tratan el problema del aborto desde una perspectiva estrictamente religiosa o teológica. Eso ocurre, por ejemplo, cuando se preguntan en qué momento ingresa el alma al cuerpo. Por otro lado, algunas iglesias e instituciones religiosas se plantean también problemas sociales y de justicia como cuando, por ejemplo, muestran preocupación por el dilema que enfrentan las mujeres y sus familias ante el embarazo no deseado y se preguntan si deben auxiliarlas.

También ocurre que las tradiciones religiosas se van modificando o precisando con el paso del tiempo. Ese es el caso, por ejemplo, del catolicismo. No fue sino hasta 1869 cuando la jerarquía de la Iglesia católica hizo oficial su rechazo absoluto al aborto apoyándose en tesis biológicas que han sido rebasadas.

Un ejemplo de la Ideología de la jerarquía católica se encuentra en la última encíclica de Karol Wojtyla, *Evangelium Vitae*, donde se etiqueta de "cultura de la muerte" a un grupo bastante disímulo de fenómenos que atañen a la humanidad hoy día. Gladys

<sup>20</sup> Varios. "Aborto inseguro. Las mujeres nunca abortan solas". Campaña 28 de septiembre, día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe. 1998?. Pp 1..

Patentelli (Periodista uruguaya radicada en Venezuela; una de las tres latinoamericanas nombradas por el Papa Paulo VI como auditoras al Concilio Euménico Vaticano II), en una lectura feminista de esta encíclica, sostiene que hay que reconocer que por primera vez que en un documento papal no se ve como asesinas a las mujeres que abortan aunque sigue condenando al aborto, "tipificándolo de método anticonceptivo cuando esa tipificación es rechazada por la Iglesia unánimemente desde la Cumbre de Naciones Unidas sobre Población de El Cairo. Ella hace el cuestionamiento de que ¿Cuántas veces habrá que insistir que ninguna mujer "planea" embarazarse para posteriormente abortar?"<sup>21</sup>.

Investigadoras mexicanas hicieron un trabajo exhaustivo respecto al aborto, y haciéndole una entrevista a un sacerdote concluyeron que "...para la Iglesia católica no existe distinción alguna entre fecundidad y sexualidad; ambas se inscriben bajo el mismo registro de la reproducción biológica y de continuación de la vida como hecho divino"<sup>22</sup>. La sexualidad, constreñida a este estricto parámetro, es territorio de su definición y control. En este mismo ámbito se incluye el aborto inducido que, en cualquier condición, se generaliza como un atentado a la vida.

Para la Iglesia católica no existe excepción o atenuante alguno respecto al aborto: la interrupción del embarazo es un pecado grave y no importan las circunstancias o razones que hayan orillado a una mujer a tal decisión: "...la vida está por encima de cualquier cosa; en términos generales la violación no justifica un aborto -esta argumentación se expresa también en la creencia de que- es más importante ser que ser no deseado, es decir, el valor de la vida es un valor absoluto"<sup>23</sup>.

En consecuencia, la autoridad moral no se encuentra depositada en los sujetos en cuestión, sino en descubrir la voluntad de Dios: "No es la pareja que puede decidir moralmente; los principios morales no los crea el ser(...) los vamos descubriendo a lo largo de la vida como leyes naturales; las normas morales no pueden ser solamente iniciativas de personas, son algo superior, de un contexto divino"<sup>24</sup>.

<sup>21</sup> Varios. "Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos". *GIRE*. México. 1995. pp. 35.

<sup>22</sup> Rivas Zúñiga y Amuchástegui Herrera Ana. "Voces e historias sobre el aborto". *Edamex*, México. 1998. pp.28.

<sup>23</sup> *Op cit.* pp.24.

<sup>24</sup> *Op cit.* pp. 25.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Esta afirmación de la preexistencia de normas absolutas, cuyo origen parece perderse en la historia, permea continuamente las prácticas y los discursos de algunos representantes de la Iglesia católica.

En México la cultura esta fuertemente ligada a las concepciones religiosas de la Iglesia católica, difícilmente se puede hacer un análisis de cualquier hecho social sin enmarcarlo de alguna manera a este aspecto. Socialmente resulta complejo el análisis debido a que a pesar de la incorporación a procesos mundiales modernos se continúan manteniendo concepciones bastante añejas, por otro lado, las bases ideológicas de las concepciones judeo-cristianas de los mexicanos no se mantienen como estáticas.

Por ejemplo, un estudio de Católicas por el Derecho a Decidir<sup>25</sup> menciona que "Hoy en día encontramos que la mayoría de católicas y católicos ha superado la percepción arcaica de la sexualidad que se refleja en la enseñanza de la Iglesia (...) Mientras que la jerarquía sigue enseñando que la sexualidad siempre debe tener un intento de procreación" se deja ver que mientras la sociedad avanza en sus preceptos y concepciones usualmente una gran parte de la Iglesia mantiene la postura rígida, ello va generando procesos aún más complejos, como el que se establezca una doble moral, es decir, que por un lado se lleven a cabo prácticas (que niega la Iglesia) que van contra lo establecido por la jerarquía y por otro lado defienden a ésta última como su representante.

La misma fuente nos dice respecto al aborto que "la información (católica) necesaria para escoger un camino no es clara. La Iglesia ha rodeado sus declaraciones sobre el aborto con un aire de infalibilidad (...) La incoherencias en las penitencias que se dictan en sus posturas teológicas no se han articulado claramente". Nuevamente se expresa que existen paradojas respecto a la posición católica y a la que asumen los fieles.

Marta Lamas dice: la sociedad mexicana -mayoritariamente católica- debe oír lo que están diciendo personas católicas que distinguen entre el hecho del aborto en si y su tratamiento penal. Como señaló el Obispo Auxiliar de Madrid: " Mi conciencia rechaza el aborto totalmente, pero mi conciencia no rechaza la posibilidad de que la ley deje de considerarlo como un hecho delictivo"<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Hurst Jane. "La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica". *Católicas por el Derecho a Decidir*. México. 1992.

<sup>26</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". Ed. The population council Edamex México. 1994. pp. 121.

La sociedad mexicana también debe saber que en Italia -dice Lamas-, un país eminentemente católico, sede del Vaticano, se logró en 1978 la legalización del aborto con base en la consideración de que si sólo las mujeres con recursos económicos tenían las condiciones sanitarias básicas para realizarse la interrupción del embarazo, ello producía una quiebra moral en la sociedad.

Un grupo de ministros protestantes y rabinos judíos que, antes de que el aborto fuera legal en Estados Unidos, formaron una red de apoyo para que las mujeres pudieran acceder a abortos seguros. El ministro baptista Howard Moody, iniciador de este grupo, explica que varios religiosos sentían la necesidad de aconsejar a las mujeres y ayudarlas a abortar aunque fuera contra la ley, y agrega:

"pensé que podía expresar algo al estar con ella, fuera cual fuera su decisión. No sólo si era para abortar, aún si era para tenerlo o darlo en adopción o si era para tenerlo y quedarse con él. Fuera lo que fuera, le ayudábamos a hacerlo. Como religiosos, como personas que se ocupan por las almas, forzosamente teníamos que preocuparnos por sus cuerpos".

La mayoría de los grupos religiosos reconocen el derecho de la mujer a abortar si las circunstancias de su embarazo lo justifican. Así ocurre en diversas iglesias protestantes, es más importante asistir a la mujer y a la familia que pasan por el trance de un aborto, que condenar sin más esta práctica. Desde su perspectiva, es necesario anteponer la misericordia cristiana a la condena moral<sup>27</sup>.

Por otra parte, muchas personas católicas difieren de la posición oficial actual y aceptan la posibilidad de que el aborto se justifique en ciertas circunstancias, o bien, de que se despenalice aunque lo consideren moralmente reprobable. Este es el caso de los filósofos Daniel Dombrowski y Robert Deltete<sup>28</sup>, quienes afirman que "la postura católica 'pro-elección' (que admite el aborto como solución a un embarazo no deseado) es igualmente compatible con la tradición católica que la actual postura defendida por muchas personas católicas y por la mayoría de los líderes católicos". Estos filósofos

---

<sup>27</sup> Varios. *Miradas sobre el aborto*. GIRE México. pp. 62.

<sup>28</sup> *Op cit.* Pp. 63.

sostienen además que "la mayor parte de la teología del siglo XIX sobre el aborto es una caricatura de la rica y variada tradición del catolicismo en este asunto"<sup>29</sup>.

La cuestión religiosa es un elemento fundamental para comprender mejor la situación del aborto en México porque todavía es un aspecto que se maneja a manera de recurso fructífero para dominar el discurso y la toma de decisiones.

La mayoría de la población en México se considera católica, de ello echan mano los jerarcas católicos para establecer su criterio en temas de interés público o que causan controversia en la población; por ejemplo, cuando en discursos públicos se aclara que el aborto es un asesinato y por ende una falta moral grave y que aquellas personas que lo practiquen serán excomulgadas, en el fondo lo que se pretende es dejar clara esta posición y por otro lado, lograr a través de la coacción y el temor que las personas dejen de efectuar dicha práctica; cuestión que no ocurre y a su vez pareciera contradecir las acciones de los propios fieles, es decir, se da pauta a una doble moral, donde efectivamente se sabe de la sanción, pero las circunstancias que envuelven a esas mujeres son más apremiantes y finalmente las llevan a pasar sobre dichos preceptos.

#### *4.5 Condiciones Sociales.*

En 1975, fue la primera vez que el Gobierno Mexicano se preocupa por el problema del aborto desde una perspectiva social, el entonces Secretario de Gobierno y Presidente del Consejo Nacional de Población (CONAPO), Mario Moya Palencia, solicitó ante los consejeros de ese cuerpo colegiado la aprobación de un estudio multidisciplinario sobre el aborto.

La licenciada Luisa María Leal, entonces Secretaria General del CONAPO, convocó a destacados abogados, médicos, antropólogos, psicólogos, filósofos, grupos feministas e instituciones académicas, sacerdotes, pastores y rabinos para conformar el Grupo Interdisciplinario sobre Aborto (GIA), que abarcaría todas las vertientes de este problema social. Finalmente el grupo concluyó que: "Debe suprimirse de la legislación mexicana actual toda sanción penal a las mujeres que por cualquier razón o circunstancia decidan abortar, lo mismo que al personal calificado que lo practique, cuando exista voluntad

---

<sup>29</sup> *Op cit.* Pp. 61.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

expresa de la mujer. Deben también expedirse normas técnicas sanitarias permanentes para que la prestación del servicio se realice en óptimas condiciones<sup>30</sup>.

A través de la historia han existido múltiples luchas que han pretendido modificar o eliminar del código penal, la sanción a las mujeres que abortan.

#### CUADRO 27.

### LA LUCHA POR LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN MÉXICO, 1936-2000

1936	Ante la Convención de Unificación Penal, celebrada en el Distrito Federal, la médica cirujana Matilde Rodríguez Cabo leyó la ponencia "El aborto por causas sociales y económicas", donde se pedía derogar los artículos que prohíben esa práctica en el Código Penal de 1931. La autora del escrito fue la Dra. Ofelia Domínguez Navarro.
1972	El grupo feminista Mujeres en Acción Solidaria (MAS) propuso modificar la legislación relativa al aborto.
1973	El gobierno presentó un proyecto de Ley General de Población que planteó por primera vez que el aborto es un problema social.
1974	Se reformó la Constitución General de la República para incluir, en su Artículo Cuarto el derecho de toda persona a "decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos".
1976	El movimiento Nacional de Mujeres (MNM) organizó las Primeras Jornadas Nacionales sobre Aborto, en ellas se surgió la interrupción libre y gratuita del embarazo y se exigió información sobre anticonceptivos. Se fundó la Coalición de Mujeres Feministas (CMF) y por su parte se presentó una propuesta de despenalización del aborto ante la Cámara de Diputados. El Consejo Nacional de Población creó el Grupo Interdisciplinario sobre aborto (GIA).
1978	En abril, más de 50 organizaciones cívicas y religiosas formaron el Comité Nacional Pro Vida, asociación civil que busca la defensa de la vida. Tras el escándalo provocado por la detención de dos mujeres practicantes de abortos, diputados del Partido Revolucionario Institucional (PRI) denunciaron la existencia de "la industria negra clandestina de abortos".
1979	El 10 de mayo se declaró como el Día de la Maternidad Libre y Voluntaria. Las feministas marcharon vestidas de negro en señal de luto por las mujeres muertas por aborto clandestino. La CMF y el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM) elaboraron el "Proyecto de Ley sobre Maternidad Voluntaria" junto con el Partido Comunista Mexicano (PCM), el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT) y el Partido del Trabajo (PT), ante la Cámara de Diputados el 29 de diciembre.
1980	Las diputadas María Luisa Oteyza y Adriana Luna Parra enviaron al presidente López Portillo una carta respaldada por varios personajes en que se dice: "el aborto, aún como último recurso, constituye una solución a la que toda mujer tiene derecho, y que requiere de atención médica reconocida y capacitada...La penalización del aborto viola a todas luces el espíritu de la Constitución".
1982	En junio, el CONAPO propuso el "Proyecto de Plan de Acción para la Integración de la Mujer al Desarrollo", en el que se pidió la legalización del aborto en tanto derecho humano que debería ser prestado por el Sector Salud en forma gratuita y que a las mujeres se les reconozca el derecho

<sup>30</sup> Varios. "Miradas sobre el aborto". GJRE. México. 2001. pp. 90.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

	a la maternidad voluntaria.
1983	El 6 de agosto, el presidente De la Madrid presentó un proyecto de modificación del Código Penal para reformar las disposiciones relativas a aborto y adulterio. No fue aprobado.
1990	Se fundó la Coordinadora Feminista del Distrito Federal (CFDF), que retomó los objetivos de la CMF. En octubre, el Congreso de Chiapas aprobó una iniciativa de ley del entonces gobernador Patrocinio González Blanco Garrido, que ampliaba las razones para que el aborto no fuera punible: a solicitud de la pareja con el fin de planificación familiar, a petición de una madre soltera o bien por razones económicas. La fuerte reacción de la Iglesia católica detuvo la aplicación de la nueva ley.
1991	En enero se produjo en el D.F. una polémica entre los partidos políticos respecto a la despenalización, el Partido de la Revolución Democrática (PRD) y el Partido Popular Socialista (PPS) citaron en la Asamblea de Representantes a un debate público. En mayo, el presidente Salinas de Gortari envió a la Cámara de Diputados una iniciativa de reforma a los artículos 67 y 314 de la Ley General de Salud, con el fin de incluir entre las causales para permitir el aborto, la declaración de no solvencia económica por parte de las mujeres, el Partido Acción Nacional (PAN) consiguió que se rechazara la iniciativa. Se creó el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), organización civil sin fines de lucro que busca la defensa de los Derechos Reproductivos de las personas, incluido el derecho al aborto.
1994	La mayoría panista del Congreso de Chihuahua logró imponer una reforma a la constitución local en que se declara el "derecho a la protección de la vida desde la concepción" con lo cual pretendía eliminar las causales que permiten el aborto en el Código Penal de dicha entidad. Distintos movimientos sociales y de mujeres denunciaron e impidieron las intenciones del PAN.
1998	El 28 de mayo, el Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, se publicó en seis diarios de circulación nacional un desplegado promovido por GIRE y firmado por connotadas personalidades de la cultura y la ciencia, en el que se solicitaba la modernización del Código Penal del Distrito Federal para incluir en él las excepciones por las que no se castiga el aborto en otros estados de la República. El 17 de julio a raíz de una declaración del Secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente, se inició un intenso debate nacional sobre el aborto en los medios de comunicación. En Baja California el PAN propuso modificar la constitución para "proteger el derecho a la vida desde el momento de la concepción". La propuesta fue rechazada.
1999	En enero, más de 40 organizaciones civiles agrupadas en la campaña "Acceso a la justicia para las mujeres", presentó un paquete de cinco propuestas de reforma al Código Penal. Una de la propuesta era ampliar las excepciones por las que se permite el aborto en el Distrito Federal. La propuesta no fue aprobada. En Nuevo León, la mayoría panista del congreso local propuso elevar a rango constitucional el derecho a la vida desde el momento de la concepción. La alianza del PRD y el PRI junto con la sociedad neolconesa impidieron la reforma.
2000	Después de largas discusiones en la Cámara de Senadores, se aprobó lo que se llamó "Ley Robles" que consistió en ampliar las causales no punibles; la reforma fue así: de la no punibilidad de aborto culposo, por violación y por peligro de muerte, se pasó a ampliarlo para el aborto culposo, por violación, por inseminación artificial no consentida, aborto por grave daño a la salud y eugenésico.

Fuente: Varios. "Miradas sobre el aborto". GIRE. México. 2001. pp. 89.

En México se han realizado tres encuestas nacionales con muestras representativas de la totalidad de la población, en 1991, 1992 y 1994.

"En promedio, el 82% de las personas encuestadas opinó que la decisión sobre un aborto compete sólo a la mujer o a ésta con su pareja. El 76% (promedio para los tres

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

años) opinó que la despenalización del aborto evitaría la muerte de muchas mujeres. Aprobaron el aborto en los casos en que la mujer embarazada tiene SIDA el 73% de los/las encuestad@s; en el caso de que peligre la salud mental de la mujer, el 66%, y cuando se sabe que el/la hijo/a nacerá con daño físico o mental el 59% (estos promedios son para 1992 y 1994, solamente)"<sup>31</sup>.

Estos resultados son de suma importancia porque si bien no toda la población mexicana se enmarca en esta posición, sí demuestra que una mayoría está a favor del aborto en una variedad de condiciones, en especial aquellas que afectan de manera directa la salud de la mujer y/o la del feto. Estas opiniones también demuestran que a pesar de ser un delito, ocurre, la población conoce este tipo de situaciones por personas lejanas, familiares, amistades o ell@s mism@s .

El aborto inducido es la expresión más clara del deseo y la decisión de no tener un hijo, por lo menos en ese momento. En ese sentido, es una medida correctiva y final para un embarazo no previsto o que por circunstancias imprevistas se volvió inconveniente. Esto nos remite al problema de los embarazos no deseados. El alto porcentaje de nacimientos de niños no deseados es punto de partida de muchos problemas sociales. Los hijos no deseados se encuentran en todas las clases sociales. Los más mencionados son los que una vez nacidos padecen el abandono, maltrato y explotación; los que circulan por las calles sin acceso a los niveles mínimos de alimentación, salud, vivienda y recreación, suelen considerarse hijos no deseados. Este tipo de abandono trae secuelas de orden psicológico y moral, que son tan denunciadas como las del abandono físico.

Según cifras oficiales "la agresión a los menores se ejerce básicamente en el hogar, y es la madre la principal agresora; le sigue en orden de importancia el padre, el padrastro y la madrastra"<sup>32</sup>.

En este sentido personas que cuestionan qué tan válido es tener hijos no deseados, plantean que la calidad de vida supone, proveer a los menores de las condiciones materiales necesarias para su sobrevivencia, pero lo más importante es brindarles el afecto, la atención y el respeto que merecen como personas. Por ello, "la maternidad

---

<sup>31</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". Ed. The population council/Edamex, México. 1994. pp. 12.

<sup>32</sup> Varios. "Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos". GIRE. México. 1995. pp. 59-61.

voluntaria es una condición para que nazcan hijos deseados que sean atendidos, queridos y respetados"<sup>33</sup>.

La reproducción no debe limitarse a su significado biológico —se dice desde esta posición—; debemos considerar la calidad de atención que somos capaces de brindar, las condiciones de amor y respeto que merecen los niños para desarrollarse sanos física y emocionalmente.

"El derecho a la vida es el derecho a la calidad de vida y eso nos obliga al conjunto de la sociedad, independientemente de las creencias religiosas y morales que tenga cada quien, a considerar la *responsabilidad reproductiva* —no como la continuidad de un evento biológico ante el que somos impotentes—, sino con el compromiso de ofrecer un desarrollo armonioso físico, mental y emocional a los hijos que cada quien desea tener"<sup>34</sup>.

Esto se contrapone con las visiones que pelean a "favor de la vida", desde esta posición se plantea, que el vida es *per se* un valor único que no competirá con otros, esto quiere decir que no deben de haber cuestionamientos al momento de saber que existe una "posible vida" (esto en relación a la visión científica que plantea que el embrión y después el feto, no son vida humana en sí sino organismos que tienen gran potencial a serlo, debido a que no se ha desarrollado la parte central de la vida humana: el cerebro con todas sus conexiones —sinapsis—), por ende, ninguna situación justificaría la desaparición de éste, por muy riesgosa que esta sea, entonces, el aborto es considerado como asesinato.

Estas son las posiciones más extremistas al respecto, indudablemente en la sociedad habrá posiciones que estén centradas entre éstas dos, o que tengan mayor inclinación hacia alguna; pero a través de los años la discusión se ha centrado en estos dos puntos.

Lo anterior ha llevado a discusiones muy fructíferas en los ámbitos éticos, religiosos y jurídicos, especialmente; sin embargo, miles de mujeres —según cifras— continúan acudiendo a solicitar este tipo de servicios.

La respuesta social ante el aborto saca a flote conflictos de orden ético y moral pero que influyen sobremanera en las relaciones interpersonales, finalmente el rechazo que se efectúa será en cualquier caso a las mujeres que se someten a un aborto, porque se le

---

<sup>33</sup> *Op cit.* pp. 59-61.

considera que es una mujer que se aleja de su camino "natural" y además elimino el derecho de otra persona.

Marta Lamas dice "la sociedad mexicana necesita oír un debate razonado y riguroso sobre cómo el aborto es valorado de manera dispar y variada, de acuerdo a diferentes perspectivas ideológicas: hay sociedades y grupos que lo condenan, y sociedades y grupos que lo permiten. La sociedad mexicana debe escuchar las razones de los expertos que señalan que justamente la existencia de la penalización es lo que genera graves problemas de justicia social y salud pública: las mujeres con recursos económicos se hacen abortos ilegales con las mejores condiciones, mientras que las demás mujeres sufren los riesgos de la ilegalidad: abortos mal hechos. La sociedad mexicana debe conocer la diferencia estadística de mortalidad entre mujeres que se hacen un aborto en un país donde es legal, y en uno donde es ilegal:

Aborto legal: 1 muerte por cada 100,000 abortos.

Aborto ilegal: 1,000 muertes por cada 100,000 abortos.<sup>35</sup>

Por otro lado, en la mayoría de los casos, las mujeres carecen de una atención post-aborto integral que incluya asesoría ginecológica y emocional. Debido al ambiente de clandestinidad en el que estas prácticas ocurren, las mujeres no acuden a revisiones médicas posteriores debido a múltiples razones, entre ellas, el deseo de evadir y tratar de olvidar una decisión que fue tomada como último recurso, con fuertes cargas emocionales.

Este asunto es importante porque las secuelas físicas y emocionales quedan a la deriva, muy posiblemente encuentren cauce en el futuro en contextos inmediatos que rodean a la mujer que abortó, pero en caso contrario de nunca poder asimilar ese hecho, y/o de librar la culpa que la mayoría de instituciones sociales le atribuyen, esta mujeres descargarán esos conflictos de manera menos sana y que finalmente terminarán dañándola a ella y a su familia.

Lo anterior es en el mejor de los casos, porque también es frecuente la muerte de mujeres sometidas a procedimientos insalubres. Una muerte materna es una verdadera tragedia: implica la desaparición de una mujer joven por causas que, en una enorme

---

<sup>34</sup> Varios. "Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos". *GIRE. México. 1995. pp. 59-61*

<sup>35</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". *Ed. The population council/Edamex, México. 1994. pp. 119-121.*



mayoría de los casos pueden prevenirse, una de las consecuencias es que se orilla a la orfandad a niños pequeños; otras repercusiones son la desintegración de la familia, una elevada mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo.

"El aborto, representa un riesgo de muerte para la mujer sólo cuando se realiza en condiciones antihigiénicas y/o personal que desconoce la técnica adecuada y que daña órganos Internos, perforando el útero y produciendo infección y hemorragia. Obviamente, las complicaciones secundarias al aborto se evitan, en primer lugar, reduciendo el número de embarazos no deseados y, por lo tanto, la urgencia de interrumpirlos; en segundo término, cuando el aborto es realizado por personal con experiencia, y por último, cuando las complicaciones mencionadas se detectan y tratan oportuna y correctamente"<sup>36</sup>.

Algo muy cuestionado es que al castigarse legal y/o socialmente el aborto sólo se culpabiliza a la mujer como si el varón no existiera o no estuviera inmiscuido en dicha situación, esa concepción pudo haber tenido respuesta en un contexto social y temporal determinado, por ejemplo, en el momento en que el hecho de procrear y criar a hijos se consideraba sólo una tarea de las mujeres, por ende, ellas eran las únicas responsables de su vida; o cuando la sexualidad humana tenía como único fin la procreación; en momentos como los actuales en donde se han rebasado dichas concepciones no se encuentra justificación.

Es difícil entender que la decisión de abortar – a la fecha- no se considere una asunto de la mujer, sino un asunto donde tienen cabida en opiniones y decisiones otros sujetos, pero al momento de castigar sólo se le contempla a ella, esta es una contradicción.

Los patrones culturales han tenido mucho peso para que existan condiciones que fomenten estas actitudes, es así como, culturalmente se han atribuido papeles con base en el sexo; pero estas diferencias no sólo se han hecho presentes sino que también han significado desigualdad, en términos de que ciertos roles son más "trascendentales" que otros y además tod@s aquell@s que no comparten ese sistema de valores son rechazados y juzgados socialmente.

---

<sup>36</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". Ed. The population council Edamex, México. 1994. pp. 150-152.

Dentro de estas asignaciones sociales, la maternidad juega un papel esencial; un hecho natural como la procreación y reproducción concretizada en el cuerpo de la mujer ha llevado a miles de culturas a pensar que eso la convierte en única responsable; también se ha santificado la maternidad como un acto divino, entre pensamientos místicos-mágicos-religiosos, por ello toda mujer que decida contrallegar a su naturaleza (por ejemplo, que decida por razones personales no procrear hijos) será sancionada socialmente, considerada una mujer mutilada e Incompleta que además de carecer por el resto de su vida no será una "buena mujer".

El aborto entonces levanta estrépito porque niega la maternidad como único destino para las mujeres, destino inmutable; rompe con los esquemas que visualizan a las mujeres-madres como binomio Incondicional; muchos de los conflictos que giran en torno a él se deben en parte a esto; cómo se podría condenar a las mujeres que redireccionan el rumbo de su vida (reproductiva), si sólo se le observara así no habría mayor conflicto, pero éste existe cuando toda su vida se considera consagrada a la maternidad, de alguna manera se piensa que se le prepara para ello, ese acto es un fin y no un medio que hace y transforma a la mujer; el hecho de que decida no procrear en ese momento -por cualquier razón- es ya atentar (desde esta perspectiva) contra su "naturaleza"; los argumentos de personas/grupos en contra de esta autodeterminación por parte de las mujeres suelen ser importantes e interesantes, pero mucho se debe básicamente a la confrontación social-cultural de éste fenómeno, negación -temporal o definitiva- a la maternidad como un hecho irrevocable.

En el 2000 surgió un caso muy sonado por todos los medios de comunicación y hecho presente por las Organizaciones No Gubernamentales de una niña que a los catorce años, fue obligada a tener a un hijo resultado de una violación. A pesar de que el derecho le permitía abortar, el médico y la fuerza de las asociaciones conservadoras fueron más fuertes; ya que personal del Hospital al cual fue a pedir ayuda, la exhortó a continuar el embarazo; además las autoridades del gobierno panista (Partido de Acción Nacional) en contubernio con autoridades hospitalarias evitaron que Paulina ejerciera su derecho, por considerarlo inmoral, finalmente la niña junto con su madre entablaron una demanda contra dichas autoridades, pero con niño en brazos a sus 15 años. A dicha exigencia de justicia se unieron otras organizaciones y personas, entre ellas EPIKEYA, una asociación

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sin fines de lucro dedicada a la defensa e casos legales en torno a la problemática de la salud y las mujeres.

Marta Lamas expresa "El caso encarna de manera paradigmática el dilema del Estado laico ante las agresiones a la ley de los fanáticos religiosos. Los delitos cometidos por el director del Hospital de Mexicali van desde la negación de un servicio público al incumplimiento de una orden judicial, pasando por abuso de autoridad, violación de confidencialidad médica, afectación de la libertad, la intimidad y la dignidad de la menor hasta, finalmente, el delito de tortura en su acepción amplia, psicológica"<sup>37</sup>.

#### *4.6 Condiciones De Salud.*

Como se comento anteriormente el sector salud no reconoce como gasto "formal" los servicios médicos que se requieren en la atención de abortos, de hecho a nivel mundial se reconoce que las cifras oficiales que existen en el país respecto a esta práctica son estimaciones, falta mucho aún por conocer cifras más cercanas a la realidad.

La subestimación en México es realmente importante: por cada muerte que se registra como materna queda otra sin registrar. Ésta se debe, generalmente a deficiencias en el llenado del certificado de defunción ya sea porque la persona responsable de ello omite la información, o bien porque la mujer gravemente enferma y/o sus familiares ignoran u ocultan su condición de gravidez. Estas circunstancias son frecuentes en el caso del aborto inducido.

Desde el punto de vista de Marta de la Lama "se ha abordado todo lo relativo al aborto, pero se ha expresado mínimamente la raíz del asunto. Es un problema de salud pública, es un derecho de la mujer que, evidentemente, nadie en sus cabales desearía que ocurriera"<sup>38</sup> el hecho de que se considere problema de salud pública lo aparta de cualquier discusión moral, es decir, si bien es cierto que es un tema espinoso y que la decisión nunca es fácil para aquellas mujeres que lo deciden y que probablemente hasta va en contra de su naturaleza, también es cierto que miles de mujeres se someten anualmente a esta práctica y que por las condiciones en que se efectúa, causa problemas severos de salud a un considerable número de ellas.

---

<sup>37</sup> <http://www.puntog.com.mx/>

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo se reconoció que el aborto "realizado en condiciones no adecuadas" es un importante problema de salud pública y que las mujeres que hayan recurrido a su práctica deben ser atendidas de manera pronta y humanitaria", además "en ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación familiar. Se insta a todos los gobiernos y a las Organizaciones Intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar"<sup>39</sup>.

En lo que se refiere a la práctica médica, en una investigación realizada por Marta Rivas y Ana Amuchástegui se identificaron actitudes que prevalecen entre los médicos durante la realización del procedimiento -por parte de las mujeres que solicitaban el servicio- "los Informantes identificaron dos actitudes que prevalecieron entre los médicos durante la realización del procedimiento: una, de naturaleza mercenaria, que mostraron quienes realizaban abortos por negocio, enfrentando a la usuarias con frialdad; y otra era la clandestinidad de estos establecimientos, que propicia la sensación de estar cometiendo un crimen. Pero por otra parte este hecho, sin embargo, no ocurriría sin la participación de las mujeres, es decir, las mujeres los perciben como personas sabias rodeadas del saber especializado depositan en ellos el poder de enjuiciarlas o perdonarlas a raíz de un aborto"<sup>40</sup>.

Según la Secretaría de Salud para 1999 se registraron 72, 184 abortos, el IMSS Solidaridad por su parte registro 9,275 y se catalogaron otros, como pueden ser hospitales universitarios y Cruz Roja donde hubo 1,969 abortos; dando un total de 83, 428 para ese año. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es quien atiende la mayor parte de abortos: 65,023 para 1999. La dificultad aquí reside en que no hay distinción entre

---

<sup>39</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". Ed. The population council/Edamex, México. 1994. pp. 111.

<sup>39</sup> Varios. "Aborto inseguro. Las mujeres nunca abortan solas". Campaña 28 de septiembre, día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe. 1998?. Pp. 3.

<sup>40</sup> Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". Ed. The population council/Edamex, México. 1994. pp. 111

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

abortos inducidos y abortos espontáneos; de cualquier manera las cifras son considerables y permiten observar que el fenómeno del aborto es frecuente en las mujeres mexicanas<sup>41</sup>.

El Sistema de Información de Salud de población Abierta (SISPA) estimó que de enero a diciembre de 2002 se registraron 77 852 abortos en hospitales y centros de salud (la dificultad aquí es que no hay un desglose de abortos espontáneos e inducidos), de estos 1,310 ocurrieron en menores de 15 años y 17,399 en mujeres de entre 15 y 19 años<sup>42</sup>.

La Organización de las Naciones Unidas en base a investigaciones realizadas en el campo de la salud reproductiva alrededor del mundo ha establecido que en lo referente a ese el contexto en México es el siguiente:

**CUADRO 28.**

Visión gubernamental del nivel de fertilidad	Muy alta
Intervención gubernamental concerniente al nivel de fertilidad.	Mínima
Política gubernamental en el uso de anticonceptivos.	Provee soporte directo.
Porcentaje actual de mujeres casadas usando un anticonceptivo moderno (entre 15 y 49 años, 1995).	58%
Tasa de fertilidad total (1995-2000)	2.8
Tasa de fertilidad especificando edad (por 1,000 mujeres de entre 15y 49 años, 1995-2000).	69
El gobierno ha expresando lo concerniente a:	
Morbilidad y mortalidad como resultado del aborto inducido.	Si
Complicaciones de maternidad y parto.	Si
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos, 1990): Nacional	
	110
Esperanza de vida femenina (1995-2000)	75.5 años

Fuente: ONU, "Abortion Policies". United Nations. 2001.

Elementos importantes que brindan una visión más real y cruda de lo que ocurre en torno al aborto inducido se pueden observar a través de las tasas de morbilidad y mortalidad que se muestran a continuación:

#### 4.6.1 Tasa De Morbilidad.

Los problemas que se presentan con mayor frecuencia a causa de un aborto inseguro son:

<sup>41</sup> Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística. Programas Sustantivos. Número 19. Volumen III. 1999.

<sup>42</sup> Secretaría de Salud. Boletín del Sistema de Información de Salud de Población Abierta. 2003.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- \* Infecciones. Las infecciones obedecen a la entrada en el útero de ciertas bacterias, una infección no atendida oportunamente puede provocar enfermedades serias, esterilidad e incluso la muerte.
- \* Retención del tejido. Después de la intervención pueden quedar restos de tejido en el interior del útero. En esos casos es preciso recibir atención médica pues este constituye un medio ideal para el desarrollo de bacterias causantes de infección.
- \* Hemorragias. Ésta se considera si el sangrado es más abundante que la menstruación o persiste más allá de las tres o cuatro semanas posteriores a la interrupción del embarazo.
- \* Lesiones intra-abdominales (perforación del útero y lesiones en el cuello del útero). Debido a que éstas son lesiones internas, no hay posibilidad de darse cuenta de ellas más que a través de las *señales de peligro*. La perforación del útero ocurre cuando un instrumento quirúrgico —o cualquiera de los que suelen usarse en la práctica del aborto inseguro— lo atraviesa.
- \* Reacciones tóxicas a las sustancias utilizadas para inducir el aborto. Después de ingerir hierbas, medicamentos o drogas para provocar el aborto, pueden presentarse serias complicaciones tóxicas, desde intoxicaciones hasta envenenamiento.
- \* Continuación del embarazo. En muy pocas ocasiones el embarazo puede continuar a pesar del intento de interrumpirlo, esto se debe a que se ha removido sólo parte del tejido, por lo que es necesario repetir el procedimiento hasta eliminarlo totalmente.

Las *señales de peligro* más comunes son: fiebre; escalofríos; dolores musculares; dolor abdominal o pélvico; cólicos y/o dolor de espalda; sensibilidad (a la presión) en el abdomen; hemorragia prolongada o abundante, en algunos casos la hemorragia puede desembocar en el shock, cuyos síntomas son el pulso acelerado, la piel sudorosa y húmeda, el desmayo y el mareo; flujo vaginal fétido; cansancio, debilidad o letargo y demora de seis o más semanas en la reanudación de los periodos menstruales<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Varios. "Miradas sobre el aborto". *GIRE*. México. 2001. pp. 33.

Solamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, institución de salud que proporciona la mayor cantidad de servicios médicos en el país, se registraron en 1990 cerca de 63,000 hospitalizaciones por complicaciones de aborto, lo cual representa el 8.2% del total de egresos obstétricos hospitalarios<sup>44</sup>.

La tasa de morbilidad es más difícil de identificar, considerando que cuando las mujeres acuden en búsqueda de un tratamiento por enfermedad, causada o como consecuencia de un aborto mal practicado; es difícil —según los especialistas— que las mujeres "confiesen" que se han practicado un aborto, por las connotaciones despreciativas que giran en torno a él; por otro lado, muchas de ellas intentan curar esos malestares a través de remedios caseros o en sitios donde no hay la suficiente organización para sistematizar la información del paciente.

#### *4.6.2 Tasa De Mortalidad.*

"En México, el aborto es la tercera o cuarta causa de mortalidad materna pero (...) sabemos que hay un subregistro de las muertes maternas en general, y especialmente las relacionadas con el aborto. En varios estudios realizados en México, se ha revelado que el subregistro es alto entre el 50 al 75%"<sup>45</sup>.

Cifras de 1990, muestran que había 41,355,676 mujeres en México, de éstas 22,500,000 estaban en edad fértil; a su vez hubo 2,579,090 nacimientos, de cada 1,000 nacimientos hay entre 206.7 y 329.6 abortos<sup>46</sup> en promedio.

En relación a la tasa de mortalidad materna, muestra que de 10,000 nacimientos registrados, para 1997 se presentó una tasa de 4.7 muertes, es decir, disminuyó de 1990 donde en este año era de 5.4, después hubo un descenso marcado en 1993 donde se registró una tasa de 4.3. (Ver Gráfica XIII). El INEGI en el 2000 registró una mortalidad materna nacional de 5.3 por 10,000 nacidos vivos<sup>47</sup>.

En la gráfica XIV se muestra que el aborto es una de las cuatro causas principales de muerte materna en nuestro país —siempre consideremos que existe un subregistro— según

---

<sup>44</sup> Varios. "Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos". *GIRE. México. 1995. pp. 42.* Es importante destacar que las instancias oficiales no presentan datos más recientes sobre el asunto, la Organización GIRE destaca que a pesar de este sesgo la tendencia de hospitalizaciones por aborto en la actualidad es la misma.

<sup>45</sup> Varios. "Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos". *GIRE. México. 1995. pp. 42.*

<sup>46</sup> *Op cit. . pp.39.*

<sup>47</sup> [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

cifras oficiales. Un aspecto también notable es que la cifra no se modificó del periodo 1989-1991 y el de 1995-1997, se mantuvo en 7.8%, ello significa que no ha habido avance en la reducción de la mortalidad por esta causa. Esto se contradice con la gráfica XV donde se muestra que la tasa global del aborto ha disminuido progresivamente junto con la tasa global de fecundidad, de 1985 donde había una tasa del 0.2 y bajó en 1997 a una tasa del 0.1. Lo que observamos en la gráfica XV se corrobora con el cuadro 26, donde se indica el porcentaje nacional de mujeres alguna vez embarazadas que han tenido al menos un aborto, esto es, en 1992 había un 19.6% de mujeres en esta situación y para 1997 se modificó a 19.0%, pero cabe agregar que si se hace una búsqueda por entidad federativa, encontramos que no todos los estados tuvieron una reducción en este sentido, sino que al contrario hubo un incremento.

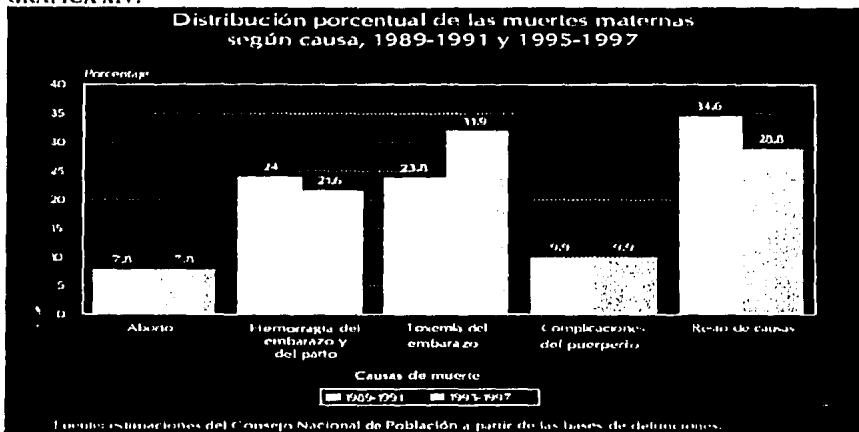
GRAFICA XIII.



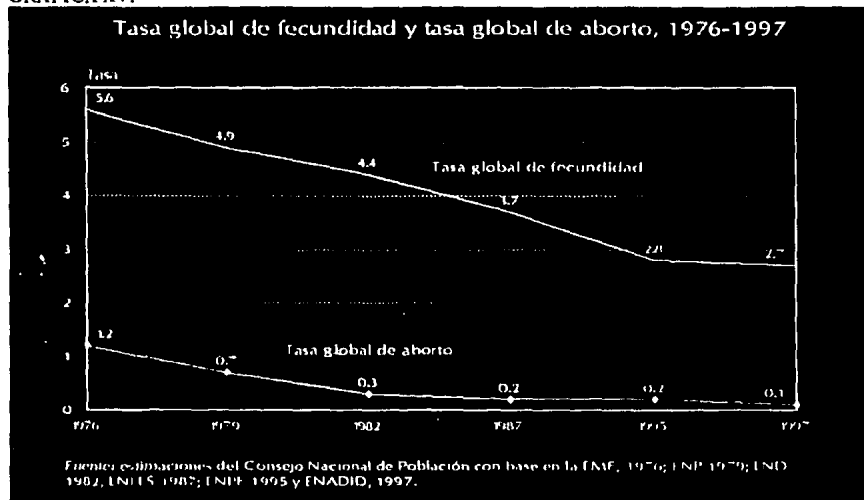
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



GRÁFICA XIV.



GRÁFICA XV.



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 29.

<b>PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ EMBARAZADAS CON AL MENOS UN ABORTO POR ENTIDAD FEDERATIVA, 1992 - 1997</b>		
<i>Entidad</i>	<i>1992</i>	<i>1997</i>
Aguascalientes	25.9	24.3
Baja California	21.2	15.1
Baja California Sur	20.8	17.8
Campeche	22.9	19.7
Coahuila	16.8	21.3*
Colima	20.1	20.9*
Chiapas	9.5	13.9*
Chihuahua	18.3	18.5*
Distrito Federal	19.0	19.6*
Durango	18.4	20.8*
Guanajuato	16.9	21.4*
Guerrero	22.2	16.0
Hidalgo	15.2	14.7
Jalisco	29.0	24.8
México	18.5	17.2
Michoacán	18.3	23.9*
Morelos	25.7	21.8
Nayarit	19.8	19.7
Nuevo León	22.3	19.1
Oaxaca	9.9	11.7*
Puebla	16.4	18.6*
Querétaro	17.5	16.8
Quintana Roo	18.6	19.6*
San Luis Potosí	22.8	17.0
Sinaloa	16.6	19.6*
Sonora	19.6	19.6
Tabasco	20.8	16.2
Tamaulipas	22.5	22.4
Tlaxcala	13.6	16.9*
Veracruz	21.3	19.3
Yucatán	23.1	23.7*
Zacatecas	24.9	21.7
<b>Nacional</b>	<b>19.6</b>	<b>19.0</b>

\* Entidades federativas que entre 1992 y 1997 tuvieron un incremento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **4.7 Análisis entre México y la muestra de nueve países, en relación al aborto inducido.**

México no se puede situar plenamente en algún apartado explicado en el capítulo anterior, es decir, no puede estar en el primer grupo porque su legislación en torno al aborto no es abierta en el sentido de ofrecer servicios para la interrupción del embarazo a petición de la mujer. Por otro lado, no está incluido en el tercer grupo porque no se considera totalmente rígido ya que se permite el aborto por ciertas causales. De alguna manera tiene mayores coincidencias con el segundo grupo que tiene características más heterogéneas entre sus integrantes, se podría decir que se ve más relacionado con Brasil, ya que a nivel de región (Latinoamérica) México es un país que ha desarrollado mucho sobre los Derechos Reproductivos y Sexuales, y aunque a nivel mundial se considera poco avanzado en dichos aspectos, en América Latina es uno de los países –junto con la República Brasileña- que se ha interesado por explicar y avanzar en esos términos.

La situación geográfica que presenta la República Mexicana le ha acarreado características muy singulares en la región, en lo referente a su historia, su economía, su estructura política y de poder, y finalmente condiciones socio-culturales muy similares.

México es un país considerado dentro de los países en desarrollo, con una economía dependiente, un lento avance en aspectos superados por los países desarrollados (como la tecnología, el desempleo, la pobreza, el hambre, entre otros), además de contar con un ineficiente aparato democrático representativo. El canon en relación a los países que se definen más liberalizadores en la cuestión del aborto es que usualmente pertenecen a países desarrollados, avanzados y son ideales perseguidos por el resto del mundo. Ellos han sabido dirimir las diferencias entre posiciones respecto al aborto utilizando argumentos para desaparecer aquellos que dañan su imagen de naciones superiores, especialmente en avance social; además de contemplar las ventajas que esas decisiones (liberalizadoras) traerían en otros ámbitos como el económico.

Una diferencia muy marcada entre éstos y México es que sus niveles de salud y bienestar social y de mujeres es mucho más alto en sus ciudadanos que en los mexicanos. Muestra de ello puede ser que procesos que en países como Canadá, Estados

Unidos o Italia vivieron hace décadas, México hace unos cuantos años esta pasando o mucho peor, aún no cuenta con circunstancias que le permitan arribar a dichos procesos.

Italia es un caso interesante a comparar con México porque a pesar de que no son idénticos, mantienen algunas características paralelas; la religión es de mucho peso para ambas naciones, tiene una gran influencia para la opinión pública respecto a temas que implican cuestiones morales y éticas. La estructura partidista es similar, en el sentido de que para ese momento histórico (1978 cuando se legalizó el aborto) estaban muy definidas las posiciones de cada partido, existían aquellos conservadores que detentaban los ideales de la Iglesia o de la clase dominante; los que expresaban posiciones menos rígidas pero que al mismo tiempo culdaban en exceso cada paso porque ello impactaría su ganancia o su pérdida en el telón partidista; y también estaban los que promulgaban posiciones más radicales pero que no contaban con una porción importante de electores. Al final todos ellos tuvieron que ceder y formular estrategias conjuntas.

Además el argumento que más se maneja es que el aborto clandestino era un negocio fructífero que ponía en riesgo la vida y salud de miles de mujeres, y esto a su vez lo convertía en un serio problema de salud pública; la sociedad no estaba ajena a esto y en estudios realizados en la época una mayoría votaba a favor de la liberalización; coincidentemente -todo esto- tiene mucho parecido a México.

Con países como Cuba y Puerto Rico, aunque existen contraposiciones en lo político principalmente porque no se comparte ni circunstancias ni ideologías similares; estos países mantienen niveles de salud aventajados a México; en el tema que nos ocupa, las tasas de morbilidad y mortalidad por aborto inducido son bastante disímiles, ello es importante porque a pesar de no ser países ricos y poderosos, con el simple hecho de brindar condiciones adecuadas a prácticas frecuentes, aunque no necesariamente estén a su favor, han logrado ofrecer a su población mayor seguridad en estos aspectos y a su vez favorecerse evitando costos aún más altos en la posteridad.

A nivel de Latinoamérica, México esta en una posición más privilegiada que Chile, El Salvador y Nicaragua con relación al aborto; por así decirlo estos países se encuentran en un nivel de subdesarrollo más profundo que la nación azteca; coincidentemente los primeros dos países han sufrido retrocesos importantes en materia de aborto (su despenalización) en los últimos años, cuestión que tiene mucho que ver con las propias

características que rodean a estos países. En lo referente a derechos sexuales y reproductivos están también en una posición más desfavorecida, los expertos consideran que son países que por sus contextos singulares han tenido mayores preocupaciones ajenas a estos temas, poco a poco han existido grupos que comienzan a movilizarse y a estudiar esos fenómenos pero todavía no ha sido lo suficientemente importantes. Las tasas de morbilidad y mortalidad femenina por aborto son altas a nivel mundial, la frecuencia de esta práctica también es alta y las estrategias y tratamiento para erradicar dichos fenómenos es mínimo a comparación de México.

Haciendo una comparación con el resto de países estudiados se puede observar:

México al igual que El Salvador y Nicaragua tiene un nivel de fertilidad muy alto considerado a partir de la visión gubernamental expresada, al mismo tiempo la intervención gubernamental sobre el nivel de fertilidad es similar a estos dos países centroamericanos.

Brinda soporte directo de anticonceptivos tanto como Estados Unidos, Cuba, Puerto Rico, Brasil, Chile, El Salvador y Nicaragua; es decir, que estos países junto con México el gobierno tiene programas para proveer a su población de dichos métodos.

El porcentaje de mujeres unidas usando anticonceptivos es muy reducido si se le compara con Canadá (75%), Estados Unidos (69%), Cuba (70%) y Brasil (77%); por el contrario su porcentaje es muy parecido a Puerto Rico (59%), El Salvador (53%) y Nicaragua (57%); y por último superior a Italia (39%).

Su tasa de fertilidad se encuentra en el promedio con 2.8, superior a Canadá, Estados Unidos, Italia, Cuba, Puerto Rico; es muy similar a Brasil y Chile e inferior a El Salvador y Nicaragua que llega a sobrepasar la cifra de 4.4.

El gobierno ha expresado algunos datos sobre las tasas de morbilidad y mortalidad femenina a causa del aborto inducido, esta situación es parecida a todos los países en que el procedimiento es ilegal, por el contrario todos aquellos países que lo mantienen en un status de legal, no mencionan nada al respecto, se presume que ello se debe a que no hay datos significativos al respecto en estos últimos.

La tasa de mortalidad materna (importante factor para medir el bienestar desarrollado en un país) es muy alta a comparación de los países denominados desarrollados, incluso muy alta en relación a Puerto Rico (17.4/100,000nv), Chile

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(65/100,000nv) y Cuba (95/100,000nv); pero inferior a países considerados con un fuerte subdesarrollo en ese sentido como los son El Salvador (300/100,000nv) y Nicaragua (160/100,000nv).

Queda claro que México tiene más similitudes con los países de su región, Latinoamérica, en casi todos los aspectos, si consideramos que son países pobres o en desarrollo, podemos percatarnos que sus niveles de desarrollo y bienestar de la población (especialmente femenina) es precario, a comparación de países desarrollados con alto potencial económico y tecnológico, pero también es interesante observar que países no catalogados como tal, como en el caso de Cuba, Puerto Rico y en algunos casos Brasil sobrepasan expectativas que México no cumple; esta situación lleva a plantear que el bienestar social no sólo se relaciona con el desarrollo, sino también se relaciona con la importancia social que implica la salud como parte integrante del desarrollo humano y de calidad de vida de la población, en lo cual el gobierno tiene una incidencia importante.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**CUADRO 30.**

**Cuadro comparativo, según variables en relación al aborto en los países estudiados.**

Variables	CANADA	ESTADOS UNIDOS	ITALIA	CUBA	PUERTO RICO	BRASIL	CHILE	EL SALVADOR	NICARAGUA	MEXICO
<b>VISIÓN GUBERNAMENTAL DEL NIVEL DE FERTILIDAD</b>	Satisfactoria	Satisfactoria	Muy baja	Satisfactoria	Satisfactoria	No hay posición oficial	No hay posición oficial	Muy alta	Muy alta	Muy alta
<b>INTERVENCIÓN GUBERNAMENTAL SOBRE EL NIVEL DE FERTILIDAD</b>	No hay intervención	No hay intervención	No hay intervención	No hay intervención	No hay intervención	No hay intervención	No hay intervención	Intervención baja	Intervención baja	Intervención baja
<b>SOPORTE GUBERNAMENTAL EN ANTICONCEPCIÓN</b>	Soporte indirecto	Soporte directo	Soporte indirecto	Soporte directo	Soporte directo	Soporte directo	Soporte directo	Soporte directo	Soporte directo	Soporte directo
<b>% DE MUJERES UNIDAS USANDO ANTICONCEPTIVO MODERNO</b>	75% (1995)	69% (1998)	39% (1979)	70% (1987)	59% (1992)	77% (1995)	—	53% (1993)	57% (1998)	58%
<b>TASA DE FERTILIDAD TOTAL</b>	1.6 (1995-2000)	2.1 (1990-1995)	1.2 (1995-2000)	1.5 (1995-2000)	1.9 (1995-2000)	2.3 (1995-2000)	2.4 (1995-2000)	3.2 (1995-2000)	4.4 (1995-2000)	2.8
<b>DATOS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD COMO RESULTADO DE ABORTO INDUCIDO</b>	No	No	No	No	Si	Si	—	—	Si	Si
<b>TASA DE MORTALIDAD MATERNA</b>	6/100,000 nv	8/100,000 nv	12/100,000nv	95/100,000 nv	17.4/100,000 nv	220/100,000nv	65/100,000 nv	300/100,000 nv	160/100,000nv	110/100,000nv
<b>ESPERANZA DE VIDA FEMENINA</b>	82 años	79.3 años	81.2 años	78 años	75.3 años	71 años	78 años	73 años	70.6 años	75.5 años

*Fuente. Cuadro elaborado para fines de este estudio, México. 2002*

**TESIS CON  
PALA DE ORIGEN**

## **EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA RESOLUCIÓN DEL ABORTO INDUCIDO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**

La disciplina del Trabajo Social tiene como una de sus principales premisas coadyuvar a la solución de los problemas y necesidades sociales a través de la acción, sin ésta el Trabajo Social es difícil de reconocer, es por ello que su actuar debe enfocarse no sólo a la prevención de embarazos no deseados, en donde por cierto ya tiene camino andado; sino que también debe enfocarse a las estrategias para disminuir los riesgos que involucra el aborto inducido en la vida y salud de las mujeres.

En ese sentido, Trabajo social como profesión ha hecho muy poco por involucrarse en temas que atañen a las mujeres y a su condición; incluyendo el tema del aborto, también ocurre que muchas veces se sigue observando como un problema moral, depositando connotaciones muy personales al momento de discutir.

Si bien existen programas de sexualidad dirigidos a l@s adolescentes y a la población en general, con diversos ejes entre ellos cómo prevenir los embarazos no deseados y en adolescentes, también es cierto que dichos programas no tienen la cobertura deseable y por otro lado, no siempre se contemplan las características especiales de la población a la que se les dirige. Es por ello que l@s trabajador@s sociales deben aprovechar al máximo la ventaja de estar en contacto directo con diversos grupos de la sociedad para conocer con la mayor profundidad posible sus contextos y necesidades, para que los proyectos tengan mayor eficacia en la implementación.

Al trabajar con mujeres que se han practicado un aborto inducido, tener oídos, ojos y mente abierta para conocer sus historias de vida; porque en ellas se encuentran las razones del porque tomaron esa decisión y muy posiblemente también ahí estén las futuras soluciones, ya que ellas son las que mejor conocen la situación.

Ante mujeres que estén en la disyuntiva de efectuarse un aborto inducido, l@s trabajador@s sociales deberán ser claros y lo más neutral posible, claros en el sentido de informar ampliamente a las mujeres de la situación legal del aborto en México, así como las consecuencias en su salud y en sus contextos inmediatos; pero siempre manteniendo la postura de respeto ante cualquier decisión que tome aquella mujer.

El Trabajo Social a lo largo de su historia se ha enfocado en la acción concreta, pero no debe olvidar que a través de otros ámbitos se puede accionar, el presente trabajo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



es muestra de ello; su aporte reside en que a pesar de no ser una investigación aplicada permite tener un panorama completo sobre la situación y a partir de ella generar líneas de trabajo posteriores; es decir, la investigación documental desde la perspectiva del Trabajo Social también es un aporte de dicha disciplina porque sólo ella puede contener en el análisis los elementos suficientes para su discusión y propuesta de soluciones desde lo social, por ejemplo, brindar los elementos para decir que el aborto inducido en México es un fuerte problema de salud pública, y que un avance importante será la despenalización del mismo, se tienen elementos suficientes para poder discutir a futuro una propuesta de ley en donde se replantea la situación legal del aborto inducido.

En los principales ámbitos a los cuáles se puede enfocar Trabajo Social son:

➤ En la esfera educativa, principalmente con población vulnerable; aunque no por ello olvidar a población que puede tener ingerencia en el asunto, por ejemplo, personal de salud, personal administrativo; esta intervención sería con miras a sensibilizar a la población respecto al tema pero sin lugar a dudas tendría como especial tarea la prevención; formulando programas reales y aplicables de educación sexual, no sólo que contemplen Información fisiológica, sino también todos aquellos aspectos que intervienen para el pleno ejercicio de su sexualidad, considerándola a esta más allá de reproducción y relaciones sexuales coitales.

➤ Trabajar con la comunidad y en especial con grupos de mujeres para negociar con instancias gubernamentales o de otro tipo, la satisfacción de sus necesidades y en especial aquellas que le brinden mejores niveles de salud sexual y reproductiva; también habría que hacer partícipes a las propias mujeres mediante la organización y participación activa a los asuntos que afectan directamente su vida sexual y reproductiva, de manera que primero puedan conocer sus derechos, asumirlos y pelear por su respeto.

➤ El Trabajo Social orientado a cuestiones de salud, debe generar mecanismos para la satisfacción oportuna de anticonceptivos, especialmente en poblaciones con mayor frecuencia de embarazos, o que son más vulnerables a ello, por ejemplo, l@s adolescentes, mujeres en edad reproductiva, etc.

➤ El fomento a la equidad en la sociedad y dentro de los contextos más inmediatos es otra tarea que corresponde a esta profesión, ya que gracias a que tiene la posibilidad de trabajar directamente con los sujetos sociales tiene también la posibilidad de plantear

la distribución equitativa de cargas de trabajo dentro del hogar, de manera que los varones se acerquen a las labores del hogar y a la crianza de los hijos, es decir, aspirar a una paternidad y maternidad responsables.

➤ Dentro del campo de la investigación habrá que contribuir a un trabajo multidisciplinario en el que desde la perspectiva del Trabajo Social se presente la problemática del aborto inducido, así como sus consecuencias para, poco a poco ir fundamentando el por qué de un avance legislativo hacia su despenalización; de manera tal que existan argumentos válidos para combatir el aborto clandestino.

➤ Finalmente debe recordarse que Trabajo Social tiene como prioridad aquellas poblaciones o sujetos con mayores carencias y problemáticas, como esta investigación demostró, las mujeres más afectadas en México en relación al aborto inducido, son las mujeres pobres de este país, es por ello que esta profesión deberá tener acción conjunta con ellas para la resolución de sus problemas y necesidades.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES.

El aborto inducido es una practica frecuentemente realizada por mujeres de todo el mundo y desde tiempos remotos; es un problema multicausal porque cuando una mujer llega a la decisión de interrumpir su embarazo ha pasado por situaciones conflictivas (una o varias) que la llevan a elegir un aborto en lugar de continuarlo naturalmente. Ocurren millones de abortos al año en todo el mundo, esta cifra muestra la frecuencia de tal practica, es decir, no hay duda en que existe y que no es un fenómeno a desaparecer.

El riesgo que tienen las mujeres a practicarse un aborto es mayor si existen condiciones como:

- Vivir en una sociedad donde la demanda anticonceptiva es insatisfecha.
- Que las mujeres no cuenten con condiciones económicas, sociales, educativas, culturales, familiares, de salud y/o personales que permitan llegar a un fin satisfactorio del embarazo.
- A nivel más general que los países y sus instituciones no fomenten a través de planes y programas una salud sexual y reproductiva placentera, informada y responsable.

El carácter legal o ilegal que tenga el aborto inducido dependerá del contexto de cada sociedad, usualmente el aborto inducido ilegal se considera peligroso e insalubre porque se realiza por personal no capacitado o en lugares y con material antihigiénico, es decir, bajo situación de clandestinidad. Pero cabe destacar que habrá mujeres que puedan pagar altas cantidades de dinero para realizarse abortos seguros y con personal capacitado aún cuando sea clandestino; en este sentido, las desventajas más grandes en los países donde se restringe el aborto son para las mujeres pobres porque ellas (debido a ese factor) correrán más riesgo de salud.

Como demostró esta investigación el aborto inducido en condiciones de ilegalidad será un procedimiento complicado y peligroso; es por ello que se considera un factor importante en la morbilidad y mortalidad femenina.

Es importante destacar que el aborto seguro e higiénico, se presenta con mayor frecuencia en países donde es legal la petición de la mujer; el procedimiento en

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

estas condiciones es bastante sencillo y seguro. En algunos países manejan procedimientos como operaciones quirúrgicas de otro tipo, que resultan ser mucho más complicadas que el aborto.

En los países donde es un procedimiento legal como Canadá, Estados Unidos, Cuba y Puerto Rico, los niveles de morbilidad y mortalidad son mínimos o inexistentes; por el contrario en países que lo consideran ilegal como Chile y el Salvador o que es permitido sólo por algunas causas como ocurre en Brasil, México y Nicaragua; los niveles de estos indicadores son por mucho más altos que los primeros, aunque a nivel mundial parecieran no ser los más significativos; las complicaciones y muertes por abortos son de miles de mujeres, ello conlleva aun grave problema de salud pública.

Una característica importante es que los países que mantienen leyes restrictivas son considerados pobres o en proceso de desarrollo, en las cuales se presentan serias dificultades económicas, sociales, políticas y de salud en donde el aborto es una causa de morbilidad y mortalidad femenina.

Considerando que el aborto inducido legal tiene consecuencias serias en estas sociedades es difícil pensar que no sea un tema problematizado y con miras a solucionar mediante estrategias contextualizadas, reales y creativas; como esta ocurriendo en la actualidad.

Debido a las diferentes vertientes que traspasan éste tema, los actores políticos y religiosos principalmente, se han negado a discutir y trabajar el tema en un ambiente de respeto y tolerancia a otras posiciones, a la situación de las mujeres; ello ha generado una total polarización en el análisis, se esta en contra o a favor, eliminando por completo a todas aquellas posiciones que están entro de este angosto espectro. Esto orilla alas personas a asumir alguna de estas posiciones, aunque no tenga claro el asunto; o no este totalmente convencido por alguna de ellas.

La relación entre Estado e Iglesia es importante porque a pesar de que en todos los países analizados estará presente esta situación, no es la misma relación; en los países donde esta legalizado, la iglesia no esta inmiscuida en asuntos que le competen sólo al Estado, y este a su vez navega bajo la embestidura de ser democrático y liberal, aunque a veces represente en realidad posiciones contrarias, o simplemente no este a favor.

Por el contrario en los países donde esta penalizado completamente o por una mayoría de causas; la relación entre estas dos instituciones es difusa, no se sabe bien a bien cuando termina el papel de una y comienza el de otra; constantemente la Iglesia se inmiscuye en ella; además el poder estatal es rígido y no permite la discusión abierta sobre temas importantes y complejos como lo es el aborto; al considerarlo un tema espinoso, prefieren las autoridades gubernamentales, educativas, sanitarias, entre otras adoptar la posición conservadora (muy parecida a la determinada por la Iglesia Católica) o no ahondar más en el tema.

Otro elemento importante en esta relación son los grupos conservadores que proclaman "medidas" restrictivas para resolver el problema del aborto, *Pro-vida* es representativo en este sentido, asume una postura de rechazo total a la liberalización del aborto; y propone como solución, la abstinencia sexual o por otro lado no restringirla procreación de ninguna manera, porque también esta en contra de la protección anticonceptiva. Esta visión no es contraria a la despenalización del aborto, en el sentido que es un punto de vista válido para ejercer la vida sexual y reproductiva, el conflicto existe cuando esta perspectiva se pretende instaurar como la única o la "deseable", no considerando que la sociedad es diversa en pensamientos y acciones; además de ignorar mientras argumentan a "favor de la vida" muchas mujeres mueren por complicaciones de aborto inducido clandestino.

En las naciones donde el aborto esta permitido también existen conflictos con grupos conservadores pero hasta el momento se ha mantenido dar prioridad al bienestar de las mujeres, incluso se ha tenido que legislar, como en Canadá que integrantes de dichos grupos no pueden acercarse a cierta distancia a las clínicas donde se realizan abortos.

Elementos importantes que salen a flote en esta investigación y que pudieran servir como puntos de partida para posteriores trabajos de investigación son:

- Cuba siendo un país avanzado en cuestiones de salud especialmente en prevención, tiene una tasa de mortalidad materna alta, considerando que presta mucha importancia social a este rubro; las 95 muertes sobre 100,000 nacidos vivos son una cifra considerable, que sería necesario

investigar a qué se debe, a pesar de que estas muertes no tienen como causa el aborto inducido.

- Italia para ser un país desarrollado tiene una tasa de mortalidad materna muy alta, además de contar con un porcentaje de uso de anticonceptivos muy bajos, es la muestra también de que la legalización teórica total del aborto inducido no es suficiente si en la práctica no se brindan las condiciones para ello, como el que haya suficientes unidades médicas que realicen el procedimiento, que se atiendan oportunamente a las mujeres que solicitan el servicio eliminando difíciles procesos burocráticos.
- Brasil, es un país con arduo trabajo en el campo de los Derechos Reproductivos y Sexuales, tiene posibilidades en un futuro de mejorar las condiciones de las mujeres que se someten al aborto clandestino en la actualidad; otro factor importante que puede influir en el avance de dichos procesos es el ascenso del nuevo gobierno, que posiblemente posibilite la apertura en temas de relevancia para las mujeres.
- Chile, El Salvador y Nicaragua muestran tasas de mortalidad materna y por aborto muy reducidas para ser países que tienen leyes tan restrictivas, es muy probable que la práctica del aborto inducido siga siendo frecuente, en ese caso, las tasas que muestran las instancias oficiales parecen conservadoras; habría que investigar a qué se deben estas irregularidades.
- México está en una posición muy desfavorable en relación a los Derechos Reproductivos y Sexuales que ejercen las mujeres, el tema del aborto todavía está irresuelto, falta mucho por avanzar en el verdadero acceso de las mujeres y las parejas a decidir libre, informada y responsablemente los senderos de su vida sexual y reproductiva; en este sentido las instancias gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales, así como las educativas, tienen mucha tarea por realizar.
- Incorporar por completo el aborto inducido dentro del concepto de Derechos Reproductivos también es una meta a la que no se ha llegado, de manera tal que las mujeres y las parejas también tengan

acceso real a la Interrupción voluntaria del embarazo, como medida última para no continuar un embarazo no deseado. Mucho dependerá de las políticas poblacionales, si el aborto será una "última medida", en el sentido de que si no existe suficiente anticoncepción, los abortos tendrán mayores índices; pero si hay suficiente demanda anticonceptiva, junto con eficaces programas de educación sexual y reproductiva; el aborto realmente sólo será en casos extremos; pero aún es más importante saber que no existirán riesgos a la salud y vida de las mujeres.

Queda claro, que cuando el aborto inducido no es legítimo en una sociedad que se proclama como democrática y liberal, muy probablemente se convertirá en clandestino y, afectara la vida y salud de miles de mujeres, socialmente tiene un costo invaluable; el Estado y sus instituciones, junto con la sociedad deben hacerse responsables de los hechos sociales que le afectan directamente y que muchas veces originan, que no se fomente equidad entre los géneros y ello deriva en que son las mujeres encargadas en su mayoría de la crianza y cuidado de l@s hij@s , así como el creciente aumento de embarazos en adolescentes que habría que analizar como influye en el contexto familiar, comunitario, educativo, etc. este hecho. Por ello se deben proporcionar condiciones adecuadas a todas las mujeres y parejas para tener una maternidad placentera en el caso de no desear continuar ese embarazo, brindar la opción de interrumpirlo en condiciones seguras y con un trato digno.

El trabajo del movimiento feminista es muy rescatable porque ha permitido sacar el tema a la escena pública, hacerlo presente como un problema de salud pública y como un derecho propio de la mujer. Lamentablemente no han podido consolidar estrategias suficientes para intervenir directamente en políticas de población; pero por el contrario han podido dar pasos firmes en sus países por una ampliación legal. Otro de sus logros es incorporar el concepto de Derechos Reproductivos que han posibilitado analizar al aborto inducido desde una perspectiva más amplia y sin prejuicios; aunque todavía es una noción incompleta, porque muchos autores no tratan el tema del aborto explícitamente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Es necesario, entonces afirmar que mientras no se brinden condiciones óptimas para el desenvolvimiento de los ciudadanos y especialmente de las mujeres, y se siga pensando por ellas, dirigiendo – con base en visiones muy particulares- su vida reproductiva y sexual; las mujeres seguirán tomando decisiones extremas para hacer notar su autonomía, aunque éstas conlleven riesgos a su propia vida y a la de su comunidad y finalmente caigan en la clandestinidad. El aborto debe ser un derecho reproductivo de las mujeres que les permita tomar las riendas de lo que por siglos se han adueñado otros actores; los varones tendrán toda la validez moral y social de intervenir en esta decisión, en el momento en que demuestren que tienen derecho a ello; es decir, cuando ellos hagan válida y real su participación activa dentro de la crianza.

Por último, cabe destacar que el aborto inducido merece la atención urgente, como asunto que afecta de manera importante la morbilidad y mortalidad femenina, y que mientras continúe en la clandestinidad, el problema aumentará, afectando a las mujeres más desprotegidas; y todo país que se declare democrático deberá tener acciones decididas para coadyuvar a la solución del problema social del aborto inducido.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### SUGERENCIAS.

Es necesario generar aproximaciones conceptuales con grupos que se oponen a la liberalización del aborto como Pro-vida y la Iglesia católica, en el sentido de demostrar que no son absolutamente contrarias sino que hay similitudes y con base en estas, se eliminaran los extremismos y se podrían tender puentes. Si bien es difícil hacer acercamientos en posiciones diferentes, debe analizarse el problema de tal forma que permita sacar a la luz las consecuencias reales y severas que genera el aborto inducido, dar la importancia que merece al problema, eliminando retórica y simplismos.

Otro aspecto importante es que la sociedad civil juega un papel esencial, si no dejan escuchar su voz, las instituciones u organizaciones la tomaran como suya. Si el aborto se sigue manteniendo como un acto oculto y vergonzoso, se seguirá fomentando la clandestinidad y se lograra que las instancias correspondientes traten el tema, continuaran evadiéndolo o negándolo.

Trabajo social tiene un papel importante por jugar, deberá acercarse mediante modelos de intervención, actuales y creativos a esta y muchas otras problemáticas que atañen a las mujeres y afectan sus vidas; tiene amplio campo por desarrollar en la investigación y en el trabajo comunitario para inferir en dichas problemáticas de manera que a través de un proceso arduo se logren modificaciones reales en estos problemas.

Por último se deberá trabajar y aportar una propuesta legal que maneje la despenalización del aborto inducido, no visto como método de control natal, sino como opción ante un embarazo no deseado, dónde se contemplen las condiciones sociales y de salud con prioridad, porque son estas situaciones las que ponen en desventaja a la mayoría de las mujeres que tienen abortos inducidos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFIA.

- "Aborto Inseguro. Cuando las mujeres se mueren por ser pobres". Campaña 28 de septiembre. 1996.
- "Anuarios de Egresos Hospitalarios, 1983,1984,1990 y 1991". Instituto Nacional de Estadísticas. Chile.
- Alvarez L. "La fecundidad en Cuba". Editorial Ciencias Sociales. La Habana. 1985.
- Azize Yamila y Avilés Luis. "La realidad del aborto en Puerto Rico". Proyecto de Estudios de la Mujer, Colegio Universitario de Cayey y Universidad de Puerto. Puerto Rico. 1993.
- Barreiro Belén. "Democracia y conflicto moral: la política del Aborto en España e Italla". Ciencia política ISTMO. España. 2000.
- "Basic Country Health Profiles for the Americas" en: [http://: www.paho.com](http://www.paho.com). Pan American Health Organization. Internet. 1999.
- Bermúdez Valdivia Violeta. "Silencios públicos, muertes privadas. La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe". CLADEM. Perú. 1998.
- Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales. México. 1999.
- Colón Warren Alice y Larrinaga Elsa. "Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe Hispano". Proyecto Atlantea e Intercambio académico-Caribe. Puerto Rico. 2001.
- Childbirth by Choice Trust. "No choice. Canadian Women Tell their stories of illegal abortion". Canadian cataloguing in Publication DATA. Canada.
- "Declaración de Amsterdam" en: Abortion Matters. Holanda. Marzo de 1996.
- "Economía de Italla" en: <http://www.guladelmundo.com/paises/italy/economia.html>. Internet. 2003.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. "Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos". Visión Año 2000. Inglaterra. 1996.
- Figueroa Perea Juan Guillermo. "Algunos problemas de investigación sobre derechos reproductivos" En: Perinatol Reprod. Hum. Volumen 10. Número 2. Abril-junio 1996.
- Gabor Maté. "Teenagers seldom consider long-term health and emotional issues when they first began their sex lives". Canada. Global and Mall. 1994.
- "Geografía da Itália" en: <http://www.italianoar.com/Index.htm>. Internet.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Githens Marianne and Stetson Mc Bride. "Abortion Politics: public policy in cross-cultural perspective". New York and London. Routledge. 1996.
- González Montes Soledad. "Las mujeres y la salud". El Colegio de México y Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. México. 1995.
- « Human Life International » en : [http://: www.hli.org](http://www.hli.org). July-August. Internet, 2002.
- [http://: www.celsam.org/abortyemb.asp](http://www.celsam.org/abortyemb.asp). Internet.
- [http://: www.cimac.org.mx/noticias/](http://www.cimac.org.mx/noticias/)
- [http://: www.medicare.gob.can](http://www.medicare.gob.can). Internet.
- [http://: www.reforma.com.mx](http://www.reforma.com.mx). Internet.
- [http://: www.rsmc.com](http://www.rsmc.com). Internet.
- [http://: www.to2.com/desar/camujes](http://www.to2.com/desar/camujes). Internet.
- [http://www.areasprotegidas.org/chile\\_contexto\\_nacional](http://www.areasprotegidas.org/chile_contexto_nacional). Internet.
- <http://www.cbctrust.com/medproc.html>. Internet
- Hurst Jane. "La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica". Católicas por el Derecho a Decidir. México. 1992.
- Instituto Alan Guttmacher. "Aborto Inducido a nivel mundial". Instituto Alan Guttmacher. Nueva York. 1999.
- International Planned Parenthood Federation, Annual Report 1992-1993. IPPF. London.
- "ONU amenaza recortar ayuda a Nicaragua por rechazo a aborto" en: [http://: www.vinculum-news.com/spanish/abortion/nicaragua.htm](http://www.vinculum-news.com/spanish/abortion/nicaragua.htm). Managua. Internet. Marzo.
- Kathryn G. Moore. "Public Health Implications of Abortion", American College of Obstetricians and Gynaecologists, Washington, D.C. 1990.
- Martínez García Sylvia. "Tesis: Los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en México y su relación con los derechos humanos", Universidad La Salle. México. 1997.
- Mateo de Acosta Oscar. "El aborto en condiciones de legalidad: aciertos y contradicciones". Ministerio de Salud. Cuba. 1994.
- Molina S. "Regulación menstrual en consulta externa". Trabajo de terminación de residencia en Ginecología y Obstetricia. La Habana. 1985.
- Neft Naomi and Levine Ann. "Where Women Stand". Random house. New York. 1997-1998..
- Olivares Cecilia. "Derechos Reproductivos y Derechos Sexuales". GIRE. México. 1994.


  
 TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- Oliver Orozco María Gloria, Parra Mosco Beatriz, Witrigo Solís Ma. Candelaria. "Consecuencias Psicosociales del aborto Inducido". Tesis. ENTS-UNAM.
- ONU. "Abortion policies. A global review" Volume I. EAU. United Nations.2001.
- ONU. "Abortion Policies. A global review" Volume II. E.U.A. United Nations. 2001.
- ONU. "Abortion Policies. A global review" Volume III. E.U.A. United Nations. 2001.
- Ortiz Ortega Adriana. "Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate". The Population Council Edamex. México. 1994.
- Palma Zulema. "Los derechos reproductivos de las mujeres y la anticoncepción". Centro Integral de Salud para mujeres "Dra. Julieta Lanteri". Argentina. 1994.
- "Perseguidas: legislación sobre aborto" [http://: www.crlp.org](http://www.crlp.org) .Internet.
- Pizarro Ana María. "La experiencia de los servicios alternativos en relación con el aborto". Universidad Externado de Colombia. Colombia.1994.
- Pizarro Jimenez Ana María. "Comportamiento del problema del aborto inducido ilegalmente en el Hospital Bertha Calderon". Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y Ministerio de Salud de Nicaragua. Nicaragua. 1988.
- Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, septiembre de 1995.
- Rivas Zivy Marta y Amuchástegui Herrera Ana. "Voces e historias sobre el aborto". Edamex. México. 1998.
- Scavone Lucila. "Género y Salud Reproductiva en América Latina". Libro universitario regional. Costa Rica. 1999.
- "Seis acciones urgentes para reducir la mortalidad materna y el aborto inseguro". Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC). Nicaragua. 2002.
- Singh S and Henshaw S. "The incidence of abortion: a worldwide Overview Focusing on Methodology and on Latin America". UNICEF. New York. 1996.
- "Support for Family Planning Improves Women's Lives" en:[http://: www.guttmacher.org/pubs/ib23.html](http://www.guttmacher.org/pubs/ib23.html). Internet.
- The Alan Guttmacher. "Sharing responsibility: women, society and abortion. Worldwide". The Alan Guttmacher. New York. 1999.
- Trussell, J. "The economic value of contraception: a comparison of 15 methods" in American Journal of Public Health.
- Careaga Pérez Gloria. "Ética y Salud Reproductiva". PUEG-UNAM. México. 1996.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- Varios. "Abortion among adolescents in Cuba". Elsevier science. New York. 1998.
- Varios. "Abortion in Canada today: the situation province by province". Childbirth by Choice Trust. 1996.
- Varios. "Abortion in law, history and religion". Canada. Childbirth by Choice Trust. 1995.
- Varios. "Abortion. In law, history and religion". Canada. Childbirth by choice trust.
- Varios. "Aborto inseguro. Las mujeres nunca abortan solas". Campaña 28 de septiembre, día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe. 1998?
- Varios. "Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Incidencia". Universidad Externado de Colombia. Colombia. 1994.
- Varios. "Estimaciones de la mortalidad materna para 1995". Organización Mundial de la Salud. 2001.
- Varios. "Jornada Nacional de Reflexión Terapéutico y la práctica de la Gineco-obstetricia". IPAS. Nicaragua. 2001.
- Varios. "Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género". OPS y OMS. Washington. 1996.
- Varios. "Miradas sobre el aborto". GIRE. México. 2001.
- Varios. "Mortalidad por aborto la causa no declarada". Centro de investigación sobre dinámica social y Universidad Externado de Colombia. Colombia.
- Varios. "Mujeres del Mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. Suplemento 2000". Centro Legal para Derechos reproductivos y Políticas Públicas. New York. 2001.
- Varios. "Mujeres Latinoamericanas en cifras. Chile". Flasco. Chile. 1992.
- Varios. "Mujeres Latinoamericanas en cifras. Nicaragua". Flasco. Chile. 1992.
- Varios. "Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos". GIRE. México. 1995.
- Varios. "Realidades y desafíos. Reflexiones de mujeres que trabajan en Salud Reproductiva". Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Chile. 1994.
- Varios. "Seminário Nacional: aborto, ciudadanía e Justicia social". Rede nacional feminista de saúde e dereitos reprodutivos. Sao Paulo. 1996.
- Varios. "The economics of contraception, abortion and unintended pregnancy". Canadá. Childbrth by Choice.Trust. 1996.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN