



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

CAMPUS ARAGÓN

**“EL ABORTO, CAUSA DE MORTALIDAD EN MADRES
SOLTERAS DE IZTAPALAPA ”**

REPORTAJE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADO EN
COMUNICACIÓN Y PERIODISMO**

P R E S E N T A :

PETRA LAURA ROÑAS ORTIZ

ASESOR:

LIC. ARACELI NOEMÍ BARRAGÁN SOLÍS

MÉXICO

2004





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.

Sólo como un pequeño reconocimiento a todos los que hicieron realidad este sueño... simplemente GRACIAS a...

DIOS... por permitirme existir y darme todo en la vida... por estar conmigo en los momentos más difíciles... por guiarme en mi camino, dándome la fortaleza que se necesita para seguir en la vida.

MIS PADRES... porque son las personas más importantes en mi vida, porque me dieron las bases para ser quien soy... a ti **mamá**, porque sin ti te juro que no lo hubiera logrado, por todo tu apoyo, por estar siempre a mi lado y luchar tanto por mí ... a ti **papá**, por creer en mí, por todo lo que trabajaste por nosotros y enseñarme el mejor ejemplo: la responsabilidad. A ustedes dedico todo mi trabajo y esfuerzo en compensación por el que dedicaron a mí.

MIS HERMANOS... Lalo, Luis, Rubén y Lore, por ser mi familia, la cual siempre fue y será el motivo para seguir y no rendirme... por todo lo que nos ha tocado vivir, ojalá siempre estemos juntos. ¿saben? nunca voy a olvidar nuestra niñez.

LA UNAM... porque a través de ella adquirí los conocimientos para desarrollarme profesionalmente y por ello sentirme orgullosamente universitaria... por haberme dado la gran oportunidad de pertenecer y egresar de la **MÁXIMA CASA DE ESTUDIOS**.

LIC. ARACELI NOEMÍ BARRAGÁN SOLÍS... porque un día llegue a usted con las manos vacías... pero con sus conocimientos, paciencia, tiempo, experiencia y todos sus consejos aceptó cristalizar junto conmigo mi más grande sueño profesional.

DRA. JACQUELINE GUERRA FALCÓN... porque sin tu ayuda médica hubiera sido mucho más difícil la realización de esta meta, que tú conoces desde la prepa ...pero sobre todo por haberme dado, además de ánimo y apoyo, algo que nunca quiero perder... **TU AMISTAD**.

... a todos ustedes mi infinito agradecimiento... porque nunca reuniré las palabras suficientes para decirles lo importante que han sido en mi vida... porque mi única forma de pagárselos es reconociéndolos... MIL MIL GRACIAS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
--------------	---

CAPÍTULO 1

MEDIDAS PREVENTIVAS, REDUCCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS

1.1 ¿Por qué se embarazan las mujeres?	11
1.1.1 Educación sexual	13
1.1.2 La intervención de la educación sexual en la escuela	16
1.1.3 Los valores en la familia	20
1.2 La urgencia de información oportuna y adecuada por parte de las instituciones de salud	23
1.2.1 La utilización correcta de métodos anticonceptivos	26
1.3 Los medios de comunicación, una alternativa	30
1.3.1 La necesidad de difundir la anticoncepción oportuna y adecuada	32

CAPÍTULO 2

EL ABORTO COMO SIGNO DE MORTALIDAD EN MADRES SOLTERAS DE MÉXICO

2.1 Definición de aborto	36
2.2 Aborto Clínico	39
2.2.1 Personal médico	40
2.2.2 Métodos científicos	43
2.3 Aborto Clandestino	45
2.3.1 Lugares donde se realiza un aborto clandestino	47
2.3.2 Métodos utilizados para realizarlo	49
2.3.3 Cifras aproximadas de abortos clandestinos	50

2.4 Aborto inducido	53
2.4.1 Métodos utilizados por las mujeres	55
2.4.2 Personas que se atreven a practicar un aborto inducido	57
2.5 Las madres solteras como factor latente	59
2.5.1 Crece mortandad en madres adolescentes	60
2.5.2 Trabajo, escuela, familia, falta de información ¿Orillan al aborto?	62

CAPÍTULO 3

RIESGOS Y CONSECUENCIAS DEL ABORTO

3.1 Mortalidad materna en otros países	66
3.2 Cifras de mortandad en México	71
3.2.1 ¿Cuántas adolescentes mueren por abortar?	75
3.2.2 Y las consecuencias nunca las imaginaron	77
3.2.3 Secuelas físicas y psicológicas después del aborto	81

CAPÍTULO 4

Y EN LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA, ¿QUÉ HAY DEL ABORTO?

4.1 Situación política	87
4.2 Condiciones socioeconómicas	87
4.3 Su demografía	88
4.4 Las madres solteras de Iztapalapa	90
4.4.1 Su nivel de educación como influencia	91
4.5 La carencia en los hospitales de Iztapalapa	92
4.5.1 La calidad en la asistencia médica en el Hospital General Iztapalapa	93
4.6 Los servicios de salud, un problema tan grave como el aborto	95
4.7 Las consecuencias de estos servicios	96
4.8 ¿Qué dicen las encuestas?	97
4.8.1 El dolor Físico	97
4.8.2 El remordimiento	98
4.9 Después de un aborto, inevitable enfrentarse a la sociedad	98

CAPÍTULO 5

EL ABORTO COMO PROBLEMA LEGAL

5.1 Desarrollo de la legislación en nuestro país	101
5.2 Legislación actual del aborto en México	106
5.2.1 El panorama del aborto en el DF	107
5.2.1.1 Reformas al código penal del DF	108
5.2.1.2 La llamada “Ley Robles”	110
5.3 Posible reducción de muertes legislando el aborto	111
5.3.1 Organismos más importantes involucrados en el tema del aborto	112
A manera de conclusión	115
Bibliografía	119
Hemerografía	121
Páginas electrónicas	123
Fuentes vivas	124

INTRODUCCIÓN

El tema de esta investigación, sin lugar a dudas, provoca una diversidad de opiniones, incluso de sentimientos encontrados, que pueden ir desde interés hasta la clásica frase: *es un tema muy trillado*, y precisamente debido a que para algunos se considera una cuestión de poco interés retomarlo puede servir para minar de alguna forma sus consecuencias.

Precisamente las consecuencias de un *aborto inducido* fueron las que definieron esta investigación, las cifras en nuestro país son sumamente alarmantes, ante esta perspectiva surgió la iniciativa de investigar sus causas, secuelas y situación actual en nuestro país, específicamente en la delegación Iztapalapa. Para entender todo el proceso que implica la decisión de abortar, es necesario saber por qué las mujeres se embarazan sin desearlo si hoy en día existe toda una gama de métodos anticonceptivos.

Decidimos realizar esta investigación mediante el género periodístico Reportaje por considerarlo el camino que me permitiría dar respuesta a una serie de interrogantes que no sólo se formulan las mujeres de Iztapalapa. Además el Reportaje es un género que permite recopilar información documental y de campo así como la observación directa.

Este Reportaje contiene información respecto a el aborto inducido, iniciamos con los antecedentes por que el problema se debe retomar desde su origen, y esto comienza en el seno familiar donde desafortunadamente no inicia esa orientación, donde los valores de la familia son escasos o nulos, principalmente el de la responsabilidad sexual, y que más tarde en la escuela se reflejan estas carencias, pues las instituciones educativas adolecen del mismo mal, porque tampoco está contemplado en los planes de estudio la educación sexual como parte de su instrucción, por lo que es urgente una educación sexual completa, que va desde la iniciación en el seno familiar hasta la aportación trascendental que tienen las instituciones educativas como vehículos para la formar de individuos.

Posterior a esto, se menciona el papel tan importante que juegan las instituciones de salud, si bien es cierto que los cimientos los proporcionan la familia y las instituciones educativas las de salud deben proporcionar en su momento la información oportuna y adecuada, ya que no sirve de mucho saber que existe una gama de métodos anticonceptivos si nunca se ha explicado cómo utilizarlos correctamente, saber que se tiene derecho a acudir a un centro de salud y pedir asesoría y orientación. Sobre todo romper la barrera de la indiferencia y no cohibir o rechazar a los jóvenes cuando pidan orientación, uno de los problemas a los que se enfrentan los jóvenes es que saben que deben protegerse, pero no saben como acceder a esos mecanismos de prevención y mucho menos como utilizarlos.

Cabe señalar que las instituciones de salud hacen su labor de información, pero cuando la mujer ya pasó por un legrado, entonces se le explica cuál es el método anticonceptivo que le puede ayudar de acuerdo a su actividad sexual y organismo, pero para este momento ya sucedió lo que se trata de evitar: un aborto inducido, por eso es que la información oportuna es trascendental, en el momento adecuado puede influir determinadamente en un embarazo no deseado.

Y aunque la tarea es difícil, los medios de comunicación pueden ser un punto clave para lograr este objetivo, aunque por este medio el tema se maneja de manera maquillada, simplemente la palabra aborto como tal no se menciona abiertamente, sí se llegan a difundir los métodos anticonceptivos pero se habla de enfermedades de transmisión sexual, pero cuando se menciona embarazos no deseados ya no llegan al punto de aclarar que deben ser utilizados para evitar un aborto.

En nuestro país, tanto los medios electrónicos como impresos, manejan una gran cantidad de información que circula de manera masiva, pero la mayoría no profundiza en el tema del aborto, esto se debe, como siempre, a que su idiosincrasia no les permite ahondar en el tema, ya que cuando abordan la sexualidad lo hacen de manera opaca y con poca profundidad. Sabemos que los medios de comunicación pueden lograr un modelo o estándar de vida llegando a influir de forma masiva, entonces bien pueden ser una canal para lograr esta difícil tarea.

El punto más preocupante son las cifras de mortandad que arroja este dilema; si consideramos que las mujeres, cuyas edades oscilan entre los 15 y 19 años de edad, son el sector más vulnerable en nuestra sociedad para recurrir a un aborto, entonces estaríamos hablando que el riesgo de mortandad es sumamente alarmante. Por lo que en primera instancia fue necesario definir qué es un aborto, tipos de abortos y métodos utilizados por las mujeres, siendo el más importante para nosotros el aborto inducido, que implica todo una serie de métodos utilizados no sólo por las mujeres sino también por las personas que lo practican; recurriendo a cualquier utensilio o brebaje que pueda “extraer” el producto o causar la muerte, desarrollándose en un clima de clandestinidad.

Incluso, los médicos lo practican abriendo otra vertiente: el aborto clandestino, que es realizado en los lugares menos adecuados y sin ninguna medida de higiene, siendo el lucro la única finalidad, por lo que no se toman en cuenta revisiones posteriores, además las mujeres que se lo realizan tampoco quieren regresar, ya sea porque no desean que los demás se enteren o simplemente porque no es parte del seguimiento clínico ya que se hizo al margen de la ley.

También es importante señalar que el personal médico no siempre está conforme con realizar un aborto, aunque la asistencia médica debe ser imparcial aún existe mucha discriminación de este sector hacia las mujeres que llegan a las instituciones de salud con síntomas de haberse inducido un aborto, el personal médico puede ser muy incisivo en el trato y en su postura, y aunque tampoco es adjudicarles todo el problema, ya que durante su formación como profesionales tampoco existió una introducción hacia el mismo, sin embargo su participación voluntaria o involuntaria en un legrado, y sin responsabilizarlos de este problema, pueden ser la diferencia entre una defunción y salvar una vida.

Existe un hermetismo por parte de las instituciones de salud hacia este tema, los obstáculos que sus autoridades interpusieron para la obtención de más datos hizo la parte difícil de este trabajo. No obstante la escasa información que obtuvimos del Hospital General Iztapalapa, nos hizo saber que todavía el aborto, concretamente el inducido, es un tema escabroso, y que hoy en día las mujeres que llegan con este problema a un hospital

público son atendidas y tratadas dependiendo de si el personal médico que la revisa está a **favor** o en contra del aborto.

Las mujeres en esta situación prefieren recurrir a otras salidas, que regularmente no **son** las más adecuadas, tristemente esto las lleva a un penoso final: la muerte. ¿Cuántas **mujeres** mueren por un aborto inducido? a ciencia cierta no se sabe, en este trabajo damos cifras que diferentes instituciones u organismos proporcionan, la palabra clave es si están a **favor** o en contra de que una mujer tenga derecho o no a realizarse un aborto cuando ella lo **decida**; de esta forma cada organismos o institución obtienen sus cifras.

Ahora bien, cuando las mujeres no mueren, pero sí logran abortar, no podemos **decir** que todo salió bien, viene una etapa igual de dolorosa, porque las secuelas físicas y psicológicas pueden marcar la vida de una mujer impidiéndole tener una mejor calidad **tanto** física como emocional. Sin embargo, es importante destacar que de todas las mujeres **que** abortan también hay quienes lo hacen por convicción, aquellas que consideran que en **su** momento fue una decisión que tenían que tomar y pese a lo que todos se puedan **imaginar**, han podido llevar una vida común.

Por lo que respecta a la delegación Iztapalapa fue tomada por sus características **generales**, entre ellas porque es la delegación más poblada en el Distrito Federal, para 1999 **fue** la jurisdicción con más nacimientos y bajo nivel de educación, en el mismo año, el **Instituto** Nacional de Estadística Geografía e Informática informó que Iztapalapa registró el **mayor** número de nacimientos de madres con bajo nivel escolar, y por si fuera poco, estos **nacimientos** fueron en un alto porcentaje en madres solteras. Siendo, además, una **delegación** con mayor atraso y menor distribución de los recursos económicos, se **transforma** en una región con menos posibilidades de desarrollo. Por lo que su nivel de **educación**, hospitales, seguridad pública y desempleo, entre otros, se convierte en un reflejo **de** este rezago.

Contando con un Hospital General para una delegación con casi dos millones de **habitantes**, las condiciones de calidad en la asistencia médica hacen complicada esta labor, **desafortunadamente** no hay abasto de medicamentos, camas, personal médico, consultorios y **áreas** de urgencias. Todo esto influye cuando una mujer llega porque se ha realizado un **aborto** inducido, y está a punto de morir por la hemorragia que se ha causado. Si bien es **cierto** que las instituciones de salud no pueden resolver por si solas este grave problema, si **podrían** coadyuvar a sufragar las consecuencias.

Además hay algo que impide que las instituciones de salud asistan a estas mujeres **cuando** lo necesita, y es que el hecho de no estar regulado legalmente impide que el aborto **inducido** sea atendido a la luz pública. Esto nos llevó a abrir un capítulo especialmente **enfocado** al desarrollo que ha tenido en nuestro país legalizarlo, desde los avances más **importantes** que ha tenido a lo largo de la historia en México como la primera legislación **que** penaliza el aborto, la cual data de la época prehispánica, hasta la legislación actual, **pasando** por algunos estados de la República Mexicana donde ha habido avances y rezagos **en** esta materia, pero que en términos generales siempre ha sido penalizado.

Estudiamos la situación en el Distrito Federal con la tan mencionada Ley Robles, que sin lugar a dudas causó polémica entre distintos sectores de la sociedad; siendo Rosario Robles, Jefa de Gobierno del Distrito Federal, promulgó una ley que despenalizaba el aborto y que posteriormente, pese a la oposición de otros partidos políticos, fue aprobada por la Cámara de Diputados.

Las reacciones no se hicieron esperar y la protesta de diversas organizaciones, tanto civiles como gubernamentales, ocasionó un estancamiento en los avances, porque pese a que por ley en el Distrito Federal las mujeres tiene el derecho a decidir a abortar y los médicos la obligación de atenderlas, esto no se aplica al pie de la letra. La aplicación de la Ley Robles aún no se ha explotado al cien por ciento, ya que en instituciones de salud, tanto públicas como privadas, todavía existe personal médico que se muestra renuente a la aplicación de lo que por ley le corresponde decidir a cada mujer.

De esta forma, con la conformación de cinco capítulos, se tratan de plantear las condiciones del *aborto inducido*, sin llegar a cuestionar a nadie, sólo se intenta dar a conocer un contexto para que cada uno pueda emitir un juicio imparcial y no moral, y no de una posible solución, sino de una prevención a este espinoso pero necesario tema.

1

MEDIDAS PREVENTIVAS, REDUCCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS

1.1 ¿POR QUÉ SE EMBARAZAN LAS MUJERES?

En la actualidad podríamos hablar de una diversidad de causas que darían respuesta a esta pregunta, casi todas las mujeres buscan su realización personal a través de la maternidad, sin embargo, para algunas el embarazarse no siempre significa su realización, o por lo menos no en ese momento, concebir un bebé en el instante menos adecuado podría tener consecuencias catastróficas, hoy en día muchas mujeres adolescentes que se embarazan sin contar con el respaldo de una pareja, o en una etapa en la cual su embarazo podría arruinar su futuro personal, profesional o económico, tiene un común denominador, *el aborto*.

Existen diferentes causas que explican un embarazo, sobre todo en las adolescentes y generalmente éstas se presentan asociadas. Se ha observado que las jóvenes que se embarazan tienen algunas o varias de las siguientes características:

Han abandonado los estudios.

Tienen dificultades para hacer planes a futuro y bajas expectativas al respecto.

Baja autoestima y poca confianza en ellas mismas.

Bajo nivel educativo.

Proceden de una familia conflictiva, en la que hay poca comunicación.

Han recibido mensajes contradictorios acerca de la sexualidad.

Probablemente sean hijas o hermanas de madres solteras.

Es posible que perciban el embarazo como una alternativa para independizarse de los padres, o para convertirse en 'adulto'.¹

Los factores culturales también ejercen gran influencia en este fenómeno. Aquí entra el concepto que se tenga de la mujer, de su papel social y del peso que se atribuye a la maternidad; otro factor que influye es la posibilidad de que la adolescente vea en el embarazo una manera de alcanzar un nuevo status o de adquirir valor como mujer dentro del medio en que se desenvuelve: en algunos sectores de la sociedad prevalece la idea de que *'una mujer empieza a ser mujer cuando es madre'* si a esto le añadimos que en la adolescencia se está reestructurando y consolidando la identidad, masculina y femenina, y si la única opción de ser mujer que se reconoce es la maternidad y/o el matrimonio, las probabilidades de que se busque un embarazo prematuro son mayores.

No obstante, en la mayoría de los casos, los embarazos a esta edad no son ni deseados ni planeados. Existen muchas opciones, que no se contraponen a la maternidad y que ofrecen a la mujer posibilidades distintas para desarrollarse y valorarse como ser humano. Sería importante promoverlas, pues la percepción de ellas mismas y del propio desarrollo influyen en la confianza, la autoestima y proyectos de vida que tiene la mujer.

Pero, retomando el origen de *¿Por qué se embarazan las mujeres sin desearlo?* Podríamos quizá centrarnos en una perspectiva; desde que la humanidad existe y hasta nuestros días, los embarazos no deseados se han presentado por distintas causas; pero, ¿por qué embarazarse si en la actualidad existe una diversidad de métodos anticonceptivos? de igual forma existen muchas respuestas; la falta de uso de preservativos es un común denominador en casi todos estos casos. Por un lado, se ha difundido una actitud negativa en torno al uso de éstos y existen muchos mitos al respecto, los cuales se mencionaran posteriormente, lo que disminuye la probabilidad de que sean utilizados.

Por otro lado, se dice que las relaciones sexuales en la adolescencia rara vez se planean; para mitigar el sentimiento de culpa, se prefiere creer que uno no tomó la decisión, sino que se debió a las circunstancias. La curiosidad y la aprobación de los compañeros o amigos también es una motivación para tener relaciones sexuales, todo ello influye con la actitud de omnipotencia, por parte de ambos sexos, del *"a mí no me va a suceder"*, el miedo a que los padres se vayan a dar cuenta o el temor a que la pareja piense que se tenía todo planeado.

El problema más difícil es hacer que la mujer asuma la decisión de protegerse, las mujeres que llegan a embarazarse sin desearlo dicen cosas como, *"él no me cuidó"*, es decir, presentan la postura de víctima. Lo más importante es promover una educación sexual, pero no sólo a las mujeres, la promoción de una educación reproductiva se debe impartir para los individuos en ambos sexos, asumir la responsabilidad de aprender a cuidarse y la decisión sobre respetar su propio cuerpo es algo difícil de arraigar, porque los individuos no reconocen su organismo; las mujeres siguen diciendo frases como *"él me*

¹ Hiriart, Viviane. Educación sexual en la escuela. Ed. Paidós, México 1999. pág. 191

usó” y los hombres utilizan frases como “*por qué no te cuidaste*” dejando de lado lo más importante: la responsabilidad que les corresponde a los dos.

Pero para “*exigirle*” a un adolescente responsabilidad, primero hay que darle las herramientas necesarias para que lo sea. Por un lado, se debe dar información objetiva, clara y verdadera y, por el otro, hay que trabajar en los aspectos de autoestima y confianza en uno mismo, con la posibilidad de crear un proyecto de vida y llevarlo a cabo. “Además se recomienda ayudar a los adolescentes a ver la sexualidad como un aspecto natural que forma parte de ellos mismos y sobre el cual se pueden y deben tomar decisiones responsables”.²

Quizá responder la pregunta de ¿Por qué se embarazan las mujeres sin desearlo? implique muchas opciones, puesto que influyen muchos factores: ignorancia, inmadurez, desintegración familiar, entre otros, pero como un factor latente sin duda alguna es la falta de información que tienen los adolescentes respecto a la educación reproductiva, es cierto que todos los factores antes mencionados detonan la iniciación a las relaciones sexuales, sin embargo, dichas relaciones tendrían un matiz diferente si hubiera la conciencia de usar algún método anticonceptivo, y algo muy importante: cómo usarlo; el problema radica ahí, no existe la suficiente información y la poca que existe es superficial y en muchos casos no se encuentra al alcance de todos.

Ofrecer una información de calidad en salud reproductiva, como parte de la formación de todo individuo, coadyuvaría a tener una mejor calidad de vida. En el caso específico de las adolescentes sería difícil manejar cifras exactas, pero tener conocimiento o todavía mejor, contar con una cultura de planificación familiar, sin duda alguna reduciría el alto índice de embarazos no deseados y por consiguiente el enorme número de abortos inducidos que en la mayoría de los casos concluyen en una muerte segura, como más adelante veremos.

1.1.1 Educación sexual

Sexualidad es una palabra de la que constantemente oímos hablar, con frecuencia estamos expuestos a mensajes que aluden a ella. Vemos propagandas, revistas, películas y la vivimos día a día sin tomar conciencia de ella. Tenemos dudas y preocupaciones, pero muy rara vez abrimos los espacios para tratar este tema de una manera clara y franca. La sexualidad es un tema que pocas veces logramos desmenuzar, lo que ha provocado que se crean y mantengan mitos acerca de este aspecto tan importante en la vida de todos los individuos.

A diferencia de lo que muchos piensa, la sexualidad no sólo abarca las relaciones sexuales o los contactos eróticos, está vinculada con casi todas las áreas de la vida, y por lo mismo, su aceptación y sana vivencia influyen positivamente en la vida general de la persona. La sexualidad no es sólo un elemento esencial de nuestro desarrollo y de nuestra

² Ibidem. pág. 192.

identidad: constituye una expresión de nuestro ser y nuestros sentimientos más íntimos, además de una forma y un proceso de comunicación.

“El ser humano es un todo cuyas partes interactúan, la sexualidad es una de ellas y por eso es necesario entenderla de una manera global y como aspecto inherente de la persona. No es posible aislarla del resto del individuo, ni entenderla como privativa de las personas que mantienen relaciones sexuales genitales, desafortunadamente las relaciones sexuales sólo son bien vistas, o cuentan como aceptación social cuando ocurren en el marco específico del matrimonio”.³

Del aborto se ha hablado, cuestionado y penalizado: si es correcto, si las mujeres tienen derecho a decidir sobre su cuerpo o si tiene derecho a decidir sobre otro ser humano, en fin, todo esto además de cuestiones y propuestas para una posible y mejor solución; pero porqué no hablar de algo más profundo, de algo que no sólo ayude a resolver el problema, sino que prevenga el tan discutible tema del aborto, que tal hablar o todavía mejor, inculcar una *educación sexual*.

La cual se entiende como un proceso vital, mediante este proceso se adquiere, formal o informalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones; de ahí que muchas personas e instituciones argumenten que la mejor manera de prevenir el aborto es la educación sexual. Desafortunadamente el aborto es una cuestión que siempre ha estado presente en el transfondo de los programas de educación sexual.

Si bien es cierto que ya se han instaurado programas de orientación sexual en escuelas públicas desde hace ya varios años, desgraciadamente existe otra barrera para lograr el objetivo de estos programas. La urgencia de programas con este contenido es tan grande como la necesidad de contar con el personal profesionalmente capacitado, en la actualidad ese personal docente no tuvo las bases o la formación necesaria para que hoy en día transmita esa orientación sin tendencias, la mayoría de este personal emite el contenido de los programas bajo su propia perspectiva, a final de cuentas no se justifica pero se entiende su postura, ya que como círculo vicioso ellos también desde su formación como ser humano, vivieron las mismas carencias en este aspecto de su vida.

Como parte de las consecuencias de esta necesidad que existe en nuestra sociedad, los adolescentes no tienen las bases para un criterio maduro y objetivo ¿cómo se pretende que una joven decida responsablemente sobre su conducta sexual, si cuando niña nunca tuvo la información básica sobre su cuerpo y su comportamiento, y ni siquiera se capacitó para tomar pequeñas decisiones? y si por casualidad fue proporcionada dicha referencia, la obtuvo a través de profesores o familiares, cuya formación fue adquirida superficialmente o con una postura que ellos mismos obtuvieron sobre la sexualidad; ¿cómo puede un adulto asumir la tarea de decidir tener hijos o no, continuar o no un embarazo?, si en su adolescencia el tema fue aludido sistemáticamente por los adultos más significativos en su vida, como lo son padres y maestros.

A todos los jóvenes, quizá, les sería más fácil tomar decisiones responsables que como resultado resguardará su integridad física y mental, si en su formación como ser

³ Ibidem. pág. 24.

humano hubiese estado integrada la educación sexual, sobre todo si los adultos no la relacionaran con algo prohibido. “La educación sexual como proceso vital debe crear las condiciones para la toma de decisiones libre e informada, que requiere de la maduración de procesos psicológicos que permiten la planeación dentro de un marco de valores propios que, si bien se consolidan durante la adolescencia tardía, se gestan durante la infancia”.⁴

Dentro de todo este contexto es importante aclarar que cuando hablamos de educación sexual no hablamos sólo de una formación dentro de la escuela, este papel compete sobre todo a los padres, quienes dan las bases desde el nacimiento de los hijos hasta que ingresan a un salón de clases, sin embargo, las dificultades se presentan cuando los padres no pueden proporcionar esta cultura, porque seguramente ellos tampoco contaron con ella, y en la escuela hace falta la presencia de educadores preparados para tal incumbencia; esta carencia es una realidad que estamos muy lejos de haber alcanzado pero que es preciso de lograr por todos los medios.

Pero cuando realmente hayamos rebasado esta barrera es fundamental tomar en cuenta que transmitir educación sexual implica una serie de parámetros, para empezar, las actitudes y la información que se proporcione respecto a la sexualidad y al aborto, como consecuencia de ésta, dependerá de la ideología del docente o institución que intervenga. En la actualidad el problema de la educación sexual ha estallado como un hecho público que asalta a la conciencia de todos.

La educación sexual es necesaria para ayudar al joven en su marcha hacia la madurez sexual, pero hoy se impone también por razones sociológicas. “*En la familia cuando los padres son concientes de su responsabilidad, hay siempre una atención al hijo, se crea un conjunto de comunicaciones y de entendimientos empáticos, adecuados para satisfacer las exigencias y las expectativas de cada uno*”.⁵ En la escuela esto no es posible, las clases en su mayoría están repletas y constan de alumnos con una procedencia cultural diferente; la enorme dispersión intelectual, social y cultural de éstos en puntos claves complican cualquier encuentro personal provechoso con el maestro.

El problema nos dejaría menos perplejos, si la escuela favoreciera unos contactos individuales con el educador y permitiera a cada alumno resolver con él sus incertidumbres, esta misma educación promovería la capacidad para enfrentar una decisión y un evento en sí difíciles. Y lo que es más, al disociar placer y reproducción, ello podría contribuir a evitar la repetición de un embarazo no deseado, a tomar medidas preventivas y a planear la llegada de un hijo querido.

Si bien se acepta el derecho que debe de tener la mujer para decidir sobre su propio cuerpo también puede representar el reconocimiento de un error, la falta de visión respecto al futuro, la ignorancia o bien la falla de un método anticonceptivo. Al menos en nuestro país, la mayor parte de las mujeres no desearía llegar a la disyuntiva de terminar un embarazo no deseado. Pero, ¿cuáles son sus alternativas? si nunca tuvo las bases de una educación sexual; sus alternativas no son abortar o no abortar, las opciones para no llegar a

⁴ Ortiz Ortega, Adriana. Razones y Pasiones en torno al Aborto. Ed. Edamex. México 1995. pág. 67.

⁵ Bernstein, Rose. La Madre Soltera frente a la sociedad. Ed. MaryMar. Argentina 1974. pág. 206

esta disyuntiva pudieron ser: *educación sexual, información de métodos anticonceptivos y desarrollarse dentro de una familia con valores establecidos.*

Sin embargo, también es cierto que el problema sexual se manifiesta con mayor fuerza en los jóvenes, los cuales se relacionan en la escuela, en el trabajo, en su tiempo libre, entablando relaciones. Apenas llegan a la adolescencia, encuentran a un chico o a una chica, se enamoran con bastante rapidez, pasan con facilidad de una experiencia a otra, llega a ellos la idea del matrimonio relativamente estable.

La sexualidad preconyugal, la concepción de la fidelidad de contenido psicológico, el recurso a los anticonceptivos, la restricción de la fertilidad futura, todas estas inquietudes muchas veces comienzan por una rebelión hacia sus padres, por superar problemas interiores o por convencionalismos ambientales, alimentando una mentalidad que conduce a un aflojamiento de las costumbres sociales y a nuevos comportamientos que se consideran normalísimos; con todo lo anterior, su formación sexual coadyuvaría a la toma de decisiones, si bien los adultos en su momento no pueden intervenir en esta toma de decisiones, por lo menos estarían más tranquilos al saber que proporcionaron los elementos necesarios y adecuados para una libre pero consciente y responsable decisión.

El sector educativo tiene la gran oportunidad, y por lo tanto es responsable, de difundir los derechos básicos de las personas e inculcar, desde la más temprana edad, la equidad de género, el respeto de las diferencias, la autoestima, la responsabilidad ante la reproducción, el valor de la salud y la importancia de su protección en todas las etapas de la vida.

Es importante señalar que para que la educación sexual conduzca realmente a una toma de decisiones y a la autonomía, es necesario que sea integral y que no se limite a una mera transición de información sino que facilite la clarificación de actitudes y valores. La auténtica educación sexual que conduce a la autonomía hace del ejercicio mismo de la sexualidad un placer, permite una gozosa interpretación de la vida y acepta la posibilidad de la equivocación tanto como la capacidad de la rectificación en los hechos y en las relaciones.

1.1.2 La intervención de la educación sexual en la escuela

Generalmente, en la escuela se intenta dar este tipo de educación; se trata de transmitir ciertos conocimientos que sean útiles para la vida presente y futura de los individuos. Los programas educativos incluyen aspectos sobre sexualidad para tratarlos de manera formal; se habla de los aspectos biológicos y de la reproducción humana, que constituye la formación básica. Sin embargo, dadas las necesidades específicas de los adolescentes y del período de la vida por el que atraviesan no es suficiente.

Se necesita abarcar más temas, como los aspectos emocionales, la atracción física, las necesidades que provocan los cambios, cómo afectan en la imagen que tenemos de nosotros; una buena educación sexual logra que la persona vea ésta como algo más amplio

que el erotismo y la reproducción, que reflexione sobre el individuo de manera integral en sus diferentes facetas, la sexualidad es necesario abarcarla en su totalidad, ya que si se aborda como un aspecto segmentado del individuo será más difícil que éste la asimile, la entienda y la integre a sus experiencias y esquemas anteriores.

En el caso de la educación sexual en la escuela, ésta en la formación debe dar lugar a la reflexión, a la discusión, al intercambio de ideas y a comentar los aspectos psicológicos, los intereses y las dudas que surgen con cada tema, se puede hablar de preocupaciones más personales, digamos, las expectativas en las relaciones interpersonales, del noviazgo y de porqué están estigmatizadas las enfermedades de transmisión sexual. Más allá de explicar cuáles son los síntomas de la gonorrea, por ejemplo, es importante hablar de todo lo que la rodea, sus implicaciones, qué puede hacer la persona y cuáles son las consecuencias de no atenderse.

Muchas veces los jóvenes tienen avidez por resolver dudas específicas y hablar de aspectos personales prácticos, sin embargo, los docentes con frecuencia no logran aclarar completamente sus dudas; y no aclaran dichas dudas no porque no quieran o no puedan, también influye la forma en la cual los adolescentes piden información, inclusive no saben exactamente cual es la duda o cómo preguntarla, desviándose de esta forma el objetivo de la conversación.

Pero ¿porqué preguntarles a los docentes y no a los padres? en cierto modo, los padres podrían ser los más adecuados para realizar una tarea tan delicada, sin embargo hay que analizar que los jóvenes pasan gran parte del día en contacto con los profesores, además de que muchos de ellos representan figuras significativas y cercanas para los alumnos; el papel que tienen en la formación y educación formal, les da la posibilidad de abrir un espacio en el que se pueda hablar, reflexionar, discutir y preguntar abierta y naturalmente para desahogar las distintas inquietudes que los jóvenes tienen respecto de la sexualidad en general y la suya en particular.

La principal labor de la escuela es enseñar a los niños y a los jóvenes a enfrentar problemas y a resolverlos, capacitados para pensar y tener criterio propio, con el fin de que puedan desenvolverse en diversas situaciones de su vida futura de una manera más o menos satisfactoria, en el terreno laboral, académico, social, personal o cualquier otro. "Se trata de formar personas y fomentar actitudes responsables frente a sí mismos y los demás".⁶ Si la sexualidad es parte importante de nuestras vidas, de nuestro desarrollo, personalidad e identidad, ¿por qué no aprender de ella en la misma escuela? Los docentes tienen en sus manos la gran oportunidad de facilitar ese proceso

Sobre sexualidad se aprende en casa; esto es muy cierto, y la parte básica de nuestra formación se da ahí. No obstante, la escuela ofrece un entorno distinto que puede ser muy útil. Al hablar y aprender sobre sexualidad en un grupo, se promueve la interacción social, la expresión y la comunicación. En el grupo escolar, los jóvenes pueden intercambiar ideas con sus compañeros, se ven en la necesidad de argumentar su postura, amplían sus conocimientos y aprenden sobre otros puntos de vista, conviviendo con otros chicos de su

⁶ Op.cit. pág. 26.

edad pueden compartir experiencias, dudas e inquietudes con sus compañeros, con quienes se identifica y siente un apoyo.

Aunque en ocasiones el docente no aborde directamente la sexualidad como asignatura, día a día se enfrenta a situaciones relacionadas con la sexualidad y aún sin quererlo envía mensajes y dan educación sexual. Con este tipo de situaciones la enseñanza adquiere mucho peso en la educación integral de las personas. De manera que tomar conciencia de cómo se está impartiendo la educación sexual y de la influencia de las actitudes y los mensajes favorece la labor del docente y el desarrollo de los alumnos.

Cuando el adolescente tiene la oportunidad de hacerlo, se acerca a comentarle al docente situaciones concretas e íntimas de su vida en busca de orientación. Es importante que la educación de la sexualidad formal y estructurada, tenga un espacio y un tiempo específico, y dejarla a cargo de una persona que posea los conocimientos necesarios y el perfil idóneo para hacerlo.

Por ejemplo, si se va hablar de anticoncepción, sería importante que antes los adolescentes tuvieran nociones de cómo se lleva a cabo la concepción, y para ello sería necesario hablar un poco de anatomía; así como también sería importante explicarle concienzudamente como se utilizan todos los métodos anticonceptivos, ya que muchas veces saben que existen la anticoncepción, pero no saben como utilizarla.

El Consejo Nacional de Población (Conapo 1982) menciona tres puntos básicos en la estrategia para conseguir integralmente los propósitos de la educación de la sexualidad.

Promover la toma de conciencia.

Mostrar y propiciar una actitud de compromiso.

Buscar la ejecución de la acción.

Estos tres puntos contribuyen a que el individuo adquiera conciencia de su propia sexualidad, para ser capaz de tener la posición activa frente a ella, esto es, que sea él mismo quien decida sobre su sexualidad y que la asuma como una parte de sí mismo. El segundo punto implica crear conciencia, tanto en los individuos como en las instancias responsables de la necesidad de impartir educación de la sexualidad en la escuelas y de las funciones que cumple, así como de la necesidad de que los educadores estén capacitados para ello; no se trata simplemente de hablar sobre sexualidad en la vida de todo ser humano y habiendo asumido la propia será posible comprometerse y hacerse responsable de ella.

Podemos señalar, la ejecución de la acción implica no dejar que esta información se convierta en "el recuerdo de haber escuchado una charla" sino asimilar realmente la información para que pueda cumplir su función: que el individuo tenga un mayor conocimiento de sí mismo, que pueda desarrollarse de manera integral y que aprenda a vivir su sexualidad de una manera consciente y responsable. Como ya se dijo, es conveniente que la educación de la sexualidad tenga un tiempo y un espacio especial, sin olvidar que no sólo la información que se da en una clase específica (como lo sería la historia) es educación, sino que cotidianamente también se transmiten conceptos, ideas y

actitudes de manera informal. Cualquier contexto, en este caso la escuela, es un espacio potencial de educación sexual.

Cualquier maestro es entonces un educador de la sexualidad, al igual que los directores, los demás compañeros y el personal de apoyo e intendencia; mencionar a las personas encargadas de la limpieza y el mantenimiento puede sonar extraño, pero hay que tener presente que ellos también están en contacto constante con los jóvenes. Algunas veces las personas encargadas del aseo de los sanitarios hacen observaciones sobre los hábitos de higiene durante la menstruación, o quienes se encargan de los servicios sanitarios de los varones en las escuelas escuchan las competencias realizadas por los muchachos, por ejemplo: para ver quien orina más lejos.

Por otro lado, este personal forma parte de la institución, importante sería que también estuvieran debidamente informado acerca de la educación sexual, lo que no sólo sería útil para su vida personal sino también para la relación que llevan con los jóvenes. El educador de la sexualidad, como parte del equipo que labora en la escuela, puede fomentar la comunicación abierta, la aceptación y el respeto del cuerpo y de uno mismo, así como el acercamiento y un mejor entendimiento entre hombre y mujeres, evitando estigmatizar y marcar diferencias.

Uno de los obstáculos para impartir educación sexual en la escuela es la creencia de que al dar información a los muchachos esto acelerara su experiencia, ampliarán su curiosidad y querrán poner en práctica sus conocimientos. Así, aunque esto no suceda ni sea de ninguna manera el objetivo de la educación sexual en la escuela, los temores y prejuicios siguen existiendo y obstaculizando la implantación de estos programas los cuales, definitivamente, impartidos adecuadamente no aceleran la iniciación sexual de los jóvenes; si tales programas se dan antes de que éstos hayan empezado a tener relaciones sexuales, la probabilidad de que utilicen anticonceptivos aumenta.

Cuando en la escuela no se habla abiertamente de sexualidad con los jóvenes, el tema se cubre con ciertos aspectos irreales que refuerzan la preocupación del adolescente, al no poder acercarse a las personas que podrían darle información para satisfacer su curiosidad, se ven obligados a recurrir a fuentes poco confiables. Y así, en ocasiones lejos de evitar la duda sexual y la búsqueda de experiencias, con el silencio se promueve lo que se quiere prevenir.

En estas circunstancias educación e instrucción son indisolubles; no se puede concebir, ni por tanto emprender una sin la otra, la escuela debería asumir parte de la responsabilidad de la educación sexual, así pues, la tarea se complementa con la formación que se recibe dentro del seno familiar, actuar en conjunto y sostener el mismo canal de información, justamente para que el alumno no oiga voces discordes y hasta contradictorias entre la familia y la escuela.

Los expertos opinan que aún sin educación sexual, el impulso sexual siempre está presente y la información, lejos de perjudicar, fomenta formas más sanas de vivir la sexualidad. La persona informada tiene la posibilidad de conocerse mejor, de entender sus

sensaciones y las de los demás, comprende sus cambios y el funcionamiento de su cuerpo y sobre todo acepta su sexualidad como parte de su vida y logra vivirla de una manera natural, en lugar de que llegue a ser una fuente de conflictos, miedos e incertidumbre. La educación sexual implica una gran cantidad de conocimientos integrados adecuadamente.

Sin lugar a dudas es urgente y necesario la implantación de programas de educación sexual en las escuelas, programas que contengan información profunda y no trivial, que permita a los jóvenes crearse una idea personal, a partir de sus propios valores familiares; esto les dará la oportunidad de tomar decisiones congruentes respecto a ellos mismos y a su sexualidad, entendiendo que antes de ser hombre o mujer se es persona, y por consiguiente se tiene derecho a una vida plena sin incertidumbres, miedos e insatisfacciones, y esto al final es lo más importante.

1.1.3 Los valores en la familia.

En la perspectiva expuesta, hablar de educación sexual implica todo un contexto de formación hacia el ser humano, para lograr el objetivo de la realización sexual es indispensable contar con ciertas características en la adolescencia, por su naturaleza, éstas son proporcionadas en el seno de la familia y posteriormente apoyadas en la escuela, importantísimas como influencia para un pleno desarrollo tanto sexual, racional y emocional. Estas peculiaridades de las cuales hablamos no son otra cosa que *los valores*, que como ya mencionamos son adquiridos dentro de la familia y en los primeros años de todo ser humano.

Los valores son representaciones conceptuales que implican unos contenidos cognoscitivos y dinámicos, al mismo tiempo están condicionados y potenciados por la educación, el ambiente y la sociedad; en tal sentido, la familia, la escuela, las asociaciones juveniles y las iglesias imprimen un impulso particular, todo ello en conjunto participa de manera directa o indirecta en la formación del individuo, así como la visualización de una vida futura, mucho tiene que ver la forma en como todos estos factores influenciaron, quizá, lo transmitido fue negativo, pero si fue positivo habría que ver como el chico absorbió e interpretó dichos valores.

Pero antes de seguir, es importante conocer los valores a los que aspira el adolescente, entre ellos se encuentran: los políticos, sociales, morales, estéticos, religiosos, el amor, verdad, justicia, pureza, libertad, coraje, sacrificio, el desinterés, entre muchos otros. Desde el punto de vista educativo hoy es necesario insistir con los jóvenes en valores que tienen por objeto al hombre en todas sus actitudes y operaciones.

La educación sexual alcanza resultados positivos cuando se apoya en estas premisas. Hoy, por desgracia, dichas premisas van perdiendo cada vez más difusión y fuerza, y en consecuencia la propia formación se hace cada vez más problemática e insegura. Se ayudará con mayor eficacia al adolescente al asumir una actitud viril y sana

respecto de la sexualidad, comunicándole un sentido agudo de valores, no multiplicando los reproches y las prohibiciones.

Sin embargo, resulta difícil encontrar quién se esfuerce por hacer comprender que la vida moral no es un factor mortificante, ni mucho menos religioso, como algunos lo asocian, hablar de los valores proporcionados en los primeros años de formación del individuo y posteriormente de la mala aplicación de moral y de valores no es hablar de castigo y mucho menos de un castigo divino. Pero esto tiene que ver con la relación que se le ha dado a *valores-religión*, hoy en día los adolescentes confunden o asocian todo tipo de moral y valores con la creencia de algo divino, erróneamente piensan que quien defiende ideales tan importantes como la responsabilidad, conciencia, libertad, respeto, amor y muchos más, son adolescentes ligados con la religión, y son señalados como individuos influenciados y sometidos por sus padres.

Lo que no saben es que precisamente estos jóvenes fueron quienes su familia y el medio que los rodea se preocuparon por proporcionarles los elementos necesarios para lograr sino una vida perfecta, por lo menos más plena, con la tranquilidad de saber que en su momento tomarán la decisión más adecuada, sin culpas ni miedos, como lo hacen los que aparentan tener libertad, son esos jóvenes quienes realmente en su interior temen ser castigados, desafortunadamente por la falta de dichos valores carecen de una dimensión apta para consolidar la felicidad futura, personal y familiar.

“Mientras que en la infancia la educación puede eximirse de inducir al menor para que actúe de conformidad con ciertas normas, en la adolescencia tiene que mirar a su personalización, los ideales enlazan con los valores; más aún son éstos los que se atribuye una particular excelencia, afecta al individuo, a menudo de forma aguda en lo que concierne a uno o varios sectores de conducta”.⁷ La adolescencia es propia al despertar de los ideales, en virtud de la autonomía, del anticonformismo, de la capacidad de elección que se desarrollan junto con la maduración del yo.

En la adolescencia, la moral aparece como una obligación más que como una exposición de principios; el deber como una realidad concreta, no como una abstracción filosófica. Sería, no obstante, un error pensar que los valores de los adolescentes estén siempre fundados en el desinterés, en realidad la experiencia y la vida práctica nos enfrenta cada día a una juventud impulsada por convicciones mucho más prosaicas, empíricas y engañosas. La adolescencia es una edad capaz de elevación, dedicación y renuncia con independencia hacia los valores, pero es preciso que esté sostenida por una educación adecuada para proponerle unos ideales apropiados, en armonía con las capacidades y con las exigencias de la edad, con personalidad global de los individuos y con su ambiente de vida.

Si el sujeto llega a hacer responsable de su propio porvenir y por tanto de su proyecto, también está motivado para disciplinar los impulsos de su sexualidad y para poner orden en su existencia. Entre los valores que hay que inculcar al adolescente conviene aumentar el relativo a la sexualidad, justamente para subrayar las actitudes negativas predominantes, y

⁷ www.altavista/educación sexual y valores en la familia.com.mx

para conferirle en cambio la dignidad que le compete en el contexto de la personalidad. Urge hacerle entender que el amor no es ante todo una insidia ni un peligro para el hombre, sino más bien, uno de los valores mayores que puede sentir y dignificar a un ser humano, sólo cuando se niega a atender a la perfección se degrada, pierde su significado humano y decae su excelencia.

La sexualidad es en primer término fuente de vitalidad biológica y una valorización de la virilidad y de la femineidad para todas las actitudes, si bien es cierto que para llevar a cabo una relación sexual no es necesario "el amor" lo ideal es sentirse bien, sin remordimiento ni culpa, y lo que es más importante sin consecuencias que puedan traer secuelas irreversibles o lo que es peor, la muerte. El amor sexual se percibe y propone como un valor no como una especie de desgracia o casi de maldición de la que no se puede liberar, el amor sexual se revela como la forma de conocimiento más alta e íntima, entendiéndolo por ello no sólo una función del intelecto, sino de la persona toda en su conjunto.

Cuando los jóvenes de ambos sexos se conforman en unos precisos valores-ideales aprenden de verdad a concebir la vida como un plan en el que deben comprometerse y se sitúan en las mejores condiciones para acceder al estado adulto. Por desgracia, el régimen de promiscuidad en el que hoy vive la mayor parte de los adolescentes trunca de raíz las potencialidades presentes en ellos; irrumpen por tanto los impulsos que impiden descubrir su propio ser. Tales proposiciones obtiene su confirmación de la psicología humanista, la cual reconoce que entre más sanos y maduros psicológicamente son los individuos más tienen un yo autónomo y activo, siendo la persona idónea por sí misma para dominar el ambiente en que actúa.

¿Pero son todavía sensibles los adolescentes a los valores? los jóvenes de hoy en su generalidad son ciertamente la imagen del mundo adulto, invadido por las dudas, la indiferencia, el pesimismo respecto al futuro. Muchos animados de propósitos sinceros, miran el porvenir con seriedad y hasta con entusiasmo, cuando están ayudados por educadores capaces de recoger sus aspiraciones y de reafirmarlos en su vigor y decisión para una acción coherente. De esta forma la educación sexual es fecunda, siempre y cuando sea sostenida por ciertos valores e ideales que le sostienen y la motivan, sin olvidar arraigar estas convicciones desde el nacimiento de cada individuo, preparar a los hijos para vivir una sexualidad sana y humanizante, es muy importante, ya que la humanidad se enfrenta a terribles males que inciden directamente en la esfera de la sexualidad.

De ahí la importancia de que los padres de familia se cuestionen seriamente sobre cual es su papel en la formación de los hijos en ese aspecto de su vida. Se trata de preguntarse si cuidar de la salud mental y corporal de los hijos es un asunto que se puede dejar en manos de los medios de comunicación o a cargo de los "cuates" de ellos, o quizá en manos de personas de quienes desconocemos sus principios y convicciones. Se trata de asumir verdaderamente su formación con los valores necesarios, es tan sólo sembrar la semilla, que sin lugar a dudas dará frutos en el momento preciso de su sexualidad, que los valores implícitos en la educación de los hijos sean proporcionados por convicción y no por obligación, convicción que les corresponde por el simple hecho de ser sus progenitores.

1.2 LA URGENCIA DE INFORMACIÓN OPORTUNA Y ADECUADA POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

El papel que juegan las instituciones que se dedican a este campo y los organismos destinados a la planificación familiar puede contribuir a la prevención de embarazos no deseados y por ende de abortos al proporcionar servicios de calidad. Las organizaciones orientadas a la atención y prevención de esta problemática deben proporcionar además información oportuna, como base para que las decisiones libres e informadas en salud reproductiva puedan ser una realidad.

Lo ideal sería que las instituciones proporcionarán:

- *Acceso para todos, independientemente de clase social, edad y otros factores.*
- *Disponibilidad de profesionales capacitados no sólo en los aspectos cognoscitivos, sino también en los relativos a actitud y a destreza.*
- *Respeto pleno, reconociendo la capacidad de cambio y transformación de los grupos humanos en relación con la salud sexual y reproductiva, esto significa valorar el conocimiento y la experiencia de los individuos y las comunidades, y no los mitos que con frecuencia fundamentan las actitudes.*

Métodos anticonceptivos seguros y eficaces, con servicios que reúnan los criterios de calidad pero sobre todo oportunos, servicios centrados en los usuarios, mezcla de métodos y asesoría adecuada; en fin el reconocimiento pleno de que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano y que como tal los medios para lograrla deben estar también al alcance de toda persona.

Según Loewestein y Furstenberg (1992) los modelos teóricos para la explicación de riesgos sexuales en la adolescencia: embarazos no deseados, Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, no son aplicables a los adolescentes, "entre otras cosas porque no tienen en cuenta que éstos poseen características peculiares debido a la etapa evolutiva en que se encuentran. Estas características hacen mucho más probable que su conducta no sea racional y que asuman riesgos. Algunas de estas peculiaridades son: su profunda necesidad de exploración y de conocer el mundo por sí mismos; su gusto por el riesgo y la aventura; su creencia de invulnerabilidad, que les hace pensar que a ellos no les va a pasar nada y que los problemas se van a resolver fácilmente; sus dificultades para pensar a largo plazo y en términos probabilísticos; su inexperiencia; su desacreditación sistemática de los consejos de adultos y su gran deseo de asimilación al grupo de iguales. A los adolescentes hay que darles la información adecuada tomando en cuenta la edad en la que se encuentran".⁸

No obstante, el embarazo no deseado en la adolescencia también puede deberse a que la mujer no utiliza ningún método anticonceptivo, justamente aquí comienza la tarea

⁸ www.google/saludreproductiva.com.mx

tan importante que tienen las instituciones de salud, su labor es mantener la salud de la población, para lograr este objetivo, en el caso específico del embarazo no deseado, es trascendental que su labor sea preventiva, la información oportuna y adecuada sobre salud reproductiva de alguna manera amortiguaría el elevado número de dichos embarazos.

Por esto y por muchas otras cosas es imperiosa la necesidad de darles a los adolescentes la información completa de todos los métodos de planificación familiar, esto implica brindárselas en el momento oportuno, es muy común explicarle a las mujeres los diferentes métodos anticonceptivos cuando ya sean presentados en la sala de emergencia de un hospital al borde de la muerte, pues sea practicado un aborto inducido. Las circunstancias de emergencia en que se presta la atención del aborto obstaculizan la prestación de servicios de planificación familiar post aborto.

Muchas veces, las mujeres llegan a la sala de urgencias en condiciones críticas y requieren las medidas inmediatas para salvarles la vida. Peor aún la planificación familiar como intervención preventiva se omite por considerarla poco importante dentro de la atención prestada. Al alcanzar en forma efectiva la atención del aborto con los servicios de planificación familiar, el personal de salud puede darle a la mujer tal vez su única oportunidad de romper este ciclo repetitivo de aborto.

Incluso muchas pacientes post aborto tienen gran interés en aceptar un método anticonceptivo, pero desgraciadamente con frecuencia estas mujeres egresan del hospital, después de ser tratadas, sin recibir orientación, protección anticonceptiva y ni siquiera información que la refiera a un centro de salud para la obtención de un método anticonceptivo. Estas mujeres corren un fuerte peligro de sufrir otro embarazo indeseado y, por ende, otro aborto bajo condiciones de riesgo que la puedan incapacitar o matar.

De esta manera, si el personal de salud que atiende a mujeres con aborto no les ofrece servicios anticonceptivos en forma oportuna, puede perder la única oportunidad que tiene para proporcionarles una atención preventiva que permita romper el círculo vicioso del aborto. Las complicaciones relacionadas con el aborto muy probablemente continuarán significando un problema grave y serio de mortalidad en México; por esto debemos considerar una serie de medidas preventivas que podamos tomar para reducir esta mortalidad relacionada con el aborto y el impacto negativo que éste tiene en la calidad de los servicios de salud.

Por otra parte, muchos abortos son consecuencia de un embarazo imprevisto debido a un fallo de los anticonceptivos, estos fallos pueden ser consecuencia directa del fracaso del método o de un fracaso de la totalidad del sistema, que no ha sido capaz de proporcionar un método adecuado a las condiciones de la mujer. Cualquiera que sea la situación, las condiciones que dieron lugar al embarazo no deseado pueden seguir existiendo y, a menos que las instituciones de salud lo adviertan, el problema puede plantearse de nuevo. Dichas instituciones deberán aplicar las siguientes reglas ante un embarazo no deseado resultante de un fallo anticonceptivo:

- ☞ *Hay que examinar toda la gama de anticonceptivos disponibles.*
- ☞ *Se debe analizar a fondo el fallo anticonceptivo a fin de encontrar posibles razones para explicarlo.*
- ☞ *Hay que proceder a un asesoramiento detallado antes de proseguir o recomendar de nuevo el uso de un método que se haya mostrado perturbador o ineficaz.*
- ☞ *En el uso correcto de un método pueden influir los conflictos emocionales, la presión social, la relación de pareja y los sentimientos que abrigue la persona sobre la sexualidad.*
- ☞ *A la mujer se le debe facilitar el anticonceptivo que elija, siempre que no haya ninguna contraindicación clínica.*
- ☞ *Hay que formular con claridad y decisión las instrucciones sobre el empleo del método y confirmar que la mujer las ha entendido.*

Si la paciente opta por un método provisional, por ejemplo: anticonceptivos orales o preservativo, habrá que darle información sobre los establecimientos existentes en su comunidad donde pueda obtener material de repuesto y otros servicios. También habrá que darle las señas de fuentes locales de suministro de métodos permanentes y a largo plazo de revisión médica.

El motivo de consulta debe ser resuelto oportunamente considerando costos accesibles. Un servicio de salud es de calidad cuando toma en cuenta el conocimiento que tienen las usuarias sobre sus propios procesos de salud, fomenta su autoestima y autonomía para decidir sobre su propio cuerpo, y propicia el conocimiento y ejercicio de su derecho a la salud. Asimismo, una atención con calidad y perspectiva de género promueve la participación equitativa y consciente de los varones en los procesos de salud sexual y reproductiva.

La función del asesor es ayudar a las mujeres a tomar las decisiones más adecuadas con respecto a su situación clínica y personal. Importa que las mujeres decidan por sí mismas si su pareja o alguna otra persona debe asistir a la sesión de asesoramiento (planificación familiar); un asesoramiento de calidad ayuda a la mujer a identificar esos factores y le permite tomar decisiones y formular planes en su propio beneficio. La falta de importancia que da el sistema de salud a los factores culturales de las mujeres se visualiza también en la pobre relación que existe entre los diagnósticos médicos y los reportes que las mujeres hacen de su sintomatología.

Los proveedores de servicios de planificación familiar pueden jugar un papel crítico en la reducción de embarazos no deseados, como: mejorando sus servicios, asesoramiento y actividades de atención a la comunidad oportunamente; entendiendo las necesidades de información y servicios de salud reproductiva de grupos de alto riesgo, tales como los

adolescentes, reconociendo y tratando la coacción sexual y las desigualdades de poder entre hombres y mujeres.

Además las organizaciones y proveedores de atención en salud que trabajan con el explícito propósito de reducir el aborto en condiciones de riesgo, lo pueden lograr realmente si se llega a trabajar conjuntamente con la paciente, pero algo muy importante: *adoptar mutuamente la mentalidad de prevención*; los servicios de salud evitarían embarazos no deseados en adolescentes y éstas a vez salvarían su vida.

1.2.1 La utilización correcta de métodos anticonceptivos

Ya se habló de las relaciones sexuales y de sus posible consecuencias: el embarazo, el cual a veces puede ser deseado y planeado, o lo que es peor aún cuando definitivamente no es lo que se está buscando. Todas estas acciones pueden tener consecuencias bastante negativas, sin embargo, la solución probablemente no sea tan complicada, para evitarlo existen métodos anticonceptivos, basta con utilizarlos correctamente, pero para ello es importante tener información.

Para comenzar es importante definir que es un método anticonceptivo: son aquellos que evitan que las relaciones sexuales vayan ligadas a la reproducción, impidiendo que un óvulo sea fecundado por un espermatozoide. Es importante saber que no existe ningún método perfecto que vaya bien a todas las mujeres u hombres, a todas las edades y en todas las situaciones.

La preocupación de prevenir el embarazo ha existido desde épocas muy lejanas; “las antiguas egipcias, por ejemplo se introducían en la vagina una especie de compresa remojada en vino, hierbas y aceites, para impedir el paso del semen hacia el útero. Cleopatra se metía una cáscara de cítricos en el fondo de la vagina, a manera de diafragma y los beduinos insertaban piedras en la matriz de las camellas para impedir que éstas se embarazaran durante la travesías por el desierto”.⁹ Los condones que tanta polémica levantan hoy en día en algunas sociedades, se fabricaban con tripas de animal o de cuero delgado hace cientos de años.

Pero la tecnología avanza y actualmente contamos con muchos y variados métodos anticonceptivos, cuyos niveles de seguridad varían; y si bien es cierto que ninguno es cien por ciento seguro, en general son bastantes eficaces para la prevención de embarazos, siendo el mejor aquel que es aceptable por la pareja, tolerado y bien utilizado. Existen métodos anticonceptivos naturales, químicos, de barrera o definitivos, y dependiendo de las circunstancias de salud, de las preferencias, de la decisión de la pareja y de las posibilidades del cuerpo de quien los va a usar, algunos serán más recomendables o preferibles que otros.

⁹ Hiriart, op. cit., pág. 195.

La planificación familiar es un derecho humano y un instrumento de indiscutible utilidad para el mejoramiento de la salud reproductiva y la prevención de la mortalidad materna. Paulatinamente, desde que se estableció en México la nueva política de población ha ido creciendo el número de personas que usan métodos anticonceptivos. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que para 1998 el 68.7% de las mujeres en edad fértil y maritalmente unidas está utilizando algún método. Del mismo modo, persisten grupos de población con menor acceso real a la anticoncepción como son los habitantes de las áreas rurales, marginadas y los (as) adolescentes.

Por tal motivo las tasas de embarazo no deseado es muy alta entre las jóvenes adolescentes. Saber que existen métodos anticonceptivos no implica su uso; así como tampoco su aplicación correcta. Un factor que pudiera ayudar a la utilización correcta de los anticonceptivos es la comunicación. De hecho, es muy importante que los jóvenes aprendan a comunicarse, en este caso que se transmitan sus necesidades, gustos y preferencias, llegar a acuerdos para no correr riesgos. Muchas jóvenes advierten que sienten miedo de decirle al chico con el que están que utilice un preservativo por temor a que éste piense que es una chica promiscua.

Pero no sólo el pudor aleja los anticonceptivos de las relaciones sexuales entre adolescentes. Suele ocurrir que en los comienzos de una relación entre adolescentes, éstos se dejan guiar por el principio de placer, por el coito espontáneo. La chicas pueden llegar a prescindir de anticonceptivos, aunque los conozcan, por tanto, es preciso que nuestros jóvenes aprendan a negociar, a comunicarse, para que ese impulso del placer no les convierta en padres prematuros.

Se considera que para que una pareja de adolescentes llegue a tener un coito seguro son necesarios cinco pasos previos. Si alguno de ellos falta, practicarán el coito arriesgado.

1.- Disponer de información correcta.

Carecer de información correcta hace muy difícil el uso eficaz de los anticonceptivos, pero no impide que se tengan relaciones coitales. Pero, por otro lado, disponer de ella no basta, porque además se han de cumplir otros requisitos.

2.- Reconocer la posibilidad de tener Relaciones Coitales.

Muchos adolescentes consideran que sus relaciones sexuales coitales, especialmente las primeras, ocurren o deben ocurrir "espontáneamente" Pero aunque las relaciones coitales pueden ocurrir sin planificación, dado su alto grado de preprogramación, no sucede lo mismo con la utilización de anticonceptivos que, además de necesitar conocimientos, necesita planificación (pensar en usarlos, hablar con la pareja, conseguirlos, etc.).

3.- Obtener el anticonceptivo.

Conseguir muchos de los métodos implica revelar a una persona adulta (farmacéutico/a, ginecólogo/a, psicólogo/a, etc.) que se tienen o se van a tener relaciones coitales, lo cual suele ser embarazoso, teniendo en cuenta que muchos adultos son contrarios a las relaciones sexuales durante la adolescencia y los adolescentes suelen ocultarles que las tienen. Sólo la marcha atrás y otros métodos poco eficaces que "siempre se llevan puestos" pueden librar al adolescente de este trago. Las máquinas dispensadoras de preservativos, colocadas en bares y otros locales de diversión, pueden facilitar la obtención de un método eficaz en el momento y lugar en el que se plantea la posibilidad de la relación sexual.

4.- Hablar con la pareja sobre la anticoncepción

Este paso no es necesario cuando la responsabilidad de la anticoncepción se le atribuye a un único miembro de la pareja. Por ejemplo, si la responsabilidad se coloca en la chica y ésta decide usar la píldora, puede utilizarla eficazmente incluso aunque su pareja ignore que la está utilizando. Creemos que a esta condición hay que añadirle una segunda: que el método permita ser utilizado sin comunicación con la pareja. Si una chica se considera la única responsable de la anticoncepción y decide que el método más adecuado es el preservativo le será muy difícil conseguir su utilización sin hablar con la pareja. Nosotros creemos que esta comunicación siempre debiera existir, ya que sin ella es difícil que la anticoncepción se integre como un elemento más de la sexualidad y de la relación sexual.

5.- Utilizar correctamente el método elegido

No basta con que sea utilizado, sino que ha de ser utilizado correctamente. Diversos estudios han encontrado que el preservativo es utilizado incorrectamente en muchas ocasiones. Métodos como el DIU o la inyección mensual, que requieren menor intervención por parte del sujeto, son menos susceptibles a esta mala utilización, pero sólo previenen de los embarazos no deseados.¹⁰

Pero, si además de ignorar alguno de estos puntos muchos adolescentes lo sustituyen por uno que creen que es un método anticonceptivo, que científicamente no existe, sus posibilidades de riesgo aumentan.

Métodos mal llamados anticonceptivos.

✍ Lactancia prolongada: durante la misma se producen ovulaciones y, por tanto, es un periodo fértil en la mujer.

✍ Lavados vaginales: los lavados después de un coito no sirven para nada, pues los espermatozoides llegan rápidamente al cuello del útero.

✍ Coito interrumpido: consiste en retirar el pene justo antes de la eyaculación. Este método, además de exigir un gran control por parte del varón, y que además antes de la eyaculación (en el líquido preseminal) pueden existir espermatozoides, puede producir trastornos sexuales con el tiempo.

Entre los factores relacionados con los servicios de planificación familiar que contribuyen a que las mujeres no usen anticonceptivos, los usen en forma incorrecta o los dejen de usar se encuentran:

✍ Atención inadecuada de las necesidades de las usuarias, sus experiencias sexuales y estilo de vida; muchos de los servicios no se dirigen a ayudar a las usuarias a decidir el número de hijos que desean y como espaciarlos, a ofrecerles los servicios de salud e información para lograrlo y a identificar y responder a los factores sociales, económicos y culturales que ponen a la mujer en riesgo de quedar embarazadas sin desearlo.

¹⁰ www.google/métodos anticonceptivos.com.mx

- ❏ *Con frecuencia las usuarias no están informadas sobre la importancia del uso continuo de los anticonceptivos. además por lo general carecen de información sobre los efectos secundarios, las ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo, los riesgos para la salud asociadas a cada método anticonceptivo y las posibilidades de cambiar de método.*
- ❏ *En lugares donde las opciones de métodos anticonceptivos son limitadas, se hace más difícil equilibrar las intenciones reproductivas de las parejas con las necesidades de su salud y preferencias anticonceptivas. También es más difícil asegurar la continuidad en el uso del anticonceptivo ya que las circunstancias personales y preferencias de las personas cambian con el tiempo.*
- ❏ *Las decisiones sobre qué métodos anticonceptivos utilizará una mujer por lo general las toma el proveedor o el sistema de salud, basado más en la tasa de eficacia, existencia de suministros y conveniencia del proveedor que en la preferencia, paridad y estado de salud reproductiva e intenciones de la usuaria.*
- ❏ *La falta de conocimientos y capacidades del proveedor puede dar como resultado visitas innecesarias a la clínica o solicitud de exámenes excesivos, tratamientos de escasa calidad, además de insensibilidad para comprender las necesidades de privacidad y confidencialidad de la usuaria, así como información sesgada o incompleta.*

Algunas investigaciones han demostrado que las tasas de aborto disminuyen con el correcto uso de métodos efectivos para que el método fuera utilizado correctamente, sería deseable tomar en cuenta las características de las adolescentes, utilizar métodos anticonceptivo de acuerdo a su edad, a la frecuencia de sus relaciones sexuales, si éstas son esporádicas adoptarían principalmente métodos de barrera, mientras que las que tienen relaciones sexuales frecuentes y con pareja estable podrían adoptar otros métodos más seguros; asimismo, hay que valorar el factor de promiscuidad sexual o de relaciones con más de un compañero sexual.

En estos casos es importante una protección frente a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que sea efectiva, además de protección frente a un embarazo. Pero, definitivamente conocer los métodos anticonceptivos no evita los embarazos entre adolescentes, eso es una realidad; cuando se decide tener relaciones sexuales con su pareja es indispensable la comunicación, es necesario que los jóvenes sepan comunicarse y negociar estos temas sexuales para eludir sus consecuencias; y en el caso de ser una relación de "ocasión" también es necesaria la responsabilidad de aprender a cuidar su salud física y mental; ¿cómo? utilizando correctamente un método anticonceptivo, si no ha sido posible su explicación por las personas o instituciones adecuadas, sacudirse el temor y preguntar su aplicación correcta; esto puede marcar la diferencia entre una relación placentera o un embarazo no deseado.

1.3 LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, UNA ALTERNATIVA

En nuestro país se ha abordado siempre el tema del aborto con cautela y espaciamento entre los medios de comunicación que dependen de la iniciativa privada y con más asiduidad y apertura en los estatales. Para analizar este asunto tendríamos que tomar en cuenta varios factores, por una parte, la prohibición explícita de algunos patrocinadores para que este tema se toque en los programas que ellos pagan, todo esto influye en abordar o no el tema del aborto y en la manera de encararlo cuando se llega a plantear.

Aquellos que están en contra del aborto mencionan las estadísticas con menos frecuencia y pocas veces proponen soluciones. En aquellos que presentan una posición neutra hacia el aborto el hecho de manejar estadísticas determina que también propongan soluciones, quienes están a favor del aborto proponen con más frecuencia soluciones, independientemente si incluyen o no estadísticas. No obstante, el manejo de los medios está en manos del patriarcado, mientras los esfuerzos desde las instituciones empiezan a crecer, un breve análisis en la televisión muestra que se siguen reafirmando los papeles tradicionales de la pareja; existe el tabú generalizado para abordar asuntos de la sexualidad, el derecho a elegir sobre la maternidad, el conocimiento del cuerpo, la planificación familiar, maternidad voluntaria y aborto son desde luego temas presentados, pero sin profundidad y pocas veces proponiendo una solución.

Los programas informativos son más abiertos pero el debate es el aborto y no se penetra en sus implicaciones. La difusión del tema del aborto en la prensa es un reflejo de la situación en la que se encuentra el conocimiento del problema, y de la dificultad que existe para que la opinión de la población sea tomada en cuenta con miras a configurar la respuesta social organizada que lleve a solucionarlo. Tanto el uso de las estadísticas como la posición hacia la despenalización son expresiones de necesidad sentidas de la población.

En México los medios de comunicación tanto electrónicos como escritos circulan y se transmiten en forma masiva, y aunque el panorama describe un volumen gigantesco de circulación de ideas, es lamentable decir que dentro de todo ese universo de comunicación, en donde se pueden transmitir infinidad de información, no exista la suficiente relacionada con salud, sexualidad y derechos reproductivos; desde un medio electrónico o impreso cada uno puede comprobarlo.

La preocupación oficial sobre el grave problema de la salud reproductiva, es muy tibia, la política ha sido la del ocultamiento informativo, de tímidas campañas y faltas de contenido; sería absurdo redundar aquí sobre la importancia que para las mujeres tiene poner un límite a la mortandad materna. Por ello la función que puedan tener los medios de comunicación masiva en la búsqueda de una maternidad sin riesgos es trascendente y nada despreciable, hasta ahora ha habido una errática política hacia ellos, en las instituciones oficiales de salud como en todas las instituciones del país en muchos organismos internacionales y por reflejo en las organizaciones no gubernamentales, la política aplicada es la del camuflaje de la información y el manejo discrecional de la misma.

El campo de la difusión es amplísimo y los recursos humanos bastísimos, si nos acercamos a las instalaciones de los medios de comunicación masiva veremos que la participación es nutrida en los campos de la producción, ejecución y planeación de los programas radiofónicos y televisivos; entonces si se cuenta con la suficiente infraestructura porque no utilizarla para campañas masivas de planificación familiar y si nos acercamos a las redacciones de diarios, revistas, noticiarios y agencias de noticias, veremos que el fenómeno es el mismo.

La aparición de los "chips" de las computadoras, su conexión a redes vía cable, el uso de la fibra óptica para las comunicaciones instantáneas de voz e imagen, así como el uso e intercambio mundial de la comunicación vía satélite, muestran los rasgos más trascendentes de una nueva revolución tecnológica que afecta especialmente a la comunicación humana. Es obvio que los medios son hoy una herramienta fundamental en cualquier actividad política y social. Su base teórica, sus instrumentos, no obstante, están en manos del poder, son cajas de resonancia de éste y a él sirven.

Pese a ello, los medios de comunicación siempre contarán con un gran auditorio, llegar a comentar el aborto siempre será motivo de polémica, más que tocar el tema del aborto los medios de comunicación podrían contribuir a la realización de campañas de educación sexual, tratándose de medios que logran llegar a las grandes masas lograrían un resultado benéfico. La comunicación de masas se ha convertido hoy en un poderoso instrumento de mediación entre los individuos y las políticas globales que establecen los Estados y sus instituciones, y es al mismo tiempo, el vínculo idóneo para relacionar deseos, aspiraciones y necesidades reales de la población.

La propaganda, como herramienta de comunicación, ha servido a las ideologías más deplorables de que tenga noticias la humanidad, pero si al mismo tiempo ha sido un valioso instrumento de cambio y vínculo esencial para el conocimiento y el desarrollo de las potencialidades bien podría servir para abrir espacios a los receptores, a los sujetos concretos y a la sociedad. El caso de la publicidad no es diferente, si las grandes marcas transmiten a través de los medios de comunicación estereotipos y son capaces incluso de implantar formas de vida, ¿qué no podría hacer una campaña bien estructurada en salud reproductiva? Lo importante sería llegar a las masas en intensas tareas de difusión y sensibilizar a quienes toman las decisiones.

Pero desafortunadamente en nuestra cultura, la sexualidad, especialmente la de los adolescentes, es un tema peculiar, aún no bien aceptado por los padres, ni por el sistema educativo y el sanitario. Esto hace que los adolescentes no suelen recibir ni información ni servicios previos. Pero a la vez que esto ocurre, los padres y la sociedad en general se han hecho muy permisivos en horarios y comportamientos, y los medios de comunicación, sobre todo la televisión, se dedican a bombardear a los adolescentes con mensajes de contenido sexual que ofrecen una imagen de la sexualidad empobrecida, estereotipada, individualista, y nada saludable.

Las relaciones sexuales aparecen sobre valoradas y juzgadas, muy fáciles de conseguir, sin afecto, centradas en el coito y sin utilización de anticonceptivos, pero sin que por ello se corra algún riesgo. Las mujeres adolescentes y jóvenes, especialmente en la

publicidad, no parecen tener otros valores que los eróticos y sexuales ni otros intereses que su propia imagen corporal. Por otro lado, en la actualidad predominan en nuestra cultura valores hedonistas e individualistas que conceden gran importancia a la búsqueda de placer y a la satisfacción individual, sin pensar en los efectos sobre los otros, estos valores son fomentados, en gran medida, por los medios de comunicación de masas.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que todos estos procesos ocurren en el seno de una sociedad con una determinada historia, cultura y leyes, cuyas características intervienen notablemente en cada individuo, influyendo en todas las variables de su comportamiento. Para esto no sería mala la idea de hacer una gran alianza con los medios de comunicación; en los diferentes espacios existen líderes de opinión con quien se podría trabajar, sensibilizando a la sociedad.

Por ejemplo: establecer bancos de datos y centros de documentación sobre la salud de la mujer a nivel nacional, regional y estatal, que incluyan, además de los demográficos, datos de morbilidad y de mortalidad, factores de riesgo y de discapacidad, y los resultados de investigaciones; y utilizar todos los medios para ampliar su difusión, incluyendo internet; fomentar una mayor participación de los medios de comunicación masiva, en particular radio y prensa, con la finalidad de favorecer el diálogo y los vínculos entre los "generadores" de información y los responsables de difundirla.

Pero, llegar a esto significa abrir el debate. Se olvida con frecuencia que una de las tareas primarias del periodista profesional es la del servicio a la comunidad; en este olvido se desvaloriza su tarea y sus posibilidades de contribución al cambio, en la cruzada contra la mortandad materna, por la salud reproductiva, por los cambios legislativos y de políticas públicas, la alianza con los y las trabajadoras de los medios de comunicación podría generar importantes resultados, todo depende de la estrategia que se adopte y de un ingrediente de confianza que nos permita avanzar.

Actualmente la comunicación ha trascendido el simple intercambio personal, para dar lugar a una serie de instrumentos de mediación altamente benéficos, con tecnologías altamente desarrolladas y sofisticadas, los medios de comunicación son capaces de multiplicar los mensajes informativos o de conocimiento, con una rapidez inusitada, afectando a millones de receptores en apenas unos segundos. De ahí su importancia vital para que en toda sociedad, los medios de comunicación se encaminen a la busca y mejora de explotar adecuadamente la influencia y alcance que tienen en cada individuo.

1.3.1 La necesidad de difundir la anticoncepción oportuna y adecuada

La difusión de una anticoncepción oportuna requiere de la movilización de recursos para la investigación y los servicios; de un trabajo en conjunto, en este proceso es esencial la colaboración entre instituciones en condiciones semejantes, entre parlamentarios, centros de investigación, responsables de programas y servicios tanto gubernamentales como de la sociedad civil, así como utilizar aportes provenientes de variadas disciplinas; sin olvidar profundizar en el análisis, y expandir las investigaciones, acerca de las circunstancias de las

muertes maternas, comentándoles directamente a las mujeres para ver si toman conciencia con el fin de identificar factores inmediatos a dichas muertes, e instrumentar estrategias para su prevención y difusión.

Parecería sencillo que si la mujer tuviera a su alcance los métodos con los cuales controlar su fecundidad, ya no tendría por qué utilizar el aborto inducido, puesto que no habría embarazos indeseados. Pero para alcanzar esto, es necesario organizar campañas formales de educación que adoctrinen a la persona que lo solicita, a través de gentes habilitadas para ello, dándole información sobre los procedimientos anticonceptivos más efectivo; para que no sólo se despierte el deseo de planear su familia, sino que se respalde con medidas eficaces.

Las campañas además de su meta informativa y educativa sobre los métodos anticonceptivos, tendría también la finalidad de despertar una paternidad consciente y responsable en la familia. Si se ha visto que las mujeres que se inducen un aborto tienen mayor posibilidad de volver hacerlo, las campañas de educación podrían empezar instruyendo a este grupo, algunas de las cuales vienen siendo precisamente aquellas que llegan a los hospitales por las consecuencias sufridas de un aborto mal atendido. De este modo se podría empezar a trabajar en los mismos hospitales, los cuales informarían y señalarían otros servicios de salud reproductiva. Los asesores deben mantenerse sobre aviso respecto a posibles indicios de otros problemas de salud reproductiva y estar en condiciones de encaminar a la población hacia otras posibilidades de diagnóstico y tratamiento.

Otro lugar en donde se podría poner en marcha las campañas informativas sin mucho costo, es precisamente en los centros de trabajo a los que acuden las mujeres, ya que éstas forman parte del núcleo considerado con mayor deseo de planear su familia y que más riesgo tienen de inducirse abortos al encontrarse embarazadas sin desearlo. En todo tipo de programas y campañas, un factor decisivo para su éxito sería el apoyo gubernamental, el de la sociedad y en este caso el de los medios de comunicación, al tratarse de difusión, nadie mejor que ellos para cubrir en su totalidad a la población.

Aunque en este punto es difícil dar alguna conclusión, se ha observado un aumento en el interés por cambiar el fallo de anticonceptivos por algún otro método más adecuado y efectivo, lo que podría ser reforzado remarcando las desventajas de aborto contra las ventajas de los métodos anticonceptivos. Además de las campañas de información sobre métodos anticonceptivos, se debe colocar estos métodos al alcance económico de todas las clases sociales, ya que el conocimiento sin el uso de ellos no tendría ningún objetivo.

Es muy probable que aún conociendo los procedimientos anticonceptivos, la mujer no haga uso de ellos y siga recurriendo al aborto, debido más que nada a su irresponsabilidad sexual, pues prefieren enfrentarse al problema de un embarazo indeseado ya cuando éste se ha iniciado, que utilizar las técnicas anticonceptivas para prevenirlos. No obstante esta postura puede ser modificada a través de los programas educativos creando en ellas una verdadera responsabilidad, tanto en el área sexual como en el aspecto de la maternidad.

En planificación familiar se ha visto que para que mejore el programa se tiene que mejorar la calidad y la difusión. Una gran proporción de las mujeres que no quieren tener más hijos sabe que existe los anticonceptivos y sin embargo no los usan. ¿Cómo lograr esa demanda insatisfecha, cómo llegar a esa población que no quiere tener más hijos? se piensa que mejorando la calidad del servicio, pero no es tan sencillo porque tenemos que partir de que todo mundo tenga los métodos anticonceptivos a la mano, que la persona no se tenga que movilizar, que exista una satisfacción mutua entre el usuario y el prestador del servicio.

El acceso real a los métodos de planificación familiar implica que los servicios respectivos estén física y económicamente al alcance de las personas y sean aceptables para ellas, de acuerdo con sus preferencias, circunstancias de vida y necesidades sentidas. Fomentar el uso de métodos anticonceptivos en el post aborto y post parto inmediato, con pleno respeto a la decisión de las mujeres, sus características culturales y preferencias, y cabal cumplimiento del proceso de consentimiento informado.

Para apoyar a los grupos mas vulnerables de la sociedad, se puede difundir estrategias innovadoras, como puestos de salud para la comunidad adolescente, ferias y festivales, para informar en lugares públicos a la población sobre las señales de alarma, promover la asistencia a consulta y estimular la participación de los varones en la protección de la salud de las mujeres, así como ampliar la cobertura de los programas de educación para la salud, involucrando a todos los actores de la comunidad en su diseño, instrumentación y evaluación.

Promover la inclusión en los libros de textos gratuitos contenidos de educación sexual, hablando claramente de la utilización correcta de métodos anticonceptivos; así como explicar los beneficios que trae consigo el conocer y usar alguno de ellos. Tomando en cuenta, por supuesto, las culturas locales. Promover la realización periódica, cada cinco años cuando menos, de una encuesta nacional sobre salud de la mujer, y divulgar ampliamente sus resultados

Lo importante es que haya una oferta del servicio, y una oferta variada para que cualquier persona, con la suficiente información, decida libremente qué método va a utilizar. "Pero el estado no puede imponer un método. Eso va en contra, precisamente, del derecho humano a la planificación familiar".¹¹ Servicios de salud reproductiva que sean prestados preferiblemente en la propia instalación o por medio de remisiones a otras instalaciones accesibles en las redes de los prestadores de servicios.

"...Todas las personas e individuos tienen el derecho básico de decidir el número de hijos que desean tener y su espaciamiento, tienen derecho a disponer de información y medios para ello y de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva..."¹²

¹¹ Ortiz, Ibidem, pág. 147.

¹² www.google/anticoncepción.com.mx.

Estos derechos comprenden todas aquellas necesidades relacionadas con el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción tanto de los individuos como de las parejas, independientemente de la edad, sexo, raza, condición social y religión. Además los derechos sexuales y reproductivos incluyen recibir información completa, verídica y actualizada sobre las ventajas, desventajas, y posibles efectos colaterales de todos los medios existentes para regular la fecundidad, de forma que pueda acceder libremente a ellos.

En síntesis, detrás de cada muerte materna y consecuencia de embarazos no deseados se encuentra una acumulación de imposibilidades para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como una tendencia para eludir la responsabilidad ante los hechos. La familia culpa a la pobreza, o a la mala atención de los médicos, y éstos, a su vez, la revierten a la propia mujer, a su familia o a la falta de recursos. Tratando de echarse la pelotita, y mientras tanto siguen ocurriendo muertes que por definición, debieron ser evitadas, de ahí la necesidad de difundir una cultura de protección y prevención.

Lo anterior nos habla de que los y las jóvenes poseen una cultura de prevención y protección muy baja y superficial que deberá ser estudiada con más profundidad. Se tiene que trabajar más en fomentar y difundir una cultura de protección para evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual; programas más clínicos en escuelas enfocados a dar acceso más fácil a la información, aconsejado por asistentes sanitarios, y servicios anticonceptivos.

Analizando el embarazo no deseado entre las adolescente apuntan a que este fenómeno disminuiría si hubiera tres elementos: educación sexual, sin prejuicios ni barreras; servicios de salud sexual y reproductiva, de calidad y enfocados a las pacientes tomando en cuenta su idiosincrasia; y oportunidades de una vida sexual sana y plena entre los adolescentes, difundiendo programas de planificación familiar completos, a través de cualquier medio de comunicación, siempre y cuando cualquier persona tenga acceso a ella.

2

EL ABORTO COMO SIGNO DE MORTALIDAD EN MADRES SOLTERAS DE MÉXICO

2.1 DEFINICIÓN DE ABORTO

Para arriesgarse a emitir un juicio de valor o dar una alternativa de solución sobre un aspecto de la vida o concepto, tenemos que remitirnos en primera instancia a definirlo. En sentido estricto, la palabra *aborto* viene de las partículas *ob yortus* de donde literalmente significa privación del nacimiento u origen, todo lo que nace antes de tiempo o es extirpado del seno materno es considerado como aborto: lo que no logra su debida madurez. En términos médicos, se maneja que el aborto es la “interrupción del embarazo antes de la viabilidad del feto... antes de las 22 semanas de vida dentro del útero”¹ lo cual, de ser cierto, resulta limitado ya que en nuestros días se ha logrado, gracias al avance de la ciencia, la sobre vivencia fuera del seno materno de bebés de 21 semanas de concebidos y la mayoría se han desarrollado sanamente.

Existe una gran variedad de conceptos de Aborto, no siendo posible definirlo desde un solo punto de vista, por tal motivo es necesario auxiliarse de varios especialistas, para que mediante sus particulares opiniones se engloben en forma general los diferentes criterios que al respecto se sostienen.

Etimológicamente *aborto* viene del latín “*abortus*” que significa no nacido. De tal manera que existe un aborto cuando se da la destrucción o la expulsión del producto de la concepción; también ha sido definido como la pérdida espontánea o provocada del producto de la concepción antes de que sea viable. Según la época en que el aborto se

¹ Ortiz Ortega, Adriana. Razones y Pasiones en torno al Aborto. Ed. Edamex. México 1995. pág. 207.

efectúe se le denomina “ovular”(en el primer mes), “embrionario” (del primer al tercer mes) y “fetal” (del cuarto mes en adelante). A continuación se presentan algunas definiciones tomadas de diferentes autores.

CONCEPTOS DE ABORTO

Autor	Aborto es:
Antón Oneca y Rodríguez Muñoz	"La muerte del feto mediante la destrucción en el seno de la madre o por su expulsión prematura, provocada por cualquier medio (interno o externo, mecánico o químico)".
Tardieu	"La expulsión prematura, violenta provocada, del producto de la concepción, independientemente de todas sus circunstancias de edad, de viabilidad y aun de formación regular".
Garuad	"La expulsión prematura violentamente provocada del producto de la concepción".
Cassagne	Basa el delito en la intervención voluntaria que determina la muerte o la expulsión del producto, modifica o suspende el curso normal del embarazo.
Nerios Rojas	"La interrupción provocada del embarazo, con la muerte del feto, fuera de las excepciones legales".
Carrara	"La muerte dolosa del feto en el útero o su violenta expulsión del vientre materno, con lo que también se consigue su muerte".
Eugenio Cuello Calon	"La destrucción o aniquilamiento del fruto de la concepción en cualquiera de los momentos de la preñez".

Fuente: [www.altavista/definición de aborto.com.mx](http://www.altavista/definición-de-aborto.com.mx)

Estas definiciones son incompletas, porque no prevén la muerte del feto dentro de los últimos meses de embarazo; la Enciclopedia Espasa Calpe define el aborto como “un género de delito consistente en el uso voluntario de métodos adecuados para producir un mal parto con el fin mediato o inmediato de que perezca el feto, sea cualquiera la época de la preñez”. La Enciclopedia de Biología participa con la siguiente definición “el aborto es la interrupción de la gravidez antes de que el feto sea capaz de vivir” mientras que para el derecho Canónico, “aborto es la expulsión del feto del claustro materno antes de ser viable, o antes del tiempo que tiene fijado la naturaleza para su salida”.²

Para el concepto médico legal, el aborto es la expulsión prematura, violenta y provocada del producto de la concepción, independientemente del resultado mortal de la maniobra para el feto que se expelle; la mayoría de las definiciones son contrarias al intento de establecer una que contenga elementos invariables, una de las causas, es en razón de los intereses que se encuentran en juego y que se tratan de proteger, ya que unos lo valoran desde el punto de vista jurídico, otros médico o social. Por ello, siendo distintas las causas que provocan el aborto, serán distintas las definiciones que sobre el aborto pueden darse.

² [www.altavista/definición de aborto.com.mx](http://www.altavista/definición-de-aborto.com.mx)

Es así como se tratan de agrupar:

DEFINICIÓN DE ABORTO

TIPOS DE ABORTO	ENUNCIACIÓN
ABORTO EN GENERAL	Hay aborto siempre que el producto de la concepción es expelido del útero antes de la época determinada por la naturaleza.
ABORTO DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO	Es la expulsión del huevo antes de que el feto sea viable o la muerte del feto provocada dentro del cuerpo de la madre.
ABORTO ESPONTÁNEO	Es la expulsión del feto no viable por causas fisiológicas.
ABORTO TERAPÉUTICO	Es la expulsión del feto o embrión provocada, o la expulsión prematura y violenta del producto de la concepción obligada por causas determinantes.
ABORTO COMO DELITO	Consiste en la interrupción maliciosa del proceso de la concepción.

Fuente: Elaborada por el autor.

Otras legislaciones, entre ellas la mexicana vigente, define el delito “por su consecuencia final, por la muerte del feto, la maniobra abortiva es apenas un presupuesto lógico del delito, es el modo de realizar la infracción prevista”.³ En este sistema radica la intencionalidad y no la maniobra abortiva, que es simplemente el modo de ejecución del propósito. No distinguiendo la ley entre huevo, embrión, o feto, la comisión del delito puede tener lugar en cualquier fase de la gestación, a raíz de iniciada ésta o durante el embarazo y aún en momentos inmediatos al parto.

La medicina forense no atiende, ni la edad cronológica del feto ni su aptitud para la vida extrauterina o viabilidad; en obstetricia, por aborto se entiende la expulsión del producto de la concepción antes de que sea viable (la viabilidad es la capacidad de vida extrauterina autónoma) esto es alrededor del sexto mes de embarazo. Si la expulsión ocurre entre el séptimo y el noveno mes, se denomina parto prematuro, por la viabilidad del producto. El ginecólogo denomina aborto, tanto al espontáneo como al provocado, terapéutico o criminal.

Partiendo de éstas definiciones primero habría que descubrir el trasfondo de lo que es realmente el aborto, qué es lo que está dañando a las mujeres y a sus familias, porque si nos quedamos solamente en la definición conceptual puede sernos confuso o ilógico que una mujer decida interrumpir su gravidez con todos los trastornos que implica este hecho.

³ www. altavista. op. cit.,

2.2 ABORTO CLÍNICO

Es el llamado aborto médico o necesario, el cual se realiza con la finalidad de salvar la vida de la madre, de proteger su salud física o mental cuando ésta es amenazada por el embarazo. “Tanto el aborto terapéutico como el profiláctico tienen por objeto según la literatura médica y jurídica, proteger la salud o vida de la madre. aunque no es frecuente, se dice que el embarazo puede agravar una patología preexistente o puede generarla y que en tales casos el aborto es un recurso médico, que ha sido aceptado en la mayoría de las legislaciones”.⁴

En el actual ordenamiento, la situación penal de la madre o de quien realiza la maniobra abortiva en dicha circunstancia, se puede encuadrar en la justificante denominada “estado de necesidad” siempre que se reúnan los requisitos propios de tal institución, de tal forma que se presente un estado de peligro para la vida o la salud física o síquica de la madre, no generado por los riesgos naturales del embarazo, sino por situaciones patológicas especiales, ajenas a la voluntad de la madre, del todo imprevisibles para ella y determinadas por una anormal evolución del embarazo.

Cuando el peligro es actual e inminente, no evitable sino mediante la realización del aborto, y no producido intencionalmente o por imprudencia del agente. Cuando tras maduros exámenes se decide que para la vida de la madre es inevitable el sacrificio del feto, el jurista no podrá hallar en esta decisión ni dolo ni culpa, pues la prohibición de dar muerte está subordinada a la excepción de la urgencia, y la justicia en el juicio concreto de esta necesidad, no puede prescindir del oráculo humano de los peritos. En nuestro país hay siete causas por las que no se considera como delito el aborto y se podría practicar un aborto clínico.

- A. Cuando el embarazo es resultado de una violación.
- B. El aborto es provocado accidentalmente (o, como dice la ley, de manera “imprudencial”).
- C. A juicio del médico el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer.
- D. Cuando el feto tiene malformaciones genéticas (esto es, por “razones eugenésicas”).
- E. De continuar el embarazo se provocaría un grave daño a la salud de la mujer.
- F. El embarazo es producto de una inseminación artificial no deseada.
- G. Cuando la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y es madre de tres hijos.⁵

En algunos países existe el aborto clínico en dos casos: 1) Cuando hay que sacrificar el feto para salvar a la madre. 2) Por incesto, malformaciones del feto o por enfermedades congénitas y hasta incurables. El aborto clínico nunca debe quedar a voluntad o capricho de la mujer, debe ser autorizado por una junta de médicos expertos en la materia. Enfermeras y parteras carecen de idoneidad para el caso.

⁴ Trueba, Olivares Eugenio. El aborto, Ed. Jus México 1998. pág. 24

⁵ El universal 28 enero 2002. Sec. Nación. pág. 1

*¡Hay! de los tiempos y costumbres: decía el sabio Cicerón. En la antigua Grecia y Roma, al niño que nacía deforme, feo y cara de "susto", mal formado, enfermizo lo iban a arrojar a la Roca Tarpeya. Los griegos tenían su norma infalible: "men sana in corpore sano". (Mente sana en cuerpo sano). Modelo: Apolo para los hombres y Venus para las mujeres. De todo eso tomó don Adolfo Hitler, lo del ario puro... En China comunista solamente se puede tener un hijo y otro, si muere el primero. Quien viola esa regla va a la cárcel y los hijos quedan a cargo del Estado. Los "comunistas" no andan amagando y esto que Confucio les dejó una moral bonita y justa.*⁶

La Iglesia cristiana rechaza el aborto, aún el clínico. Hoy hay aparatos y el tal ultrasonido para controlar los partos y la parturienta con todo y criatura por nacer. La ciencia avanza, pero hay enfermedades incurables y falta de genes. Es mejor que los médicos opinen en los casos de aborto clínico, para que la mujer que va ser madre sepa a qué atenerse en su caso. La criatura es inocente, solamente hay un caso en la ley que autoriza la muerte: el que obra en legítima defensa, pero hay que probarlo ante los tribunales.

Para el doctor Leandro Loya Moniet, de la Facultad de Medicina, de la UNAM "desde el punto de vista clínico del aborto, es la disolución del embarazo antes de que el producto tenga vida, o sea viable; esto es, para ubicarlo en el tiempo estamos hablando que un producto, antes de que llegue a las 20 semanas no es viable al estar fuera del seno materno, o bien cuando pese 500 gramos o menos".⁷

Esta definición clínica, es muy importante en medicina porque todo lo que excede de esto, o sea por arriba, ya se considera un parto prematuro con producto inmaduro, esa es la acepción clínica. Considerando desde el punto de vista legal que a partir de que el producto excede los 500 gramos, cuando ocurre un aborto, ya sería un parto prematuro y se tiene que efectuar un certificado de defunción. Cuando se trata de un parto inmaduro, con un producto de más de 500 gramos, obligadamente la ley pide un certificado de defunción. De tal manera que el aborto en nuestro país está considerado hasta un producto de 20 semanas. Todo lo que exceda de esto ya no es aborto, clínicamente hablando. Desde el punto de vista legal es otro concepto y se maneja de forma diferente.

El aborto clínico en ocasiones no es aceptado, aún tratándose de violación, que en algunas partes de México es aceptada como causal para abortar, pero se ha dado el caso de obligarla a tener a su hijo, entonces dónde están las opciones, si en caso de violación tampoco se permite.

2.2.1 Personal médico

La posición de los médicos frente al aborto es un problema que merece mayor atención en México, estudios realizados en nuestro país muestran que las actitudes de los médicos frente al aborto están influidas por factores diversos (éticos, religiosos, jurídicos, políticos y médicos, entre otros), y donde es legal coexisten profesionales con posiciones diversas. En contextos como el de México, donde el aborto está penalizado, las restricciones

⁶ www.google/aborto-clinico.com.mx

⁷ www.google/aborto.com.mx

legales y de otra índole no impiden que muchos médicos lo practiquen, en general con propósitos de lucro. Por otro lado, a pesar del reconocimiento del aborto como un importante problema social y de salud pública, y de que las leyes consideran circunstancias para que se practique en forma legal, buena parte de los profesionales médicos y las instituciones de salud mantienen una postura conservadora y de reserva al respecto.

La formación profesional que habitualmente reciben los médicos y la consideración legal del aborto inducido como delito, son dos elementos que influyen de manera muy importante en sus actitudes frente al problema. Los médicos representan el sector profesional más cercano a la realidad cotidiana del aborto inducido, sus actitudes frente a este importante problema de salud dependen de factores diversos que hoy merecen mayor atención en el contexto de la realidad mexicana. La investigación sobre esta temática ha sido escasa en el país y en el presente no hay evidencias suficientes para predecir la respuesta de los médicos, como sector gremial, ante una reforma para liberalizar las leyes que regulan la práctica del aborto.

La postura de los médicos en otros contextos, los hallazgos de diferentes autores permiten ver que aun en países donde las leyes admiten el aborto bajo condiciones amplias, los médicos con posiciones diversas, desde las cuales unos favorecen la libre elección de las mujeres, otros aprueban el procedimiento sólo en determinadas situaciones, y otros se oponen a él. Se ha señalado que los principios éticos y religiosos juegan un importante papel en la actitud de los médicos ante el aborto; sin embargo, existen algunas referencias escritas que ilustran su participación en el debate, así como algunos de los elementos que influyen en sus posturas frente a la problemática del aborto.

Como sector gremial, los médicos en México han mantenido una posición conservadora y de reserva frente al aborto. Pese al reconocimiento cada vez mayor del aborto como problema social y de salud pública, importantes sectores de la profesión médica se han opuesto a la modificación de las leyes que regulan su práctica. Además de las justificaciones éticas o morales para apoyar una postura contraria a la despenalización del aborto, desde las más altas jerarquías de la profesión se ha señalado que ésta acarrearía un aumento desmesurado de la demanda del procedimiento y crearía serias dificultades para los servicios de salud.

Dentro del gremio médico existen quienes opinan que el aborto podría practicarse en forma legal cuando existen indicaciones terapéuticas, pero se oponen a que las leyes admitan el procedimiento en otras circunstancias: "no estamos preparados para atender el aborto, ya que no tenemos la suficiente preparación médica para hacerlo en condiciones higiénicas y adecuadas".⁸ Por otra parte, existe también en el país un núcleo de profesionales médicos que ha contribuido al análisis de las repercusiones sanitarias y sociales del aborto, insistiendo en la necesidad de revisar y cambiar las leyes.

Desde esta posición se ha planteado que: la formación profesional que habitualmente recibe el médico y la consideración legal de la práctica del aborto como delito, son dos elementos que influyen de manera muy importante en su actitud frente al problema, desde su

⁸ www.altavista. op. cit.,

formación universitaria los médicos adquieren o refuerzan conceptos deformados y prejuiciados en relación con el aborto inducido... “yo no escapé, en mi formación, de tener un concepto de la práctica del aborto como algo criminal, inmoral. No escapé a toda esa tradición y estructura donde se pensaba que el ginecólogo honesto y ético era el que atendía partos, enfermedades, esterilidad y que el inmoral, fracasado y mercenario era el que resolvía, además, el problema del aborto en sus pacientes”.⁹

Los términos fuertemente restrictivos en que están redactadas inducen a que en general los médicos asuman que el aborto es ilegal en cualquier circunstancia. Así, aunque está claro para jueces y abogados que la ley no demanda que una mujer, cuya vida corre peligro si el embarazo continúa, se exponga a morir, este hecho no es siempre tan diáfano para los profesionales de la salud. Lo que el médico aprende sobre el aborto en las aulas universitarias y en los servicios de salud, repercute en la atención a las mujeres con complicaciones de abortos mal practicados. En no pocas ocasiones, las mujeres son tratadas por parte de médicos y también de enfermeras con actitudes punitivas y de desprecio.

Por otro lado, en una entrevista realizada con el Dr. Moisés Coyoc, jefe del área de gineco-obstetricia del Hospital General Zona 47 en la Delegación Iztapalapa,¹⁰ menciona que en ocasiones ante la sospecha o la certeza de un aborto inducido, el médico raramente hace la denuncia ante la autoridad judicial, lo más común es que el hecho quede asentado en los registros hospitalarios como aborto incompleto o aborto en evolución. Esto en general obedece a una posición ambigua del médico hacia la paciente, así como al temor a verse involucrado en un problema legal. Sin embargo, el que el médico no haga la denuncia puede, en otros casos, atribuirse a una actitud de protección y respeto hacia la mujer, así como hay médicos que no tienen un comportamiento y una expresión punitiva hacia la mujer que acude con un aborto, también existen aquellos que trasladan los criterios de su propia moral a la práctica institucional, condenando a la mujer.

Problemas complejos como el aborto, y en general todos aquellos relacionados con la reproducción y la sexualidad humanas, requieren ser abordados desde perspectivas amplias y actualizadas, que permitan a los futuros profesionales desarrollar una práctica clínica integral en los servicios de salud. Los programas de formación de personal de salud (médicos, enfermeras, u otros) tienen que incorporar nuevas herramientas de análisis, que contribuyan a la mejor comprensión de los aspectos sociales, demográficos, culturales, psicológicos, éticos y legales vinculados al campo de la salud reproductiva.

El aborto es un serio problema, por ello, los médicos en México tendrían que estar más activamente interesados en la discusión de sus diversos aspectos, sus opiniones son importantes componentes de cualquier debate político público, y sus patrones de práctica son importantes componentes de la atención a la salud para miles de mujeres cada día. Martín Eloy Gutiérrez, ginecólogo mexicano, afirma: “Las clínicas clandestinas son ilegales y por ello muy peligrosas, porque no hay control. Lo malo en estos procedimientos, es que

⁹ [www.altavista/aborto/personal médico.com](http://www.altavista/aborto/personal_médico.com).

¹⁰ Entrevista realizada al Dr. Moisés Coyoc, Jefe de Gineco Obstetricia del Hospital General Zona 47 de Iztapalapa, 5 de marzo 2003.

el médico puede no tener el instrumental necesario, puede que no tenga buena anestesia, y puede no ir al hospital a llevar a una paciente que está sangrando con el útero perforado”.¹¹

Algunos abortos provocados, dijo, son sólo apariencias “hay ocasiones en que se presenta el sangrado de la paciente que ha hecho un sinnúmero de intentos, como pueden ser los ejercicios exagerados, o golpeándose los gluceos al bajar así las escaleras. Y por el sangrado las mujeres creen que están abortando, pero es falso porque el producto sigue ahí. Algunas hasta se ponen agujas para perforarse la matriz. Todo depende del nivel cultural de cada paciente, de su medio y del apoyo que fue a buscar, ya sea médico especialista, médico general, partera, comadrona o alguna mujer sin conocimientos”, explicó.

Por su particular relación con el aborto, los médicos constituyen un núcleo profesional de enorme importancia para lograr cambios en la legislación. Al parecer buena parte de los profesionales de la salud en México tienen una visión limitada sobre la problemática del aborto, lo cual en gran medida obedece al tipo de formación que reciben. En este sentido, las instituciones de educación superior tienen la responsabilidad de revisar los enfoques que tradicionalmente han guiado la formación de sus egresados en el campo de la salud reproductiva.

2.2.2 Métodos Científicos

El aborto cuando es necesario y autorizado legalmente, puede ser practicado en un clima adecuado, esto es, que se realice con los instrumentos y conocimientos médicos necesarios, utilizando los métodos científicos más novedosos. En las clínicas para abortos suelen utilizarse algunos métodos ya clásicos y se especula con otros más avanzados, estos procedimientos quirúrgicos abortistas tiene como objeto principal separar manual o artificialmente la placenta del útero, cuando el médico se sirve de instrumentos, primero intenta dilatar el cuello uterino mediante bujías o laminas de diversos calibres. En caso contrario procede a rajar la cavidad uterina para extraer la criatura como si se tratase de una cesárea, si el feto se halla en estado muy avanzado de desarrollo puede suceder que aún permanezca vivo por algunos momentos.

A continuación se presentan algunos métodos utilizados con mayor frecuencia:

Método de dilatación y raspado: el método clásico es llamado habitualmente dilatación y raspado (D y R) el procedimiento consiste, en general, en dilatar el canal cervical mediante la inserción de una serie de dilatadores de metal, cada uno de los cuales es un poquito más grueso que el precedente. Cuando el canal es dilatado lo suficiente para permitir el paso de los instrumentos en la cavidad uterina, se extrae el contenido del útero con un pequeño fórceps de óvulo y a continuación se raspa todo el tejido restante con una cucharilla de metal.

En los últimos años se ha sustituido progresivamente el raspado quirúrgico por el raspado o succión conocido también como aspiración al vacío. Este método fue descrito en

¹¹ www.latinsalud.com

primer lugar en China en 1958, se popularizó en la Unión Soviética y en otros países de Europa oriental, al principio de la década de los sesenta, y fue introducido en los Estados Unidos y en el Reino Unido en el año 1966.¹²

Método de la aspiración: es de origen chino, pero se ha extendido pronto, algunos prefieren denominarlo método de *succión*, es tan eficaz como el anterior e indicado para destruir al feto durante los tres primeros meses del embarazo, el aspirador es una cánula esterilizada, va acoplado a una botella o bomba que succiona a través de un conducto plástico transparente, la bomba vacía lleva un manómetro en comunicación con un frasco destinado a recoger el contenido del útero. Algunos interponen un segundo frasco entre la bomba y el primero para evitar que el material aspirado no perjudique la trompa.

Método de las prostaglandinas: se trata de una sustancia química de grandes promesas terapéuticas, utilizada sólo en algunos países. Aisladas del líquido seminal en 1934 por Ven Evler, las prostaglandinas se encuentran en numerosos tejidos humanos y en líquido seminal con notables propiedades fisiológicas todavía poco conocidas, pero se sabe que algunas de ellas actúan poderosamente sobre la contractividad uterina. Las modalidades antes mencionadas están previstas tanto para aliviar los trabajos del parto como para provocar el aborto, una inyección de prostaglandina en el útero al principio del embarazo destruye el cuerpo amarillo y bloquea la nidación del óvulo.

Método de la mini cesárea o histerotomía: este es utilizado cuando se trata de provocar abortos de más de tres meses de embarazos, el feto, en efecto, ya es demasiado grande para ser expulsado a través del cuello uterino; consiste esta operación en la ablación del feto y extracción del mismo gracias a una incisión practicada en la pared abdominal y otra en el útero, es una operación y al igual que en la cesárea la criatura es inmediatamente arrojada, el procedimiento es muy peligroso y requiere gran perípecia por parte del abortador. Cuando se ha seguido este procedimiento abortivo, frecuentemente se ligan después las Trompas de Falopio.

Por otro lado, también existe la histerectomía, es fundamentalmente una cesárea realizada antes de que el feto tenga viabilidad. Es un procedimiento de esterilización que supone quitar el útero pero no los ovarios y por lo tanto no es una operación castrante. Se elige principalmente cuando el objetivo de la operación es extirpar el útero a causa de una patología adicional a la terminación del embarazo. La histerectomía se puede hacer por vía abdominal o vaginal. Habitualmente tanto la histerotomía como la histerectomía se llevan a cabo bajo anestesia general.¹³

Desde 1960 se viene practicando en los abortos de dos meses y medio en adelante de gestación el sistema de las infusiones salinas hipertónicas, esencialmente consiste en reemplazar el líquido amniótico por una solución salina o azucarada, se provocan las contracciones y en menos de veinte o veinticuatro horas se produce el aborto. El médico anestesia primero el área umbilical de la paciente, inyecta después la solución hipertónica mediante una aguja que introduce a través de la pared abdominal hasta la cavidad uterina.

¹² Tietze, Christopher. Informe Mundial sobre Aborto. Ed. Ministerio de cultura. Madrid 1987. pág 129

¹³ Tietze. op.,cit. pág 131

La solución inyectada **mata al feto**, comienzan las contracciones y nace la criatura ya muerta.

En primer lugar hay **que** evitar cualquier tipo de infección, pero al mismo tiempo se requiere inyectar una dosis **de** solución hipertónica en el proceso circulatorio de la paciente, la paciente es colocada **sobre** la mesa de operaciones ligeramente en posición de declive, tras una rigurosa asepsia y **anestesia** local, la aguja es introducida de unos tres a seis centímetros por debajo del **fondo** uterino en la cavidad amniótica. En realidad se conoce poco del modo de **acción de** la inyección intraamniótica de solución hipertónica, la propaganda insiste sobre su **eficacia** abortiva y minimiza los riesgos y peligros reales para la abortante.

Por todos estos **procedimientos** abortivos el movimiento Provida en Latinoamérica lucha contra la legalización **del** aborto quirúrgico en sus países, la atención en torno al aborto quirúrgico puede **ocultar** el siniestro y escondido avance del aborto químico en América Latina, el cual **comenzó** con los anticonceptivos que causan abortos en un cierto porcentaje del tiempo, como **la** píldora, la Depo-Provera, el Norplant y el DIU, pero que es la antecesora de la píldora **RU 486**, la píldora producida en Francia por la compañía Roussel-Uclaf.

La realidad es que **independientemente** del método utilizado para abortar, ésta es una práctica que se seguirá **realizando**, ya sea por procedimientos científicos o empíricos, lo importante es realizarlo en **condiciones** adecuadas. Porque aunque los métodos científicos sean aprobados dentro **del** contexto legal por "un estado de necesidad" siguen estigmatizando los **procedimientos**. En el caso específico de los médicos en la práctica de métodos científicos, revisar **la** conducta tendenciosa que muchas veces no permite, ni siquiera, en esos casos **específicos**, la aplicación de un método que de acuerdo a nuestra Constitución la mujer tiene **derecho**; ejemplo: en caso de violación.

2.3 ABORTO CLANDESTINO

Clásicamente se ha **denominado** aborto clandestino o interrupción ilegal de un embarazo a aquel que siendo **provocado** y realizado generalmente fuera de un hospital no se justifica a la luz de la ley **vigente**, de la ética y la terapéutica. Una inmensa mayoría se induce en los lugares más **inverosímiles**; detrás del puesto de una yerbera en un mercado, en cuartos, chozas, hoteles o **en el** modesto consultorio de un estudiante de medicina.

En México la tasa **de** aborto clandestino determina que éste representa para la mayoría de las mujeres un **importante** riesgo de salud. Así, es frecuente que las mujeres de sectores socioeconómicos **pobres** acudan a hospitales públicos a raíz de complicaciones de aborto clandestinos practicados con procedimientos peligrosos e higiene deficiente. La clandestinidad, la falta de **información** y las condiciones socioeconómicas de las mujeres que recurren al aborto **inciden** sobre el tipo y severidad de las complicaciones físicas y emocionales; por otra parte, el tiempo que se gesta en experimentar con remedios populares y luego en buscar un proveedor, incrementa el peligro de las complicaciones.

Es común que las mujeres que sufren una hemorragia interna o dolor severo después de un aborto clandestino se muestren herméticas en buscar ayuda médica, porque creen que han cometido un crimen; en esas condiciones la paciente en un hospital, sistemáticamente, oculta o altera la información por el temor a ser acusada judicialmente o con su familia, en caso de tener pareja puede no estar de acuerdo, aunque en muchas ocasiones es abandonada al saber su embarazo; también puede ocurrir que si otros se enteran de sus intenciones de aborto, sea señalada, marginada, incluso sea despedida de su empleo.

El aborto de por sí, atendido oportuna y médicamente, no deja de ser una crisis con una gran variedad de secuelas. "El clandestino aumenta esos riesgos y origina con frecuencia el fallecimiento de la madre, aparte de que se condena a sufrir en proceso vergonzante que mucho le afecta psicológicamente, si el aborto inducido se legalizara, todo este cuadro sórdido cambiaría y la mujer podría acudir a cualquier clínica a que se practicara alguno de los cinco métodos existentes actualmente".¹⁴ Pero con todo y esto hay demasiados abortos inducidos y clandestinos, cuando la mujer se decide abortar, nada la detiene ni le importa que la moral o las leyes lo prohíban, si se persiguieran todos los delitos de aborto conforme a las leyes en vigor, los tribunales serían insuficientes.

En México las mujeres abortan pero queremos creer que no lo hacen; el Estado cree castigar el aborto y por ello piensa que no existe. "Sabemos que se han realizado, desde que están en vigor las leyes actuales, millones y millones de abortos en tanto que el número de juzgados y sentenciados por este delito es casi imperceptible".¹⁵ La sociedad mexicana cierra los ojos ante el aborto mientras lo practica a escondidas y el fenómeno sigue en aumento, precisamente por la actitud punible del Estado de mantener una norma legal absolutamente inaplicable.

Justamente porque existe una situación en constante aumento, es necesario hacer un esfuerzo porque las ideas correspondan a la realidad. El Gobierno mexicano debe propiciar las corrientes que tratan de cambiar, pacíficamente, al país en ese sentido. No debe temérsele a la opinión pública, ya que ésta sólo requiere de un adecuado manejo de la información relativa al aborto que le prepare para entender el justo alcance de las medidas que se propone tomar.

Sería mil veces preferible que una mujer tomara una pastilla y abortara, dentro del tiempo que le favorece el medicamento, a que fuera con una comadrona sin experiencia y arriesgara su vida. Es preferible favorecer el ambiente de la pastilla para evitar los riesgos. Indiscutiblemente hay abortos clandestinos y el riesgo más alto es que, como es una acción ilegal en el país, es hecho a escondidas, sin conocimientos ni calidad médica o por gente no capacitada.

¹⁴ Trucha. op., cit. pág. 63

¹⁵ Informe del Grupo Interdisciplinario del aborto, 1980, Conapo. pág. 11

2.3.1 Lugares donde se realizan un aborto clandestino

Para las mujeres, abortar se convierte en una decisión trascendental en su vida, porque además de todo lo que implica, tienen que solucionar el problema de dónde se lo van a practicar; todo esto se vuelve una situación muy riesgosa, ya que al no tener educación, información o acceso a los anticonceptivos y a los servicios de salud, recurren a comadronas o personas que les ponen sondas sin contar con las mínimas condiciones de higiene, o bien se auto-recetan y utilizan sustancias venenosas, vidrios, tijeras, agujas o químicos que les producen quemaduras severas.

El lugar donde se lo practiquen no tomará en cuenta alguna consecuencia física o psicológica, porque muchas veces sólo hacen “el trabajo”, por razones obvias no cuentan con programas que impliquen las consecuencias físicas y emocionales de la mujer. Por tratarse de lugares clandestinos difícilmente habrá una revisión post aborto, sobre todo cuando el aborto se realizó en un hotel o consultorio clandestino.

En el mes de abril de 1978, con más de 50 organizaciones cívicas y religiosas, es conformado el Comité Nacional Provida como asociación civil, cuyo objetivo, dicen, “es la defensa de la vida”. Ya entonces los registros oficiales daban cuenta de la realización, en promedio, de un millón de abortos al año. En ese mismo año la policía detuvo a dos mujeres que practicaban abortos en la colonia Ramos Millán del Distrito Federal.¹⁶ Las acusadas confesaron realizar 10 legrados al día con un costo de 5 mil pesos cada uno. En ese momento las diputadas priistas denunciaron la existencia de “la industria negra clandestina de abortos”, estimando que las ganancias ascendían 9 mil millones de pesos libres de impuestos.

Es importante resolver que la gente que está preparada sea la que solucione el problema del aborto, no que tengamos 10 mil, 20 mil clínicas clandestinas o semi clandestinas, que son toleradas por nuestras autoridades, por razones que no conocemos, en donde se llevan a efecto estos problemas, y de ahí se generan aproximadamente 14 a 16 mil mujeres que llegan a las instituciones de salud por año, complicadas, con perforaciones, con infecciones severas de la matriz, y muchas pierden la vida, entonces sí debemos tener conciencia de que esto no es condenar a la mujer, es condenar a aquellas personas que sin escrúpulos y sin conocimientos, se hace pasar por un supuesto médico que según hace legrados, provocando abortos sin tener el más mínimo conocimiento.

El aborto se ha convertido en una negocio infame, esto, no por condenar el acto de abortar, sino porque existen lugares con personas que no son médicos, pero que ponen en servicio una clínica tan sólo para lucrar. Enfermeras y comadronas desaparecen misteriosamente de sus puestos habituales de trabajo, a raíz de ofertas sumamente jugosas al ofrecer sus servicios abortivos, pero también se realizan en clínicas y hasta en hoteles. Pero si ha estos detalles añadimos algunos procesos de comercialización de fetos, incluso todavía vivos, está ya en marcha bajo pretextos científicos, se comprenderá fácilmente las ganancias económicas que esto representa para estas clínicas.

¹⁶ www.yahoo/aborto clandestino.com.mx

En México la única clínica en el país legalmente constituida para realizar abortos sale a la luz dos meses después de inaugurarse, precisamente cuando el tema se convierte en un escándalo nacional, luego de conocerse la decisión del Congreso de Guanajuato de prohibir esta práctica en su legislación. Cobijada por la reforma al Código de Defensa Social del Estado que impulsó el PRI, la polémica clínica llamada Servicios Humanitarios en Salud Sexual y Reproductiva, A.C., está dirigida por la feminista yucateca, Sandra Peniche Quintal, quien también encabeza la organización llamada Unidad de Atención Sicológica y Educativa para el Crecimiento Personal.

El local donde funciona no es de grandes proporciones, apenas tres consultorios y una pequeña recepción lo conforman. Ahí trabajan cuatro médicos, uno de los cuales es ginecólogo, una psicóloga y una consejera que proporciona pláticas para la planificación familiar y la prevención del embarazo en mujeres adolescentes.

Los médicos que ahí laboran pertenecen a las organizaciones UNASSE y GIRE. De acuerdo con Serrano Limón, dirigente nacional de Provida, el médico encargado de realizar los abortos, es la Dra. Olivia Parra Patrón. Según su promotora la clínica opera con permiso de las autoridades de salud estatales, y está facultada a dar consultas ginecológicas, psicológicas y médicas en general; hasta donde se sabe, para que en ese lugar se puedan ejercer abortos ahora denominados legales, no se necesita de un permiso especial, pues la ley no castiga la práctica siempre que se inscriba en diversos casos. Por ello, y bajo la premisa de que lo que no se prohíbe se permite, tanto la clínica mencionada como cualquier otra en Yucatán, puede realizar estas operaciones abortivas a mujeres que comprueben que su intención de privar de la vida a un nonato no contraviene las disposiciones establecidas por los diputados en el Código de Defensa Social.

El dirigente de Provida asegura que ésta se encuentra fuera de la ley, pues en Yucatán el aborto es ilegal “que la Procuraduría estatal diga la última palabra”, retó durante la manifestación que realizó para su clausura. Al lugar acuden mujeres, principalmente de escasos recursos, aunque los vecinos aseguran que también llegan personas en carros “caros” y que no se ven con problemas económicos. En los consultorios se aprecian camas clínicas e instrumental médico. En uno de ellos hay un pequeño quirófano cuyo equipo se ve en buenas condiciones.

En todo el país, Mérida no es la excepción, funcionan consultorios donde en condiciones insalubres y al margen de la ley se interrumpen embarazos, durante años los locales han sido denunciados, pero en muy pocas ocasiones las autoridades han hecho algo al respecto. Hasta donde se sabe, el local de estos Servicios Humanitarios, es el primero en salir a la luz pública, y que se encuentra amparado por la ley, ya que en éste no se practican abortos que estén penados por la legislación vigente, aunque tampoco se sabe que haya una vigilancia de parte de la autoridad estatal y, en especial, alguien que confirme que en el lugar los legados que se practiquen cumplan con los parámetros establecidos por la ley.

2.3.2 Métodos utilizados para realizarlo

Son los métodos o las técnicas utilizadas en la clínicas clandestinas para interrumpir el embarazo, es importante mencionar que son riesgosos cuando el practicante no tiene los conocimientos suficientes y el material adecuado. Los métodos que las personas carentes de preparación médica utilizan para provocar el aborto, van desde hechizos y encantaciones, utilizando diversas medicaciones tradicionales que tienden a ser ineficaces y/o tóxicas, hasta procedimientos brutalmente traumáticos, destinados a dañar o destruir el producto de la concepción, dejando la expulsión a merced de la naturaleza. "Probablemente el método más ampliamente seguido es la inserción de un cuerpo extraño en el útero. En el sudeste de Asia se practica el masaje abdominal por parteras o comadronas indígenas".¹⁷

El aborto clandestino es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. En función del periodo de gestación en el que se realiza, se emplea una u otra de las cuatro intervenciones quirúrgicas mencionadas con anterioridad.

Los abortos del primer trimestre son relativamente sencillos y seguros cuando se realizan en condiciones clínicas adecuadas. Los riesgos de complicaciones aumentan de manera paralela a la edad de la gestante y consisten en infecciones, lesiones del cuello uterino, perforación uterina y hemorragias. Hay situaciones clínicas concretas en las que un aborto inducido, incluso tardío, supone menor riesgo para la paciente que la terminación del embarazo.

También existen otros como el legrado uterino, es un método seguro y efectivo para inducir el aborto en el primer trimestre del embarazo, con una tasa de complicaciones de 0.3%. En determinadas circunstancias, tales como corta edad gestacional, estrechez cervical o alteración anatómica del útero, existe mayor probabilidad de fracaso del procedimiento. Se ha propuesto el uso combinado de metotrexate y misoprostol como alternativa a considerar para inducir el aborto cuando el legrado falla o no se puede efectuar. Misoprostol es un fármaco análogo de las prostaglandinas, inicialmente usado para prevenir la lesión gástrica inducida por antiinflamatorios no esteroideos.

Y en años recientes este método se ha utilizado para provocar contracciones uterinas y maduración cervical, en ciertos casos en los cuales está indicada la inducción del parto. Metotrexate, por su parte, es un antagonista del ácido fólico, elemento indispensable para la síntesis de ácidos nucleicos, también se ha utilizado en obstetricia para el tratamiento de embarazos ectópicos no rotos, con una tasa de éxito del 95%. Así, la combinación de metotrexate y misoprostol parece una alternativa efectiva, segura y bien tolerada para inducir el aborto sin intervención quirúrgica.

Pero, cuando todos estos métodos son practicados en condiciones de riesgo, así como de insalubridad, porque tienen que ser realizados bajo la sombra del clandestinaje, se presenta otro problema, que no son otra cosa que las complicaciones, éstas en ocasiones

¹⁷ Tietze. op., cit. pág. 133.

pueden ser más desastrosas que el mismo aborto. Porque en nuestro país, en esta ciudad, existen realmente personas, que quizá tenga los conocimientos, pero que en la mayoría de los casos, no tienen los instrumentos necesarios para realizar la práctica de un aborto, ¿la razón? está prohibido, ese es el verdadero problema.

2.3.3 Cifras aproximadas de abortos clandestinos

Un análisis realizado sobre la información aparecida en los siete principales periódicos nacionales respecto al monto de los abortos, en general, el período 1976-1982, ubica la incidencia anual entre 50 mil y 6 millones; no es posible identificar una tendencia hacia el aumento o la disminución del volumen de abortos que ocurren en el país. Algunas de las razones que explican lo anterior, son que la información que se utiliza sobre aborto clandestino no es confiable y muchas veces se maneja con poco conocimiento, no sólo por parte de la prensa sino también por los investigadores que tratan de estudiar este fenómeno.

Otros problemas adicionales se derivan de los sistemas de registro, algunos registros hospitalarios indican poco menos de 110 mil mujeres que ingresaron durante 1985 por complicaciones de aborto. Pero no hay posibilidad de distinguir entre los abortos provocados y los espontáneos, ni se sabe que proporción del total de los primeros se complicó al grado de requerir hospitalización, por tanto, es casi imposible determinar el total de abortos clandestinos en el país.

Sin embargo, se estima una tasa anual de 12.2 abortos por cada mil mujeres en edad fértil para 1986. Este indicador, traducido a números absolutos daría un total de casi 250 mil abortos para ese mismo año, esta cifra, comparada con la de 110 mil ingresos hospitalarios por complicaciones de aborto, que se mencionó antes, nos habla de una subestimación del fenómeno basada en información de registros hospitalarios. Si nos referimos a mujeres alguna vez embarazada, casi una cuarta parte 22.7% han tenido al menos un aborto y la tercera parte de las mujeres que han abortado tuvo más de uno, por lo que el número estimado de abortos a nivel nacional es de casi 4 millones.

Por otro lado, la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud en 1987 indicó que del total de mujeres de 15 a 49 años, el 14.3% había tenido al menos un aborto (provocado o espontáneo) durante su vida reproductiva. Más recientemente, la Encuesta sobre Salud Reproductiva, en la que se aplicó un procedimiento específico para indagar datos sobre el aborto inducido, mostró que de los abortos referidos por mujeres de cuatro colonias del área metropolitana de la Ciudad de México, el 20.8% fueron admitidos como inducidos; del resto, un 58.4% fueron declarados como espontáneos, y el 28.8%, aunque referidos como tales, pudieron haber sido provocados.

“En México se practican cada año entre 800 mil y un millón 200 mil abortos y, debido a la clandestinidad en la que se realizan, llegan a morir hasta mil 500 mujeres en el mismo periodo”.¹⁸ Según información oficial, en 1989 las complicaciones del aborto

¹⁸ Alcantara, Liliana. El Universal 15 septiembre 2001. Sec. Nación pag. 20.

representaban la cuarta causa de mortalidad materna en el país, y constituían una de las principales causas de morbilidad hospitalaria; datos de la Secretaría de Salud en 1988 y del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1989 muestran que éstas ocuparon el tercer lugar, entre dichas causas, en los hospitales de ambas dependencias.

Las complicaciones del aborto son más frecuentes entre las mujeres pobres, que recurren a métodos peligrosos y a practicantes no capacitados; y el volumen de los casos que requieren atención hospitalaria implica costos elevados para los servicios públicos de salud. Se calcula que en México un 40% de los embarazos son indeseados; de éstos, el 17% termina en un aborto inducido y el 23% restante en un nacimiento no deseado. Según las estimaciones de los expertos que realizaron el estudio, en el país uno de cada cuatro abortos inducidos presenta complicaciones.

En 1990, el Dr. Jorge Oropeza Morales, Subdirector del Hospital General de Balbuena, afirmó que se practicaron 2,000, 000 de abortos clandestinos al año, para 1993, el Dr. Raúl López García Subdirector General Médico, del Instituto Nacional de Perinatología, en su ponencia presentada en la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos en México, realizada en Cocoyoc en Febrero, indicó en su ponencia titulada "El aborto como problema de salud pública" que: "en el país ocurren aproximadamente 4,200,000 embarazos por año, de los cuales sólo llega al término de la gestación el 60%; el resto, es decir 1,700,000 se pierden en sus etapas tempranas. En este orden de ideas, es conveniente señalar que los cálculos más conservadores sugieren que la mitad de estas pérdidas se refieren a abortos inducidos y que aproximadamente 850,000 casos se tratan de abortos espontáneos".

Virginia Chambers, Subdirectora de Programas en América Latina IPAS, en 1993, dentro de la Conferencia sobre maternidad sin Riesgos en México, señaló que "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 50 al 75%".

Las cifras más recientes de las mujeres que han sido atendidas por aborto incompleto a nivel hospitalario en las diferentes instituciones del sector salud, muestran que, aunque la tasa de aborto ha descendido, el número absoluto de mujeres atendidas por esta causa permanece casi igual. Durante 1993, el tratamiento de aborto incompleto fue el segundo procedimiento gineco-obstétrico más frecuente después del parto con 138,978 mujeres tratadas por esta causa en los Hospitales del sector salud (SSA 1994).

En México del total de embarazos 1'700,000 el 40% se pierde en sus etapas tempranas y de éstos, la mitad corresponde a abortos inducidos 850,000 y la otra mitad a abortos espontáneos, según el Dr. Raúl López García en 1994. El aborto se ubica en cuarto lugar como causa de mortalidad materna y entre las 10 primeras causas de morbilidad hospitalaria implicando repercusiones psicológicas en la mujer, la pareja y la familia y repercusiones económicas para los servicios de salud, afirmaciones dadas en la conferencia realizada en México para una Maternidad sin Riesgos en 1994.

La proporción de embarazos interrumpidos ha disminuido en las mujeres de todas las edades (excepto entre las adolescentes), sin embargo continúa siendo elevada; su incidencia es marcadamente alta entre las mujeres mayores de 35 años. Es posible que se trate de mujeres que recurren al aborto como medida extrema, como último recurso para limitar su fecundidad cuando han alcanzado una alta paridad y no desean más hijos. En cuanto a las causas de mortalidad, dentro de la publicación "Mujeres y Hombres en México" editada en marzo de 1997, por el INEGI, con el fin de apoyar con información estadística actualizada al Programa Nacional de la Mujer 1995-2000 (Pronam), informaba que respecto a las principales causas de mortalidad materna por 10,000 nacidos vivos, se indicaban los siguientes datos:

MORTALIDAD MATERNA

CAUSA	PORCENTAJE
<i>Hemorragia del embarazo</i>	24.1%
<i>Toxemia del embarazo</i>	27.4%
<i>Complicación del puerperio</i>	10.4%
ABORTO	6.7%
<i>C. Obstétricas indirectas</i>	2.7%
<i>Las demás</i>	28.7%

Fuente: Realizada por el autor.

Para el 2001, según los nosocomios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal han atendido 18 mil 550 partos y 330 mil urgencias. Sin embargo, el parto y sus complicaciones, incluyendo el aborto, representan la primera causa de hospitalización. Por su parte la titular de la Secretaría de Salud del gobierno capitalino, Assa Cristina Laurell, informó que anualmente 14 hospitales de la ciudad atienden aproximadamente cuatro mil 500 abortos.

Explicó que actualmente se capacita al personal, a fin de brindar una atención de calidad al aborto y también para realizar de manera transparente este procedimiento e interrumpir un embarazo de acuerdo a las causales existentes en el Distrito Federal. Definitivamente el aborto es una realidad en México, cifras oficiales indican que el 17.8% de las mujeres en edad reproductiva, las que están entre los 15 y 49 años de edad, se han practicado un aborto. La ilegalidad no ha impedido que se sigan realizando abortos, pero sí ha conducido a poner en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

No todas las mujeres que abortan acuden a los hospitales públicos, no más del 30% del total que se embaraza lo hacen cuando las complicaciones posteriores a la intervención son graves, de ahí que se dificulte su cuantificación. Algunas se curan sin ayuda médica, otras van con médicos privados; muchas quedan con lesiones permanentes y, de las que mueren, un número importante nunca llegó a un hospital. Sobra decir que aquellas que sí reciben atención hospitalaria originan gastos médicos y de otra índole cubiertos por lo

general con recursos públicos, recursos que podrían destinarse a satisfacer otras necesidades, puesto que las muertes o las enfermedades causadas por abortos son evitables en gran medida con la prevención. Estos, son algunos hechos que se relacionan con la integridad personal de las mujeres.

2.4 ABORTO INDUCIDO

El aborto inducido es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina; y puede ser terapéutico o criminal, este último puede definirse como "la expulsión prematura, violentamente provocada, del producto de la concepción, independientemente de todas sus circunstancias de edad, viabilidad y aun de formación regular"¹⁹ cabe destacar que existen más definiciones de aborto inducido, las hay desde el punto de vista médico, legal, moral o por autor.

Pero delimitando el aborto inducido se puede decir que es producto de un embarazo no deseado, y que afecta a las mujeres del mundo de todas las clases sociales, tanto en áreas urbanas como rurales. Es un problema que está determinado por factores muy diversos, entre los que destacan la diferencia de poder entre géneros, la insuficiente educación sexual y reproductiva, así como la imposibilidad de tener acceso a servicios básicos de salud y de planificación familiar. La penalización del aborto en muchos de los países en vías de desarrollo trae como consecuencia su práctica en forma clandestina y en condiciones insalubres que pone en peligro la vida de millones de mujeres.

Por las altas tasas de morbilidad y mortalidad, relacionadas con el aborto, y por sus implicaciones éticas, religiosas, jurídicas, médicas y sociales, esta práctica constituye un problema de justicia social y de salud pública de tratamiento sumamente complejo. El aborto inducido ha sido tema de controversia desde muy diferentes enfoques, su defensa más importante se coloca como un derecho de la mujer, mientras que los críticos lo sitúan como un problema moral y de acceso a los servicios de planificación familiar. Pero sobre todo el aborto provocado es un problema en el que hay que profundizar para conocer sus determinantes, sus procesos y sus consecuencias.

Conocido en su verdadera magnitud, el aborto inducido se considera generalmente subregistrado y con una tendencia descendente, gracias a la presencia de los programas de planificación familiar. Para el Instituto Mexicano del Seguro Social resulta importante conocer si brindar un elevado acceso a la anticoncepción se acompaña de una baja incidencia de abortos provocados; hasta el momento es impredecible la respuesta a esta pregunta, ello se debe, en parte, al hecho de que conocer la causalidad del aborto inducido no es sencillo, requiere de una investigación que aborde todos los factores que influyen en la mujer para tomar la decisión de tener un aborto.

En la mayoría de los hospitales gineco-obstétricos, el aborto aparece como la tercera o cuarta causa de egreso hospitalario, incluyendo en éstos los abortos espontáneos, por su

¹⁹ Ruiz Rodríguez, Virgilio. *El Aborto*. Ed. Oak. México 2002. pág. 47

comportamiento epidemiológico, alcanza aproximadamente 12% de la población de gestantes. La posibilidad de identificar entonces el aborto inducido se limita a las pacientes que, o bien lo reconocen, o llegan con complicaciones que lo hacen fuertemente sospechoso: infecciones, lesiones, hemorragias, cuerpos extraños y perforaciones, entre otras. Es así que, más que la frecuencia de esta práctica, conocemos sus complicaciones sin poder precisar su número, pues aunque se supone que hasta una cuarta parte de los abortos inducidos presentan morbilidad, estas mujeres sólo llegan a los centros hospitalarios en situaciones extremas.

Anteriormente se pensaba que todo aborto infectado era síntoma de un aborto provocado clandestinamente; sin embargo la clínica y la experiencia han demostrado que no es así, ¿Qué hacer entonces para identificar un aborto provocado y analizar sus complicaciones? cuando la mujer aborta clandestinamente llega al hospital sólo a que le salven la vida, cuando se le pregunta niega rotundamente su responsabilidad. Saber si se lo produjeron es casi imposible “para eso se tendría que hacer un estudio clínico profundo, exámenes médicos, un interrogatorio psicológico, lamentablemente no hay tiempo ni presupuesto para hacerlo”²⁰ a menos que se cuente con la colaboración básica de la paciente, que no es otra cosa que lograr que deposite su confianza en el médico que la atiende.

“Según informes de diversos grupos que concentran datos de las principales instituciones de salud, la mortalidad materna por aborto sería de entre 60 a 80 mil muertes por año”.²¹ Sin embargo, la morbilidad inducida por este cuadro puede llegar hasta 240,000 mujeres con complicaciones de diversa importancia, que van desde cuadros que pueden ser tratados médicamente sin perjuicio de la fertilidad, hasta problemas muy severos con alto riesgo para la vida y pérdida de su capacidad reproductora, y esto solamente con base en las concentraciones de datos institucionales.

El problema del aborto provocado es un enemigo real y poderoso al que nos enfrentamos cotidianamente pero del cual desconocemos su verdadera fuerza, y al que no se puede atacar oportunamente debido a la asistencia tardía de las pacientes perseguidas por leyes dictadas parcialmente, si nos atenemos exclusivamente a los datos proporcionados por instituciones correspondientes, se puede decir que el problema del aborto en México es frecuente, ocupa el tercer o cuarto lugar entre los motivos de egresos hospitalarios y que de ellos la tercera o cuarta parte presenta complicaciones supuestamente asociadas con el aborto provocado y que, si bien la cifra de muertes maternas por esta causa no es impresionante, tampoco refleja la magnitud del problema.

Facilitar, no sólo despenalizar, el acceso oportuno de la mujer que llega a un centro de salud con complicaciones derivadas del aborto provocado y proporcionarle atención adecuada, puede ser, aparte de una medida de salud pública muy útil, una vía más hacia el conocimiento íntimo de esa práctica hasta hoy tan desconocida. A pesar de lo limitado de la información presentada, es casi imposible afirmar cifras exactas, consecuencias físicas y psicológicas que el aborto inducido deja como resultado, por lo menos, en México. Es

²⁰ Entrevista realizada al Dr. Pérez Ríos, Director de Planeación y Desarrollo del Hospital General de Iztapalapa, 10 de marzo 2003.

²¹ Ortiz Ortega Adriana. Razones y Pasiones en torno al Aborto. Ed. Edamex México 1995. pág 164.

importante que se sigan haciendo esfuerzos rigurosos para medir la frecuencia y los determinantes de este fenómeno, elementos que serán relevantes cuando se ponga en práctica acciones dirigidas a atender a la población demandante de servicios, a modificar su incidencia o cuando se quiera evaluar el efecto de políticas sociales y de salud en relación al aborto inducido.

2.4.1 Métodos utilizados por las mujeres

Al afectar a un gran número de personas, el aborto es un problema que se presenta de manera más dramática en los sectores de la población de escasos recursos. Estas mujeres por carecer de medios, se auto producen el aborto con agujas de tejer, pócimas de alto grado de toxicidad, o mediante la colocación en la zona vaginal de pastillas de permanganato, las cuales al quemar las paredes de la vagina les provocan hemorragias serias y complicaciones graves, sin producirse el aborto.

De los numerosos métodos empleados para inducir el aborto, algunos ejercen escasos o ningún resultado sobre el embarazo a la paciente, otros son eficaces abortivos y hay una tercera clase que son muy peligrosos para la mujer embarazada, ejemplo:

Métodos utilizados por las Mujeres.

La inserción de objetos extraños en el útero tales como palillos, cables y agujas de tejer. También es común el uso de los tallos de plantas. Esta práctica puede perforar el útero o causar otras heridas e infección.

La bebida de pócimas preparadas con hierbas venenosas u otras sustancias dañinas. La mezcla de hierbas que se consideran abortivas es muy común así como también bebidas mezcladas con sustancias químicas con ingredientes tales como lejía, tinte de pelo y vinagre.

El tomar sobredosis de diversos medicamentos que se adquieren sin receta médica. Entre los medicamentos que las mujeres informan haber usado para inducir un aborto se encuentran los laxantes, gaseosas, medicamentos contra la malaria y prostaglandinas que se usan para el tratamiento de úlceras gástricas.

Duchas vaginales a alta presión con una solución que contiene gran variedad de sustancias como pueden ser cloro y las más letales soluciones jabonosas, y hierbas o sustancias cáusticas tales como la lejía de cloro. En algunos países venden en las farmacias pastas abortivas sin prescripción médica las cuales pueden ocasionar quemaduras en la vagina y el cuello uterino.

El someterse a esfuerzos físicos

intencionadamente, tales como hacer ejercicios extenuantes, saltar de lugares altos, caerse por las escaleras o pegarse golpes en el vientre para provocar la pérdida. Uno de los procedimientos más utilizados es el masaje fuerte en el útero lo cual puede ocasionar una hemorragia.

Fuente: Realizada por el autor.

En las sociedades primitivas el método corriente suele ser aplicarse masajes, comprimirse el abdomen y darse golpes estratégicos, otras veces se entregan a ejercicios violentos, o echan objetos pesados sobre su espalda o aplicando en el abdomen fuertes corrientes de calor sofocante, son métodos sugeridos por la espontaneidad imaginativa de carácter externo y de consecuencias gravísimas imprevisibles, sobre todo cuando el feto ha logrado ya un cierto grado de desarrollo, o la salud de la gestante es débil. Cuando el aborto se produce por esos métodos y falta una urgente asistencia sanitaria, la muerte por desangramiento, embolia o infección puede ser el resultado inevitable.

Dentro de las sustancias utilizadas encontramos: purgantes drásticos, la encima terrestre, azafrán, perejil, apiolina, cantárida, la mayoría de origen vegetal, como la ruda, la sabina, el cornezuelo de centeno (ergótica), y el zoapaxtla, todos ellos tóxicos, y tal vez más energético el último de los citados. Otras veces la abortante se aplicara algunas sustancias irritantes bien conocidas en el interior de la vagina y hasta en el cuello uterino, con el fin de crear una situación violenta en el organismo. Cuando la gestante toma sustancias por vía oral la mayor parte de las veces resulta ineficaces, pero algunas veces resulta ser veneno puro, tanto para la criatura como para la madre; cuando se trata de líquidos específicos son inevitables las quemaduras internas, las hemorragias, los espasmos psíquicos y hasta la muerte.

Más peligroso aún son los métodos consistentes en la introducción de objetos en la vagina y el útero, se emplea entonces instrumentos extraños en el cuerpo de la víctima, o dentro del útero, como sondas de hule o tallos de laminarias, las que tienen acción directa sobre el huevo (consiste en la punción de membranas, efectuadas con agujas de tejer, horquilla, tijeras, sondas etc.) suelen ser objetos agudos capaces de perforar la membrana o herir el feto de muerte, tal vez sea este el método más peligroso, una vez muerta la criatura en esta forma, nadie puede saber lo que ocurrirá después; el organismo materno para desentenderse inocuamente del muerto que permanece en el vientre producirá contracciones de un parto normal o más bien habrá que provocarlas clínicamente después para evacuar al muerto en estado de putrefacción más o menos avanzada.

También llegan a utilizar catéter uretral de goma blanda o un catéter de fibra, son los más rígidos y los cuerpos extraños usados con mayor frecuencia y que resultan fáciles de adquirir en las farmacias sin prescripción médica, además de ser introducidos sin previa esterilización. A veces se emplea un estilete metálico para procurar mayor rigidez y facilitar la introducción a través del cerviz. El estilete suele estar constituido por un gancho de alambre.

Se han empleado otros cuerpos extraños, tales como sondas metálicas, arillas de cortinas, alambres, varillas de paraguas, destornilladores, bastones de madera y todos aquellos objetos que puedan ser útiles para este fin. La introducción de objetos extraños en el útero como palillos, cables y punzones, con lo que se realiza la dilatación del útero y el desprendimiento de las membranas o todo aquello que estén a su alcance y pasen por la mente de toda mujer que induce su propio aborto. La desesperación, confusión e ignorancia son las que prescriben que dosis deben de tomar, desde luego el resultado puede ser fatal e irreversible.

2.4.2 Personas que se atreven a practicar un aborto inducido

Es importante señalar que un aborto inducido: son todos los medios de los que se vale tanto la madre como cualquier otra persona para provocar el aborto, que no es otra cosa que la privación de la vida del embrión. Dentro del contexto del aborto inducido en México, cabe señalar el papel que desempeñan los empleados de farmacias y los puestos de hierbas en los mercados, con respecto a la distribución de anticonceptivos y abortifacientes es sumamente grave. Los datos disponibles señalan que estos empleados asumen sin ninguna capacitación previa, las funciones de consejeros, técnicos y proveedores de estos productos a sus clientes.

En México el personal de farmacias y los yerberos son un recurso importante para quienes desean practicarse un aborto, sin embargo un alto porcentaje de estas personas, a quien se le ha solicitado ayuda para abortar, vende a sus clientes diversos medicamentos o yerbas sin considerar los efectos adversos de éstas e ignorando la existencia de métodos alternativos como el legrado en condiciones adecuadas. Incluso los encargados de farmacias y yerberos señalan que es en el primer trimestre del embarazo cuando hay que efectuar el aborto. Los encargados de farmacias "recetan" diversos tipos de inyecciones como primera alternativa para practicar un aborto, los yerberos, por su parte, utilizan diversas preparaciones de pócimas abortifacientes.

Algunos abortadores propinan a la paciente una buena dosis de ergot o de pentotal sódico, plomo, fósforo blanco y mercurio, el problema es suministrar cantidades sin ningún conocimiento y se produce la muerte casi sin remedio. Las personas que practican clandestinamente el aborto, por carecer de los conocimientos requeridos, echan mano de prácticas mágicas, desde un hechizo, hasta la preparación de brebajes, con plantas y sustancias que son casi siempre ineficaces, cuando no francamente tóxicas, existe una serie de plantas de uso popular supuestamente abortivas, pero algunas de ellas en realidad suelen ser simples emenagogos (que favorecen la menstruación).

Siendo deficiente la capacitación de los empleados de farmacias y yerberos respecto al uso adecuado de los métodos anticonceptivos, la mayoría de ellos no han tenido ningún tipo de instrucción formal en relación a la formación que brindan a sus clientes y que los conocimientos que tienen los han adquirido a través de la experiencia personal, en el desempeño de su trabajo, o han sido transmitidos por terceras personas.

El caso de los yerberos es más alarmante ya que, además de tener un bajo conocimiento sobre aborto y anticoncepción, presentan actitudes menos favorables hacia el uso de anticonceptivos corroborando el manejo de creencias erróneas que transmiten a las personas que recurren a los mercados en busca de ayuda u orientación. Es importante resaltar la necesidad de diseñar programas dirigidos a la población en general donde se indiquen las consecuencias adversas de la automedicación y se favorezca el uso de centros de salud para recibir orientación sobre anticoncepción.

En el caso de los médicos, hay algunos que no lo hacen ya sea por cuestiones morales o éticas o porque simplemente no quieren involucrarse en problemas, pero también hay quienes lo hace por motivos económicos, porque si está penalizado los costos se elevan; y existe el que lo práctica para solucionar el problema de una persona, aquí ya no es por ganar dinero ni imponer su punto de vista personal, lo hace sólo porque es médico y es su deber. Pero también existe otra postura, si está despenalizado sus creencias o valores le impiden hacer un legado, y no lo hace, pero tampoco se puede impedir a otro que no tenga esos valores, porque tan respetables son unos como los otros.

Esta situación hace que muchas mujeres busquen la ayuda de comadronas, estudiantes de medicina o médicos sin ética profesional que se prestarán para ponerle fin a su embarazo. El aborto practicado en estas circunstancias es aún *mucho más peligroso* que el aborto legal.

La ginecobstetra María del Pilar Velázquez explica que el aborto que se practica clandestinamente es distinto al procedimiento que se efectúa por indicación médica. "Aunque es probable que quienes sin preparación alguna realizan esta maniobra quirúrgica recurran a los mismos métodos que un médico capacitado, se apoyan en el consumo de sustancias químicas que provocan la abertura del cuello de la matriz, sustancias tóxicas para producir contracciones y sangrado, con la consecuente expulsión del feto, o bien, la colocación de sondas dentro del útero para el mismo fin".²²

Pero en lugar de proponer que se aplique todo el rigor de la ley a estas personas y que se declare la "guerra" a los aborteros clandestinos, es mejor trabajar sociedad y gobierno para erradicar todo tipo de aborto y brindar toda ayuda posible a la mujer que se encuentra en situación difícil por su embarazo. Más que castigar a los culpables de esta delito, conseguirles a las mujeres aborteros más capacitados, instrumental novedoso y lugares más higiénicos para que tengan abortos más seguros y no causen un mayor desembolso por las complicaciones de un aborto clandestino.

²² www.yahoo. op., cit.

2.5 LAS MADRES SOLTERAS COMO FACTOR LATENTE

Las relaciones sexuales extramatrimoniales son cada vez más notorias en nuestro tiempo, quizá nos acercamos a una época en que la maternidad fuera del matrimonio ofrezca menos, pero quizás también, más problemas para las mujeres. Cualquiera que pueda ser el futuro de las madres solteras, tener hoy un hijo natural sigue siendo para muchas mujeres una desdichada experiencia social y emocional. Un embarazo sin una pareja paterna como respaldo o fuera del matrimonio es capaz de provocar una serie de reacciones críticas en los demás que pueden imponer cambios drásticos en la vida diaria de la mujer.

La joven de nuestra sociedad está principalmente orientada hacia el papel adulto de esposa y madre, las ambiciones que puede tener como profesional además del feminismo han avanzado, sin embargo en muchos casos, el fin supremo de casarse y tener hijos sigue prevaleciendo. Al quedar embarazada, particularmente si es su primer embarazo, una mujer casada despierta la complacencia de los amigos y la familia, la admiración, la aprobación social u quizás un poco de envidia de las menos afortunadas.

Aún cuando la concepción haya sido accidental, en la mayoría de los casos la mujer casada con el tiempo acepta positivamente al hijo futuro, y olvida su molestia inicial al conocer su embarazo, no le pedirán que comente la relación sexual con el padre del niño, no tendrá que preocuparse cuando se conozca su estado, no tendrá que dar explicaciones de por qué se ensancha su cintura o por qué deja el trabajo o la escuela, y una de las respuestas más difíciles, no tendrá que discutir si debe conservar a su hijo o tomar la decisión de abortarlo. Cuando parta a dar a luz, probablemente, se irá llena de regalos.

Sin embargo, cuando la maternidad sucede fuera del matrimonio pierde gran parte del significado ordinariamente aceptado, habiendo trasgredido la regla tácita de que la vida sexual es un asunto privado mientras no se tenga un hijo natural, la madre soltera experimenta, generalmente, la maternidad en una atmósfera de desaprobación social. La presión de dar a luz a un hijo sin el apoyo emocional del hombre con quien se unió para crear una nueva vida, apoyo considerado de suma importancia para las mujeres, puede ser determinante para decidir continuar o poner fin a su embarazo.

Hoy en día no solamente hay madres solteras sino también un gran número de mujeres que estuvieron casadas, pero que por una razón o por otra deben enfrentarse solas al embarazo. Debido a múltiples presiones sociales y al rechazo personal que sufre la mujer que está sola, puede ser que su embarazo le resulte particularmente difícil, la madre que es rechazada por el padre del niño siente todavía más ansiedad cuando se da cuenta de su estado. Contrariamente a lo que mucha gente piensa, muchas madres solteras han tenido muy pocas experiencias sexuales y las que han tenido han sido por lo general negativas, comentarios negativos y ataques que en ocasiones se le hacen a la madre soltera son traumáticas para ella.

Esta clase de comentarios sin lugar a dudas eliminan sentimientos de estimación propia que pudiera estar aflorando en la madre soltera, en todos los momentos en que se trata a una madre soltera hay que abstenerse de emitir juicios, en cuanto la mujer se siente

embarazada, comienza a enfrentarse a diversos problemas, para muchas mujeres ver a un médico y someterse a exámenes físicos es una experiencia totalmente nueva; enfrentarse a un médico diferente del amigable médico de la familia es una situación sumamente tensa. El trato con el padre del niño puede presentar también muchos problemas, especialmente el abandono a la mujer, el maltrato, el rechazo, o si para ello significa perder el único “amor” que ha conocido.

Muchas madres solteras tienen gran dificultad en aceptar su embarazo debido a las circunstancias en que concibieron, y por el enorme sentido de culpa que les causa el haber tenido relaciones sexuales y haberse embarazado en un romance efímero. El embarazo de madres solteras en muy pocas ocasiones está cubierto por seguros de enfermedad, por lo que también tiene que solventar los gastos de la atención médica. Se sabe que muchas madres solteras tienen una imagen pobre de sí mismas y muy poca seguridad con este tipo de personalidad resulta muy difícil adoptar una actitud positiva para hacer frente a tantas presiones.

En muchas ocasiones no les queda más remedio que evadirse de la realidad, refugiándose en los mecanismos de defensa, lo cual muchas veces repercute en conductas consideradas erróneamente como arrogantes o de jactancia. El que la rechacen es que rechazan también a su hijo, y esto es también muy doloroso, muchas veces la madre soltera tiene que interrumpir sus estudios o abandonarlos definitivamente, puede también perder su trabajo, que puede significar para ella perder su única fuente de ingresos, además tiene que enfrentarse al probable rechazo de sus compañeras.

Todos los factores antes mencionados son característicos de las madres solteras y pocas veces superados por ellas, los cuales pueden ser el detonador para recurrir a un salida aparentemente fácil, *el aborto*, el riesgo comienza cuando éste es realizado en condiciones totalmente irracionales, cuando se lo provocan ellas mismas o por personas que sólo buscan lucrar con su desesperación y ansiedad por salir del problema.

2.5.1 Crece mortandad en madres adolescentes

Para comenzar es importante recalcar que la adolescencia es un periodo de rápida madurez física, emocional, social y sexual. Los adolescentes necesitan una gama completa de servicios e información de salud reproductiva de calidad. Sin embargo, los gobiernos tienden a ignorar los temas de salud de los adolescentes o los consideran indistinguibles de las preocupaciones de la infancia.

La inmensa mayoría de los adolescentes en México tiene su primera relación sexual sin ninguna protección; otro problema es la educación en los adolescentes, quienes representan prácticamente la quinta parte de la población. Aquellos jóvenes que llegan a usar algún método no lo obtiene del sistema nacional de salud, sino directamente de las farmacias. Es claro que esa gran población va a tener embarazos no premeditados y/o enfermedades de transmisión sexual.

La mortalidad de madres adolescentes en México se ha incrementado, pues su tasa registra 23 defunciones por cada mil nacimientos; una de las causas que provocan la muerte a madres que tienen menos de 19 años es el aborto. En 1998, revelan las estadísticas, la mortalidad materna en adolescentes representó 13.83 % del total de muertes maternas. El 7% de las cuales ocurrió por complicaciones de aborto. En tanto, la tasa de mortalidad infantil en madres menores de 19 años fue de 49 decesos por cada mil nacimientos. Aproximadamente el 10% de todos los nacimientos en el mundo se atribuyen a adolescentes. Cada año, alrededor de 14 millones de jóvenes se convierten en madres.

El internacionalmente reconocido derecho a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y el momento de tener un hijo, se basa en el derecho de todo individuo a acceder a la anticoncepción. Como las adolescentes no son suficientemente maduras para el parto, desde el punto de vista psicológico y físico, los partos a edad temprana se traducen en elevados índices de mortalidad y morbilidad materna. Entre los riesgos se incluyen hemorragias, anemia, desnutrición, retraso o complicaciones en la labor de parto, peso bajo al nacer, y muerte de la madre o el niño. Debido al elevado índice de embarazos no planeados entre adolescentes, una de las mejores formas de prevenir el embarazo y en consecuencia el aborto provocado, es reforzando el uso de anticonceptivos.

Los gobiernos deben proveer acceso universal a información y servicios en materia anticonceptiva, así como atención pre y posnatal para adolescentes, al margen de su estado civil. Las leyes restrictivas acerca del aborto violan los derechos reproductivos de la mujer, incluyendo el derecho a la salud, la vida, la libertad, la seguridad, la privacidad y la ausencia de discriminación por razón de género. La falta de servicios seguros y legales de aborto perjudica la salud de las adolescentes y va en contra de su derecho a decidir respecto al parto. En todo el mundo, las adolescentes son víctimas, en forma desproporcionada, de abortos de riesgo porque son las que menos acceso tienen a servicios e información confidencial y de calidad sobre salud reproductiva, incluyendo anticoncepción.

Las adolescentes también tienen menos probabilidades de contar con redes sociales de información, acceso a medios de transporte y medios financieros para obtener un aborto seguro. Para enfrentar el aborto de riesgo, los gobiernos deben tener en cuenta la promulgación de leyes que permitan el aborto sin restricciones en términos generales. Porque el aborto en las adolescentes es particularmente complicado sobre todo el caso de aquellos precarios recursos económicos y que lo practican a escondidas de sus familiares con o sin el apoyo de su pareja, aborto que será realizado por personas no capacitadas médicamente, pero constituyen para ellas la única opción debido al costo económico de la intervención, por lo que cientos de mujeres recurren a él y muchas mueren por ser atendidas en condiciones clandestinas e insalubres.

Las mujeres que asumen que su embarazo no es deseado y que quieren interrumpirlo carecen de aspecto amplio de alternativas a su favor; existe un grupo que debido a características personales, cuentan tal vez con mayor información, pero sin duda alguna a menor disponibilidad económica para acceder a un prestador seguro; lo mismo pasa con aquellas que logran interrumpir la gestación mediante métodos caseros, estas son entonces, las adolescentes, que finalmente acuden a los hospitales públicos debido a las complicaciones que el aborto les generó.

En este grupo de edad en particular, parece relevante señalar las consecuencias de falta de apoyo materno, el riesgo de abortar es mayor para aquellas cuya madre estaba ausente o para quienes las figuras importantes fueron la pareja o la suegra. Puede decirse que los datos apuntan a que la falta de conocimientos y no saber que arriesgan su vida es alarmante entre las adolescentes, por eso cada aporte que se haga para esclarecer y diversificar las opciones, será otro escalón ganado en el camino hacia la salud reproductiva.

2.5.2 Trabajo, escuela, familia, falta de información ¿Orillan al aborto?

Es difícil saber a ciencia cierta cuáles con los motivos exactos para que una mujer decida poner fin a su embarazo, los datos muestran que estas mujeres abarcan muchos aspectos: trabajo, escuela, familia, ignorancia, solvencia económica, inmadurez emocional etc. mujeres: profesionistas, analfabetas, amas de casa y jóvenes estudiantes. Lo que tienen en común es el deseo de interrumpir su embarazo; esta diversidad se explica por el hecho de que ninguna mujer en edad reproductiva está libre del riesgo de un embarazo no deseado, pues aun usando anticonceptivos modernos y seguros, el riesgo de embarazarse sin desearlo persiste hasta que dejan de ser fértiles.

Sin embargo, cuando el embarazo es eminente es primordial evitar el síndrome de fracaso en la ya embarazada, mediante asesoría personal y familiar, modificando conductas personales y punitivas, como la escolar en donde el sistema tradicional aduciendo contaminación social, condiciona y/o promueve el abandono de estudios. Con frecuencia los padres esperan de sus hijos cosas distintas a las que ellos hicieron, aunque la actitud sobre las relaciones preconyugales se ha liberalizado mucho, algunos padres comprenden esto, pero sus ideas están en un periodo de transición. Pueden entender la conducta sexual preconyugal de sus hijos, pero por los vestigios de su propia educación aún es difícil aceptarla.

En conjunto, las normas paternas hoy en día son mucho más liberales que en el pasado reciente y la sexualidad en nuestra sociedad contemporánea es más aceptada, pero aún así, no muy bien informada la mujer adolescente inicia actualmente vida sexual activa a muy temprana edad, llegando hasta el embarazo y parto temprano, iniciando según algunos autores el síndrome del fracaso que incluye la imposibilidad de completar las funciones de la adolescente, imposibilidad de continuar con sus estudios, el de establecer una familia estable e integrada, imposibilidad de poder cubrir sus propias necesidades, imposibilidad de tener un papel e identidad sexual y la imposibilidad de desarrollar un sistema propio de valores.

Este síndrome de fracaso es favorecido por las condiciones actuales de la sociedad en la que se desenvuelven los adolescentes. En múltiples ocasiones el supuesto o verdadero embarazo es la primera comunicación que los padres tienen sobre la actividad sexual de la adolescente y en muchas ocasiones los padres obligan a la adolescente al aborto, el cual muchas veces origina relaciones interfamiliares muy inadecuadas, con rebeldía y rápidamente un segundo embarazo, ocasionando crisis familiares.

En la adolescente embarazada se conjugan sentimientos de culpa, venganza y temores así como una sensación de fracaso. Existe un factor sumamente importante en relación a este tipo de pacientes, varios autores destacan la importancia que tienen un ambiente familiar en armonía y recalcan el que estas adolescentes generalmente proceden de familias con múltiples conflictos; el padre de la muchacha está a menudo ausente del hogar, existe una relación inadecuada entre el padre y la madre, la relación de la adolescente con sus progenitores es violenta y hostil, a menudo la adolescente es una mala estudiante, tiende a tener peleas con otras compañeras o con sus hermanas.

Realmente son muchos y muy complejos los problemas que presentan las adolescentes, sus familiares y su medio ambiente; y mientras el embarazo, la crianza de una criatura y la maternidad represente para muchas personas de nuestra sociedad la plenitud de una persona, otras consideran que como no cumplen con las expectativas depositadas en ellas, tienen motivos suficientes para interrumpir el embarazo.

Las adolescentes observan que quedarse con un hijo implica una serie de constantes demandas de sus responsabilidades como madre, con sus necesidades de adolescentes, es una tarea difícil, pues sus necesidades de adolescentes se verán afectadas, es complicado ajustar el horario de un niño con la actividad espontánea que constituye una gran parte de la vida social de los adolescentes, la novedad del niño puede traer a sus amigas por un tiempo, pero cuando haya pasado esa novedad descubrirá que ella y sus amistades que todavía no tienen hijos, cada vez comparten menos cosas en común.

Si no consigue que alguien cuide del niño, tal vez tendrá que dejar la escuela, apartándose aun más del contacto con sus contemporáneas, los efectos nocivos potenciales de ese aislamiento sobre la madre soltera, y su actitud sobre el niño no necesita ser subrayado. Cierta número de organismos informan que las discusiones de grupo sobre el cuidado de los niños y los problemas especiales de la joven madre soltera suele llevar a la consideración de los problemas que las adolescentes tienen con sus padres, en particular con su madre.

“El odio a la propia madre; que ésta haya sido persecutoria y destructiva; y que uno o ambos padres hayan pasado por esa situación en algún momento de su vida, son tres causas fundamentales que impulsan al hombre o mujer a decidirse por el aborto”, afirmó María Teresa Padilla, profesora del Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Al dictar una conferencia en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, la especialista señaló que si la mujer que se embaraza tiene sentimientos negativos hacia su madre, se identifica con la idea de no querer ser madre y se produce el sentimiento de venganza por la situación sufrida con la progenitora.

Respecto a que la relación de la madre haya sido persecutoria y destructiva, explicó que esto significa que tanto hombres como mujeres han vivido con una madre que tiene la idea de que todo debe ser y hacerse como ella piensa; además de que se la pasa vigilándolos, por lo que no los deja desarrollarse individualmente. En cuanto a que ambos padres hayan pasado por la anterior situación, la psicóloga señaló que cuando los padres recurren al aborto les transmiten inconscientemente a sus hijos actitudes destructivas.

Padilla Velásquez refirió que son los hombres los que finalmente están de acuerdo con la decisión de que su pareja aborte, pero con ello se devalúan en su masculinidad; presentan rasgos femeninos; así como problemas sexuales y tienden a la masturbación; además de que muestran inseguridad y sentimientos de culpa; son infantiles y con tendencias a la fantasía. Asimismo, idealizan a la figura masculina; tienden al alcoholismo y a la depresión y son padres ausentes.

Por otra parte, la falta de información debido a la industrialización de una sociedad urbana compleja prologa la educación, retardan y condicionan la búsqueda de pareja y de una actividad sexual adecuada y responsable. Reconociendo que la madurez sexual no es acorde con la psicológica, ya que la primera se establece prácticamente con la pubertad y la segunda se da en etapas de maduración, hasta determinar y establecer un sistema de valores y elección de una vocación, esto permitiendo se establezca la transición psicológica hasta los papeles sociales de adulta en esta búsqueda de identidad, la rebelión es un factor latente y clave del embarazo, frecuentemente la mujer adolescente sexualmente activa señala que su experiencia no era un deseo de sexo sino interés por ser deseada cuidada y mimada.

En nuestra sociedad crece el porcentaje de abortos en tres situaciones: mujeres jóvenes, no casadas y mujeres que todavía no han tenido ningún hijo. Al coincidir estos tres factores en algunas mujeres, el aborto sube vertiginosamente.²³

Pero, si a todo esto le agregamos que por la edad y escolaridad el gran porcentaje de adolescentes son dependientes en todos los sentidos del núcleo familiar, y en sociedades como la nuestra, ésta, en el mejor de los casos proporciona apoyo y refugio, sin embargo sus posibilidades en el mercado de trabajo son mínimas, limitadas y por consiguiente insuficientemente remuneradas. Si la adolescente resulta embarazada, en el seno familiar el enojo y el rechazo puede manifestarse en tal intensidad que la adolescente siente la necesidad de abandonar el hogar. Para una adolescente, un embarazo no planificado puede tener consecuencias graves; por ejemplo el compañero la puede abandonar, la pueden expulsar de la escuela, puede perder su trabajo, puede que su familia pierda el honor si no está casada, o puede sufrir enfermedades o morir.

Acompañado al rechazo puede generarse en forma ambivalente vergüenza y culpabilidad, vergüenza ante el núcleo familiar, en base a la respuesta y comentarios de familiares y amigos, y a la mención de las aspiraciones fracasadas para la familia respecto a la descendencia. Culpabilidad acerca de qué situaciones por malas causaron tal evento, y cuál el papel que los padres pudieron haber desarrollado para contribuir a tal hecho, acentuando con tales consideraciones las propias luchas de los padres y la desarmonía marital. Como ya se mencionó, el embarazo en adolescentes ocurre en todos los grupos sociales, económicos, raciales y étnicos; no hay unanimidad acerca de la importancia que tienen diversos factores como causales del aborto en la adolescente.

Sin embargo, indudablemente, guarda relación con la sensación de haber actuado mal ante su familia, porque además, la mayoría de adolescentes tienen que abandonar la escuela, desapareciendo con ello las expectativas profesionales; miedo de no contar con trabajo remunerado que permita solventar una responsabilidad de tal magnitud, o peor aún,

²³ Elizari Javier. El Aborto ya es legal. Ed. Covarrubias, Madrid 1985. pág 95.

tenga que ser despedida por estar embarazada; y de los conflictos tanto personales como de pareja que se han dado desde el momento que se confirmó el embarazo, y que generalmente traduce rechazo y abandono por parte del compañero; que no admite la responsabilidad de la gravidez y no quiere legitimizar la situación, ni otorga su apoyo. Estas condiciones y otras tantas pueden persistir orillando a deshacerse del producto y condicionar morbilidad y mortalidad directa e indirecta.

3

RIESGOS Y CONSECUENCIAS DEL ABORTO

3.1 MORTALIDAD MATERNA EN OTROS PAÍSES

El fenómeno de las adolescentes embarazadas no es exclusivo de un país ni de nuestro tiempo sin embargo, en la actualidad este hecho llama la atención por el elevado número de casos, para comprenderlo mejor debe situarse dentro de un marco general con referencias contextuales de algunos países. Comenzaremos con Europa, donde se observa una evolución diferente entre los países occidentales desarrollados y los países socialistas, en occidente hay una tendencia cada vez más extendida a que el porcentaje de mujeres jóvenes que abortan sea superior al Este Europeo; esto se debe a la diferente concepción de la sociedad que predomina en unos países u otros.

“El veinticinco por ciento de la población mundial residía en países donde factores sociales, tales como ingresos insuficientes, viviendas poco dignas, soltería y otros semejantes, podrían tomarse en consideración al estimar la amenaza para la salud de la mujer”¹ o cuando las condiciones sociales adversas por si mismas, aún sin referencia a la salud, podían justificar una interrupción del embarazo

De esta forma, se observa que en cada país la curva de abortos entre las mujeres más jóvenes va en ascenso, en espacios de pocos años la proporción de abortos en mujeres menores de 20 años llegó a aumentar sensiblemente.

¹ Tietze, Christopher. Informe Mundial sobre Aborto. Ed. Ministerio de cultura, Madrid 1987. pág. 25

Proporción de abortos de mujeres menores de 20 años

País	Año	%
Canadá.....	1974	31.5
	1979	30.5
Checoslovaquia.....	1959	5.6
	1979	5.9
Dinamarca.....	1963	8.3
	1979	18.3
Finlandia	1958	3.7
	1978	22.0
Hungria	1957	5.1
	1979	10.5
Noruega.....	1976	23.2
	1979	25.5
R.D. Alemana	1973	11.7
	1976	13.5
R.F. Alemana.....	1977	11.3
	1979	13.6
Suecia	1956	9.2
	1979	17.5
Estados Unidos	1973	32.8
	1978	30.0
Inglaterra y Gales	1968	17.6
	1978	27.0
Escocia	1968	14.8
	1979	27.4

Fuente: Elizari Javier. El Aborto ya es legal. Ed. Covarrubias, Madrid 1985. pág. 97.

Es común afirmar que el aborto inducido ha existido en todo el tiempo histórico de la humanidad, esto seguramente es cierto; en la actualidad existen países que norman la práctica del aborto inducido, entre los que destacan aquellos que aceptan con flexibilidad o inclusive sin restricciones, frente a otros en los que ésta se considera un delito y se penaliza.

PANORAMA MUNDIAL DEL ABORTO

CAUSAS A NIVEL MUNDIAL	PORCENTAJE MUNDIAL
El aborto esta prohibido	9%
Sólo para salvaguardar la vida de la madre	11%
Otras razones médicas	14%
Por factores sociales	25%
No es necesario justificarlo	39%
Se carece de información	2%

Fuente: Realizada por el autor.

Resulta complejo medir la frecuencia del aborto inducido, ya que se trata de un tema cuyo tratamiento es delicado y afecta la sensibilidad social, especialmente en aquellos países con restricciones legales. Aún así y con todas sus reservas, se estima que en 1980 se practicaron en el mundo aproximadamente 51 millones de abortos, de los cuales 33 millones ocurrieron en 35 países que cuentan con información confiable. Entre ellos se puede nombrar a Cuba, Francia, la antigua Unión Soviética, Holanda, Japón y Estados Unidos, en conjunto, en estos seis países se llevaron a cabo 26% de los abortos mundiales. En América Latina, y con raras excepciones, la legislación sobre el aborto inducido es muy restrictiva, por ello los datos son incompletos, sin embargo, se considera que los abortos practicados son muy elevados.

En México las estadísticas sobre los abortos inducidos también son poco confiables, aún así, se calculó que en 1986 la tasa anual fue de 12.2 abortos por cada mil mujeres en edad fértil, que en números absolutos daría una cifra de aproximadamente 250 mil, existen otras estimaciones del orden de 700 mil, lo cual refleja la dificultad de obtener un conocimiento cuantitativo más preciso del problema.

En los años posteriores a 1930, diversos países de Europa introdujeron medidas pronatalistas debido a que su fecundidad declinó hasta niveles no convenientes para sus sociedades. Esto llevó a que se prohibiera la venta de anticonceptivos y la práctica del aborto, ambos con persecución penal. Al no observarse efectos significativos en la recuperación de la fecundidad de forma continua tomando en cuenta que los abortos inducidos seguían practicándose y que sus consecuencias eran una mayor incidencia en la mortalidad materna, además del rechazo político por considerarse medidas coercitivas, se liberalizó y se normó el aborto inducido y el uso de anticonceptivos sobre la base de indicaciones sociales y médicas.

“Para Europa occidental las tendencias del aborto legal han seguido una pauta común con pequeñas variantes. Tras el establecimiento de la primera ley de aborto liberalizada en Suecia en el año de 1983, la tasa de abortos legales aumento de 0.4 por 1,000 mujeres de 15 a 44 años”.² En otro sentido, el aborto inducido también ha sido utilizado como una medida para reducir la fecundidad y, como consecuencia, la tasa de crecimiento demográfico, este es el caso de China y Japón, entre otros.

En el Japón se aprobó en 1948 una ley que legaliza el aborto como una medida de promoción de la salud materna, pero que indudablemente tenía también medidas demográficas. En ese país, la ley permite el aborto hasta las 24 semanas de gestación, además de que existen programas de planificación familiar de gran cobertura, aunque se practica más con métodos tradicionales, los resultados fueron una disminución muy apreciable de la fecundidad y de la mortalidad materna, que se considera de las más bajas del mundo.

² Tietze, op. cit., pág 50.

En Francia hubo en 1981 unos 80.000 abortos en chicas cuya edad oscila entre los 15 y los 19 años, datos referentes a Inglaterra para los años 1974 a 1976 revelan que de las chicas menores de 16 años que frecuentaban la escuela, 14.739 quedaron embarazadas, con un saldo de 10.273 abortos. "Para Canadá en 1974 dieron a luz 38.626 adolescentes, bajando su número a 34.031, cuatro años después en 1978, frente a este descenso de los nacimientos, el número de abortos en este grupo tuvo un espectacular avance entre 1973 y 1978 de 3.400, en 1973 se pasó a 17.179, en 1978 se multiplicaron por más de cinco. Por lo que refiere a Norteamérica, de 1966 a 1975 la proporción de nacimientos en chicas de 15 a 17 años no casadas subió de 35% a 51%, sólo en 1972 hubo unos 372.000 abortos en mujeres entre 15 y 19 años y 15.000 en adolescentes menores de 15 años".³

En noviembre de 1999, en Argentina, el Consorcio de Médicos Católicos de Buenos Aires aclaró que no es verdad que la mortalidad materna por causa del aborto sea de centenares o miles al año, como difunden reiteradamente los medios de comunicación. En una declaración, el grupo de médicos, que preside el doctor Carlos Alberto Carranza Casares, aseguró que en "las últimas estadísticas oficiales del Ministerio de Acción Social y Salud Pública de la Nación, correspondientes a 1997, las madres muertas por aborto en la Argentina no son centenares o miles, sino que en ese año fueron 82".

Los médicos observaron que si en la Argentina el número de abortos ilegales, en proporción a la población, fuera igual que en los Estados Unidos (donde las estadísticas oficiales sostienen que abortan anualmente 1.600.000 madres), los abortos legales y oficiales en la Argentina serían 243.000 por año. Desde luego que con ese número de abortos, la mortalidad materna subiría en vez de bajar, sin olvidar además que siempre seguiría habiendo abortos clandestinos con la alta mortalidad que los caracteriza.

La incidencia de un aborto provocado varía de un país a otro. Mucho depende de la fuente que lo proporcione y, claro, si está a favor o en contra del mismo, de ahí que resulta casi imposible saber cifras exactas y no tendenciosas. Los opositores del aborto mencionan cifras alarmantes de mujeres fallecidas por causa de abortos realizados clandestinamente y sin las condiciones de higiene necesarias. A quienes dan las cifras habría que preguntarles ¿cuántas miles de mujeres fallecen anualmente?, porque sería una locura matar a unos inocentes por un dato impreciso o dudoso, o por el contrario, ignorar a las que mueren por esta causa.

En América Latina, la tradición jurídica ha sido la prohibición del aborto, con excepción de algunos países, se ha observado 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 anticonceptivo como de abortos inducidos. "Cuba es el único país de América Latina donde se realizan abortos en gran escala. En 1974 la tasa general de abortos se acercaba al 70 por 1,000 de mujeres de 15 a 44 años de edad, nivel sólo ligeramente inferior a los más altos niveles que se hayan declarado nunca en Bulgaria y Hungría. De 1974 a 1980, la cifra de abortos bajó

³ Elizari, Javier. El Aborto ya es legal. Ed. Covarrubias, Madrid 1985. pág 102.

un 21% y el número de nacimientos un 33%, lo que sugiere un empleo cada vez mayor de métodos anticonceptivos".⁴

Se calcula que la razón global de mortalidad materna en los países de América Latina y del Caribe, es de 190 por 100.000 nacidos vivos, lo que representó en 1995 unas 22.000 defunciones maternas. Es importante considerar que las mujeres de esos países todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Diversas organizaciones internacionales de planificación familiar, como el instituto Alan Guttmacher, entidad financiada en gran parte por la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), han difundido datos sobre mujeres muertas a causa de los abortos clandestinos en Latinoamérica. Según sus cifras, estos fallecimientos son, cada año, 300.000 en México.

Pero el último anuario estadístico de la Organización Mundial de la Salud desmiente tales números. Según esta organización en 1989 fallecieron en nuestro país 172.423 mujeres, de las cuales 21.177 se encontraban en edad fértil, y de esas muertes, la OMS sólo registra 149 en México debidos al aborto, incluidos los espontáneos. Debido a que la mayoría de los abortos se hacen en la clandestinidad, resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos y obtener datos confiables en los países donde esta práctica es ilegal. Los investigadores han tenido que recurrir a varios métodos indirectos, como datos sobre hospitalizaciones relacionadas con aborto y entrevistas a mujeres. Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y la República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos.

Los abortos inducidos son más numerosos que los espontáneos en los países de América Latina. Un estudio realizado en seis países latinoamericanos estima que los abortos espontáneos constituyen entre 15% y 25% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones. Debido a la dificultad para distinguir si el aborto es espontáneo o inducido con base en pruebas clínicas, muchas veces el estigma que rodea el aborto también influye negativamente en la prestación de servicios apropiados para las mujeres que requieren atención por un aborto espontáneo o que solicitan la interrupción legal del embarazo en aquellos países que lo permiten en situaciones de riesgo para la mujer.

Aborto inseguro: Estimaciones regionales por año (1995-2000)

Región geográfica	Número estimado de abortos inseguros	Número estimado de muertes debido a un aborto inseguro	Porcentaje de muertes maternas por aborto inseguro
África	5,000,000	34,000	13%
América Latina	4,000,000	5,000	21%
Asia	9,900,000	38,500	12%
Europa	9,000	500	17%

Fuente: www.google/mortalidad mundial.com

⁴ Tietze, op.cit., pág. 49.

Se puede concluir que la mayoría de los países permiten el aborto por razones más amplias: cuando continuar el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer, por razones socioeconómicas, que en México sólo están consideradas en la ley yucateca, y en una medida considerable, a solicitud de la mujer. Pero pese a las restricciones que imponen para conocer la incidencia del aborto la dificultad de reunir información más completa y verídica, no hay duda de que se trata de un problema social de gran magnitud que ocurre en prácticamente todas las ciudades del mundo, sin distinción de razas, credos y otras características culturales y económicas, así como de reglamentaciones jurídicas, sistemas políticos o condiciones demográficas.

3.2 CIFRAS DE MORTANDAD EN MÉXICO

En México se reconoce que el aborto es la tercera o cuarta causa de mortalidad materna, pero se sabe que hay un gran subregistro de las muertes maternas en general y especialmente en las relacionadas con el aborto. En varios estudios relacionados con México se ha relevado que hay un gran subregistro de muertes maternas (entre 50 y 75%). El tratamiento de las pacientes con complicaciones de aborto absorbe muchos recursos materiales y humanos de los sistemas de salud, los costos para tratar estas complicaciones consumen hasta el 60% de los presupuestos gineco-obstétricos, en algunos sistemas hospitalarios en Latinoamérica acaparando recursos escasos para un problema que en gran medida es evitable.

Cifras de fecundidad en México

Concepto	Fecha	Cifra	Fuente
Número de muertes maternas	1992	1,399	Maternidad sin riesgos
Tasa de mortalidad materna	1992-1994	5.8%	CONAPO II
Lugar que ocupa el aborto como causa de mortalidad materna	1992-1994	3º	CONAPO II

Fuente: ENFES. *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*, Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, México, 1990.

En México, al igual que en casi todos los países en vías de desarrollo, la mortalidad materna continúa siendo un problema importante, estadísticas oficiales señalan que en 1990 hubo una tasa de 5.4 muertes por cada 10.000 nacimientos, en otras palabras, por cada 10.000 niños que nacieron, cinco de sus madres murieron. Según el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1992 la tasa de mortalidad relacionada con el aborto, ha disminuido en los últimos 10 años, sin embargo, el número absoluto de abortos sigue creciendo, ya que las instituciones de salud atendieron más de 111.000 abortos en 1991, por lo que éste sigue siendo un reto para la capacidad resolutoria de las instituciones.

“La subestimación en México es realmente importante, por cada muerte que se registra como materna queda otra sin registrar”.⁵ Esto 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 sus familiares ignoran su estado de gravidez. Estas circunstancias son frecuentes en el caso del aborto inducido, en efecto, para evitar la condena moral e incluso los problemas legales, la mujer, sus familias y el proveedor de salud suelen ocultar el embarazo y las circunstancias que condujeron a la muerte.

Es imprescindible, entonces, recordar que las cifras oficiales de mortalidad materna están minimizadas y que no todas las causas son las mismas del aborto inducido. Según datos oficiales la mortalidad materna descendió en México de 10 muertes por cada 10.000 nacimientos en 1979 a 5.4 en 1990, las causas más importantes son en todo el período, los problemas en el parto 34.2%, la hipertensión 23.2% y las hemorragias 21.3%. En cuarto lugar está el aborto inducido con 8.4% y, por último, las infecciones con 5.6%, otras enfermedades no propias del embarazo, pero que se agravan con éste, son clasificadas como causas indirectas y constituyen un 7.3%.

El dilema sigue presente: la prohibición del aborto con leyes extremas que ponen en peligro la salud y la vida de las mujeres, o el reconocimiento de que las mujeres tienen el derecho fundamental a decidir sobre el futuro de un embarazo, es posible pensar que en un futuro próximo los avances en la investigación biomédica y social sobre la reproducción humana y la tecnología de nuevos métodos para regular la fecundidad y contribuyan significativamente a resolver este dilema.

La mortalidad materna continúa siendo un problema prioritario en México y su importancia no es de la magnitud que le corresponde, el aborto inducido es una de las causas importantes; las cifras relativas a éste padecen, además de la indiferencia general, de un bajo interés particular que resulta, en gran medida, de la ilegalidad del procedimiento.

El aborto es una realidad en México cifras oficiales indican que el 17.8% de las mujeres en edad reproductiva, las que están entre los 15 y 49 años de edad, se han practicado un aborto. La ilegalidad no ha impedido que se sigan realizando abortos clandestinos, pero sí ha conducido a poner en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Es imprescindible modificar las leyes para que las mujeres dispongan de servicios seguros de aborto y disminuya la intensidad del drama que implican los embarazos no deseados. Según uno de los pocos estudios efectuados en México, en este caso el del Dr. Annando Valle Gay, la mayoría de las mujeres que abortaron en el Hospital General de México en 1990, presentaban las siguientes características:

- 34% lo hicieron porque no podían mantener a un nuevo vástago;
- 33% usaron métodos mecánicos (lavados, DIU o preservativos);
- 36% acudieron a la ingestión de infusiones;
- 88% eran católicas, y

⁵ Ortiz Ortega, Adriana. Razones y Pasiones en torno al Aborto. Ed. Edamex. México 1995. pág. 151.

- 53% usaban anticonceptivos cuando quedaron embarazadas.⁶

Cabe destacar que la elevada cifra final de 53%, se debe a la ineficacia de los anticonceptivos usados o su mal empleo. Pero también es una medida de las condiciones sociales, económicas y culturales de la población. El estrato social, la distribución de la riqueza, el acceso a la educación y la valoración social de la condición femenina son determinantes en la asistencia médica que reciben las mujeres. Las mujeres que pertenecen a los sectores sociales desfavorecidos tienen un riesgo más alto de morir por una causa materna.

La mortalidad materna es difícil de medir de modo uniforme y confiable. Los sistemas de información son deficientes y no registran adecuadamente los acontecimientos vitales. Muchas muertes maternas quedan sin registrar especialmente en las poblaciones rurales, por otro lado, no queda claro si el aumento en la atención a mujeres en los centros de salud refleja la extensión de los servicios o mayores complicaciones en el embarazo y el parto debidas, por ejemplo, a la mala nutrición.

No existe explicación de la caída de los años de 1994 y 1996 por lo que se recomienda tomar los datos con precaución. Las cifras para 2001 no han sido incluidas dado que están sujetas a revisión por el registro tardío de nacimientos. El incremento en los años 1999 y 2000 se debe a un mejor registro de los datos logrado a partir de la creación del Programa Nacional de Reducción de la Muerte Materna en 1998, no a un brusco empeoramiento de la situación de salud de las madres.

Cifras de abortos en México

<i>Concepto</i>	<i>Cifra</i>	<i>Fecha</i>	<i>Fuente</i>
<i>Número de abortos en México (incluye espontáneos e inducidos)</i>	<i>1,700,000</i>	<i>Cada año</i>	<i>Maternidad sin riesgos</i>
<i>Número de abortos en México (incluye espontáneos e inducidos)</i>	<i>200,000</i>	<i>Cada año durante el periodo 1993-1995</i>	<i>CONAPO II</i>
<i>Número de abortos espontáneos en México</i>	<i>850,000</i>	<i>Cada año</i>	<i>Maternidad sin riesgos</i>
<i>Número estimado de abortos inducidos en México</i>	<i>533,100</i>	<i>1990</i>	<i>Instituto Alan Guttmacher</i>
<i>Número estimado de abortos inducidos en México</i>	<i>850,000</i>	<i>Cada año</i>	<i>Maternidad sin riesgos</i>
<i>Número estimado de abortos inducidos en México</i>	<i>110,000</i>	<i>1995</i>	<i>CONAPO II</i>
<i>Proporción de abortos por cada 100 nacidos vivos en México</i>	<i>21</i>	<i>no especificado</i>	<i>Instituto Alan Guttmacher</i>
<i>Tasa anual de abortos en México por cada</i>	<i>2.33%</i>	<i>no especificado</i>	<i>Instituto Alan Guttmacher</i>

⁶ www.altavista/mexico y su mortalidad.com

100 mujeres en edad fértil			
Porcentaje de mujeres en edad fértil, que han experimentado un aborto en México	17.8%	1995	CONAPO
Número de casos de hospitalización por aborto en México	166,380	1994	INEGI 1

Fuente: ENFES. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, México, 1990

Por su parte el Presidente de la Comisión de Salud y Seguridad Social del Senado, **Eliás Miguel Moreno Brizuela**, llamó al presidente **Vicente Fox** a discutir las perspectivas en el corto y mediano plazos sobre la mortalidad materna, con el fin de que los programas sirvan para generar desarrollo y bienestar social. Al inaugurar el foro "Políticas de Atención a la Mujer: Mortalidad Materna", el Senador puso sobre la mesa ese tema y el aborto como problemas de salud pública. Dijo que son objeto de la máxima preocupación social dado que muestran las desventajas de los sectores en los que se presentan.

Ante integrantes del movimiento de mujeres de México, el legislador del Partido de la Revolución Democrática dijo que "cada minuto muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo y el parto, incluyendo el aborto, sumando la trágica cifra de 585 mil muertes maternas al año en el mundo". El aborto es un problema de salud pública, representa un riesgo de muerte para la mujer cuando se realiza en condiciones antihigiénicas, cuando el personal desconoce la técnica adecuada y daña órganos internos, como la perforación del útero, o bien produce infecciones y hemorragias.

Para el Senador, las complicaciones relacionadas al aborto se evitan en primer lugar reduciendo el número de embarazos no deseados y por lo tanto la urgencia de interrumpirlos. Otras muertes durante el parto pueden disminuir si las mujeres tienen acceso a un sistema de atención previo. En México, al igual que en casi todos los países en vías de desarrollo, la mortalidad materna continúa siendo un problema importante aunque, según el Consejo Nacional de Población, se observa una tendencia a la baja. Es un tema que por información casi siempre insuficiente suele tratarse con ligereza y bajos puntos de vista a veces simplemente emocionales. Los abortos ilícitos se cuentan por cientos de miles. La doctora Blanca Raquel Ordóñez calcula para México unos 700.000 al año y estima que de los casos de abortos atendidos en IMSS un 80% bien pudieron haber sido provocados.⁷

Pero para saber cifras exactas de mortandad en México es necesario, primero, registrarlas y para eso es ineludible que mujeres, personal médico y demás involucrados en un aborto lo reconozcan como tal. No obstante, el temor a verse implicados en algo prohibido hace más ardua su labor, obstaculizando la realidad del problema, porque al no conocer un estimado más confiable, las versiones en torno al aborto inducido se distorsiona, inclusive hay quienes utilizan estos números a su favor, todo depende si aprueban o no esta controversia. Pero el motivo más importante y urgente por el cual se deben de conocer

⁷ Trucha Olivares, Eugenio. El aborto, Ed. Jus México 1998. pág. 39.

cifras más precisas, y no **tendenciosas**, es para poder ayudar a las mujeres que presentan este problema, ocultarlo no sólo altera las estadísticas sino que evita proporcionarles la ayuda médica necesaria.

3.2.1 ¿Cuántas adolescentes mueren por abortar?

Saber cuantas **adolescentes** mueren por abortar es una pregunta difícil de responder con toda la precisión que le **compete**, hay una serie de factores que impiden tener la certeza de medir de modo confiable **la mortalidad materna**. Los sistemas de información, en su mayoría, son deficientes y no **registran** adecuadamente los acontecimientos vitales. La incidencia del aborto en **la salud** de la mujer todavía no se ha podido controlar porque la mayoría de las pacientes que **se practican** abortos intentan negarlo y por lo tanto, en la historia clínica no aparece si **el aborto** fue inducido o espontáneo.

Con todo y esto se **han dado** a la luz pública resultados de investigaciones para conocer lo más cerca posible **el número** de muertes maternas por aborto. En 1987, el Instituto Mexicano del Seguro Social se encargó de un estudio para evaluar la trascendencia del programa de planificación familiar en la mortalidad perinatal, "en ese estudio se interrogó a 5.002 púerperas **respecto** a su historia reproductiva, con esa base de datos se analizaron los antecedentes **de aborto** inducido, encontrándose que 88 de las 5.002 mujeres declararon haber tenido por lo menos un aborto inducido".⁸ A diferencia de la epidemiología conocida del **aborto ilegal**, que lo describe en mujeres con edades y paridades elevadas, el estudio **encontró** una incidencia mayor en mujeres jóvenes con baja o nula paridad. Esto se debe a **las características** propias de la población que demandan los servicios obstétricos, tanto en **su estructura** joven como en la cobertura anticonceptiva, baja en esa población.

En una investigación **realizada** con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ en un grupo de mujeres menores de 20 años que acudió a un hospital público por abortos o por secuelas, se **estudiaron** las características de estas jóvenes, así como la "cadena de decisión" que **las lleva** a buscar la interrupción del embarazo. La edad promedio de las jóvenes era de 18 años, y el tiempo transcurrido entre la primera relación y la primera unión fue de 11.6 meses, con 9.1 semanas de gestación; más de la mitad eran soltera, en cuanto a la **escolaridad**, las solteras tenían secundaria incompleta o poco más, mientras que las casadas **presentaban** menos escolaridad.

Este grupo de mujeres **es uno** de los que presentan una candidatura más firme al aborto, con porcentajes **crecientes**: dentro de él existe un sector mas vulnerable, las más jóvenes, las adolescentes. **Pero** los procesos que se vienen dando dentro de nuestro país en los últimos quince años, **han permitido** que la población reconozca la necesidad de reflexionar y buscar el logro **de una sociedad** democrática, participativa, pero sobre todo

⁸ Ortiz, op. cit., pág. 247.

⁹ Ortiz, op. cit., pág. 249.

respetuosa de las diferencias de opinión, basadas en nuevas relaciones éticas. Aunque las adolescentes son las más vulnerables a un embarazo no deseado, mujeres de todas las edades, casadas y solteras, recurren a un aborto.

El aborto presenta un problema social de grandes magnitudes, al poner de manifiesto las desigualdades sociales que se dan en nuestro país. El embarazo de las adolescentes es un tema fundamental de la maternidad sin riesgo, pues entre las madres adolescentes se da un número desproporcionadamente elevado de defunciones y discapacidades maternas. En los países de América Latina y el Caribe, cerca de una tercera parte de las mujeres de edades comprendidas entre 20 y 24 años ya han tenido su primer embarazo a los 20 años. Muchos de estos embarazos son no deseados o inoportunos, por lo que tienen mayor probabilidad de ocasionar problemas de salud a la madre, bien porque conducen al aborto o porque las mujeres jóvenes tienden menos a buscar la atención apropiada.

Además, la falta de desarrollo físico y fisiológico de las jóvenes menores de 16 años de edad las hace particularmente vulnerables a las complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto. Aunque la mortalidad y la morbilidad maternas afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, muere un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales. Entre las adolescentes, las complicaciones del embarazo y el parto son una causa importante de mortalidad. La legislación, las creencias culturales o las prácticas que menosprecian a las mujeres contribuyen a generar esta disparidad al limitar su acceso a los recursos económicos.

Probabilidad que tiene una mujer de morir por causas ligadas con la maternidad. Se mide como el número de defunciones de mujeres en edad fértil, 15 a 49 años cumplidos, en un determinado año por causas relacionadas con el embarazo, aborto, parto y puerperio, expresado con relación a cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo año. Se refiere únicamente a muertes por causas obstétricas. Excluye las muertes por accidentes no obstétricos o por enfermedades que se presentan durante el período de la gestación pero que no tienen relación directa con él.

Los problemas relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio encabezan la lista de causas de muerte de las mujeres entre los 15 y 49 años de edad. La OMS estima que 500.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas a la maternidad. Su incidencia y consecuencias sobre la organización familiar y el crecimiento y desarrollo de los niños, otorgan una inmensa importancia social a la reducción de la mortalidad materna.

En el mundo han aumentado considerablemente los casos de abortos entre las adolescentes, particularmente en los lugares donde el aborto es ilegal. Cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchos de los cuales terminan en muerte o daños irreparables que incluyen infertilidad. Más de un tercio de las muertes maternas entre las adolescentes de Chile y Argentina, se produce como resultado de un aborto inseguro. En Perú, un tercio de las mujeres que son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto tiene entre 15 y 24 años.

El hecho de que las adolescentes tienen menos acceso a servicios de salud e información de calidad y de carácter confidencial, incluyendo anticonceptivos, las coloca en la categoría de riesgo de un embarazo no deseado y, por consiguiente, de un aborto inseguro. Especialmente las adolescentes de bajos medios económicos tienen menos contactos sociales, difícil acceso a transporte y medios financieros para obtener abortos seguros en comparación con las mujeres de mayor edad.

Para la mayoría de las mujeres la terminación de un embarazo no deseado es un alivio, sobre todo si se considera haber tomado la decisión correcta; sin embargo, este sentimiento de alivio puede mezclarse después con sentimientos de culpa, y resulta fácil, la carga de sentimientos encontrados que ahora tienen que soportar solas, ya que en nuestra sociedad es común censurar a la mujer que se embaraza fuera del matrimonio, no así al hombre que la embarazó; de él es difícil hablar cuando se debate el tema, a pesar de estar profundamente involucrado, en términos generales se llega hablar de paternidad responsable, es decir, antes del embarazo, pero cuando el aborto es eminente sólo una persona es la responsable y esa es la mujer.

3.2.2 Y las consecuencias nunca las imaginaron

A lo largo del desarrollo de la humanidad, el aborto provocado ha sido utilizado como recurso para la regulación de la fecundidad, aún en culturas en las cuales las pautas de valores vigentes eran contrarias a esta práctica. Pero algo muy importante que hay que mencionar son las consecuencias que esta decisión puede traer, y que pocas veces las mujeres se detienen a asimilar. Una de las causas de muertes y lesiones maternas es el aborto inducido, aunque sus consecuencias pueden ser tan lúgubres como la misma defunción.

Las secuelas de un aborto son de extrema gravedad para la mujer, no sólo medicas sino psicologicas, que llegan a afectar el resto de su vida emocional y reproductiva, entre otras cosas pueden quedar estériles antes de los 20 años, sin una cabal comprensión de lo sucedido en su cuerpo y con la percepción de que, de no haber tenido relaciones sexuales, no hubiera estado tan cerca de la muerte.

Según Noemí Ehrenfeld Profesora e investigadora de la UAM Iztapalapa “En la cadena de decisión para proseguir el embarazo o buscar un aborto, destacan dos fases, muy claras: a) tomar la decisión y b) actuar la decisión y buscar al prestador. Una vez que se decide abortar, es cuando comienza realmente las penurias y miserias de estas jóvenes”.¹⁰

También afirma, que una gran parte de los abortos inducidos quedan sin concretarse, son estas adolescentes las que intentan algo sin la intervención de un tercero en su cuerpo, hay que subrayar que por lo general las jóvenes manifiestan sentimientos de culpa, una gran mayoría expresa que “si bien no es algo agradable, lo prefiero a arruinar mi vida”. Por tanto, el aborto es un evento que requiere de investigación por la severidad de

¹⁰ Ortiz, op. cit., pág. 252.

las secuelas en la salud integral de la mujer. Asimismo, es necesario realizar estudios sobre la magnitud del daño emocional de los abortos realizados sin la seguridad y apoyo emocional.

A continuación se mencionan algunas de las consecuencias por aborto.

SECUELAS POR ABORTO

Llanto/ Suspiros.
Insomnio.
Perdida de apetito.
Perdida de peso.
Agotamiento.
Tragar constantemente.
Nerviosismo.
Disminución de la capacidad de trabajo.
Vómitos.
Trastornos gastrointestinales.
Frigidez.
Muerte.
Intenso interés en los bebés.
Instintos maternos frustrados.
Odio a todos los relacionados con el aborto.
Deseo de acabar la relación con su pareja.
Pérdida de interés en el sexo.
Incapacidad de perdonarse a si misma.
Sentimiento de deshumanización.
Pesadillas.
Ataques / Temblores.
Frustración.
Sentimientos de ser explotada.
Abuso de los niños.

Fuente: realizada por el autor.

La propaganda antiabortiva es penetrante en nuestra sociedad. Los mensajes de que el aborto es malo, que las mujeres que han tenido abortos son egoístas o irresponsables

sobre el sexo y el control natal, que el aborto es asesinato y que es una experiencia traumática emocionalmente, han creado un clima en el cual el aborto está rodeado por la culpa, la lástima, el miedo y el rechazo social. Incluso muchos partidarios de los derechos al aborto frecuentemente describen el aborto como un mal necesario.

Hubiese preferido que me durmieran toda y no sentir nada... Me dolió más que dar a luz. Yo quería que mi hermana -quien es médica- estuviera conmigo, pero no la dejaron estar presente. Sólo estaba el médico y una persona que trabaja con él. Fue algo muy frío, la verdad, era muy impersonal...¹¹

Con mucha frecuencia, las mujeres eligen el aborto durante el segundo trimestre porque no fueron capaces de conseguir el dinero a tiempo para tenerlo durante el primer trimestre. Irónicamente, un aborto más tardío cuesta más, no sólo económicamente ya que expertos afirman que cuanto más tiempo la mujer permanezca embarazada, más dolorosa será la pérdida, esto por el tiempo afectivo de su situación. Ocasionalmente una mujer, especialmente una adolescente, podría no admitir la posibilidad de embarazo, como ella carece de apoyo, dinero o información, podría sentirse temerosa, abrumada y al no estar preparada para enfrentarse a un embarazo, entonces lo niega, esperando que de algún modo éste se irá por sí mismo. Dadas todas estas situaciones comunes, una mujer puede llegar a la experiencia del aborto tardío ya exhausta emocionalmente.

Un gran porcentaje de las mujeres que son forzadas a buscar un aborto durante el segundo trimestre son jóvenes, pobres, o mujeres inmigrantes de zonas rurales. Ellas soportan lo más duro de las actitudes que inculpan a la víctima. Una mujer podría ser tratada como si ella fuera estúpida y/o irresponsable y merece ser "castigada", por una atmósfera sin apoyo y una experiencia dolorosa.

En cualquier término emocionalmente es una experiencia dura, aun cuando no estén muy seguras de no desear tener un bebé. El dolor y/o la incomodidad, la duración del tiempo, la similitud de la experiencia con el parto de un bebé, una atmósfera de intimidación o sin apoyo en la clínica, y la influencia de una parte muy influyente de la sociedad que dice que los abortos tardíos son "malos" estos factores pueden hacer del aborto inducido una experiencia perturbadora.

La mayor parte de los datos de que se dispone avala la posición de que el aborto, en la mujer adolescente, tiene menos consecuencias emocionales y sociales de vasto alcance que la maternidad en las adolescentes, en particular si éstas conservan sus niños, aunque esta afirmación es aleatoria, ya que con dificultad se podría saber cuándo el aborto dejará secuelas menos o más dolorosas y en que edad es menos riesgoso. Para la mayoría de las mujeres, los beneficios emocionales del aborto son mayores que los riesgos psicológicos que comportan, desde luego dependiendo de las circunstancias particulares de cada caso.

Para tomar la decisión de realizar un aborto hay que tener todas las cartas sobre la mesa. Analizar cada punto tomando en cuenta que no sólo hay consecuencias inmediatas,

¹¹ [www. google/aborto y consecuencias.com](http://www.google/aborto_y_consecuencias.com)

sino, también a largo plazo. Las lesiones se pueden presentar, incluso, años más tarde cuando la mujer quiere o tiene las mejores intenciones de iniciar o formalizar una relación duradera salen a luz las secuelas de aquello que sucedió hace muchos años, en ocasiones son las que acompañan a la madre por el resto de su vida. No obstante puede atenuarse si se encuentra una orientación positiva.

Se ha identificado un patrón de problemas psicológicos comúnmente llamado Síndrome Post Aborto. La mujeres que ha pasado por un aborto lo recuerdan con un dolor terrible en su corazón. Se sienten frustradas porque fallaron ante el más natural de los procesos humanos: el rol de ser madre. Son efectos que pueden durar años en salir a luz, en escapar del interior de la mujer para pedir auxilio.

Trastornos Post Aborto

<i>Trastornos psicopatológicos</i>	<i>Depresión Angustia Neurosis</i>
<i>Fármaco dependencia</i>	<i>Alcoholismo Drogadicción</i>
<i>Desorden en las relaciones interpersonales</i>	<i>Divorcio Tendencia al suicidio Problemas sexuales Problemas de autoestima</i>

Fuente: realizada por el autor.

La Real Academia de Obstetricia de Inglaterra ha informado que las probabilidades de problemas psiquiátricos graves y permanentes después de un aborto pueden alcanzar hasta el 59% de las madres. La Organización Mundial de la Salud por su parte informa que “las mujeres que se practican abortos por razones psiquiátricas son precisamente las que corren mayor riesgo de problemas mentales una vez realizado el aborto. Otros estudios muestran que las mujeres que se han practicado un aborto por razones de violación, incesto, salud, etc., tienen aún más probabilidades de sufrir problemas emocionales y psiquiátricos severos que las que se lo han practicado por razones socioeconómicas”.¹²

Es indudable que entre los grupos sociales existe, desde tiempos antiguos, una represión y un rechazo profundo a la interrupción voluntaria del embarazo, y que desde las religiones hasta las instancias más diversas lo condenan y sancionan. “La valoración “moral” del aborto ha dejado profunda huella, y aunque ninguna investigación epidemiológica sería ha encontrado efectos negativos permanentes en la mujer a causa de un aborto, sino más bien una sensación de alivio, hay pocos estudios de aquellos países en donde el aborto es ilegal, clandestino y no sancionado moralmente por la cultura”.¹³ En diversos trabajos consta la dificultad para obtener datos fidedignos sobre las mujeres que

¹² www.altavista/consecuencias-de-un-aborto.com

¹³ www.altavista, Ibidem.

sufren un aborto ilegal; todavía pesan la censura moral, social y familiar, e incluso la autocensura. Por ello, no debe sorprender la renuencia para abordar el tema.

Por igual, las mujeres que no tienen el apoyo de su pareja, o que sufren la doble ruptura de la pareja y el embarazo a la vez, tienen un sentido de pérdida más importante y duradero. Además, hay evidencia testimonial de que las mujeres que experimentan abortos tempranos no viven tanto duelo; en cambio, las que tienen abortos cuando el embarazo está más avanzado, durante el segundo trimestre, pueden padecer secuelas emocionales más serias.

Como podemos ver, para una mujer un aborto siempre tendrá sus ventajas así como sus desventajas, a ciencia cierta sería delicado afirmar que todos los abortos generan secuelas irreversibles y hasta prolongadas, a través de esta investigación se pueden encontrar puntos a favor y en contra. Y mientras que para algunas puede ser el transe más aterrador que jamás haya ocurrido en su vida, para otras es algo necesario, que si bien no es lo mejor de su existencia, no pasa de una simple experiencia como otras tantas en su vida. No obstante el conflicto se presenta cuando no se tiene conciencia de lo posterior a un aborto, si se decide actuar de tal o cual forma, sería importante aceptar la responsabilidad que conlleva esta decisión.

Abortar no hace mejor ni peor a una mujer, dicha decisión pudiera ser como otras en su vida, tal vez sea la mejor, quizá sea la peor, eso sólo ella lo sabrá, porque solamente ella sabe las emociones y los motivos que la llevan a hacerlo. Lo importante es conocer cómo, cuándo, dónde y con quién debe acudir, para que la medida que ella tome le resulte física y psicológicamente menos dolorosa.

Pero independientemente del motivo o las características de cada mujer, lo lamentable del problema es su ansiedad por salir del problema, ya que las puede llevar a tomar decisiones irracionales, y no hablamos de abortar, sino de cómo y quien se los va hacer, en su desesperación no les importa quién se los haga o cómo se lo hagan, lo que les interesa es salir del problema, pareciera que lo que menos importa es su vida, ¿o será acaso que las consecuencias nunca las imaginan?

3.2.3 Secuelas físicas y psicológicas después del aborto

Se estima que la problemática del aborto se encuentra relacionada con la problemática sexual de nuestra sociedad, y que así como es difícil reconocer muchas de las actitudes mentales y emocionales referentes al sexo, también es difícil reconocer muchas actitudes respecto de la práctica del aborto, y así como su práctica forma parte de las costumbres sociales, sus consecuencias son tan trascendentales como el mismo aborto.

Psicológicamente, el aborto como cualquier procedimiento médico quirúrgico que afecte las funciones de reproducción en el humano, puede provocar conflictos psicológicos y alteraciones emocionales, en virtud de que se siente la afectación al desarrollo normal de las funciones corporales a las que aspira toda persona. Por otra parte, una mujer que no

desea a un hijo y que se ve presionada a tenerlo, puede tener problemas emocionales graves como resultado del hecho de haber doblegado su voluntad, sobre todo, ante la exigencia social de tenerlo.

El aborto, dice Niceto Blázquez, “contribuye al envejecimiento psicológico prematuro de la juventud dado que muchas mujeres son inducidas a abortar a muy tierna edad. La maternidad rejuvenece, pero el aborto envejece. La vida de la mujer se amarga con profundas huellas de resentimiento y desilusión antes de haber tomado gusto a la vida. De la amargura individual se pasa a la anestesia colectiva”.¹⁴

Esta afirmación se asemeja más a las jovencitas que nunca estuvieron seguras de abortar, pero la contraparte también puede ser distinta, en ocasiones, si la mujer aborta por no desear al hijo, con todo y los problemas de censura interna que el aborto le pudiera ocasionar, se vería sin embargo liberada de una maternidad no deseada y las afectaciones psíquicas de depresión, angustia o de sentimientos negativos, tendería a desaparecer en poco tiempo; ya sea por la elaboración de la pérdida o por el surgimiento de mecanismos de defensa ante el acontecimiento doloroso, la situación de desequilibrio emocional, en caso de existir, es transitoria y no deja, en algunas mujeres que abortan, secuelas psicológicas permanentes.

*Yo sentía que me abrían y después me succionaban, sentía mucho dolor. Dos veces me hicieron la succión ya la segunda vez, ya terminó todo. Fue rápido, yo pensé que iba a demorar más, fueron como 20 minutos, más se demoró el médico en prepararme.*¹⁵

La decisión de obtener un aborto pone a la mujer en conflicto con los valores sociales, culturales y religiosos relacionados con la maternidad y es, por lo tanto, una decisión que ninguna mujer toma a la ligera, aunque en ocasiones no asimilen los efectos de éste. Estudios realizados indican que los efectos psicológicos negativos que resultan de la práctica del aborto se aminoran en los países donde es legal, donde existe buena información y servicios médicos adecuados. En Estados Unidos se llevó a cabo una investigación, publicada por la Sociedad Psicológica Americana, que demostró que no había evidencia científica que probara que el aborto voluntario tiene un efecto psicológico negativo en la mujer. Sin embargo, en los países donde la práctica del aborto se penaliza y donde las mujeres actúan en la zozobra de la clandestinidad, existen mayores probabilidades de que las mujeres experimenten traumas psíquicos.

Se ha divulgado constantemente que el aborto hospitalario, bajo atención médica, sobre todo en las primeras fases del embarazo, es algo totalmente seguro y sin mayores consecuencias. Pero las opiniones médicas más serias responden que eso no es verdad. “El aborto en cualquier etapa del embarazo es por lo menos dos veces más arriesgado para las madres que el alumbramiento y son muchas las mujeres que mueren”.¹⁶

¹⁴ Blázquez, Niceto. El aborto. Ed. Bac Popular. Madrid 1977. pág. 102

¹⁵ www.google. op. cit.,

¹⁶ Trueba, op. cit., pág. 94

A pesar de ello, cabe señalar que muchas mujeres prefieren asumir los posibles efectos psicológicos negativos que pudieran surgir como producto de un aborto inducido, antes que verse obligadas a enfrentar un embarazo no deseado.

Efectos psicológicos:

Culpabilidad.
Impulsos suicidas.
Sensación de pérdida.
Insatisfacción.
Sentimiento de luto.
Pesar y remordimiento.
Retraimiento.
Perdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
Inferior autoestima.
Preocupación por la muerte.
Hostilidad.
Conducta autodestructiva.
Ira/ Rabia.
Desesperación.
Desvalimiento.
Deseo de recordar la fecha de la muerte.
Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento.

Fuente: realizada por el autor.

El aborto, legal o ilegal daña física y psicológicamente a la mujer y hasta puede acarrear la muerte. La eterna batalla entre los que están a favor y en contra del aborto será siempre la misma los primeros aseguran que como todo proceso quirúrgico, en caso de aquí así lo sea, tiene sus consecuencias en este caso físicas y sus riesgos. Mientras que los que están en contra, siempre afirmaran que es degradante e inhumano los resultados de un aborto.

A continuación se presentan algunas complicaciones físicas al realizarse algún método de aborto.

Método de succión o aspiración: Infección, trauma del cérvix, peritonitis, endometritis, laceración del útero, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, etc.

Método de dilatación y curetaje (D y C): Tiene los mismos riesgos para la mujer que el de succión o aspiración, además de perforación uterina, hemorragia, infección del tracto genital, laceración intestinal, absceso pélvico y tromboembolismo.

Método de dilatación y evacuación (D y E): Tiene los mismos riesgos para la mujer que el del método de dilatación y curetaje (D y C), apenas mencionado, además de los siguientes: infección pélvica, renal, del cérvix y peritoneal. También puede causar que la mujer tenga en futuros embarazos implantación ectópica, bebés de bajo peso o que nacen muertos así como malformaciones congénitas.

Método de inyección salina: Ruptura del útero, embolismo pulmonar, otros peligrosos coágulos intravasculares.

Método de las prostaglandinas: Ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardíaco, vómito y aspiración de éste, embolia cerebral y fallo renal agudo.

Incluso los científicos han podido identificar muchos de los factores de riesgo asociados con el aumento del cáncer del seno, tales como el tipo de alimentos que se consume y los desórdenes genéticos. Pero el 60% de dicho aumento había sido, hasta hace poco, un misterio para los investigadores. Sin embargo, estudios recientes de gran reputación han encontrado una tasa más elevada de este tipo de cáncer entre las mujeres que han abortado su primer bebé durante el primer trimestre.

Durante mucho tiempo se han pasado por alto los efectos o complicaciones que el aborto causa en la salud femenina. Sin embargo, este tema actualmente se está planteando más seriamente. Una complicación del aborto es el Síndrome de Asherman, este síndrome se reconoce por la aparición de adherencias de tejido dentro del útero, que producen síntomas clínicos tales como anormalidades menstruales, infertilidad y abortos espontáneos frecuentes. Una de las principales causas del Síndrome de Asherman es el aborto de dilatación y curetaje (comúnmente conocido como D y C). La incidencia del Síndrome de Asherman debido al D y C se hace más pronunciada si existe una infección o ésta se desarrolla después de la operación.

Testimonio de ex empleada de una clínica de abortos en E.U.:

Judith Fetrow: "La complicación más horrible que presencié fue la de una mujer que dejó de respirar durante el aborto. El Dr. Michael Sussman salió del salón cuando acabó. A pesar de que le dije que la paciente no respiraba, me dejó sola con ella. Cuando regresó el médico, ni siquiera siguió el procedimiento indicado para esa situación. Fue un milagro que la mujer no muriera. Empecé a preguntarme si de veras estábamos cuidando a esas mujeres o si sólo estábamos trabajando en un negocio más, sólo por interés".¹⁷

¹⁷ www.yahoo/secuelas de un aborto.com

Efectos físicos:

Esterilidad.
Abortos espontáneos.
Embarazos ectópicos.
Nacimientos de niños muertos.
Trastornos menstruales.
Hemorragia.
Infecciones.
Shock.
Coma.
Utero perforado.
Peritonitis.
Coágulos de sangre pasajeros.
Fiebre /Sudores fríos.
Intenso dolor.
Perdida de otros órganos.

Fuente: realizada por el autor.

En cuanto a las complicaciones a largo plazo, los resultados de múltiples estudios efectuados son contradictorios y gran parte de ellos tienen inconsistencias metodológicas. Algunos sugieren que pueden afectar embarazos posteriores aumentando el riesgo de permutares, embarazo ectópico, aborto espontáneo o bajo peso del niño al nacer, especialmente en los casos de aborto repetido, o cuando bien, sean usadas técnicas que han lesionado el cérvix. De cualquier manera lo mismo que para el estudio de otros peligros potenciales del aborto, las complicaciones a largo plazo son más graves cuando se trata de aborto ilegalmente intuidos, y estos no es causal, en la mayoría de los casos se debe a las condiciones en que se realizan las intervenciones: personal no capacitado, escasas o nulas medidas de higiene utilización de material o instrumental improvisado o inadecuado, intervenciones mal practicadas, desprotección y abandono a su suerte en caso de complicaciones.

En la mayoría de los casos a la mujer nunca le dijeron todo lo que le podía pasar. Muchas veces, se explica el aborto como un procedimiento quirúrgico clínicamente seguro. Pero cuando no lo es, cuando es realizado en condiciones inadecuadas, es cuando se presentan las complicaciones y por ende las consecuencias, los aspectos del llamado procedimiento "seguro" pueden dejar un deterioro físico permanente, sin mencionar el potencial de problemas psicológicos crónicos.

“El médico me dijo que sólo había que inyectar un poco de líquido, que después expulsaría el feto, no fue así. Sentí a mi niña moverse de aquí para allá durante hora y media, el tiempo en que tardó en fallecer. Tuve un parto difícil durante más de 12 horas y yo misma di a luz a mi hija. Era hermosa, tenía cinco meses y medio... pero estaba muerta”.¹⁸ Los trastornos hipertensivos del embarazo son un contribuyente fundamental de la morbilidad grave y la mortalidad maternas. Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia y la calidad de su atención es, a veces, deficiente.

La complicación más frecuente es la infección, la que comúnmente se limita a la matriz aunque pueden extenderse llegando a producir incluso peritonitis. Por otra parte, no es rara la perforación accidental de las paredes de la matriz durante la dilatación y el legrado, pudiendo el desgarro llegar a afectar vejiga o intestino. En caso del aborto en las adolescentes es particularmente complicado sobre todo el caso de aquellos precarios recursos económicos y que lo practican a escondidas de sus familiares con o sin el apoyo de su pareja, aborto que será realizado por personas no capacitadas médicamente, pero constituyen para ellas la única opción debido al costo económico de la intervención, por lo que cientos de mujeres recurren a él y muchas mueren por ser atendidas en condiciones de insalubridad y clandestinidad.

Para finalizar se podría decir que la consecuencia más grave es la muerte de la mujer, pero no sólo física, cuando emocionalmente se declara lacerada, cuando no puede volver a rehacer su vida, entonces, incluso, también se puede declarar como muerte, esta situación es particularmente complicada cuando esa mujer tiene otros hijos o afecta directamente a su familia. Las consecuencias pueden terminar con la vida del feto, pero también con la vida de la madre, las secuelas psicológicas pueden ser tan devastadoras como la propia muerte física.

Aunque hay que destacar que así como algunas mueren física y emocionalmente; otras no pueden más que sentir un aire de alivio, al no sentirse lo suficientemente preparadas para aceptar una responsabilidad tan grande, como lo es criar y formar a un individuo, con todas las implicaciones que conlleva esta noble pero gran tarea. Pero ya sea ésta o cualquier otra causa, abortar puede significar no arruinar su vida y ¿por qué no decirlo? arruinar la vida de un individuo no deseado, que aunque no se sepa con seguridad puede tener pocas posibilidades de llevar una calidad de vida razonable.

Pero cualquiera que sea el caso, hay que proclamar por una legislación que impulse la ayuda necesaria posterior a la aplicación abortiva, programas de salud que minen las consecuencias devastadoras que tiene para la mujer la penalización del aborto, sobre todo el que se practica de manera insegura, es una necesidad promover una legislación más adecuada, sobre todo para aquellas mujeres que les resulta insuperable esta decisión, amortiguando las secuelas físicas y emocionales que cuesta la vida a millones de mujeres en el mundo.

¹⁸ www.latinsalud.com

4

Y EN LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA, ¿QUÉ HAY DEL ABORTO?

4.1 SITUACIÓN POLÍTICA

La palabra **Iztapalapa** se deriva del náhuatl y significa “En el agua de las lajas”. La delegación está situada al oriente del Distrito Federal, colinda con las delegaciones Iztacalco, Tláhuac, Xochimilco, Coyoacán, Benito Juárez y el municipio de Nezahualcóyotl. En la campaña política del 2003 (marzo a junio) la delegación Iztapalapa se encontraba inmersa en el furor de las elecciones para designar a nuevos dirigentes políticos, los candidatos como parte de sus campañas proselitistas prometían mejorar las condiciones de vida de los iztapalapences, entre ellas la creación de más escuelas, hospitales y por supuesto, disminuir la delincuencia.

4.2 CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

La delegación Iztapalapa es una de las demarcaciones con más colorido histórico, actualmente es un arcoiris de múltiples colores sociales, así como dentro de cada uno de los barrios, colonias y unidades habitacionales que se encuentran dentro de la entidad geográfica que delimita la delegación, aunque de igual forma, es considerada una jurisdicción con mayores rezagos y menos recursos económicos .

Por su parte René Arce Islas, jefe delegacional, se manifiesta a favor de una distribución equitativa del presupuesto para impulsar su desarrollo. En su comparecencia ante diputados de la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) en noviembre de 2002, pidió a los legisladores que en las negociaciones para distribuir los recursos del 2003, no rijan criterios según las

correlaciones de las fuerzas políticas, ni las simpatías, sino que se otorguen por las necesidades de cada demarcación.

En la actualidad el 18 % del presupuesto total del Gobierno de la ciudad se distribuye entre las 16 delegaciones, pero en forma desigual, “ya que algunas demarcaciones como Milpa Alta, les destinan 3 mil pesos per cápita, mientras que en Iztapalapa sólo son mil 200 pesos por persona. Por lo que debe distribuir según las necesidades de cada demarcación”¹, y sin tomar en cuenta tendencias políticas.

En entrevista con candidatos a la jefatura delegacional de Iztapalapa en las campañas 2003, aseguraron que, en materia de generación de empleos la falta de actividad laboral debe ser atacada fuertemente, Jaime Rueda del Partido Convergencia pidió “capacitación de la Secretaría de Comercio para la creación de empleos, así como fomentar la cultura de consumir lo que se produce en Iztapalapa”.² La candidata de la coalición PRI-PVEM, Guillermina Carlota de la Torre Malvaéz, propuso “llegar a acuerdos con empresarios, conseguir incentivos”³, también señaló que en la delegación, el 52% de las personas desempleadas son mujeres, un sector que será llevado a la cabeza en las listas de bolsas de trabajo.

El tema del presupuesto para sacar a la delegación de esos conflictos fue abordado en principio por Jaime Rueda, quien dijo que se ocupará el porcentaje otorgado por la Asamblea Legislativa, ya que “para modernizar se necesita mucho dinero”.⁴ Ángel de la Rosa, candidato por el Partido del Trabajo, remarcó el desvío de dinero, también de 100 mdp que no han sido aprovechados, casos que ya han denunciado diputados. Además se conocen los problemas por la misma comunidad, pues en una encuesta realizada por noticieros televisa.com, el 22.22% de las personas señalaron que el problema más grave de la delegación Iztapalapa es la pobreza, seguido por los asaltos con 18.71% y el narcotráfico con el 18.13 %.⁵

En términos generales Iztapalapa es considerada una delegación con un gran atraso económico y social, que genera muchas consecuencias: deficiencia en el sector salud y educativo, así como delincuencia y desempleo entre otros.

4.3 SU DEMOGRAFÍA

Según las cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática en el año 2000, Iztapalapa cuenta con el mayor número de población del Distrito Federal con casi 2,000,000 de habitantes y con una densidad aproximada de 12,000 personas por kilómetro cuadrado. En términos de la población por sexo, el 49%

¹ Cancino, Fabiola. El Universal 23 de noviembre 2002. Sec. Ciudad pág. 5.

² www.noticierostelevisa.com.mx

³ www.noticieros, Ibidem.

⁴ www.noticieros, Ibidem.

⁵ www.noticieros, Ibidem.

corresponde a hombres y el 51% a mujeres. En lo que se refiere a la población por edades, el mayor rango está comprendido entre los 20 y 25 años de edad.

La población en edad de trabajar (mayor a 12 años) se calculan en casi 1,100,500 personas. Del total de esta población, la económicamente activa representa el 46.3%. Los datos censales por su definición de ocupación que incluye tanto a la persona que trabaja como a la que buscó trabajo, revelan que la proporción de ocupados de la población activa es de 98.1%. La delegación Iztapalapa ha tenido un crecimiento vertiginoso en su población. De los 76,621 habitantes registrados en 1950, pasó en el año 2000, a una población de 1,771,673 habitantes, multiplicándose aproximadamente 23 veces en sólo 5 décadas.

Lo más significativo es que hablamos de una sociedad joven para 1995; la mayoría corresponde a los grupos de edad de 0 a 29 años, los cuales rebasan la cantidad de 75.0 habitantes. Un rasgo importante para 1995, es que los grupos de edad entre 20 y 39 años han crecido notablemente con respecto a 1990. Siendo la tasa más alta el grupo de edad de 20 a 24 años de edad. Esto quiere decir que la mayor parte de la población de Iztapalapa, tiende a envejecer y la proporción de jóvenes será menor.

Nacimiento por Delegación en Base a la Residencia de la Madre (1999).

<i>Delegación</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Iztapalapa</i>	<i>19.4</i>
<i>Gustavo A. Madero</i>	<i>14.6</i>
<i>Coyoacán</i>	<i>7.3</i>
<i>Álvaro Obregón</i>	<i>7.0</i>
<i>Cuauhtémoc</i>	<i>7.0</i>
<i>Tlalpan</i>	<i>6.1</i>
<i>Iztacalco</i>	<i>5.7</i>
<i>Azcapotzalco</i>	<i>5.5</i>
<i>Venustiano Carranza</i>	<i>5.3</i>
<i>Miguel Hidalgo</i>	<i>4.7</i>

Fuente: Realizado por el Autor, con datos estadísticos del cuaderno No. 3 Distrito Federal. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, pág 4. cuadro 1.1. año 2001. México

Su ubicación geográfica produce una fuerte interacción con los municipios mexicanos, conformando una subregión de la zona metropolitana de la Ciudad de México en la que se presentan similares perfiles sociodemográficos: índices elevados de densidad de población, infraestructura limitada, así como un importante nivel de marginación y pobreza.

4.4 LAS MADRES SOLTERAS DE IZTAPALAPA

Con la finalidad de evitar la deserción escolar, el DIF capitalino destinó en el 2002, “127 millones de pesos para becas escolares dentro del programa que beneficia a hijos de madres solteras, informó la directora de este organismo público, Martha Pérez Bejarano”.⁶ La meta para ese año fue beneficiar con 636 pesos mensuales a 16 mil 666 niños, principalmente hijos de madres solteras que viven en zonas de alta marginalidad, entre ellas, por supuesto, la delegación Iztapalapa.

En el Distrito Federal hay 3 millones y medio de madres solas (viudas, divorciadas, separadas o madres solteras) de diversas edades que no cuentan con los recursos necesarios para dar estudios y mantener a sus hijos. En zonas de alta marginalidad de la delegación Iztapalapa, el problema se recrudece porque aparte de ser madres solteras, no tienen recursos para sacar a sus hijos adelante. El programa de “Becas Escolares para Hijos de Madres Solas” inició en el 2001 y repartió 600 pesos a lo largo de diez meses, “para el 2002 el presupuesto aumentó 36 pesos más, esperando que para el 2003 el presupuesto vuelva a aumentar”, subrayó Martha Pérez Bejarano.

NACIMIENTOS REGISTRADOS POR DELEGACIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE, SEGÚN ESTADO CIVIL (1999)

Delegación	Soltera	Casada	Unión Libre	Separada	Divorciada	Viuda	No especificado	Total
Azcapotzalco	728	6188	2789	2	5	8	247	9094
Coyoacán	969	8391	3669	8	4	8	236	13285
Cuajimalpa	262	2186	1107	1	-	3	84	3643
Gustavo A. Madero	2020	16077	7740	9	6	26	590	26468
Iztacalco	850	5949	3380	1	-	9	203	10392
Iztapalapa	2935	18986	12413	18	20	35	699	35109
Magdalena Contreras	460	2785	1784	5	2	4	57	5097

Fuente: Realizado por el Autor, con datos estadísticos del cuaderno No. 3 Distrito Federal. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, pág. 13. cuadro 1.6. año 2001. México

Cabe destacar que en el momento en que la delegación Iztapalapa se encontraba en el proceso de elecciones para decidir nuevo jefe delegacional, los candidatos presentaron propuestas para mejorar las condiciones de vida de sus habitantes, esto se debe a que la comunidad en general correspondiente a la delegación Iztapalapa presenta alguna problemática, entre ellas: “familias, indigentes, jóvenes, niños, adultos mayores,

⁶ Lagunas, Icela. El Universal 15 de enero 2002. Sec. Ciudad pág. 4.

⁷ Lagunas, Ibidem.

discapacitados, madres solteras”.⁸ Antonio Flores del Partido Acción Nacional propuso tomar el modelo de la delegación Benito Juárez, como la introducción de “guarderías nocturnas y permitir que madres solteras y casadas tengan apoyo”.⁹

4.4.1 Su nivel de educación como influencia

La ignorancia está muy vinculada con la muerte “en el caso de la zona metropolitana de la ciudad de México, las madres analfabetas tienen 42 defunciones por cada mil nacidos vivos; las mujeres con preparatoria y más, tienen 10 defunciones por cada mil nacidos vivos”¹⁰, si hacemos una relación entre las madres analfabetas y las madres con mayor nivel de educación, hay un riesgo de muerte cuatro veces mayor entre ambos casos. Una madre escolarizada puede detectar el riesgo que tiene su hijo, mientras que las otras desconocen la seriedad de los riesgos. No es por descuido de la madre sino por ignorancia. Aún cuando se tuviera toda la infraestructura de salud, muchas veces no se accede a la medicina social o privada.

Una causa es porque la gente la desconoce, ya sea por temor o porque llega demasiado tarde, pero también puede ser por falta de recursos económicos. En este sentido, el ser pobre conlleva, de acuerdo con estas cifras, a que la muerte se convierta en un fenómeno cotidiano. En las familias pudientes o muy escolarizadas la muerte de los niños es un fenómeno rarísimo.

Las mujeres con menor escolaridad se va más por los remedios tradicionales. Por otro lado cuando tiene cierto tipo de servicio, la gente, por su misma ignorancia tiene temor de acceder a éstos, sobre todo si encuentra actitudes un poco frías por parte de los servidores públicos. Este tipo de comportamiento está muy ligado con el nivel de preparación, en la medida que la mujer está más escolarizada, ejerce mayor influencia en una serie de acciones, tanto para su comportamiento individual como para presionar hacia la obtención de servicios médicos. Y aunque el esfuerzo por crear más centros de salud y mejorar la calidad de la información y asistencia de los mismos ha aumentado, hay que vencer otro obstáculo, “la ignorancia” que impide explotar al cien por ciento estos servicios en beneficio de la salud reproductiva.

Si no cambia la calidad de la educación, aunque se aplique la tecnología avanzada, se está fallando en uno de los ejes básicos de la salud, que es mejorar las condiciones de bienestar de la familia. “Los niños desnutridos de los años 90, que serán los jóvenes del 2010, van a tener problemas igual de serios de los que tuvo la población mexicana en la década de los años 50 y 60”.¹¹ El problema de salud no es algo que desaparece con la edad, sino que se acumula.

⁸ www.iztapalapa.df.gob.mx

⁹ www.noticieros.com, Ibidem.

¹⁰ Ríos Navarrete, Humberto. El Universal 22 de febrero 2000. Sec. Nación pág. 10.

¹¹ Idem.

Nacimientos Registrados por Delegación de Residencia de la Madre, Según Escolaridad (1999)

<i>Delegación</i>	<i>Sin escolaridad</i>	<i>Primaria Incompleta</i>	<i>Primaria completa</i>	<i>Secundaria</i>	<i>Preparatoria</i>	<i>Profesional</i>	<i>No especificada</i>	<i>Total</i>
Azcapotzalco	114	162	1,357	4,069	2,562	1,467	260	9,994
Coyoacán	89	307	1,437	5,274	2,986	2,986	206	13,285
Cuajimalpa	66	183	718	1,519	595	474	88	3,643
Gustavo A. Madero	217	656	4,086	11,635	5,966	3,373	535	26,468
Iztacalco	136	271	1,461	3,684	3,196	1,424	220	10,392
Iztapalapa	524	1,423	8,704	14,330	7,441	2,586	731	35,109
Magdalena Contreras	139	261	1,081	2,069	874	620	53	5,097

Fuente: Realizado por el Autor, con datos estadísticos del cuaderno No. 3 Distrito Federal. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, pág 11. cuadro 1.5. año 2001. México

Como conclusión podemos decir que en la delegación Iztapalapa, como en el resto de las demás delegaciones, el nivel de escolaridad tiene que ver con el comportamiento de las madres de familia. Mientras menos o nulo sea el nivel de estudios en la sociedad mexicana, ésta es más fatalista.

4.5 LA CARENCIA EN LOS HOSPITALES DE IZTAPALAPA

Luego de casi 30 años de no ser construido ni un solo hospital en el Distrito Federal y contar con una red hospitalaria pública con muchas carencias, tampoco hubo inversión para los que ya existían. El centro hospitalario más reciente en la ciudad es el Hospital General de Iztapalapa, que se construyó en 1985 con recursos proporcionados por la Unión Europea; pero que ya no se da abasto para atender a miles de personas de ésta y otras demarcaciones, así como de municipios aledaños, y antes de este último la construcción de un hospital en el Distrito Federal se remonta a finales de los años setenta.

El reto en materia de salud para las autoridades capitalinas, no sólo es la construcción de nuevos hospitales o centros de salud, sino la redistribución de los servicios frente a los cambios en el perfil de morbilidad de la población y la distribución de ésta en el territorio capitalino. Por ejemplo, en Iztapalapa, para una población de casi dos millones de habitantes, hay apenas un hospital general y uno pediátrico por lo que se pretende construir en esta demarcación dos grandes centros de salud y concluir el banco de sangre para la zona, que ayudaría a amortiguar la demanda que actualmente enfrenta el hospital general de esta zona.

Uno de estos centros fue inaugurado el 19 de febrero del 2003 por el actual Jefe de Gobierno, Andrés Manuel López Obrador. Este centro de salud fue construido en la colonia Buenavista, éste cuenta con seis consultorios para atención de medicina general y uno para servicio dental, servicio de laboratorio, rayos X, inmunizaciones, central de enfermería, trabajo social y farmacia.

Con este nuevo Centro de Salud se dará cobertura a la población residente en esa zona, que se caracteriza por ser de alta marginación, “con una población aproximada de 82 mil habitantes, de los cuales 50 mil no tienen seguridad social y donde se registra un importante rezago en infraestructura de salud”.¹² Se invirtió en obra 6.1 millones, equipo e instrumental médico 1.6 millones y en equipo educativo, recreativo y de administración 78 mil pesos. En suma, en este centro de salud se destinaron 7.9 millones de pesos.

Por otro lado con una inversión de entre 150 y 200 millones de pesos, el Gobierno del Distrito Federal construirá, a partir del segundo semestre de 2003, el primer Hospital General de la Ciudad de México. Así lo informó Jorge Arganis Díaz Leal, director general de obras del gobierno capitalino, “el nosocomio se ubicará en la delegación Iztapalapa, que tendrá un cupo aproximado de entre 700 y 800 camas. se espera que el Hospital General de la Ciudad de México esté listo a mediados o finales de 2004”¹³, porque una cosa es la obra negra y otra el equipamiento que se hará del nosocomio, que contará con equipo y material de lo más moderno y sofisticado.

La redistribución y la inversión en la red de hospitales y centros de salud públicos no es tarea fácil, pues debe llevar consigo una minuciosa labor de planeación estratégica de equipos y tecnología, porque si bien hay un rezago en este rubro también lo hay en las necesidades de infraestructura de cada hospital, porque no sólo se trata de construir hospitales, también se tienen que cubrir las necesidades de personal médico, medicamentos y equipo quirúrgico que sea suficiente para atender las necesidades de la población, porque son estos factores los que deterioran la condición de servicio de los hospitales públicos de nuestra ciudad.

4.5.1 La calidad en la asistencia médica en el Hospital General Iztapalapa

El aborto es un problema sumamente grave en nuestra sociedad, con anterioridad hemos mencionado que muchas mujeres mueren a causa de abortos provocados y a su vez clandestinos. Pero cabe destacar que el número de mujeres que mueren aumenta cuando los servicios de salud a los que acuden no son los más adecuados, es cierto que muchos abortos son atendidos en secreto y bajo la ilegalidad, pero cuando las mujeres llegan a los centros de salud para ser atendidas por las consecuencias de estos abortos, se encuentran con una concepción de indiferencia hacia ellas.

¹² www.yahoo/hospitalesiztapalapa.com.mx

¹³ Rafael González. El Universal 5 de mayo 2003. Sec. Ciudad pág. 1.

Estas mujeres pueden llegar a ser incluso extorsionadas para no ser procesadas legalmente, este proceso no es nuevo, desde hace años se presenta, por ejemplo: "se les pide una cuota de entre 500 y 1000 nuevos pesos".¹⁴ Esta "fianza" cubre solamente unos cuantos meses y abre el camino a una posible extorsión; en muchos casos, a estas mujeres se les sigue cobrando una cuota durante años, aprovechando su miedo y su ignorancia. "Cuando los hombres del juzgado me entregaron la boleta, me dijeron que si no pagaba me iban a llevar a la cárcel. Antes de irse me reiteraron que tenía ocho días para depositar la fianza".¹⁵ A través de este ejemplo podemos percibir que en los casos de extorsión, los beneficiarios son el personal de justicia y algunos de los médicos que cobran elevadas sumas por prestar dicho servicio.

Por lo anterior es urgente crear un clima de tolerancia y respeto hacia los derechos humanos de estas mujeres; se dice que en el sector salud no hay tradición ni costumbre de denunciar a las mujeres que llegan con abortos provocados; sin embargo, hay mujeres denunciadas en el servicio de urgencias y cuyo proceso judicial comienza en el propio hospital. Sin olvidar la explotación a lo que son sometidas tanto física como psicológicamente, valiéndose del miedo que sienten a ser denunciadas.

La educación del personal médico y paramédico es fundamental para dejar atrás los prejuicios que pudieran influir negativamente en el trato de las pacientes, y aprender a respetarlas íntegramente sin considerarlas delincuentes, esta educación deberá implantarse para todo el personal de salud desde los niveles básicos de formación (escuelas de medicina, enfermería, trabajo social, entre otras).

Ya que en muchas ocasiones son estas circunstancias las que intervienen en el concepto que se tiene de un servicio de salud pública, sobre todo en este caso, cuando se trata del aborto, las mujeres evitan ser cuestionadas, rechazadas, explotadas y humilladas. Claudia Moreno, coordinadora de programas del International Projects Assistance Services comenta que "todavía en la administración anterior se realizaron abortos legales en el hospital de la Mujer por lo que es a partir del gobierno de Vicente Fox que se niega el derecho al aborto legal en la institución".¹⁶ Esto sería sólo un ejemplo de cómo la ideologías y hasta tendencias políticas siguen determinado la atención médica hacia el aborto, cuando esto no es cuestión de estrategia política sino de salud.

El Hospital General de Iztapalapa, también conocido como el de la Comunidad Económica Europea, ubicado en la colonia Santa María Aztahuacán cuenta con áreas de consulta externa, urgencias, hospitalización, incubadoras y laboratorio, además de un quirófano que se encuentra en construcción. En una visita realizada por el Jefe Delegacional Lic. René Arce¹⁷, éste se comprometió a que, de manera inmediata, personal de obras y servicios urbanos de la demarcación realizarán visitas mensuales con el fin de ayudar a restablecer algunos servicios básicos dentro y fuera del hospital, como son composturas generales en los sanitarios para los pacientes, el arreglo de la banqueta dejando entradas para los discapacitados, mantenimiento a la jardinería que comprende una

¹⁴ Ortiz Ortega, Adriana. Razones y Pasiones en torno al Aborto. Ed. Edamex. México 1995. pág. 240.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Embarazo Adolescente en México. Fem. No. 239 Febrero 2003, revista mensual. pág 43.

¹⁷ www.iztapalapa, Ibidem.

extensión de 17 mil metros cuadrados, señalamientos viales para ubicar el hospital, así como reforzar el alumbrado público en la zona.

El Hospital General de Iztapalapa fue inaugurado el 22 de noviembre de 1989 y tiene una extensión de 27 mil m² y un área construida de 9 mil 800 m². En él, laboran 129 médicos y 222 enfermeras que prestan sus servicios en las áreas y especialidades de: medicina interna, urgencias, odontología, pediatría, hospitalización, traumatología y ortopedia, ginecología, cirugía general, terapia intensiva y servicios de psicología. Cabe destacar que en el área de cirugías ginecológicas, el promedio mensual de atención de partos es de 1,700.

Este hospital fue donado por la Comunidad Económica Europea después de los sismos de 1985 y presta servicios gratuitos a toda la población del DF que no tiene adscripción a ninguna otra dependencia de salud. En el primer semestre del 2003, el nosocomio ha atendido 15,168 urgencias, 6,460 consultas especializadas, 7,877 consultas externas, 1,384 cirugías generales, ha aplicado 11,044 vacunas, ha realizado 142,234 estudios de laboratorio y tiene un promedio de ocupación del 87.8 %.

4.6 LOS SERVICIOS DE SALUD, UN PROBLEMA TAN GRAVE COMO EL ABORTO

No obstante que el aborto es un grave problema, tanto de morbilidad como de mortalidad materna, este se extiende cuando otros factores influyen, en este caso podemos hablar de los servicios de salud, sobre todo públicos, que se manifiestan como un doble problema a resolver. Puesto que muchas de las mujeres que se inducen un aborto terminan en un hospital de asistencia pública, sería bueno contar con una atención de calidad, desde el trato que se les da a las mujeres hasta la calidad de la atención y equipo médico.

Por otro lado, el número de personal y equipo médico con el que cuentan los hospitales también es factor para brindar un servicio satisfactorio, aunque ha aumentado en los últimos años todavía llega a ser insuficiente para atender a toda la población que lo requiere.

CONCEPTO	1996 DISTRITO FEDERAL	1996 DELEGACIÓN IZTAPALAPA	1999 DISTRITO FEDERAL	1999 DELEGACIÓN IZTAPALAPA
Personal Médico	2610	296	4655	476
Personal Paramédico	4491	498	7925	852
Otro personal	4108	419	6400	644
Total	11209	1213	18980	1972

Fuente: Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Cuaderno Estadístico Delegacional. Edición 2000. Pág. 48. Cuadro 4.7.

“La gente mucha veces se enoja porque no se le atiende rápido y porque en ocasiones los rechazamos, pero si sólo tenemos ocho camas no podemos recibir a más, podemos revisarlos pero si no hay la infraestructura para que estén en observación tampoco podemos internarlos”¹⁸, señaló un médico que pidió el anonimato. Añadió que la saturación a los servicios de emergencia y consulta externa también provoca con frecuencia el desabasto de medicamentos.

En el caso concreto de Iztapalapa es indudable que el rápido crecimiento de la población se debe, en gran medida, a la cobertura que tienen los servicios médicos y en general de salud pública. A continuación se presenta el cuadro que muestra los principales recursos materiales en las Unidades Médicas del Gobierno del Distrito Federal del período de 1996 a 1999.

SERVICIOS MÉDICOS

CONCEPTO	1996 DISTRITO FEDERAL	1996 DELEGACIÓN IZTAPALAPA	1999 DISTRITO FEDERAL	1999 DELEGACIÓN IZTAPALAPA
Camas censables	2145	311	2234	311
Camas no censables	831	84	893	211
Incubadoras	74	1	266	34
Consultorios	449	47	1715	176
Áreas de urgencias	31	4	155	17
Áreas de terapia intensiva	11	2	13	3
Laboratorios	30	4	98	11
Gabinetes de radiología	28	4	181	20
Quirófanos	36	3	41	3
Salas de operación	69	6	72	6
Salas de expulsión	19	2	26	2
Bancos de sangre	5	-	5	-
Farmacias	30	4	111	10

Fuente: Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Salud del Distrito Federal. Cuaderno Estadístico Delegacional, Edición 2000. pág 50. cuadro 4.10.

Como podemos ver en este cuadro hay servicios que afortunadamente han aumentado para beneficio de la población, pero los que se han quedado con la misma cifra siguen siendo una carencia que reflejan las instituciones de salud. Si una mujer con una hemorragia llega a un hospital y no hay camas, y la única área de urgencia que hay está ocupada, con buenos deseos e intenciones no puede ser atendida, eso es un hecho.

4.7 LAS CONSECUENCIAS DE ESTOS SERVICIOS

La baja calidad en la asistencia médica, así como de una incompleta infraestructura en los hospitales públicos, trae consecuencias que son parte del resultado de este delicado problema de salud. Como las mujeres carecen de una atención post aborto integral que

¹⁸ www.salud.df.gob.mx

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 y con fuertes cargas emocionales. Otra razón es que generalmente recurren a servicios que no son de entera confianza y prefieren no regresar nunca.

En la mayoría de los casos, la relación entre la persona quien practica el aborto, sea médico o no, es despersonalizada y mediada por un interés de lucro, lo que dificulta la continuidad de esta relación. “Sólo aquellas mujeres que tienen conciencia de las posibles complicaciones de un aborto y que también tienen acceso a servicios de confianza, buscan una revisión médica posterior, desgraciadamente, éstas son una minoría”.¹⁹

Pero, en el caso de que decidan acudir a un centro de salud público se tienen, además, que enfrentar a la deficiencia de su infraestructura, “en Iztapalapa esta insuficiencia hospitalaria hace que los niveles de mortalidad infantil sean cuatro veces mayor a los de Coyoacán”.²⁰ Y un elemento más en contra de las autoridades de Salud de esta capital es el personal médico con que se dispone, como lo comenta la secretaria de salud del Distrito Federal, Asa Cristina Laurell: “tenemos un déficit de personal médico operativo. Necesitamos médicos, enfermeras y más; hay centros de salud que perfectamente podrían funcionar por la tarde, que sería muy importante poder hacerlo, pero no funcionan por falta de personal”, así no sirve de nada acudir a un hospital si desde que lo construyen no tienen a la gente ni el equipo médico especializado para operarlo.

4.8 ¿QUÉ DICEN LAS ENCUESTAS?

En este sentido, además de lograr la despenalización del aborto, tendríamos que tener el derecho a elegir modalidades técnicas para la intervención; sin embargo, las mujeres deberían tener la posibilidad de optar por los analgésicos para disminuir el dolor físico, lo que haría menos traumática la resolución del problema. Una atención integral especializada de apoyo post aborto tendría que ubicarse dentro de un servicio que contara con atención posterior, y que también contemplara consultas previas de información y reflexión para apoyar la toma de una decisión. Esto es fundamental para la prevención de crisis emocionales, así como para facilitar el intercambio de información sobre aspectos de comportamiento.

4.8.1 El dolor físico

Existen muchas mujeres en nuestro país que además de padecer un aborto extienden la clandestinidad del mismo a sus recuerdos, a su vida sexual, a sus sentimientos, a su forma de ver y de sentir la vida. Porque durante el aborto sólo recibieron brusquedad en

¹⁹ Ortiz, op. cit., pág. 129

²⁰ www.jornada.unam.mx

cada revisión, en cada bombeo, en cada punzada, en cada sangrado. Porque sus cuerpos fueron sometidos a sondas, inyecciones, gases y tubos sin ninguna compasión.

4.8.2 El remordimiento

Existen agresiones de la gente que se burló porque no hubo precaución en la relaciones sexuales, de los que insistían que si eran tan maduras para acostarse con alguien deberían serlo para enfrentar las consecuencias.

Después de leer el testimonio de mujeres que han enfrentado un aborto queda el conocimiento que, en su momento, vivieron una violencia silenciosa y que algunas lo han superado, también es cierto "en mi caso fue un sentimiento de remordimiento muy fuerte y piensas que te equivocaste, ese sentimiento de remordimiento duró bastante tiempo... pero después lo fui superando".²¹ Pero otras compartieron en voz baja estar embarazadas sin desearlo, los murmullos de desaprobación las han perseguido hasta en sueños y un hermetismo las cubrió al recibir la noticia. Callaron sus pesadillas, se reservaron muy dentro su dolor, acallaron el pánico de volver a pasar una situación parecida y enfrentaron secretamente su vida sexual.

Pero nada dicen y nada comparten, sus heridas siguen latentes, pese a que no se arrepienten de su decisión, silenciosamente cargan amenazas religiosas, ofensas sociales, culpas patriarcales, incomprensión moral y ética cuestionable. Es necesario que esa violencia durante un aborto rompa el silencio, que se escuche la desesperación y el dolor de estas mujeres; quizá la ayuda psicológica pudiera ser implantada en los centros de salud, independientemente si fue un aborto espontáneo o inducido, la ayuda profesional mermaría el transe físico y emocional de estas mujeres.

4.9 DESPUÉS DE UN ABORTO, INEVITABLE ENFRENTARSE A LA SOCIEDAD

La primera cosa a la que se tiene que enfrentar una mujer embarazada cuando es madre soltera es a perder su derecho a tomar decisiones importantes. La sociedad le dice lo que debe hacer si quiere recibir los servicios que necesita, si deja la escuela o permanece en ella es cosa que deciden los demás. Esta negativa del derecho a tomar sus propias decisiones puede, en su caso, tener una connotación punitiva, por haber concebido un hijo fuera del matrimonio se ha enajenado el derecho a controlar los aspectos significativos de su vida, tiene que aceptar las decisiones de los demás porque de lo contrario correría riesgos que no está en condiciones de aceptar.

Cuando es imposible ocultar que se ha practicado un aborto, una mujer es propensa a experimentar sentimientos de culpa, auto desprecio y llegar a una verdadera crisis emocional. Si las actitudes de los otros, particularmente de los que actúan como representantes de la sociedad, son desdeñosas para con ella, su autoestima se verá

²¹ Entrevista realizada el 11 de Julio 2003, a una mujer de Iztapalapa que se practicó un aborto inducido.

menospreciada. Una de las características notables de una persona desdeñada en nuestra sociedad es su limitación frente a la necesidad de elegir y tomar decisiones.

A manos que una madre soltera se encuentre seriamente desorientada, hay que suponer que, más que negar la sustancia de su situación, trata de evitar hacer frente a sus implicaciones más amenazadoras. El hacer frente a la realidad, en su caso, puede significar reconocer que ha sido abandonada por el padre de su hijo, que corre un riesgo económico y social, y que tendrá que renunciar a un hijo a quien ama, o conservar un hijo que no está segura de amar. Su negativa esta unida a segmentos de su situación que le son momentáneamente intolerables, mientras que otros aspectos de su conducta indican que tiene conciencia de esas realidades.

Dependiendo de si el aborto es espontáneo o provocado, las mujeres se enfrentan a un mundo hostil que las reprueba porque conlleva el implícito de que todas las mujeres tienen que ser madres. En muchas ocasiones, tanto la familia como la pareja se desentienden y dejan a la mujer sola, en el abandono más absoluto, incluso el personal del sector salud que atiende a mujeres que han abortado parten de la actitud prejuiciada de que la mujer es la única culpable y, por lo tanto, debe recibir un castigo para que escarmiente.

En ambos grupos podemos encontrar actitudes y frases discriminatorias que desvalorizan a la mujer, aquí subyace la concepción de que las mujeres no tienen derecho a la sexualidad y que, cuando la viven, tienen que verse obligadas a procrear o recibir el estigma y la reprobación, por lo que no merecen ser tratadas ni exigir sus derechos como seres humanos, "es así que la práctica clandestina del aborto produce una serie de conductas irregulares y arbitrarias, lo mismo de las instituciones de salud que en las de administración de la justicia".²²

Por su parte la iglesia también aporta su punto de vista, "la Iglesia católica no rechaza de ninguna manera a las madres que son solteras, por el contrario, las ve con amor y cariño, además de que las ayuda y les reconoce su labor pues solas sacan adelante a sus familias"²³, no obstante, si la madre soltera aborta ya no se le ve con amor y cariño, sino como una mujer sin sentimientos, "para ser sincera no conozco a nadie que lo desapruébe, en mi caso las personas que lo supieron no me rechazaron ni me hicieron sentir mal por mi solución".²⁴

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 la condenan, y sociedades y grupos que lo permitan. 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.

La sociedad mexicana tiene que comprender que pugnar por la despenalización no implica estar "a favor" del aborto. Todas las personas deseamos que ya nunca ninguna

²² Ortiz op. cit., pág. 239

²³ Jiménez, Sergio Javier. El Universal 8 de junio 2000. Sec. Nacional pág. 16.

²⁴ Entrevista realizada el 11 de Julio 2003, a una mujer de iztapaalapa que se sometió un aborto inducido.

mujer se realice un aborto. Pero mientras las personas tengan relaciones sexuales sin cuidarse, mientras fallen los anticonceptivos, mientras existan los olvidos, la violaciones y los imprevistos, habrán embarazos no deseados.

En cuanto a la atención psicológica posterior, necesaria en muchos casos, el problema se vuelve más patético ya que en servicios terapéuticos especializados es poco accesible debido a su alto costo, cuando más las mujeres recurren a otras mujeres para expresar sus inquietudes o culpas en lugares de encuentro cotidianos e informales. Es entonces que reciben, si bien les va, algún tipo de apoyo emocional.

El apoyo psicológico a las mujeres que se practicaron un aborto es algo más que la simple información y el dictamen autorizado de un experto; supone además escuchar la exposición de las necesidades y circunstancias especiales de cada persona. Permite tomar a ésta parte activa, en vez de asumir un papel pasivo, en el proceso de adopción de decisiones. En particular, va más allá de la mera indagación de hechos y abarca el examen y la exploración de sentimientos y relaciones.

La pérdida es vivida con culpa por un lado y, por otro, como una liberación de una situación no deseada. Sin embargo las mujeres no cuentan con tiempo y espacio para vivir su duelo y poder reacomodar las emociones que les causa este evento. De acuerdo con un estudio realizado sobre penalización del aborto en México, se encontró que “la gama de actitudes hacia las mujeres que abortan en México puede ser muy amplia porque va desde la tolerancia hasta la extorsión y el encadenamiento”²⁵, pasando por la comprensión y la objetividad, hay quienes han podido seguir con una vida normal, porque el entorno donde se desarrolla lo acepto como una decisión propia, sobre todo respetando la ideología de esa mujer.

“casi nadie lo quiere platicar, pero después del aborto viví varios meses de abstinencia sexual, no le tengo miedo al aborto, le tengo terror a volver a vivir ese momento de tomar una decisión tan difícil y tan dura. Le tengo pavor a enfrentar esos lapsos de angustia absoluta, de total decepción, en donde dejas de creer en Dios, en los milagros y en ti misma”.²⁶

²⁵ Ortiz op. cit., pág 240

²⁶ Aborto... Violencia Silenciosa. Fem. No. 208 Julio 2000, revista mensual. pag. 45.

5

EL ABORTO COMO PROBLEMA LEGAL

5.1 DESARROLLO DE LA LEGISLACIÓN EN NUESTRO PAÍS

La primera legislación que penaliza al aborto en México data de la época prehispánica, la tipología de los delitos se encontraba estrechamente ligado con la defensa de las creencias religiosas y en segunda instancia la sociedad; ya desde este momento el aborto se entendía como un delito contra la vida, ubicado junto con los de homicidio y lesiones. Con el paso del tiempo las penas por abortar se volvieron más severas, ya que se castigaba con pena de muerte a la mujer y a quien la ayudará, y para entonces era considerado un delito no contra la religión sino contra la sociedad.

En la época Colonial, el delito en su amplia acepción se definía: “como atacar directamente a la religión, y sólo en segundo término a los intereses particulares, a la sociedad y al estado”¹, las Leyes de Indias sancionadas por Carlos II en 1680, permitían que los indígenas conservarían sus usos y leyes mientras no fueran considerados contrarios al cristianismo. En 1774 fue creado el departamento de partos ocultos, aquí las mujeres embarazadas llegaban solas con el rostro cubierto, de esta forma se cuidaba el honor de las familias y se evitaba el aborto, que era penalizado de acuerdo con la influencia de la iglesia católica.

La legislación penal federal específicamente respecto al aborto, es desde el Código de 1871, que se entendía por delito de aborto, no el feticidio o muerte del producto, sino a la maniobra abortiva. Llámese aborto en Derecho Penal: “a la extracción del producto de la concepción y a su expulsión provocada por cualquier medio, sea cual fuere la época de la

¹ www.esmas/historia del aborto.com

preñez, siempre que esto se haga sin necesidad. Cuando ha comenzado ya el sexto mes del embarazo, se le da también el nombre de parto prematuro artificial (art. 569 C. P. de 1871).²

En el Código Penal para el Distrito Federal y territorios de 1871, se consideraba el aborto como un delito punible que podía alcanzar hasta seis años de prisión cuando se cumplieran los agravantes del mismo, o dos años de pena cuando se trataba de un aborto procurado por los móviles de honor. En el Código Penal de 1929 se conservó la definición, mencionada anteriormente, agregándole un elemento de carácter subjetivo, consistente en que la extracción o expulsión se hiciera “con objeto de interrumpir la vida del producto”. De esta manera se iniciaba la transición al delito de feticidio; pero la reforma resultó inútil porque agregaba: “se considerará siempre que tuvo ese objeto el aborto voluntario provocado antes de los ocho meses de embarazo (art. 1000, C.P de 1929)”.³

Para la legislación del Código Penal de 1931, ya no lo manejan por la maniobra abortiva, sino por su consecuencia final: muerte del feto. El Artículo 329 define: “Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez”⁴ según el experto en leyes Raúl Trujillo “debe probarse médico-legalmente para que en realidad haya delito, y no ausencia del mismo por inexistencia de objeto y la realización de una maniobra abortiva en el amplio significado del término: extracción violenta y prematura del producto, su expulsión provocada o su destrucción en el seno materno”.⁵

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”.⁶ Como referencia tenemos el caso ocurrido en Chiapas en que el Código Penal consideraba como abortos no punibles los efectuados con base en planificación familiar, como acuerdo de la pareja y en los casos de madres solteras, no obstante, este avance legislativo fue detenido por la presión de la Iglesia Católica y el grupo Provida.

Reproduciéndose en los cuerpos Constitucionales de los estados, la premisa que invoca que todo individuo gozará de los mismos derechos que otorga la Constitución Federal, teniendo a su vez obligaciones que establecen las leyes, encontramos una diversidad en cuanto a la formulación que realiza cada constitución local sobre las condiciones en que se dará el derecho a esa igualdad jurídica, y a la libertad de decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos, que varias no consignan.

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

² Ruiz Rodríguez, Virgilio. El aborto. Ed. Oak, México 2002. pág. 53.

³ Ibidem. Pág. 54

⁴ Ibidem. pág. 54

⁵ Trujillo, Raúl. Código penal anotado. Ed. Porrúa, México 1987. pág 782.

⁶ Ortiz Ortega, Adriana. Razones y Pasiones en torno al aborto. Ed. Edamex, México 1995. pág. 29

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

En 1974 se insertan los dos párrafos con que inician sus pronunciamientos, “en los que independientemente de la igualdad jurídica del hombre y la mujer aceptada y reconocida, se dispuso que toda persona tiene derecho a decidir, de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”⁷ objetivo este último derivado de las deliberaciones de la Conferencia Mundial de Población celebrada en la ciudad de Bucarest, República de Rumania en el citado año. Además se aprobó una nueva política demográfica en la cual fue tomado en consideración, de modo especial, el importante papel de las mujeres en el desenvolvimiento colectivo del estado moderno.

Las reformas significativas realizadas en la década de los 80s para ampliar las causas de no punibilidad del aborto, han sido:

- 1.- Por motivos eugenésicos, es decir malformaciones físicas o mentales graves para el producto, (Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán).
- 2.- Cuando el embarazo cause grave daño a la salud de la mujer (Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas).
- 3.- Otras causas contempladas sólo dentro de cuatro códigos estatales mismas que fueron establecidas desde 1920 en el caso de Yucatán, y 1980 en los otros casos son:
 - a) Inseminación no deseada (Colima, Chihuahua y Guerrero) y por
 - b) Causas económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos, (Yucatán)⁸

Para 1980 el Código Penal Federal del Distrito Federal, se encontraba rezagado al establecer sólo tres causas de no punibilidad del aborto, las cuales no habían sido ampliadas desde 1931. El sistema generalizado para permitir la no punibilidad del aborto ha sido el de las indicaciones, aunque también hay algunos códigos que establecen una mezcla entre ambos sistemas el de las indicaciones con el de plazos, tal es el caso de los códigos de Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz, quienes establecen la no punibilidad del aborto en caso de violación siempre que se realice dentro de los 90 días o tres meses, y posterior a este periodo se sancionara con atenuantes.

Antes de hacer referencia a la legislación penal mexicana, es importante perfilar el marco jurídico constitucional en que nuestro país ubica los derechos a la salud y al ejercicio responsable de la paternidad y maternidad. Desde la adecuación de la política nacional a las corrientes internacionales relativas a la igualdad entre el varón y la mujer, por un lado, y

⁷ www.esmas/op.cit.

⁸ www.esmas/legislaciondelaborto.com

al control de natalidad, por el otro, se dieron importantes modificaciones en la legislación nacional para sustentar cuatro principios:

- 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 mujer⁹.

Así pues, como 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 Población y Derechos Humanos, celebrados en Bucarest y Teherán, respectivamente, el artículo 4º de la Constitución fue reformado para incluir la igualdad entre el varón y la mujer y establecer un primer acercamiento a los derechos reproductivos, concretamente en el párrafo segundo, en donde se señala que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”¹⁰, así como el deber de los padres a preservar el derecho de los hijos e hijas a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.

Para 1989 los grupos feministas discutieron un nuevo anteproyecto de Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común, y para toda la República en materia de fuero federal, sobre la despenalización del aborto. Empero, la propuesta tampoco prosperó, dado el avance de las fuerzas políticas en el país, como lo fue el triunfo del Partido Acción Nacional (PAN) en el estado más grande de la República, Chihuahua, frente a la débil organización feminista. En octubre de 1990, Patrocinio González Garrido, entonces gobernador de Chiapas, promovió la reforma al artículo 136 del Código Penal de esa entidad para despenalizar el aborto por razones económicas, de planificación familiar, de común acuerdo con la pareja o en el caso de madres solteras. Meses más tarde la reforma fue suspendida por las presiones de la Iglesia Católica, Provida y el PAN.

La Constitución Nacional, promulgada y sancionada el 20 de junio de 1992, en concordancia con disposiciones establecidas en convenios internacionales como el Art. 4º. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, fue redactado así:

“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, solo con fines científicos o médicos”¹¹.

En el caso concreto de Chiapas el 11 de octubre de 1990 se publicó en el Periódico Oficial del Estado un nuevo Código Penal para la entidad, cuyos artículos 134 al 137 estaban dirigidos a regular lo relativo al aborto, los cuales señalan lo siguiente:

ARTÍCULO 134.- Comete el delito de aborto el que en cualquier momento de la preñez, cause la muerte del producto de la concepción, aunque ésta se produzca fuera del seno materno, a consecuencia de la conducta realizada.

⁹ Ortiz, op.cit., pág. 34.

¹⁰ Ortiz. op. cit., pág. 74

¹¹ www.esnas/op.cit.,

ARTÍCULO 135.- Si se hiciera abortar al sujeto pasivo con su consentimiento, se impondrá a éste y a los que intervinieron de uno a tres años de prisión; si faltare el consentimiento del sujeto pasivo, o si es menor de edad, la de los padres o tutores, la sanción será de tres a seis años, y si se mediera violencia física o moral, de seis a ocho años de prisión.

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

ARTÍCULO 137.- Si la abortante es menor de edad la sección penal se seguirá a todos los que hayan intervenido para provocar el aborto. Para la aplicación de la sanción a que alude el artículo 135 se tomará en consideración si aquella dio su consentimiento, de ser así la menor quedará sujeta a la Ley del Consejo Tutelar para Menores Infractores.

Si el aborto punible lo realiza un médico, sus auxiliares o quienes practiquen las disciplinas médicas, además de las sanciones corporales correspondientes se le suspenderá de uno a tres años en el ejercicio de su profesión.¹²

El texto de los artículos, en especial el 136, generó polémica, lo que dio lugar a que en el Periódico Oficial del Estado de Chiapas correspondiente al 3 de enero de 1991, se publicara el Decreto mediante el cual se suspendía la vigencia de los artículos 134 al 137 del Código Penal de dicha entidad. Cabe señalar que dicho Decreto está precedido de un documento que explica las razones de la suspensión, ejemplifica con exactitud las reacciones encontradas que el tema provoca, a tal grado que se ejercieron presiones, de tal manera que aún, como aconteció el propio cuerpo legislativo se vio en la necesidad de suspender la vigencia de las normas aprobadas.

Por otro lado en 1993, la mayoría panista del Congreso de Chihuahua, en medio de una gran polémica, mediante una reforma integral a la Constitución local, introdujo el concepto del “derecho a la protección jurídica de la vida desde el momento mismo de la concepción”. Y como estos decretos han existido otros, mientras que en algunos estados de nuestro país se avanza para legalizarlo en otros sucede todo lo contrario.

En términos generales el desarrollo de nuestra legislación en materia de aborto ha sido de polémica, por ejemplo: existen causas que permiten el aborto legal, como en el caso de violación, pero son inexistentes los mecanismos legales para hacerlo efectivo, lo que orilla a las mujeres a recurrir al aborto clandestino, que según estadísticas provoca cuatro muertes diarias. Aquí no sólo se trata de legalizarlo sino de llevar a la práctica lo que dictan “nuestras leyes” porque de nada sirve trabajar para reformar los estatutos, si organismos políticos que gobiernan algún estado de nuestro país hacen sus propias leyes, ejemplo: El caso Paulina, en Baja California.

¹² Aguinaco Alemán, Vicente y Salvador Aguirre, Sergio. El derecho a la vida. Ed. Instituto Nacional de Ciencias Penales, México 2002. pág. 36.

5.2 LEGISLACIÓN ACTUAL DEL ABORTO EN MÉXICO

El aborto en México está penalizado, no obstante, los Códigos Penales de los Estados contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible y todos los autorizan en caso de violación. A pesar de las exigencias de este marco jurídico el acceso de las mujeres al aborto seguro está marcadamente restringido aún bajo las circunstancias previstas en la legislación; la mayoría de los Códigos Penales estatales carecen de los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes y los hospitales públicos con capacidad para atender casos de aborto legal son muy pocos en el país.

CIRCUNSTANCIAS EN QUE EL ABORTO ES LEGAL EN MÉXICO

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

Fuente: González de León Aguirre, Deyanira y L. Billing, Deborah. El aborto en México. S. Ed. México 2002. pág. 4.

Hasta ahora, la penalización del aborto no lo ha hecho desaparecer y debido a que es considerado como un delito no se han establecido programas integrados de salud y educación orientados a disminuir la morbilidad y mortalidad que su clandestinaje origina. Dentro de este contexto, las mujeres deben de tener a los hijos no deseados, ya sea porque han empleado mal los anticonceptivos, porque hay fallas en la producción de éstos, porque se venden no obstante su caducidad o, sencillamente porque las mujeres desconocen las consecuencias de la relación sexual.

En gran parte de la población, el desconocimiento de las funciones del propio cuerpo corresponde a pautas sociales que impiden impartir el conocimiento adecuado de la sexualidad y la reproducción, tanto en el sistema de educación formal como en los diversos programas educativos informales. La legislación actual admite la posibilidad de aborto cuando una mujer es violada o cuando corre peligro de muerte. Eliminar esa posibilidad provocaría mayor ilegalidad, clandestinidad y mortalidad.

Con una reforma constitucional como la que están impulsando algunos grupos conservadores y religiosos, y ante la persistencia de embarazos indeseados, ¿quién se hará cargo de las criaturas? ¿El Estado, la Iglesia Católica, los médicos o las mujeres, solas o

con su pareja? ¿Acaso se pretende que el Estado construya más reclusorios para encarcelar a las mujeres que abortan y a las personas que las atienden?

La ley debe modernizarse para que responda a nuestra realidad. Las creencias religiosas son muy respetables, pero en un Estado laico no deben definir las leyes ni las políticas públicas. Para responder a estas y otras preguntas en México se necesita retomar el tema en serio, que trate de manera civilizada y racional el tema del aborto. Es necesario abrir una discusión equilibrada y con tiempos equitativos para las dos grandes posturas que hoy se confrontan: la de la prohibición generalizada y el ocultamiento, y la de un manejo abierto y respetuoso de las decisiones privadas de las personas.

Pero en este preciso momento, como todos sabemos el Partido Acción Nacional siempre se ha declarado en contra del aborto en nuestro país, fue el que impulso un recurso de inconstitucionalidad cuando Rosario Robles, jefa de Gobierno del Distrito Federal, amplió las causales del aborto. Hoy en día éste partido político es el que se encuentra gobernando nuestro país y, casualmente en este momento en la Cámara de Diputados no se encuentran legislando nada relacionado con el aborto.

En entrevista con personal de GIRE: “es claro que mientras el PAN se encuentre en el poder no se presentará ninguna propuesta o muchos menos se hará alguna reforma para despenalizar el aborto”¹³ al parecer el debate tendrá un paréntesis por lo menos mientras este partido siga en el poder.

5.2.1 El panorama del aborto en el DF

Con la entrada en vigor del reglamento de Ministerios Públicos (MP) para la autorización de abortos legales, el Distrito Federal se coloca como la entidad más avanzada en esta materia. Esta ley aclara los mecanismos a seguir por parte del Ministerio Público para hacer efectiva las cinco causales legales que permiten la interrupción del embarazo: violación, grave daño a la salud de la madre, inseminación artificial no consentida, peligro de muerte y malformaciones congénitas. En agosto de 1999 La Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la reforma al Código Penal en materia de aborto, propuesta por la entonces jefa de gobierno Rosario Robles.

Sin embargo, quedaron pendientes los mecanismos jurídicos y médicos para que las mujeres del Distrito Federal logran acceder a este derecho. Por lo que en abril de 2000 la Secretaría de Salud del Distrito Federal publicó en la gaceta oficial la circular GDF-SSDF/02/02 en la cual se garantiza la atención médica en los hospitales del DF a aquellas mujeres que decidan interrumpir un embarazo por alguna de las causales permitidas en el Código Penal. Este fue el primer paso para que las mujeres hicieran efectivo el derecho al aborto legal.

¹³ Entrevista realizada a Ángeles García, Responsable del Centro de Investigación de GIRE, 8 de abril 2003.

Quedaba pendiente la reglamentación para el Ministerio Público (MP) la cual se logró el 11 de julio de 2000 con la publicación de el acuerdo A/004/2002 que obliga a los agentes ministeriales a brindar a las mujeres agredidas sexualmente información expedita, imparcial y eficaz sobre los riesgos y consecuencias de la interrupción del embarazo, en un ambiente de amabilidad y responsabilidad para que ésta decida de manera libre y responsable la interrupción o no del mismo.

De no cumplir estas normas el Ministerio Público podrían ser sancionados hasta con la cárcel. La problemática se plantea como una situación de salud pública que surge a partir de la falta de eficacia de las normas que como principio general prohíben el aborto, “pues los particulares transgreden dichas prohibiciones y normalmente las autoridades no aplican las sanciones correspondientes, cuando son sometidos a su competencia algunos casos eventuales”.¹⁴

El Código Penal del Distrito Federal vigente establece como interrupción legal del embarazo aquella que se realiza hasta la semana 20 de gestación en condiciones de atención médica segura cuando la continuación del embarazo represente un grave riesgo para la salud física o síquica de la madre comprobado por el médico especialista y estén respaldados por una segunda opinión. Si la mujer interrumpió de manera intencional el embarazo, los médicos estarán obligados a atenderla, lo mismo cuando sea una interrupción no intencional.

En cuanto al personal médico éste podrá solicitar a la usuaria los originales de los dictámenes médicos que fundamenten el o los motivos por los cuales se debe interrumpir el embarazo así como la autorización expedita por el agente del Ministerio Público quien deberá informar la causa: violación o inseminación no consentida. El titular de la Fiscalía Central de Delitos Sexuales apoyará a los agentes del Ministerio Público que tengan a su cargo la responsabilidad de dar estas autorizaciones y supervisará el seguimiento y cumplimiento de los casos.

Por lo que respecta a la circular GDF-SSDF-0202 de la Secretaría de Salud, establece los lineamientos para el personal médico de los hospitales públicos o privados en la interrupción del embarazo con el fin de garantizar servicios de atención médica de calidad a las mujeres embarazadas a las que sea necesario realizar este procedimiento.

5.2.1.1 Reformas al código penal del DF

Como ocurre frecuentemente con todas las reformas legislativas, existen diversas causas de naturaleza humana que las propician. En el caso de los embarazos no deseados, el fenómeno generalizado en mayor o menor grado en las entidades de la República Mexicana, han propiciado que se trate de afrontar el problema introduciendo en la legislación penal reformas que se consideran idóneas, en razón de que en una sociedad plural, como lo es la mexicana, en especial de este tema, las posturas puedan estar representadas en los diferentes cuerpos legislativos de nuestro país.

¹⁴ Pérez Carrillo, Agustín. Modelo de Política Legislativa. Ed. Trillas, México 1982. pág. 23.

En el caso concreto de La Asamblea Legislativa del Distrito Federal no es la excepción. Ya que mostró en el 2002 la iniciativa por la que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal y del Código de Procedimientos Penales, ambos del Distrito Federal¹⁵ esta iniciativa se presentó con fundamento en los artículos 122, apartado C, Base Segunda, fracción II, inciso c), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en los artículos 46, fracción III, y 67, fracción I, del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, que establecen a favor del jefe de Gobierno la facultad de presentar iniciativas de leyes o decretos ante la Asamblea Legislativa de esta entidad.

La iniciativa se integró por dos artículos y uno más, de carácter transitorio, en que se establece la vigencia de la norma; propone, primero reformar los artículos 332, 333 y 334 del Código Penal y, segundo, adicionar un artículo 131 Bis al Código de Procedimientos Penales para quedar como sigue:

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

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

Artículo 334.- No se aplicará la sanción:

I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación;

II. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud, al juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora;

III. Cuando a juicio de los médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales graves en el mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada;

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

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

I. Que exista denuncia por el delito de violación;

II. Que la víctima declare la existencia del embarazo;

III. Que se compruebe la existencia del embarazo en cualquier institución del sistema Público privado de salud;

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

V. Que exista solicitud de la mujer embarazada.

Las instituciones de salud pública del Distrito Federal deberán, a petición de la interesada, practicar el examen que compruebe la existencia del embarazo, así como su interrupción.¹⁶

La exposición de motivos de la iniciativa de reforma a los Códigos Penal y de Procedimientos Penales para el Distrito Federal antes referida comienza señalando que, si bien el aborto es un tema que genera gran controversia, no es posible soslayar el grave problema de salud pública que representa su práctica clandestina, lo que orilló en su momento a la jefa de Gobierno, Rosario Robles, presentar una actualización a los dispositivos legales que tiendan a solucionar la problemática .

¹⁵ Aguinaco, op. cit., pág. 35.

¹⁶ Aguinaco, op. cit., pág. 52.

La iniciativa sostuvo que no se trataba de legalizar el aborto, sino únicamente de despenalizar dos casos concretos, aunado el hecho de establecer la penalización sólo del aborto consumado, excluyendo de esta manera la tentativa y evitando con ella la posibilidad de arbitrariedades hacia las mujeres, que no habiendo dado muerte al producto continúe en estado de preñez.

Con las reformas propuestas por Rosario Robles, ex Jefa de Gobierno del Distrito Federal, aprobadas el 14 de agosto de 2000 por la mayoría de los miembros de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, la disposición aumenta la pena y borra todos los elementos anteriores y sólo establece: “se impondrán de uno a tres años de prisión a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar. El Código Penal Federal permanece igual después de la reforma para el Distrito Federal”.¹⁷

Para el 24 de agosto de 2000 la Gaceta Oficial del DF publicó el decreto por el cual se reformaron y adicionaron diversas disposiciones del Código Penal para el DF y de Procedimientos Penales, ampliando las causales del aborto en la capital del país: por razones eugenésicas (cuando el producto tiene malformaciones genéticas), por graves daños a la salud de la mujer y por inseminación artificial.

Tocó a la subprocuraduría de justicia y de derechos humanos de la PGJDF elaborar un instructivo para que los agentes del ministerio público (MP) en el Distrito Federal conocieran las disposiciones relativas al aborto legal en caso de violación o inseminación artificial, ya que a ella le corresponde autorizar en un término de 24 horas la interrupción del embarazo. Y aunque no se despenalizó por completo el aborto inducido, por lo menos se ampliaron sus causales, ahora lo importante es que las mujeres que deciden abortar sepan que tienen derecho a un trato digno y seguro por parte de las autoridades así como de los servicios de salud.

5.2.1.2 La llamada “Ley Robles”

Cuando Rosario Robles fue jefa de gobierno presentó una iniciativa que ampliaba las excepciones legales para permitir el aborto y fue aprobada por la Cámara de Diputados local, pero como en toda controversia existe oposición en este caso se opusieron diputados del Partido Acción Nacional apoyados por los del Partido Verde Ecologista de México, en su momento presentaron ante la Suprema Corte de Justicia un recurso de inconstitucionalidad contra esta ley, a juicio de los panistas y ecologistas.

“La Ley Robles es contraria a varios artículos de la Constitución que, desde su punto de vista, consagran el derecho a la vida desde la concepción y, por tanto, obligan a prohibir el aborto en toda circunstancia”.¹⁸ Sin embargo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación favoreció a la llamada “Ley Robles” sobre el aborto en la ciudad de México, y el Partido Acción Nacional terminó por elaborar una nueva iniciativa de reformas a los

¹⁷ www.yahoo/despenalizacion actual del aborto en mexico.com

¹⁸ El Universal, lunes 28 de enero 2002. Sec. Nación. pág. 1.

Códigos Penales y de Procedimientos Penales del Distrito Federal que serían presentadas por sus diputados locales en la Asamblea Legislativa.

“Entre sus iniciativas los integrantes del Comité Ejecutivo Nacional de ese partido determinaron defender a los funcionarios públicos, como los Ministerios Públicos y médicos, que se verían obligados por la “Ley Robles” a practicar abortos, a no hacerlo si lo consideran contrario a su conciencia”¹⁹ la Suprema Corte tuvo un gran acierto frente al tema, constituyó un enorme avance para el Distrito Federal; ahora lo fundamental es homologar las causales del aborto a todos los Códigos Penales de la República Mexicana.

Porque a pesar de las grandes diferencias de opinión que existen respecto al tema, hay algo en lo que todos, “inclusive los grupos Provida, coinciden: nadie piensa que el aborto es una práctica deseable en sí misma, es preferible no tener que recurrir a él y fomentar una discusión racional que trate la materia lejos de dogmas y prejuicios”.²⁰

No obstante, a estas reformas hay que darles seguimiento, las causales del aborto han sido ampliadas, no así la mentalidad de algunos servidores de salud ni de las autoridades correspondientes, que aún siguen rechazando este derecho que por ley le corresponde a toda mujer que se encuentre en algunos de los casos que la Ley Robles propusiera y aprobara. A pesar de que la llamada Ley Robles está en vigor desde agosto del 2000, el estigma, los prejuicios y las resistencias de orden moral, aunado a la desconfianza en las autoridades, impiden a las capitalinas hacer uso de ella por temor a la condena y al rechazo social.

5.3 POSIBLE REDUCCIÓN DE MUERTES LEGISLANDO EL ABORTO

El aborto en general y el inducido en particular es un tema bastante complejo, sería imposible encontrar una fórmula que pudiera indicar cuál es la manera de evitar todas las defunción que ocurren por aborto provocado, legislarlo amortiguaría quizá este problema, no obstante decretarlo también es una barrera a vencer, por la diversidad de posturas en nuestro país no ha sido imposible despenalizarlo y legalizarlo por completo.

En una entrevista realizada a Martha Lamas Directora de GIRE, comenta que es necesario no sólo despenalizar el aborto sino legalizarlo “despenalizar el aborto significa eliminar por completo el castigo penal a las mujeres que se han practicado un aborto, así como a quienes las han ayudado; legalizar el aborto implica no solo despenalizarlo, sino reformar las leyes necesarias para que la interrupción del embarazo forme parte del derecho a la protección de la salud, y por lo tanto se incluya en los servicios médicos de manera segura y gratuita”.²¹

¹⁹ Alejandro Torres, Rogelio y Velasco, Carlos. El Universal 2 de febrero 2002. Sec. Ciudad. pág. 4.

²⁰ www.google/la ley robles.com.mx

²¹ Pérez Stadelmann, Cristina. El Universal 23 de junio 2002. Sec. Nuestro mundo, pág. 4.

También afirma que legalizar el aborto inseguro disminuye la práctica de éste, como ha sucedido en países europeos donde año con año las defunciones han aminorado. “En Estados Unidos descendieron de 140 a 30 abortos anuales en 1970; mucha gente no sabe que el aborto es legal en Italia a partir de 1978 (a pesar del Vaticano)”.²²

Partiendo del concepto de Martha Lamas de legalizar el aborto, es cierto que tener derecho a servicios de salud cuando se presenta el dilema de abortar implica saber que no será castigada por ésta decisión, saber que puede acudir con un médico profesional a un hospital privado o a un hospital público si su situación económica así se lo permite. Ya no tendría la necesidad de buscar que se lo practiquen en el clandestinaje, ya no habría necesidad de inducirlo con quién sabe qué cosas, ahora contaría con información oportuna acerca de su vida sexual, para evitar en la medida de lo posible regresar con el mismo problema.

Pero, para ser realistas no es el aborto el que mata a estas mujeres, son las condiciones en las que realizan ésta práctica. Por ello es importante proporcionarles la ayuda médica adecuada, para el aborto no hay solución sólo alternativas, y podríamos hablar de valores, educación sexual, una cultura para la utilización correcta de anticonceptivos o información sobre las consecuencias de un aborto, pero los resultados de todos estos conceptos llevaría muchos años en dar frutos, no obstante, en este momento, una alternativa que se puede aplicar de forma inmediata es la legislación amplia de este problema.

Legislarlo definitivamente no reduciría las prácticas abortivas, es un hecho que siempre existirán embarazos no deseados, pero si es posible asegurar que disminuiría la mortalidad de las mujeres en esas circunstancias, otorgándoles la posibilidad de que, de manera responsable, informada y libre, tomen la decisión de interrumpir su embarazo sea cual sea la circunstancia en la que se encuentre. Finalmente implementar reformas no resolverá los graves problemas de conciencia que enfrenta toda mujer que interrumpa su embarazo, pero si evitar que miles de mujeres, en estas circunstancias mueran en medio de la angustia y la desesperación.

5.3.1 Organismos más importantes involucrados en el tema del aborto

A lo largo del desarrollo de la despenalización del aborto han surgido grupos a favor y, por supuesto, en contra del aborto. Algunos gubernamentales y otros civiles, trabajando cada uno por su objetivo: penalizar o legalizar el tan mencionado delito; pero en la actualidad existen dos asociaciones que encabezan esta oposición: GIRE y Provida.

Martha Lamas Antropóloga y periodista, directora del Grupo de Información en Reproducción Elegida **GIRE**, asociación civil fundada en 1991 que lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Éste grupo fue fundado por un conjunto de cinco feministas en 1991, año en que Salinas de Gortari modifica el artículo 130 de la

²² Ibidem. pág. 4.

Constitución, en su momento fue una decisión razonable y moderna, originó sin duda un mayor protagonismo de la Iglesia católica en México, motivo por el cual era importante construir un espacio que se dedicará a contraponer los razonamientos ideológicos y dogmáticos de la Iglesia en materia de sexualidad y reproducción. Así nació GIRE, con el propósito de trabajar con ligas internacionales, instituciones académicas y grupos científicos con información de punta sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Se trata de un espacio serio de intervención política, no a partir de la agitación o la manifestación en la calle, sino a través de una labor rigurosa de investigación y de confrontación de datos, “trabajamos para que las personas ejerzan efectivamente sus derechos sexuales y reproductivos, es decir, que tengan la capacidad real de tomar decisiones libres, responsables e informadas en cuanto a su vida sexual y reproductiva”²³ su función, es además, ofrecer a los legisladores mexicanos información completa y objetiva sobre los derechos sexuales y reproductivos con la finalidad de que sus resoluciones den facilidad a la población para decidir en libertad y con conciencia. GIRE trabaja para que los jóvenes dispongan de herramientas para un ejercicio sexual y reproductivo sano, placentero y responsable, que prevenga enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, incluyendo métodos anticonceptivos.

Martha Lamas comenta “en el debate sobre el aborto en los medios de comunicación, se han dado a conocer sobre todo las posiciones más extremas o radicales, lo que dificulta entender dicho fenómeno como un delicado problema de salud pública y de justicia social”.²⁴ Hace falta información objetiva y actualizada que permita a cada cual formarse un juicio propio al respecto, por esto GIRE se plantea desde el inicio la tarea de reunir, sistematizar y difundir la mayor cantidad de información posible sobre el aborto, desde los aspectos bioéticos, sociales, legales y religiosos, y observar los cambios en su legislación y práctica en México y en el mundo.

IPAS: Son las siglas en inglés de International Projects Assistance Services, es una organización no gubernamental con sede en Chapel Hill, Carolina del Norte, Estados Unidos, que trabaja en muchos países para mejorar la vida de la mujer mediante un enfoque en la salud reproductiva, “nuestras actividades se basan en el principio de que toda mujer tiene derecho al más alto nivel de salud posible, a opciones seguras en su vida reproductiva y a la alta calidad en la atención de su salud”.²⁵ Esta organización se concentra en evitar el aborto que ocurre en condiciones de riesgo, mejorar el tratamiento de sus complicaciones y en reducir sus consecuencias. Se esfuerzan por promover la autonomía de la mujer, aumentando su acceso a servicios que mejoren su salud sexual y reproductiva.

La introducción de tecnologías, los programas de capacitación, las investigaciones realizadas y la cooperación técnica de Ipas han contribuido a:

- Apoyar la elaboración de políticas de salud reproductiva centradas en la mujer
- Mejorar la calidad y sustentabilidad de los servicios de salud

²³ Ibidem. pág. 4.

²⁴ www.gire.org.mx

²⁵ www.ipas.com

- Garantizar la disponibilidad a largo plazo de las tecnologías relacionadas con salud reproductiva
- Promover una participación más activa de la mujer en el mejoramiento de la atención a su salud.²⁶

Los siguientes principios guían su trabajo:

- Las políticas y servicios de salud sexual y reproductiva deben respetar los derechos humanos de las mujeres.
- La salud sexual y reproductiva de la mujer se ve afectada por una amplia variedad de factores culturales, políticos, sociales y económicos.
- La participación de la mujer es esencial para mejorar las políticas y prácticas de salud sexual y reproductiva.²⁷

El Comité Nacional **Provida** surge en el año de 1978, responde a una iniciativa de ley que lanzó en ese entonces el Partido Comunista en la Cámara de Diputados, pidiendo la legalización del aborto de forma libre, gratuita y voluntaria en las distintas clínicas del país. Ante esta amenaza de legalización del aborto surgieron diversos brotes sociales en contra y diferentes líderes sociales, y de la jerarquía de la iglesia formaron un frente común que actualmente existe como Comité Provida.

Provida 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”.²⁸

Su 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, esta organización tienen como objetivo el fomentar en la sociedad una verdadera cultura de la vida, basada en las virtudes y valores humanos, con una promoción constante acerca del valor de la vida y la familia.

²⁶ González de León, op. cit., pág 24.

²⁷ www.ipas. op. cit.,

²⁸ www.provida.com

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Frente a una situación **sumamente** compleja sobre el *Aborto*, podemos concluir que ni el Estado ni la Iglesia ni los **médicos** pueden hacer nada, sólo ofrecer información oportuna y adecuada. El aborto **no** tiene solución, siempre existirá por lo menos un embarazo no deseado, lo único **que tenemos** es la prevención, difundirla es la mejor arma contra este problema, de esta **forma** la pareja tomará la mejor decisión, y si la mujer está sola debe ser una decisión **individual**.

Pero vale la pena **mencionar** que información debería estar ligada con formación, como se explicó en el contenido de este trabajo, el problema no va a desaparecer o a disminuir cuando el embarazo **ya existe**; no es erradicar el aborto, es evitar embarazos no deseados; en México carecemos **de una** cultura de *Educación Sexual*, que evidentemente no se puede otorgar cuando la **adolescente** ya está embarazada, se trata de todo un proceso de formación que involucra varios **factores**: escuela, familia y valores, todos ellos relacionados deben inculcar a temprana edad **las bases** para que cada individuo, independientemente del género, se constituya como una **persona** responsable.

No se puede exigir **responsabilidad**, en este caso sexual, si nunca fue inculcada, lo que resta es dejar de lado **prejuicios** e incorporar una educación sexual completa en los planes de estudio, así como en el **seno** familiar introducirla para que sea parte de los valores que aún prevalecen. De lo **contrario** es un círculo que nunca se cerrará, porque esos individuos que son producto **de una** pobre y deficiente formación, serán los mismo que se enfrentarán a un embarazo no deseado, y "ella" terminará abortando o quizá teniendo hijos no deseados, mismos que **repetirán el patrón**.

Ante esta difícil, pero **necesaria** labor, existen alternativas para la divulgación informativa adecuada; los medios **de** comunicación, como parte de la comunicación de masas, podrían ser clave **fundamental** de este mecanismo, utilizarlos como mediadores para que pueda llegar a ser parte **fundamental** de mejores resultados. Si el alcance e influencia que tienen es canalizado **de forma** adecuada, serían no sólo un vehículo de información y entretenimiento sino de **formación de** manera integral.

Los medios de **comunicación** no educan o por lo menos no en el tema, sería importante la sensibilización **de los** emisores para ganar espacios de reflexión que permitan obtener un concepto objetivo, **ya que** en la televisión comercial es muy común ver el contenido de los programas **manejando** una imagen frívola y sin valores de lo que podría ser la juventud, estereotipos **de jóvenes** liberales, autosuficientes pero que no manejan un proyecto de vida concreto; que **indirectamente** van implantando un esquema a seguir.

Esta falta de información y **formación** objetiva y actualizada impide tener un juicio propio al respecto, para ello **es necesario** promover la mayor cantidad de información posible sobre el aborto inducido, **desde** los aspectos médicos, sociales, legales, y religiosos, y observar los cambios en la **legislación** y práctica en México. Todo esto sería distinto si en México las mujeres pudieran **tomar** decisiones de acuerdo a sus propias necesidades e intereses. Tendrían que existir **servicios** integrales de salud para apoyar sus demandas, que

contaran con tecnologías y recursos apropiados y ofrecieran información accesible para así poder ejercer la maternidad de manera voluntaria, satisfactoria y sin riesgos.

La mayoría de las muertes maternas son evitables, pero para que la evitabilidad se operacionalice se necesitan cambios profundos en muchas instituciones, sobre todo, se requiere movilizar la cultura para derivar en una construcción de sus géneros masculino y femenino en términos diferentes a los cuales, que si bien no necesitan excluir a la maternidad y a la paternidad, los reubique en un contexto más libre y equitativo en cuanto a derechos y obligaciones, donde la protección de la salud reproductiva de las mujeres, y dentro de ella, a la maternidad, adquiera máxima prioridad para ellas, sus parejas, sus familias, sus sociedades y sus culturas. Cabe esperar que inicie ese proceso en nuestro ámbito nacional; de no ser así muchas mexicanas no llegarán a tiempo si no existe verdadera voluntad política y concertación social para lograrlo.

Por otro lado, siendo la delegación Iztapalapa un punto de partida para esta investigación; es fundamental proponer alternativas en esta demarcación, sobre todo si consideramos que lleva a costas un rezago económico y social lo que provoca que la mortandad materna se acentúe dando tintes de verdadera tragedia. A pesar de la legislación que permite el aborto bajo ciertas circunstancias, el inconveniente es que no hay servicios suficientes en esta delegación, aún dentro de la extensión que la ley lo permite, el acceso a un aborto legal y seguro encuentra limitaciones debido a la incapacidad del sistema de salud para proveer estos servicios.

Pero no sólo es solucionar lo referente a los servicios de salud al momento de abortar, en el caso concreto de las madres solteras valdría la pena diseñar un programa que permitiera reconsiderar su decisión de abortar, tal vez en su decisión, por ejemplo, influyan cuestiones económicas y si éstas, a su vez fueran replaneadas, quizás se estaría abriendo otra posibilidad de prevención, claro que esto implica toda una participación de Estado-sociedad; las madre solteras se han convertido en un sector marginado con menos posibilidades de desarrollarse profesionalmente, por el simple hecho de mantener el compromiso de educar a sus hijos se piensa que no tiene la disponibilidad para sostener otra responsabilidad.

En esta delegación, como en otras que lo necesitan, pueden tomarse las medidas para introducir o expandir servicios seguros, algunas de las estrategias pueden ser las siguientes: fomentar el apoyo a la comunidad, involucrar a los profesionales de la salud, legisladores, mujeres activistas, expertos legales, líderes religiosos y otros interesados en discusiones informadas sobre la incidencia y las consecuencias del aborto en condiciones de riesgo; educar a las comunidades de bajos recursos sobre las regulaciones legales del aborto y la disponibilidad de servicios, aún en lugares donde el aborto está permitido bajo ciertas circunstancias, puesto que en muchos casos el público no está enterado de su consideración legal.

Asimismo, es trascendental crear normas que faciliten el cumplimiento de la ley en los servicios médico, dichas regulaciones se necesitan para definir qué categoría del personal médico puede practicar abortos, en qué tipo de unidades pueden preverse estos servicios, y qué autorizaciones o consentimientos son necesarios, disminuyendo las

medidas burocráticas que la aplicación de estas normas conllevan; elaborar procedimientos administrativos estándar para que las mujeres pueden obtener el servicio con un mínimo de obstáculos de acceso, tales como, procedimientos administrativos innecesarios, tiempo de espera y numerosos exámenes o visitas a la clínica.

Podemos delimitar que planteando las tres siguientes intervenciones logramos prevenir la muerte de mujeres por razones maternas: programas de planificación familiar para prevenir el embarazo, mejor atención para las complicaciones obstétricas y servicios legales y seguros de aborto. Eso no quiere decir que los otros factores, los socioeconómicos y culturales no influyan en la mortalidad materna, sino que las intervenciones dirigidas a los factores sociales deben ser acompañadas con programas de salud para reducir la mortalidad a corto plazo.

Este proceso tendría que contar con profesionales de la salud, sensibilizados en relación a los derechos reproductivos de las mujeres, así como con las instalaciones y equipo necesario. De esta manera el servicio post aborto sería más viable y eficiente, la mujer haría suya la necesidad de acudir a las revisiones ginecológicas y si fuera necesario contaría con apoyo psicológico.

Además las mujeres tendrían por lo menos acceso a información y espacios de reflexión apropiados que contribuirían a resolver sus dudas e inquietudes. También pugnar por la integración de mujeres sensibilizadas y capacitadas en los servicios hospitalarios, con el fin de mostrar una calidad de la atención a las mujeres que acuden por abortos incompletos. Ya que debido a estas carencias el conflicto se vuelve un secreto, el cual guardan con mucho recelo, no por vergüenza, sino porque presienten que cualquiera se creará con el derecho de juzgarlas y condenarlas.

A muy poca gente le confían esta experiencia, algunas lamentan ese momento pero hay quienes hasta les han dejado de hablar. Por eso tienen que mentir y negarlo, o lo aceptan pero diciendo que fue espontáneo o que su vida corría peligro, además de soportar los juicios sumarios, los dedos que las señalan como culpables aunque no lo sean, aunque jamás se sientan así. No son criminales pero la gente no entiende, no son asesinas simplemente decidieron lo que creyeron que era mejor. Pero no existe un lugar especial que diga: apoyo psicológico a mujeres que abortaron por decisión propia pero que desafortunadamente gracias a la ideología de nuestra sociedad todavía le pesa aceptar completamente esta realidad.

Pero también existe la otra cara de la moneda, que es muy importante señalar, hablamos de aquellas mujeres que abortaron por convicción, de aquellas que independientemente de las condiciones en que se encontraban para procrear un hijo, fueran éstas buenas o malas, lo hicieron porque simplemente consideraron que no era el momento de ser madres, y que afortunadamente encontraron comprensión y respecto hacia su decisión; son estas mujeres las que bien podrían dar apoyo en programas de recuperación, ya que han tenido mejor suerte y no se encuentran en una lucha interna.

Sin embargo, suena incongruente que esto todavía no sea una realidad, porque en el Distrito Federal así como en algunas entidades del interior de la República el derecho a abortar se ha regulado, pero parece mentira que sea una ley muerta, porque no se cuenta con los mecanismos adecuados para su aplicación, que siga existiendo un rechazo cuando se presentan en un hospital y se nieguen a atenderlas, violando la reglamentación de la atención médica; estas arbitrariedades también deberían regularse como complemento a la despenalización del aborto, porque no es posible que algo que es legal se siga realizando en la clandestinidad.

Y sólo para terminar concluimos que toda mujer, que no desee ser madre, tiene todo el derecho a decidirlo, esto no quiere decir que aborte cuantas veces esté embarazada, significa que tiene el derecho así como la obligación de buscar y recibir una educación sexual que le permita decidir, individual o en pareja, lo mejor respecto a su vida reproductiva, con el objetivo de no contribuir a tener hijos no deseados y de individuos con una calidad de vida carente de afectos y necesidades económicas, porque éstos, a su vez, no ayudan en nada a la formación de otras personas.

BIBLIOGRAFÍA

Aguinaco Alemán Vicente y Salvador Aguirre Sergio.
El derecho a la vida.
Ed. Instituto Nacional de Ciencias Penales, México 2002.
414 pp.

Bernstein, Rose.
La madre soltera frente a la sociedad.
Ed. MaryMar, Argentina 1974.
167 pp.

Blázquez, Fernández Niceto.
El Aborto.
Ed. Bac Popular, Madrid 1977.
213 p.p.

Elizari, Basteira Javier.
El Aborto ya es legal.
Ed. Covarrubias, Madrid 1985.
148 pp.

González de León Aguirre Deyanira y
L. Billing Deborah.
El aborto en México. S. Ed. México 2002.

Hiriart, Riedemann Viviane.
Educación Sexual en la Escuela.
Ed. Paidós, México 1999.
245 pp.

Ortiz Ortega, Adriana.
Razones y Pasiones en torno al Aborto.
Ed. Edamex, México 1995.
334 pp.

Pérez Carrillo, Agustín.
Modelo de Política Legislativa.
Ed. Trillas, México 1982.
64 pp.

Ruiz Rodríguez, Virgilio.

El aborto.

Ed. Oak, México 2002.

144 pp.

Tietze, Christopher.

Informe Mundial sobre Aborto.

Ed. Ministerio de cultura, Madrid 1987.

213 pp.

Trujillo, Raúl.

Código penal anotado.

Ed. Porrúa, México 1987.

1260 pp.

HEMEROGRAFÍA

Alcántara Liliana

“Se manifiestan por despenalización para evitar más decesos”

El Universal, México, 15 septiembre 2001

Sec. Nación. pág. 20

Alejandro Torres, Rogelio y Velasco Carlos.

“Revisan requisitos para el aborto”

El Universal, México, 2 febrero 2002.

Sec. Ciudad. pág. 4

Cancino, Fabiola.

“Reclaman distribuir mejor los recursos: jefes delegacionales”

El Universal, México, 23 noviembre 2002.

Sec. Ciudad. pág. 5

González, Rafael.

“Ubicará GDF en Iztapalapa su primer Hospital General”

El Universal, México, 5 mayo 2003.

Sec. Ciudad. pág. 1

Jiménez, Sergio Javier

“Propone Rivera la adopción de niños”

El Universal, México, 8 junio 2000.

Sec. Nación. pág. 16

Lagunas, Icela.

“Patrocinará el DIF becas para madres solteras”

El Universal, México, 15 enero 2002.

Sec. Ciudad. pág. 4

Nora Sandoval

“Crisis en salud, por falta de política nacional”

El Universal, México, 28 enero 2002.

Sec. Nación. pág. 1

Pérez Stadelmann, Cristina.

“Martha Lamas, tenaz defensora de los derechos reproductivos”

El Universal, México, 23 junio 2002.

Sec. Nuestro mundo. Pág. 4

Rios Navarrete, Humberto.

El Universal 22 de febrero 2000.

Sec. Nación. pág. 10

“Aborto...Violencia Silenciosa”

Fem, revista mensual.

No. 208. Julio 2000, pág. 45

“Embarazos Adolescentes en México”

Fem, revista mensual.

No. 239. Febrero 2003, pág. 43

“Disponibilidad de condones en la ciudad de México”

Ginecología y Obstetricia de México, publicación mensual.

Vol. 69, diciembre 2002.

Silvia Katia.

Mortalidad materna. Brasil 1987.

Vol. 8 no. 4

ENFES, Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud. México 1990.

Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Cuaderno Estadístico Delegacional. Edición 2000. México

Gobierno del Distrito Federal. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Cuaderno Estadístico Delegacional. Edición 2001. México

Gobierno del Distrito Federal. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Cuaderno Estadístico Delegacional. Iztapalapa. Edición 2001. México

Informe del Grupo Interdisciplinario del Aborto, 1980. Conapo

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

- www.altavista/educaciónsexualyvaloresenlafamilia.com.mx
- www.google/mortalidadmundial.com
- www.google/saludreproductiva.com.mx
- www.altavista/mexicoysumortalidad.com
- www.google/metodosanticonceptivos.com.mx
- www.google/abortoyconsecuencias.com
- www.google/anticoncepción.com.mx
- www.altavista/consecuenciasdeunaborto.com
- www.google/abortoclinico.com.mx
- www.yahoo/secuelasdeunaborto.com
- www.altavista/definicondeaborto.com
- www.latinsalud.com
- www.altavista/aborto/personalmedico.com
- www.noticierostelevisa.com.mx
- www.iztapalapa.df.gob.mx
- www.jornada.unam.mx
- www.yahoo/hospitalesiztapalapa.com.mx
- www.esmas/historiadelaborto.com
- www.salud.df.gob.mx
- www.esmas/legislaciondelaborto.com
- www.yahoo/despenalizacionactualdelabortoenmexico.com
- www.google/laleyrobles.com.mx
- www.gire.org.mx
- www.ipas.com
- www.provida.com

FUENTES VIVAS

ENTREVISTAS:

Ángeles García, Responsable del Centro de Investigación del Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE. 8 abril 2003.

Dr. Pérez Rios, Director de Planeación y Desarrollo del Hospital General de Iztapalapa. 10 marzo 2003.

Dr. Moisés Coyoc, Jefe de Gineco Obstetricia del Hospital General Zona 47 de Iztapalapa. 5 marzo 2003.

Dr. Migue Ángel Estrada Martínez, Médico General en la delegación Iztapalapa. 21 marzo 2003.

Dra. Jacqueline Guerra Falcón, Médico General en la delegación Iztapalapa. 18 junio 2003.