



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EL ABORTO EN MÉXICO Y EL MUNDO. UNA
MIRADA FEMINISTA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
RENATA LÓPEZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO

COMITÉ DE TESIS: LIC. PATRICIA JOSEFINA BEDOLLA MIRANDA

LIC. MARÍA ISABEL MARTÍNEZ TORRES

MTRA. LILIA JOYA LAUREANO

LIC. LIDIA AURORA FERREIRA NUÑO



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D.F.,

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.

DEDICATORIAS

A DIOS, POR GUIARME Y FORTALECERME EN MI CAMINO

A mis padres

Eva: Mi eterna amiga, compañera y cómplice de la vida. A pesar de la distancia siempre juntas por un mismo sentimiento. Gracias por estar presente todos los momentos de mi vida, hombro con hombro. A ti te dedico con especial cariño esta tesis. Es tu logro también.

René: Ejemplo de tenacidad, valor y esfuerzo para alcanzar mis metas. Gracias por forjar en mí los cimientos necesarios para la superación en todos los aspectos de mi vida.

A mi esposo

Arturo: Gracias por apoyarme en el logro de este trabajo. Siempre ahí, siempre dispuesto a ayudarme en todo lo que estuviera a tu alcance. La tenacidad y fuerza que imprimiste en mí hace que te admire cada día más. Comparto este logro contigo, fruto del esfuerzo de los dos.

A mis hermanos

René: Alegre, divertido y soñador. Gracias porque tu sola presencia me motiva a seguir adelante, siempre viendo el lado positivo de las cosas.

Salomón: Ejemplo de inteligencia, de sabiduría y de sentido común. Gracias por aconsejarme cuando lo he necesitado.

A mis suegros

Ventura y María: El apoyo, cariño y comprensión recibido de ustedes es incalculable.

A mi Directora de Tesis: Mtra. Olga Bustos Romero

Por transmitirme con su ejemplo el ansia de conocimientos y búsqueda continua de superación. Gracias por dirigirme este trabajo, cuyo valor se acrecienta con sus comentarios y observaciones.

A todas y cada una de las integrantes del Comité de Tesis:

Por las atenciones y disposición que han tenido para la realización de la presente tesis

Lic. Patricia Josefina Bedolla Miranda

Lic. María Isabel Martínez Torres

Mtra. Lilia Joya Laureano

Lic. Lidia Aurora Ferreira Nuño

A Larissa:

Por ser mi amiga y compañera de aventuras. Tu impulso y ejemplo han servido para terminar mi tesis

A mis sobrinos:

Salito, Oscar, Erik, Daniela y Azalia por ser el reflejo vivo del entusiasmo y la alegría con que día a día debemos de realizar las cosas.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPÍTULO 1: “Aborto. Consideraciones Generales” | |
| 1.1 Definición y clasificación..... | 7 |
| 1.2 Métodos y Técnicas abortivas..... | 13 |
| 1.3 Consecuencias físicas..... | 17 |
| 1.4 Consecuencias psicológicas..... | 19 |
| 1.5 Razones para abortar..... | 21 |
| CAPITULO 2: “Situación del aborto en el contexto internacional” | |
| 2.1 Incidencia, muertes maternas y legislación..... | 23 |
| 2.2 El aborto en las Conferencias Internacionales..... | 97 |
| CAPÍTULO 3: “Situación del aborto en México” | |
| 3.1 Incidencia y muertes maternas por aborto en México..... | 112 |
| 3.2 La planificación familiar y el aborto..... | 122 |
| 3.3 Legislación..... | 127 |
| 3.4 Costos para el Sector Salud..... | 130 |
| 3.5 Actores Sociales..... | 131 |
| 3.5.1 Postura de la Iglesia Católica y grupos ligados a ella: Caso próvida y Católicas por el Derecho a Decidir..... | 131 |
| 3.5.2 El punto de vista médico..... | 137 |
| 3.5.3 Opinión Pública | 138 |
| CAPÍTULO 4: “La participación feminista y el aborto en México” | |
| 4.1 Antecedentes y conceptos fundamentales sobre el feminismo.. | 144 |
| 4.2 La visión feminista en torno al aborto..... | 147 |

| | |
|--|-----|
| 4.2.1 Un problema de salud pública, justicia social y de derecho de las mujeres..... | 151 |
| 4.3 Historia de una lucha por la despenalización y/o legalización del aborto en México..... | 160 |
| CONCLUSIONES..... | 173 |
| REFERENCIAS..... | 186 |

RESUMEN

El presente trabajo es de carácter documental que tuvo como propósito dar cuenta del fenómeno del aborto en el ámbito mundial, en particular señalar la incidencia de éste, muertes maternas y legislación que regula la práctica del aborto en distintos países, además de analizar el fenómeno bajo la perspectiva feminista. Se define el concepto de aborto, su clasificación, las técnicas abortivas que las mujeres practican, los motivos que las llevan a realizarlo y las consecuencias físicas y psicológicas que resultan del hecho.

Se exponen las distintas posturas que guardan diversos actores sociales en torno al aborto: el particular punto de vista de la Iglesia y grupos ligados a ella, (aunque con posturas diferentes), tales como Provida y Católicas por el Derecho a Decidir, además del punto de vista médico y de la opinión pública.

Se destaca la posición del movimiento feminista, que considera al aborto como un problema de salud pública, justicia social y de derecho de las mujeres.

Con el presente trabajo se intentó recopilar y analizar información relevante en torno al fenómeno del aborto y el estado que éste guarda alrededor del mundo. Se considera de gran importancia para toda aquella persona que investigue o tenga interés en el tema, ya que recopila tanto datos estadísticos sobre el aborto; y, por otra parte, analiza diferentes concepciones y posturas existentes entorno a él.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio constituye una investigación documental que tiene como propósito fundamental por un lado, describir y analizar el fenómeno del aborto bajo la perspectiva feminista, la particular visión que este movimiento mantiene en torno al mismo y las acciones que han realizado en México para su despenalización y/o legalización. Para tal propósito, se describen también las posturas que diversos actores sociales mantienen en torno al fenómeno: iglesia, opinión pública y personal médico; y por otro lado, señalar la incidencia, muertes maternas y legislación que regulan la práctica del aborto en los distintos países

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se practican al año 46 millones de abortos en todo el mundo, de los cuales 36 millones corresponden a países en desarrollo. De éstos, 20 millones se practican en la ilegalidad, por ende en condiciones de riesgo (CIMAC, 2001b). El hecho se agrava aún más en los países del Tercer Mundo, en donde las tasas de mortalidad materna son altas y el riesgo de morir por abortos inseguros es entre 100 y 500 veces más alto que en abortos realizados en condiciones seguras (CEM, 1994).

Como es bien sabido, hablar del aborto suscita muy encontradas reacciones, desde aquéllas que lo estiman como un mero tema de moda a quienes reclaman la indiferencia con que es tratado por autoridades, pasando por quienes lo estigmatizan o eluden su análisis (Aguirre, 1989).

Al abordar el tema del aborto, nos enfrentamos con un fenómeno de alta incidencia en la población femenina, no respetando clase social, edad, situación económica, religión, ni leyes que puedan regular su práctica, ocasionando resultados sumamente negativos para la mujer en lo que a la salud física y psicológica respecta. El aborto es, en consecuencia, un problema complejo que puede ser abordado desde distintas disciplinas como la ética, la filosofía, el

derecho, la política, la psicología, la sociología, la historia y las ciencias de la salud (Langer, 1998).

La magnitud del problema del aborto tiene graves consecuencias para la salud física, emocional y mental de las mujeres que lo enfrentan. En consecuencia, para entender la situación que enfrentan las mujeres que abortan, resulta importante tomar en cuenta las múltiples determinantes y condiciones de la totalidad social en que ésta aparece y se da (González, 1989).

El aborto por algunas características propias, por ser un problema complejo, no puede ni debe tratarse en forma aislada de la situación cultural, económica, política o social nacional (Senties, 1989).

Al respecto, se ha observado a lo largo de décadas que diferentes núcleos de mujeres buscan transformar el papel social de la mujer y convierten al feminismo en un movimiento colectivo. La organización de mujeres pasa entonces a ser una causa social (Ortiz, 2001). Dichos movimientos sociales evolucionan para promover en distintos momentos históricos su discurso para que se respeten los derechos que promueven. El movimiento feminista ha logrado consolidar una plataforma ideológica propia, así como estrategias que lo distinguen (Ibíd.).

Lamas (1992) menciona que los movimientos feministas han fungido como agentes dinámicos del cambio político, cohesionando la acción de las mujeres como nuevos actores políticos y planteando retos a las políticas institucionales. Señala por otra parte, que aunque uno de los intereses del movimiento feminista en México ha sido modificar la legislación en torno al aborto, todavía no ha logrado ningún cambio, en comparación por ejemplo de Francia, Italia y España, en donde las reformas legislativas que ampliaron la posibilidad de abortar legalmente son resultado de acciones de feministas.

Por todo lo mencionado con anterioridad, la presente investigación se considera de particular importancia en el sentido de que reconoce por un lado la importancia del tema debido a su alarmante incidencia en la población femenina, desatándose graves consecuencias físicas y psicológicas y por otro lado, reconoce al feminismo como un agente que pugna por un cambio en las leyes que regulan el aborto. Conocer y analizar de qué manera y qué estrategias ha adoptado el movimiento feminista en México para cambiar la legislación en torno al aborto es el objetivo de esta investigación, la cual rescata también las condiciones sociales en las que se manifiesta el mismo, generando con ello un entendimiento más amplio del fenómeno.

Quedando mucho por investigar sobre el tema, se considera de gran aporte esta investigación teórica-bibliográfica, la cual se espera sirva como apoyo a aquellas personas interesadas en el aborto.

A continuación se describe brevemente el contenido de los capítulos que conforman esta tesis.

En el **capítulo 1** se describen los aspectos generales del aborto: definición, clasificación, y los métodos utilizados para realizarlo. Se destacan las consecuencias físicas y psicológicas en aquellas mujeres que se han practicado un aborto, así como las razones que las motivaron a tomar la decisión.

En el **capítulo 2** se exponen las condiciones que guarda el aborto en el contexto internacional, esto es: incidencia, muertes maternas y legislación, aunado al tratamiento que las diferentes Conferencias Internacionales auspiciadas por la ONU le han brindado al tema.

En el **capítulo 3** se menciona la situación que guarda el aborto en México, cuántas mujeres lo practican, cuántas mueren a causa de ello, la legislación que lo regula y los costos que implica para el sector salud la atención del mismo. De

capital importancia son aquellos actores sociales que mantienen posturas diversas en torno al aborto: Iglesia y grupos ligados a ella, personal médico, y la opinión pública.

En el **capítulo 4** el énfasis se pone en la participación que el movimiento feminista ha tenido en México en relación con el tema del aborto, cómo se concibe y qué postura se guarda en torno a él. Bajo esta postura se entiende al aborto como un problema de salud pública ya que anualmente fallecen mujeres a causa de no contar con los servicios de salud adecuados o las condiciones higiénicas para llevarlo a cabo; justicia social pues una mujer que puede pagar un aborto en una clínica particular bajo condiciones higiénicas tiene menos riesgos de sufrir secuelas físicas que aquella mujer en condición de pobreza que no puede acceder a un aborto higiénico; y de derecho de las mujeres, es decir, parte de los derechos humanos y reproductivos que se encuentran ya reconocidos a nivel internacional.

En consecuencia, con el presente trabajo se presenta, hasta cierta parte, el estado que guarda el fenómeno del aborto, evidenciándose las posiciones que diversos grupos mantienen hacia él, tanto de manera favorable como desfavorable.

Se reconocen las limitaciones del estudio, ya que un análisis del fenómeno a escala mundial supera considerablemente lo aquí expuesto, de ahí que se hayan tomado únicamente los aspectos legales y de incidencia, así como los de mortandad por aborto en el mundo, con particular énfasis en México. No se exponen las posturas de otras disciplinas tales como la filosofía, ya que el propósito de la investigación fue evidenciar las prácticas del aborto como un fenómeno de alarmante incidencia y repercusiones nocivas en la mujer por la poca atención, carencia de apoyos y estigmatización que todavía existe a las mujeres que lo practican. Por lo tanto, se exponen aquellas posturas de grupos e instancias con los que la mujer está más cercana, tales como la Iglesia y grupos ligados a ella, la sociedad a través de la opinión pública, el estado, y los médicos.

Sin embargo, los alcances son relevantes, ya que quienes tengan interés o investiguen sobre el tema no partirán de cero, sino que obtendrán con la presente investigación, un compendio de información y análisis que ubican al aborto como un problema de dimensiones alarmantes en el ámbito mundial.

CAPÍTULO 1

Aborto. Consideraciones Generales

Un primer acercamiento al fenómeno del aborto merece en primer lugar su definición y las clasificaciones a las que se ha visto sometido. Por lo tanto, el presente capítulo iniciará con las definiciones y clasificaciones de aborto, seguido de las técnicas que tanto mujeres como personal médico, farmacéuticos, parteras o personal no calificado utilizan para provocarlo. Una vez que éste se ha presentado, se generan una serie de consecuencias de índole física y psicológica, las cuales se exponen en este capítulo. Se da fin al mismo con una serie de razones que expone la mujer para someterse a un aborto. Con la información presentada, se permitirá sentar las bases para un mayor entendimiento de este fenómeno.

1.1 Definición y clasificación

El presente apartado da cuenta de la definición de aborto y cuándo se considera que ha sido inducido o espontáneo. Se exponen las clasificaciones del mismo y los criterios a considerar para ubicarlos dentro de alguna de éstas.

Se entiende por aborto a la "interrupción del embarazo antes de las veinte semanas de gestación (139 días), contados a partir del primer día de la última menstruación y acompañada de la expulsión o extracción de toda o una parte de la placenta o de las membranas del huevo; sin un feto identificable o con un feto vivo o muerto, que pese menos de 500 gramos". (Álvarez, 1980, Pág. 7) Se ha definido también como "la expulsión o extracción de toda (completa) o una parte (incompleta) de la placenta o de las membranas, sin un feto identificable o con un feto vivo o muerto que pese menos de 500 g. Cuando se desconoce el peso fetal puede usarse como medida la duración de la gestación, la cual, como ya se dijo, debe ser menor de 20 semanas completas (139 días), contadas a partir del primer día de la última menstruación (Mateos, 1980). Ahora bien, puede tomar diferentes

formas dependiendo si estuvo presente la intención de expulsar el producto de la concepción, de ahí que se pueda hablar de aborto inducido y aborto espontáneo.

Aborto Espontáneo: Es aquel "que ocurre por sí solo, como consecuencia de anomalías en la formación ovular o embrionaria, o por enfermedad materna" (Sociedad Mexicana de Salud Pública, 2000, Pág. 1) El embarazo se interrumpe sin que haya de por medio una maniobra abortiva (OMS, citado en CRLP, 1999, Pág. 1) Las causas que lo motivan, exceptuando cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y regularmente tienen relación con problemas genéticos del feto, trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la madre (Faundes; citado en CRLP, 1999, Pág. 1).

Aborto inducido: Según la Organización Mundial de la Salud, el aborto inducido "es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención" (OMS, citado en CRLP, 1999, Pág. 1) Dicha interrupción puede darse tanto en hospitales y bajo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema médico (CRLP, 1999). La Sociedad Mexicana de Salud Pública (2000) por su parte, define al aborto inducido como "La interrupción artificial del embarazo que transcurre normalmente". En la revisión de la literatura se pueden encontrar además otras condiciones para que un aborto pueda considerarse inducido. Es el caso de la definición proporcionada por Faundes (1988), quien situándose desde un punto de vista médico lo define como una "interrupción del embarazo, a partir de la implantación y hasta las 22 semanas de amenorrea (contados a partir del primer día de la última menstruación)". El tiempo límite superior a 22 semanas "está determinado por la posibilidad de que el feto sobreviva independientemente de su madre, siendo verdad, que las posibilidades de supervivencia de un feto de 22 semanas y un día son mínimas, y todavía menor sus posibilidades de llegar a ser un adulto normal. Sin embargo, esa posibilidad no puede descartarse" (Faundes, 1988, Pág. 17).

También llamado intencional, voluntario, directo o artificial, el aborto inducido "ha sido intencionalmente desencadenado, con o sin la autorización materna¹, con el único objeto de interrumpir el embarazo" (Álvarez, 1980 Pág. 7).

Mateos (1980) señala que el aborto inducido se puede clasificar de la siguiente forma:

a) Inducido por razones médicas

1. Inducido por razones médicas en relación con la madre (terapéutico).- Es aquel que se efectúa cuando la continuación del embarazo puede causar la muerte de la madre o agravar alguna enfermedad física o mental que padezca, de tal suerte que la salud pueda ser permanentemente dañada.
2. Inducido por razones médicas en relación con el feto (eugenésico).- Es aquel que se realiza con el fin de prevenir enfermedades congénitas de naturaleza ambiental o genética.

b) Inducido por razones éticas o humanitarias

Es aquel que se realiza por resultar un embarazo producto de una violación, incesto, trato sexual con menores o personas enfermas o con deficiencia mental.

c) Inducido por razones sociales

En este tipo de aborto inducido, se toman en cuenta factores como la comunidad, los familiares, los de planificación familiar, los de ilegitimidad, etc.

d) Inducido por razones personales

Se realiza por voluntad propia y sin necesidad de causales.

¹ Como sucede en China, en donde se restringe el número de hijos que puede tener una pareja casada y esta política se ha puesto en práctica mediante abortos forzados (CRLP, 2000).

El aborto inducido puede llevarse a cabo tanto en hospitales y bajo las condiciones de higiene que la intervención amerita, o bien se puede dar fuera del sistema médico, lo que lo convierte en un aborto inseguro. A continuación las características del mismo.

Aborto Inseguro: Tiene por característica la "falta de capacitación por parte del proveedor, quien utiliza técnicas peligrosas, y por llevarse a cabo en recintos carentes de criterios higiénicos". (OMS, citado en CRLP, 1999 Pág. 1) El aborto inseguro puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones antihigiénicas.

Existen otras clasificaciones de los abortos. Algunas pueden aludir a las fases y formas clínicas del aborto u a otros criterios. La siguiente es una lista de diferentes denominaciones para el mismo, identificada por Mateos (1980), quien menciona que se pueden distinguir tres fases o etapas del aborto: amenaza, en evolución o inevitable. En cuanto a la consumación se encuentran: Completo o Incompleto:

- *Amenaza de aborto.*- aparición de signos premonitorios de terminación del embarazo y expulsión del producto de la concepción, como síntoma frecuente se presenta el sangrado vaginal, acompañado o no de contracciones del útero.
- *Aborto en evolución.*- Intensos signos premonitorios de terminación del embarazo y expulsión del producto. Sangrado abundante, contracciones enérgicas, rítmicas y progresivas.
- *Aborto inevitable.*- Sangrado profuso, contracciones intensas del útero, rítmicas y progresivas, salida o no de líquido amniótico, dilatación del cuello

de la matriz y protusión de una parte del feto, placenta o membrana a través del canal cervical.

- *Aborto consumado completo.*- Se efectúa la expulsión o extracción total de la placenta, membrana y feto.
- *Aborto consumado incompleto.*- No se efectúa la expulsión o extracción total de la placenta. Membranas y feto (o una parte de ellos) se retienen dentro del útero.
- *Aborto esporádico.*- Se produce en una sola ocasión.
- *Aborto habitual o repetido.*- Ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos.
- *Aborto infectado.*- Aborto asociado con infección de órganos genitales.
- *Aborto séptico.*- Aborto infectado en el que hay diseminación de microorganismos y sus productos en el sistema circulatorio materno.
- *Aborto temprano o de principio.*- Se verifica antes de concluir la décima semana (69 días) contados a partir del primer día de la última menstruación
- *Aborto tardío.*- Se verifica a partir de la décima semana y antes de concluir la vigésima semana de gestación.
- *Aborto diferido, retenido u óbito en útero.*- Aquel en el que el embrión muere, pero el producto de la concepción es retenido en el útero.

- *Aborto inaparente o dudoso.*- Su evolución es desconocida. Sólo se presenta un ligero sangrado de origen intrauterino sin ningún otro síntoma o signo.
- *Aborto franco o demostrable.*- Su existencia es indudable.
- *Aborto complicado.*- Presenta patología como consecuencia del mismo. Es de tipo traumático, hemorrágico o infeccioso.
- *Aborto no complicado.*- No presenta patología como consecuencia del mismo.
- *Clinicamente* se distinguen en completos o incompletos, dependiendo de si hubo expulsión total del huevo o de si únicamente se expulsó una parte y el resto permaneció en la cavidad uterina (Sociedad Mexicana de Salud Pública, 2000).
- *Según la frecuencia de su práctica,* se dividen en esporádicos y en habitual o repetido (Álvarez, 1980).
- *Desde el punto de vista jurídico*², los abortos pueden ser legales o ilegales (Ibíd.). En el capítulo 2 se expondrá bajo qué condiciones se considera como ilegal un aborto, ya que las regulaciones del mismo difieren de un país a otro e inclusive –en el caso de México- de estado a estado.

Tal como se ha expuesto, existen muchas y variadas clasificaciones de aborto, y cada una de ellas atiende a aspectos particulares del mismo. La información presentada con anterioridad, obliga a conocer qué métodos y técnicas son utilizadas para ocasionar un aborto, lo que será tema del siguiente apartado.

² Una descripción más detallada puede encontrarse en: Roaro, M. (1994). **Marco legal de las expresiones eróticas: Antología de la sexualidad humana**. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).

1.2 Métodos y Técnicas abortivas

La siguiente es una descripción de los métodos y técnicas abortivas, que pueden ser realizadas por yerberas, farmacéuticos, personal no calificado, parteras, médicos, médicas, o la misma mujer. Se incluirán tanto aquellas que se practican en un hospital bajo condiciones de seguridad e higiene y aquellas que se realizan en condiciones de insalubridad.

- Cáusticos vaginales (Álvarez, 1980). Las sustancias cáusticas se introducen por medio de duchas vaginales (CIMAC, 2001b). Principalmente se utilizan pastillas de permanganato de potasio. Esta práctica es sumamente peligrosa ya que ocasiona hemorragias severas, orillando a la transfusión de muchos litros de sangre en condiciones de anemia aguda y la muerte es inminente en la mayoría de los casos. La acción no es abortiva pero se tiene que reparar quirúrgicamente la lesión por la acción cáustica de la pastilla introducida (Mateos, 1980).

- Hormonas sexuales (Álvarez, 1980) Entre las hormonas se identifican a los estrógenos (por ejemplo, el dietil-estil-besterol), la progesterona y la gonadotropina coriónica. Mateos (1980) reporta que los estrógenos, la progesterona y la gonadotropina coriónica han sido experimentados como abortivos con malos resultados. Destaca que los estrógenos pueden modificar la capa interna del útero (endometrio), impidiendo la implantación del huevo cuando se administran en la segunda mitad del ciclo, pero no son capaces de desprender el huevo una vez implantado. Por lo que respecta al dietil-estil-besterol –muy utilizado en otra época-, las niñas que nacieron de esos embarazos, aumentaron los porcentajes de tumores malignos del aparato genital (Ibid.).

- Pociones y tés (Álvarez, 1980). Existe una gran cantidad de yerbas y plantas que se consideran como abortivas y curativas. Entre ellas se pueden identificar a la ruda, el toloache, el barbasco, el zoapatli, la gobernadora, la planta del pastor, etc. (Mateos, 1980).

- Fármacos orales (Álvarez, 1980). Generalmente en dosis peligrosas de medicamentos que se obtienen sin receta médica (CIMAC, 2001b). Se pueden identificar a la quinina, la apiolina, el cornezuelo de centeno o su alcaloide, la ergotamina en forma de tartrato, etc. (Mateos, 1980).
- Tallos de Laminaria (Mateos, 1980). Son pequeños cilindros de madera altamente hidrocópicos extraídos de una planta en el mar de Girdle; aumentan su volumen con la humedad cuando son introducidos en el cérvix. En 6 u 8 horas crecen de 3 a 5 veces su volumen, ocasionando contracciones uterinas y aborto. Mateos reporta que los tallos de laminaria se consiguen en el comercio norteamericano. Se esterilizan y se venden en cuatro medidas: extrafino, delgado, mediano y grande.
- Cuerpos extraños a través de la vagina y sondas intrauterinas. (Faundes, 1988). Dentro de la inserción de objetos en el útero se cuentan: palos, cables, agujas de tejer (CIMAC, 2001b) o alambres (Mateos, 1980).
- Dilatación y legrado uterinos. Succión o Aspiración, Soluciones intraamnióticas. Prostaglandinas y vacuna antigonadotrofina coriónica humana (Álvarez, 1980)
- Cirugía abdominal. Histerectomía (extirpación del útero con todo y huevo) o Histerotomía (extracción del huevo haciendo un corte del útero). Ambas cirugías se encuentran en desuso (Álvarez, 1980).
- Tirarse por las escaleras, golpes en el vientre o saltar de lugares altos (CIMAC, 2001b).
- Sondas Intrauterinas (Mateos, 1980). Introducción en la vagina de sondas utilizadas en medicina para extraer orina de la vejiga.

- Legrado Uterino. Efectivo hasta en el 98% bajo óptimas condiciones (Sociedad Mexicana de Salud Pública, 2000).
- Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Procedimiento simplificado y de bajo riesgo. Efectivo en el 100% de los embarazos de 12 semanas y menos (Ibíd.) Es un procedimiento que puede ser utilizado en unidades de primer nivel y permite minimizar los riesgos inherentes a la anestesia y al tratamiento instrumental, reducir la estancia hospitalaria y abatir los costos intrahospitalarios (CIMAC, 2000c).
- Succión. Procedimiento cerca de once veces más seguro que una amigdalectomía (Population Reports, citado en González, 1990).
- RU-486/Mifegyner (mifepristona). Droga que disminuye o elimina las posibles complicaciones del aborto quirúrgico (Ibíd.).

En la tabla que a continuación se presenta, se encuentran resumidos los procedimientos abortivos, el personal que practica el aborto, los riesgos y la fertilidad subsecuente.

Tabla 1.1 Procedimientos abortivos y consecuencias en la fertilidad de la mujer

| Procedimiento | Personal | Eficacia | Riesgo | Fertilidad subsecuente |
|---|---------------------------------------|----------------------|--|--|
| Pociones | Yerbera | Baja | Mediano | Frecuentemente se presenta la infertilidad |
| Automanipros | La mujer | Eventual | Muy elevado | mayor riesgo de infertilidad |
| Fármacos orales | Farmacéuticos, personal no calificado | Sólo a dosis mayores | Elevado ³ | Frecuentemente se presenta la infertilidad |
| Cáusticos vaginales | Personal no calificado | Ineficaz | Elevado | Hay casos en que se presenta la infertilidad |
| Sondas endouterinas | Parteras, personal no calificado | Eventual | Elevado | Frecuentemente se presenta la infertilidad |
| Tallos laminaria | Parteras, médicos | Elevado | Se complementa con legrado elevado sin asepsia | Frecuentemente se presenta la infertilidad |
| Dilatación y legrado | Médico, partera | Elevado | Menor | Hay casos en que se presenta la infertilidad |
| Soluciones intraamnióticas | Médico | Elevado | Mínimo | Hay casos en que se presenta la infertilidad |
| Hormonales, estrógenos, andrógenos, prostaglandinas | Farmacéuticos, personal no calificado | Nula ⁴ | Mínimo | Hay casos en que se presenta la infertilidad |
| Hormonales, prostaglandinas | Médico, enfermera | elevado | Mínimo | Aparentemente no hay riesgos de infertilidad |
| Radiación y drogas citotóxicas | Médico | Relativa | Mediano | Infertilidad |
| Histerotomía | Médico cirujano, ginecólogo | Absoluta | Mediano | infertilidad |
| Histerectomía | Médico cirujano o ginecólogo | Absoluto | Mediano | infertilidad |

Fuente: Mateos (1980).

³ No es el caso de la mifepristona presente en la RU486/Mifegyn, ya que ésta no es nociva, y por ende no existen riesgos, pero sí es efectiva. Se utiliza en algunos países para llevar a cabo un aborto terapéutico antes de 9 semanas de gestación

⁴ Aunque la eficacia de las hormonas presentes en las pastillas anticonceptivas es nula en caso de aborto, éstas son altamente efectivas como método anticonceptivo de emergencia comúnmente conocidas como Pastillas de Anticoncepción de Emergencia, las cuales se deben de tomar dentro de las 72 horas después de una relación sexual sin protección y cuya eficacia es mayor cuanto menos tiempo transcurra en tomarlas.

La cantidad y diversidad de métodos y técnicas abortivas expuestas reflejan un hecho: dependiendo de la técnica, las puede practicar desde un doctor hasta un personal no calificado, yerbera o la misma mujer. Es claro que cada persona que realiza la maniobra estará o no capacitada para llevarla a cabo. Lo anterior ocasiona una serie de consecuencias tanto físicas como psicológicas en la mujer abortante. Sin embargo, es importante señalar que un aborto realizado por profesionales y en condiciones higiénicas genera riesgos mínimos o nulos (como puede observarse en la tabla 1.1). En el siguiente apartado se describen tanto las consecuencias físicas como psicológicas resultantes de un aborto practicado en condiciones insalubres, la mayoría de las veces realizado por personal no capacitado.

1.3 Consecuencias físicas

Las consecuencias físicas producidas por un aborto varían considerablemente dependiendo de si éste fue espontáneo o inducido y de la condición en que se llevó a cabo. Veamos cada uno de ellos:

Aborto espontáneo en condiciones salubres: en este caso, la mujer accede al sistema de salud, donde se le practica una técnica probada, en condiciones de higiene y seguridad. La mujer se recupera y el personal se asegura de ello. Las consecuencias físicas son mínimas o inexistentes cuando el método es practicado también por personal capacitado. En el caso en que la mujer pueda acceder a una clínica privada, las condiciones de higiene serán mayores y los riesgos mucho menores, dado el equipamiento y el personal capacitado con que se cuenta en este tipo de clínicas u hospitales.

Aborto espontáneo en condiciones insalubres: Se presenta en aquellas mujeres que no pudieron acceder a una clínica u hospital en condiciones salubres, con personal poco capacitado en maniobras abortivas y con falta de equipo para llevarlo a cabo, lo cual no suele suceder en clínicas u hospitales privados.

Aborto inducido en condiciones salubres: El aborto inducido se lleva a cabo generalmente en quirófano con doctores altamente capacitados, en condiciones higiénicas y con la asistencia de personal dedicado a la atención de la mujer que experimenta este tipo de aborto. Generalmente son servicios altamente costosos, pero con mayor seguridad para la mujer en lo que a su salud se refiere.

Aborto inducido en condiciones insalubres: Practicado en su mayoría por personal no calificado y en clínicas clandestinas, este tipo de aborto genera en la mujer consecuencias físicas altamente negativas. Generalmente recurren a este tipo de aborto aquellas mujeres que no cuentan con las condiciones económicas para acceder a una clínica particular que les garantice un aborto higiénico.

Cada una de las condiciones anteriormente mencionadas genera consecuencias físicas, desde las más leves hasta la muerte. A continuación se enlistan todas aquellas que se pueden presentar con mayor frecuencia en el aborto inducido en condiciones insalubres:

- Infección o hemorragias. Se presenta con mayor incidencia en las clases socioeconómicas más bajas. La mujer va a un aficionado sin licencia, se practica una dilatación del cuello de la matriz y un legrado intrauterino. Siendo la técnica deficiente y la asepsia imperfecta, se produce la infección (Viel, 1972). La hemorragia se considera como tal cuando hay pérdida de 500 o más mililitros de sangre. Está presente en el 60% o al 80% de los casos complicados en México (Álvarez, 1980).
- Infecciones subagudas o crónicas (Viel, 1972).
- Esterilidad, "causada por un legrado demasiado profundo, estrangulación del cuello de la matriz o de la cavidad uterina e infección de las trompas de Falopio o de la cavidad peritoneal" (Viel, 1972 Pág. 179).
- Rotura de órganos vecinos (Faundes, 1998).
- Embarazo ectópico (fuera del útero) (Faundes, 1998).

- Dolor pélvico crónico (Faundes, 1998).
- Aborto incompleto (CIMAC, 2001b).
- Enfermedad pélvica inflamatoria (CIMAC, 2001b).
- Muerte (Faundes, 1998; CIMAC, 2001a).

Los riesgos enlistados con anterioridad son mínimos o no se presentan cuando la maniobra abortiva es llevada a cabo por profesionales en este campo y en condiciones higiénicas. Las técnicas practicadas por personal capacitado para ello son probadas y altamente confiables, lo que disminuye cualquier riesgo para la mujer y su fertilidad.

Con la información presentada, queda en evidencia la existencia de una serie de consecuencias físicas producto de un aborto practicado en condiciones insalubres que ponen en riesgo la salud y la fertilidad de la mujer, mismas que pueden variar en un amplio rango tales como la infección hasta la muerte. De manera similar al daño físico producto de un aborto en condiciones insalubres, las consecuencias psicológicas son variadas y pueden ir desde la culpa hasta la liberación, como a continuación se presenta.

1.4 Consecuencias psicológicas

Respecto al daño psíquico que pueda afrontar la mujer que aborta, no hay una respuesta única (GIRE, 1999). La American Psychiatric Association of Dallas (1975; citada en Álvarez, 1980), reportó que en el 92% de las mujeres que abortaron, se reconoció mejor salud emocional postaborto. Por otra parte, Faundes (1988) menciona que "desde el punto de vista emocional, la mujer que se induce un aborto esta siempre enfrentando un conflicto, de origen económico, psicológico o social, que la coloca en una situación de desesperación por no haber visto otro camino que no sea el aborto, siempre doloroso para ella" (Pág. 17). En este caso, no se analizaron otras opciones al aborto. Dichas aseveraciones pudieran en primer instancia parecer contradictorias, sin embargo, nos ayudan a

comprender que existen consecuencias psicológicas tanto favorables como desfavorables en la mujer que aborta, y que dichas consecuencias dependen de si el aborto fue inducido o espontáneo, y aún en el caso de ser inducido, si la decisión fue firme, fundamentada en el ejercicio consciente de la responsabilidad personal, en cuyo caso "la mujer no experimenta daños psicológicos" (CIMAC, 2001d). A continuación, las consecuencias psicológicas derivadas de un aborto presentadas generalmente en el inducido:

- Dudas y culpa al enfrentarse con valores sociales, culturales y religiosos suyos y los de su entorno (Loli, 1997), derivados de quebrantamientos de reglas y temor a sanciones legales (Viel, 1972).
- Desesperación, dolor (Faundes, 1998), por no haber encontrado otro camino o analizado otras opciones más que el aborto.
- Depresiones severas, sentimientos negativos, tristeza y sentimiento de pérdida, rechazo hacia las relaciones sexuales (CIMAC, 2001d).
- Debilitamiento del yo, melancolía profunda, sensación de duelo anormal, duelo patológico, sufrimiento permanente (González, 1989)
- Alivio y liberación Si bien, es cierto que hay mujeres que abortan que llegan a presentar traumas psíquicos, existen muchas otras que no sólo experimentan el menor sentimiento de culpa ni presentan daños psíquicos posteriores, sino que incluso pueden madurar como personas a raíz de la decisión, por dolorosa que haya sido. Así, las consecuencias psicológicas del aborto dependen, ante todo, de la libertad y responsabilidad con las que las mujeres elaboren sus juicios y tomen su decisión (GIRE, 1999).

Ahora bien, "para entender la situación que las mujeres que abortan están enfrentando, resulta importante considerar las múltiples determinantes y

condiciones de la totalidad social en que ésta aparece y se da (González, 1989 Pág. 81). Como se sabe, el valor atribuido a la maternidad juega un papel muy importante en los sentimientos de culpa de la mujer. En las sociedades en donde ser madre es altamente valorado y la sexualidad está concebida como sexualidad biológica reproductiva fundamentalmente, la mujer no tiene otra opción. Por lo tanto, la marca ideológica es que la sexualidad no reproductiva es inadecuada, dándole cargas moralistas muy fuertes y castigando por lo tanto, el hecho del aborto. Esto marca psíquicamente a cualquier mujer (Ibid.) Las consecuencias se agravan si la mujer se encuentra en una situación de desesperación por no haber visto otro camino que no sea el aborto (Faundes, 1998).

No obstante las consecuencias físicas y psicológicas, la mujer que aborta aduce una serie de razones que la llevaron a tomar la decisión, lo cual será el tema del próximo apartado.

1.5 Razones para abortar

Herrera (1980), CRLP (1999), CIMAC(2000g), exponen que diversos estudios coinciden en que las principales razones que expone la mujer para decidirse al aborto, en orden de importancia son: Número excesivo de hijos, mala situación económica, desavenencias conyugales y problemas profilácticos o terapéuticos

Aunado a los factores ya mencionados, se destacan la falta de conocimientos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos, la actitud del compañero, etcétera. La mujer en situación de abortar, está ante un conflicto importante, resulta así el aborto una forma de definir un conflicto. Esta definición no puede considerarse arbitrariamente como sana o enferma, pues depende de cada caso en particular. En familias de pocos recursos económicos, donde el futuro hijo no tenga aseguradas sus mínimas necesidades, o donde el nacimiento de un hijo implica una disminución del ingreso familiar, el aborto aparece como triunfo del principio de realidad (Herrera, 1980).

En el caso de las adolescentes, el temor a las respuestas familiares (que suelen ser de juzgamiento y retiro o restricción del apoyo económico) se aúna a las severas dificultades para acceder al mercado laboral sin recursos asignados para el apoyo a las mujeres que trabajan (Loli, 1997).

En el aspecto moral, la Dra. Graciela Hierro (en Herrera, 1980) señala que los motivos que tiene una mujer para terminar su embarazo, pueden considerarse válidos en el terreno de la moral. Estos motivos pueden ser: el riesgo serio para su vida, la posibilidad de daño grave para su salud física o mental, o la sospecha sustancial de que el niño que va a nacer tendrá anomalías mentales o físicas tales, que lo privarían de cualquier perspectiva razonable de goce vital. Pero además deben considerarse las circunstancias específicas que rodean a la mujer embarazada, también determinantes para su elección: las penurias económicas en algunos casos, las presiones sociales en otros. Se trata evidentemente de una decisión moral, puesto que, de no llevarla a cabo la mujer, resultaría un daño mayor para sí y para los que la rodean.

Con las razones que llevan a la mujer a decidirse por un aborto, se termina la información correspondiente al capítulo uno. En él se expusieron las consideraciones generales en torno al aborto, tales como su clasificación y definición, las técnicas y métodos abortivos, las consecuencias físicas y psicológicas que se derivan de su práctica y los motivos que orillan a practicarlo. Se cuentan hasta el momento con datos introductorios al fenómeno, que permitirán continuar con el conocimiento del mismo. Una vez hechas las consideraciones generales, el siguiente capítulo dará cuenta de la situación del aborto en el contexto internacional.

CAPÍTULO 2

Situación del aborto en el contexto internacional

El presente capítulo permitirá un amplio conocimiento de la situación que en materia de incidencia, muertes maternas y legislación presenta el aborto a lo largo del mundo, así como el tratamiento que distintas Conferencias Internacionales le brindan. Con esta información, se logra un panorama mundial de la problemática que significa el aborto, ya que existen estadísticas que indican que es una práctica habitual en los cinco continentes, donde la denuncia ha sido retomada en el sentido de una falta de atención médica y condiciones de higiene en su práctica, traduciéndose en altas cifras de muertes maternas cada año. La preocupación ha llegado hasta las Conferencias Internacionales auspiciadas por la ONU, en donde se han emitido recomendaciones a los gobiernos en búsqueda de la disminución de muertes maternas por abortos mal practicados, por lo que el presente capítulo resultará de enorme importancia para ubicar al aborto como un problema de salud a nivel mundial, merecedor de un debate a nivel internacional.

2.1 Incidencia, muertes maternas y legislación

En este apartado se exponen los rubros de incidencia, muertes maternas y legislación en torno al aborto en los cinco continentes, de manera que la información pueda ser presentada sistemáticamente, permitiendo con ello una ubicación de las estadísticas en torno al tema.

Roemer (1972) ubica a los años comprendidos entre 1965 y 1968 como el periodo en que ocurrieron cambios significativos en las leyes mundiales sobre el aborto, ya que éstas habían estado "estáticas durante siglos". Hoy –menciona- estas leyes se encuentran en fermento activo y como tema de debate en todo el mundo. Roemer clasifica a las leyes sobre el aborto en seis rubros, que van desde las más restrictivas a las más liberales:

- Leyes que no permiten el aborto por razón alguna
- Leyes que autorizan el aborto sólo para salvar la vida de la mujer
- Leyes que autorizan el aborto por razones médicas
- Leyes que autorizan el aborto por razones socio-médicas
- Leyes que autorizan el aborto por causas sociales
- Leyes que autorizan el aborto a petición de la mujer

El Instituto Alan Guttmacher (1999) señala que en el año de 1986, 36 países tuvieron leyes menos restrictivas, permitiendo que la mujer abortara por razones médicas o sociales. De manera similar, GIRE (2002) destaca que la tendencia mundial es hacia la liberación, "sea a través de la despenalización o la legalización", e indica que en los recientes 12 años, 28 países liberaron sus leyes en distintos sentidos mientras que cuatro las restringieron (Arman, Katzive y Henshaw, 1998; citados en GIRE, 2002). Para proporcionarnos un panorama, la siguiente tabla permite ver la situación actual de la legislación mundial en materia de aborto

Tabla 2.1.- Porcentaje de población mundial que vive en países donde el aborto inducido está permitido por diferentes razones

| Razones para permitir el aborto | 1998 | 1999 | 2000 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| <i>Salvar la vida de la mujer o prohibido</i> | 25.3% | 26% | 26% |
| <i>Salud física</i> | 9.8% | 9.9% | 9.9% |
| <i>Salud mental</i> | 3.4% | 2.6% | 2.6% |
| <i>Razones socioeconómicas</i> | 20.2% | 20.7% | 20.7% |
| <i>Sin restricción en cuanto a razón mas no en cuanto a límite gestacional</i> | 41.4% | 40.8% | 40.8% |

Fuente: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) *Las leyes del aborto en el mundo 1998, 1999 y 2000* (cartel con mapa).

En 1998 el 61% de la población mundial habitaba en países donde el aborto inducido estaba permitido por una gama de razones o sin restricciones, mientras que el 25 % de la población residía en naciones donde el aborto se prohibía en términos generales. En 1999 no hubo una variación considerable, pues el 62%

habitaba en países donde sí estaba permitido por una amplia variedad de razones y el 26% en países donde estaba prohibido. En el caso del 2000 los datos no mostraron cambios.

Para conocer más de cerca qué países permiten el aborto bajo ciertas condiciones, así como la incidencia del fenómeno y a cuántas muertes maternas se le puede atribuir, a continuación se detalla la información por continente, la cual se organiza de la siguiente manera:

- Estadísticas generales sobre el número de abortos
- Tabla sobre políticas en materia de aborto
- Tablas por país especificando el número de abortos practicados y/o el número de muertes maternas ocasionadas por aborto en diferentes años y/o el número de mujeres que se han practicado un aborto en su vida. Los datos por país difieren en cuanto al número de años, en cuanto al grupo de estudio y en cuanto a la estadística presentada (es decir, frecuencia, muertes maternas o porcentaje de mujeres que abortan). Lo anterior se debe a la dificultad en acceder a estadísticas recientes y que recopilen toda la información en forma sistematizada, sin embargo, se detallan algunos estudios que aunque utilizan muestras pequeñas, arrojan datos interesantes. En las tablas se recopilan datos de estudios practicados en el país señalado, que no necesariamente coinciden unos con otros, ya que pudieron practicarse a escala nacional, a escala local o incluso en un solo hospital, por consiguiente, los datos no permiten una comparación inclusive dentro del mismo país. El aborto inducido, por sus características particulares expuestas en el capítulo uno es sumamente difícil de medir y cuantificar en forma exacta, por lo que las cifras difieren considerablemente y en algunas tablas se llegan a mencionar únicamente estimaciones. Con la recopilación de las estadísticas que se presentan en este capítulo se muestra un panorama global de la situación que guarda el aborto en diferentes países del mundo, y resalta la necesidad de buscar métodos confiables para que se pasen de estimaciones a datos reales, lo que

significa un gran reto según especialistas, ya que inclusive en un mismo periodo de años, las cifras que se reportan difieren considerablemente dependiendo la fuente que la emitió.⁵

- Requerimientos adicionales que marca la legislación del país para poder acceder a un aborto legal.

ÁFRICA

Tabla 2.2.- Número estimado de abortos inducidos e ilegales, tasa de aborto y proporción de aborto en el continente Africano

| Región y Subregión | No. de abortos ilegales (millones) | Tasa* | Proporción** |
|----------------------|------------------------------------|-----------|--------------|
| Africa | 5.0 | 33 | 15 |
| África Oriental | 1.9 | 41 | 16 |
| África Media | 0.6 | 35 | 14 |
| África Septentrional | 0.6 | 17 | 12 |
| África Meridional | 0.2 | 19 | 12 |
| África Occidental | 1.6 | 37 | 15 |

Fuente: Stanley, K., Susheela, S. y Taylor, H. (1999) *La incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa01699.html>

* Abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años

** Abortos por cada 100 embarazos conocidos (abortos más los nacimientos vivos)

África Oriental: Burundi, Etiopía, Kenya, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, República Unida de Tanzania, Rwanda, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

África Media: Angola, Camerún, Chad, Congo, República Centroafricana, República popular del Congo y Gabón.

África Septentrional: Argelia, Egipto, Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos, Sudán y Túnez.

África Meridional: Botswana, Lesotho, Namibia y Sudáfrica.

África Occidental: Benin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone y Togo.

De acuerdo con Whitaker y Germain (1999) en el continente Africano se observan las siguientes estadísticas:

⁵ Ver capítulo 3, apartado 3.1

- Datos estimados sugieren que existen 680 muertes por 100,000 abortos; en comparación con 330 por 100,000 para el resto de los países en vías de desarrollo (excluyendo a China), y 1.2 por 100,000 en países desarrollados.
- Las muertes por complicaciones derivadas de un aborto representan un porcentaje significativo de mortandad materna en algunas regiones: 28% en Zimbabwe, 54% en Etiopía y 40% en Nigeria,
- La población que frecuentemente sufre más son las adolescentes, pues en Nigeria, el 60% de las complicaciones tratadas por un aborto inseguro en hospitales son precisamente ellas.

Whitaker y Germain (op.cit) mencionan además que el aborto es permitido al menos, por algunas razones en todos los países de África: generalmente para salvar la vida de la mujer o en casos de violación o incesto. A continuación puede verse en qué países se presentan esos casos.

Tabla 2.3.- Políticas de aborto en el continente Africano

A: Para salvar la vida de la mujer; **B:** Para preservar la salud física; **C:** Para preservar la salud mental; **D:** violación o incesto; **E:** Malformación fetal; **F:** Razones sociales o económicas; **G:** Disponible por petición

| No. | País | A | B | C | D | E | F | G |
|-----|----------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | Algeria | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 2 | Angola | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 3 | Benin | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 4 | Botswana | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO |
| 5 | Burkina Faso | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO |
| 6 | Burundi | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 7 | Camerún | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO |
| 8 | Rep. Centro Africana | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 9 | Chad | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 10 | Congo | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 11 | Egipto | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 12 | Etiopía | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 13 | Gabón | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 14 | Gambia | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 15 | Ghana | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO |
| 16 | Guinea | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 17 | Guinea-Bissau | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 18 | Kenya | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 19 | Lesotho | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 20 | Liberia | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO |
| 21 | Libia | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 22 | Malawi | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 23 | Mali | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 24 | Mauritania | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 25 | Mauricio | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 26 | Mozambique | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 27 | Namibia | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO |
| 28 | Níger | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 29 | Nigeria | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 30 | Senegal | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 31 | Sierra Leona | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 32 | Somalia | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 33 | Sudáfrica | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 34 | Sudan | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO |
| 35 | Swazilandia | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 36 | Togo | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 37 | Túnez | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 38 | Uganda | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 39 | Zambia | SI | SI | SI | NO | SI | SI | NO |
| 40 | Zimbawe | SI | SI | NO | SI | SI | NO | NO |

Fuente: United Nations. Department of Economic and Social Development. (2001) *Abortion policies. A global review. Volume I, II y III.* New York: United Nations.

De los 40 países analizados anteriormente se desprende la siguiente tabla

Tabla 2.4.- Porcentaje de países en el continente africano que permiten el aborto bajo diversas causas

| Política | Número de países que lo permiten | % de países que lo permiten |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Salvar la vida de la mujer | 40 | 100 |
| Preservar la salud física | 20 | 50 |
| Preservar la salud mental | 19 | 47.5 |
| Violación o incesto | 10 | 25 |
| Malformación fetal | 9 | 22.5 |
| Razones socioeconómicas | 3 | 7.5 |
| Disponible por petición | 2 | 5 |
| Todas las causas | 2 | 5 |

La tabla anterior señala que de los 40 países analizados del continente Africano, el 100% de ellos permite el aborto para salvar la vida de la mujer, la mitad lo permite para conservar la salud física, el 47.5% concede a la mujer un aborto legal para preservar la salud mental; mientras que sólo un 25% hace lo propio por violación o incesto. Por malformación fetal el 22.5% de los países africanos permite un aborto. Un 7.5% por razones socioeconómicas y un 5% está disponible a petición de la mujer. Es importante recordar que un mismo país puede tener una o más restricciones para el acceso a un aborto legal. Sólo hay dos países (Sudáfrica y Túnez) que aceptan todas las causales de aborto.

Cabe recalcar que existen requerimientos adicionales para que en África una mujer pueda legalmente acceder a un aborto. A continuación veremos cuáles son esos requerimientos, además de exponer por cada país algunos estudios que dan cuenta del número de abortos que ocurren en ellos:

Tabla 2.5.- Porcentaje de mujeres que abortan en *Algeria*

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|------------------|-----------|-----------------------|---------------------------------------|---|
| Nacional | 1990-1992 | 5,024 mujeres casadas | No especificado, presuntamente ilegal | El 4.3% de mujeres abortaron alguna vez en los pasados 24 meses |
| Nacional, rural | 1990-1992 | 2,501 mujeres casadas | No especificado, presuntamente ilegal | El 4.4% de ellas abortaron alguna vez en los pasados 24 meses |
| Nacional, urbano | 1990-1992 | 2,523 mujeres casadas | No especificado, presuntamente ilegal | El 4.1% de ellas abortaron alguna vez en los pasados 24 meses |

Fuente: République Algérienne Démocratique et Populaire, Office National des Statistiques, *Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant. Rapport principal*. Ministère de la Santé et de la Population and Pan Arab Project for Child Development (PAPCHILD), League of Arab States, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Éste deberá ser realizado por un médico o cirujano en una institución especializada. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.6.- Muertes maternas por aborto en *Angola*

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------------|------|--------------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| Luanda (capital) | 1987 | Estadísticas de hospital | 204 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 7.4% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 69 decesos por cada 100,000 nacidos vivos |

Fuente: Rita, M. Estudo da mortalidade materna hospitalar em 1987 em Luanda. *Acta medica angolana*, 1988, 7: 31-40 En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere del consentimiento de la mujer para realizar un aborto terapéutico, además de una consulta previa con un médico profesional. Se debe realizar dentro del primer trimestre (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.7.- Muertes maternas por aborto en *Benin*

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------------------------|-----------|--------------------------|---|--------------------------------|--|
| Nacional, centros de salud | 1993-1994 | Estadísticas de hospital | 980 admisiones por complicaciones de aborto | Inducido, presuntamente ilegal | 8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 7 decesos por cada 100,000 nacidos vivos |

Fuente: Task Force on Safety and Efficacy of Fertility Regulating Methods, *Hospital-based descriptive studies of mortality and morbidity related to induced abortion*. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El médico que realiza el aborto debe contar con la opinión de dos médicos consultistas, uno de los cuales se deberá elegir de una lista de expertos que es proporcionada por una corte civil, quien después de realizar un examen y discutir el caso, certificará por escrito que la vida de la mujer corre peligro de no ser por una intervención terapéutica (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.8.- Muertes maternas por aborto en Botswana

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1992 | Estadísticas de hospital | 3731 complicaciones por aborto | ilegal | 14% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1982-1986 | Estadísticas de hospital | 104 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 10.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Ramalefo, C. And Modisaotile, I.M. *The state of unsafe abortion in Botswana; evidence from proxy indicators*. Daft Presented at the Conference on Unsafe Abortion and Post Abortion Family Planning in Africa, Mauritius, March 24-28, 1994. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization
2. Congoro, H. Maternal mortality in Botswana 1982-1986. *Journal of the Medical and Dental Association of Botswana*, 1988, 18(3-4): 49-61. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto debe ser realizado en su totalidad por un médico practicante registrado ya sea en un hospital de gobierno o clínica privada. En caso de violación, incesto o malformación fetal, éste deberá ser aprobado por escrito por dos practicantes (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.9.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Burkina Faso

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia y/o mortalidad |
|-------------------------|------|--------------------------|---|----------------|--|
| 1.Nacional | 1989 | Estadísticas de hospital | Complicaciones por aborto | ilegal | Frecuencia: 5 abortos como un porcentaje del total de admisiones ginecológicas y obstétricas |
| 2.Ouagadougou (capital) | 1984 | Estadísticas de hospital | 300-400 admisiones por complicaciones de aborto | ilegal | Mortalidad: 18% casos de muerte |

Fuentes:

1. Pazio, A.J. *State of unsafe abortion in Burkina Faso*. Presented at the Conference on Unsafe Abortion and Post Abortion Family Planning in Africa, Mauritius, March 24-28, 1994. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization
2. Segbo, M.P. Catastrophe à Ouaga. *Sages femmes*, 1985, 9(1): 23-25. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Dos médicos deben atestiguar que la mujer corre peligro de continuar el embarazo, o que existen altas posibilidades de que el neonato se vea afectado. En casos de violación o incesto el aborto deberá de establecerlo el Fiscal del Estado y tendrá que realizarse durante las primeras 10 semanas de embarazo (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.10.- Muertes maternas por aborto en Camerún

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|-----------|--------------------------|---|--------------------------------|-----------------------|
| Nacional | 1994-1995 | Estadísticas de hospital | 324 admisiones por complicaciones de aborto | Inducido, presuntamente ilegal | 1% casos de fatalidad |

Fuente: Task Force on Safety and Efficacy of Fertility Regulating Methods, *Hospital-based descriptive studies of mortality and morbidity related to induced abortion*. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Éste será realizado por una persona calificada. En caso de violación, el "Oficio de Procesamiento" deberá certificar un "Visto Bueno" de los hechos antes de que el aborto pueda ser llevado a cabo legalmente (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.11.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Chad

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia y/o mortalidad |
|--------------|------|--------------------------|------------------------------|----------------|---|
| 1. N'Djamena | 1988 | | 1222 mujeres de 12 a 49 años | ilegal | Frecuencia: El 3% de ellas abortaron alguna vez. |
| 2. N'Djamena | 1988 | Estadísticas de hospital | 65 muertes maternas | Espontáneo | Mortalidad: 6.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 58 muertes por cada 100,000 nacidos vivos |

Fuentes:

1. Tafforeau, J. Et al. *Rapport préliminaire: enquête sur le bien être familial a N'Djamena*. In: Brandon, L.L. *Rapport final de la conférence sur le bien-être familial au Tchad*. N'Djamena, Chad, 1988. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. Bernis, L.D. de *Causes of maternal mortality*. *Children in the Tropics*, 1990, 187/188: 19-26. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

La mujer embarazada deberá consentir el procedimiento a menos de que no esté en condiciones y exista un grave daño a su vida. El médico que realiza el aborto

deberá obtener la aprobación por escrito de otros dos médicos, uno de los cuales serán un experto en la lista de la corte civil (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.12.- Muertes maternas por aborto en Congo

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------------|-----------|---|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Brazzaville | 1993-1994 | Se usó el RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) | 143 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 18.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 77 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. |
| 2. Nacional | 1975 | | 6,365 abortos, excluyendo el legal | Inducido, presuntamente ilegal | 2.8% decesos ocasionados por este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Hoki, L.H. et al. Mortalité maternelle à Brazzaville, 1993-1994. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 1997, 26(2); 163-168. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Adrien, S. *Amélioration de la vie familiale en République Populaire du Congo*. Unpublished WHO document AFR/MCH/77, 1978. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere la autorización de un comité de médicos (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.13.- Muertes maternas por aborto en Egipto

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|-------------|-----------|------------------|------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Nacional | 1992-1993 | | 772 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 4.5% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 8 muertes por cada 100,000 nacidos vivos |
| 2. Nacional | 1986 | | Abortos inducidos | | De 4.1 a 6.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3. Nacional | 1973 | Fuentes públicas | 1,158 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 6.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Ministry of Health, Child Survival project. *National maternal mortality study: Egypt 1992-1993. Findings and conclusions*. Cairo, Egypt, 1994. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Bathija, H. *Background information for the meeting to identify research priorities on induced abortion. (Mimeographed document dated 9 2 86)*. World Health Organization, HRP, 1986. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Abdullah, S.A. et al. *Maternal mortality in Upper Egypt*. Geneva. Paper presented at the Interregional Meeting on the Prevention of Maternal Mortality, 11-15 November, 1985. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Tres médicos deberán certificar que admiten la realización de un aborto. Se requiere el consentimiento del esposo a menos que los médicos señalen que la intervención es necesaria (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.14.- Porcentaje de mujeres que abortan y/o mortalidad materna por aborto en Etiopía

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan y/o mortalidad |
|-------------------------------|------|-------------------------|------------------|----------------|---|
| 1. Nacional | 1989 | Estimación anual | Embarazadas | Inducido | Del 4 a 7% ha abortado alguna vez en un año |
| 2. Nacional, Centros de Salud | 1979 | Registros de hospitales | Muertes maternas | Aborto séptico | Mortalidad: 30% del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Yoseph, S. *Teenage pregnancies and illegal abortion*. National Seminar on Safe Motherhood in Ethiopia. September 18-20, 1989, 1898. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. Boerma, J. T. The magnitude of the maternal mortality problem in Sub-Saharan Africa. *Social science and medicine*, 1987, 24(6): 551-558. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

La intervención deberá certificarse por escrito ante un médico registrado excepto cuando es imposible, cuando la vida de la mujer corre peligro o por salud. Se debe contar con una segunda opinión. Además, se deberá presentar el consentimiento de la intervención por parte de la mujer o si es incapaz, su pariente cercano o tutor (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.15.- Muertes maternas por aborto en Gabón

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|-------------------------|-----------|--------------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1994 | Estimación | Muertes maternas | Inducido, presuntamente ilegal | 17-28% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Libreville (capital) | 1984-1987 | Estadísticas de hospital | 48 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 16.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 25 muertes por cada 100,000 nacidos vivos; |
| 3. Libreville (capital) | 1985 | Estadísticas de hospital | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 10% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Diallo, M.P. *Maternité sans risques*. Libreville, Gabon, UNFPA, Country support team I, 1994. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. Picaud, A. et al. La mortalité maternelle au Centre Hospitalier de Libreville (1984-1987). *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 1989, 18(4): 445-450. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se deberá tener el consentimiento de dos médicos, uno de los cuales se elegirá de una lista de expertos proporcionada por la corte. Los médicos deberán atestiguar de que la vida de la mujer no puede ser salvada de ninguna otra manera más que con la intervención contemplada (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.16.- Muertes maternas por aborto en Ghana

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|-----------|--------------------------|---|---------------------------------------|---|
| 1. Accra | 1993-1994 | Estadísticas de hospital | 123 admisiones por complicaciones de aborto | ilegal | 4.1% casos de muerte. |
| 2. Accra | 1991 | Estadísticas de hospital | Muertes maternas. | No especificado, presuntamente ilegal | 13% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3. Accra | 1990 | Estadísticas de hospital | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Lasse, A.T. Complications of induced abortions and their preventions in Ghana. *East African medical journal*, 1995, 72(12):774-777. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2 y 3. Ghana, Ministry of Health, Health Research Unit. *Report on the national consultative meeting on safe motherhood in Ghana*. Ghana, Ministry of Health, 1993. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El aborto deberá realizarlo un médico registrado con el consentimiento de la mujer embarazada, y si ésta no es capaz, se requerirá el de un pariente cercano o tutor. El aborto deberá realizarse en un hospital de gobierno, privado o en una clínica registrada o lugar apropiado (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.17.- Muertes maternas por aborto en Guinea

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------------------|------|--------------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Conakry (capital) | 1992 | Estadísticas de hospital | 83 complicaciones por aborto | ilegal | 12% casos de muerte |
| 2. Nacional | 1990 | | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 25% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 141 muertes por 100,000 nacidos vivos |

Fuentes:

1. Hyhazi, Y. And Diallo, M.S. *Association guinéenne pour le bien-être familial: Illegal or unsafe abortion in Guinea*. Presented at the Conference on Unsafe Abortion and Post Abortion Family Planning in Africa, Mauritius, March 24-28, 1994. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. United Nations. Department of Economic and Social Development. *Abortion policies. A global review. Volume II. Gabon to Norway*. 1993. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento por escrito de dos médicos, además del que realizará el aborto. Uno de ellos deberá escogerse de una lista de expertos proporcionadas por la Corte (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.18.- Muertes maternas por aborto en Guinea-Bissau

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|-----------|---|----------------------|---------------------------------------|---|
| Nacional | 1989-1990 | Se uso el RAMOS (reproductive age mortality survey) | 145 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 5.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 51 muertes por cada 100,000 nacidos vivos |

Fuente: Oosterbaan, M. And Barreto da Costa, M.V. *A Mortalidade materna na Guinea-Bissau*. Bissau. (Unpublished project report), 1991. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El aborto legal se realiza en un hospital dentro de los primeros tres meses de embarazo, contando con el consentimiento del esposo, padre, tutor o representante legal si la mujer es soltera (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.19.- Muertes maternas por aborto en Kenya

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------------------------|------|--------------------------|---|---------------------------------------|--|
| Nacional, Centros de Salud | 1993 | Estadísticas de hospital | 8,739 admisiones por complicaciones de aborto | No especificado, presuntamente ilegal | 3.8% del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Population Studies and Research Institute. *Kenya maternal mortality baseline survey 1994. Volume I*. Nairobi, Kenya, university of Nairobi, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarlo un médico certificado en un hospital y con el consentimiento de la mujer y su esposo. Antes de que el aborto se realice, se requieren dos opiniones médicas, una de las cuales deberá ser del médico que ha tratado a la mujer y el otro de un psiquiatra (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.20.- Porcentaje de mujeres que abortan en Liberia

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|--------------------|------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Monrovia (capital) | 1984 | 768 mujeres solteras de 14 a 25 años | No especificado, presuntamente ilegal | El 12.4% de ellas abortaron alguna vez |

Fuente: Nichols, D. Et al. Sexual behavior, contraceptive practice, and reproductive health among Liberian adolescents. *Studies in family planning*, 1987, 18(3): 169-176. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Dos médicos deberán certificar las circunstancias que justifican la realización de un aborto. Uno de ellos puede ser el médico que realizará el aborto. Dichos certificados serán remitidos al hospital donde el procedimiento se realizará o al Ministerio de Salud si el aborto no se realiza en un hospital. En caso de violación o incesto, el certificado también deberá remitirse ante el Abogado de la Nación o la Policía antes de que el aborto sea permitido (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.21.- Frecuencia de abortos en Libia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia |
|----------|------|--------------------------|------------------|---------------------------------------|---|
| Banghazi | 1984 | Estadísticas de hospital | 246 embarazos | No especificado, presuntamente ilegal | 19.7 abortos del total de nacidos vivos |

Fuente: Abudejaja, A.H. et al. Experience of a family clinic at Benghazi, Libya and sociomedical aspects of its catchment population. *Family practice*, 1987, 4(1): 19-26. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Dos médicos deben de estar de acuerdo en que de continuar con el embarazo, se pondría en peligro la vida de la mujer. Uno de ellos deberá ser un especialista en ginecología y obstetricia. Si ambos médicos están de acuerdo, prepararán un reporte formal que deberá incluir el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal en caso de ser menor (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.22.- Muertes maternas por aborto en Malawi

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------------------------|------|--------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|
| Nacional, centros de salud | 1989 | Estadísticas de hospital | 214 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 18.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 111 muertes maternas por 100,000 nacimientos vivos. |

Fuente: Driessen, F. *Maternal deaths in 12 Malawi hospitals in 1989* (unpublished document), 1990. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

La autorización para un aborto se debe obtener de una consulta con un profesional. Se requiere en teoría el permiso del esposo (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.23.- Porcentaje de mujeres que abortan en Mauritania

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|-----------------|-----------|----------------------------|---------------------------------------|---|
| Nacional | 1990-1991 | Mujeres casadas incluyendo | No especificado, presuntamente ilegal | El 17% de las mujeres abortaron alguna vez en su vida |
| Nacional rural | 1990-1991 | Mujeres casadas incluyendo | No especificado, presuntamente ilegal | El 15% abortaron alguna vez en su vida |
| Nacional urbano | 1990-1991 | Mujeres casadas incluyendo | No especificado, presuntamente ilegal | El 20% abortaron alguna vez en su vida |

Fuente: National Statistical Office of Mauritania. Meynoub, M.Y.O. et al. (eds). *Mauritania maternal and child health survey (1990-1991). Principal report*. Islamic Republic of Mauritania, Ministry of Planning and Pan Arab Project for Child Development (PAPCHILD). League of Arab States, 1992. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El médico asistente deberá consultar a dos médicos adicionales, uno de los cuales deberá ser tomado de una lista de expertos proporcionado por la corte. El médico deberá atestiguar que la vida de la mujer no puede ser salvada de ninguna manera más que con la realización de un aborto (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.24.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Mauricio

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia y/o mortalidad |
|-------------|------|------------------|-----------------------------------|------------------|---|
| 1. Nacional | 1993 | Estimación | abortos | Inducido, ilegal | Frecuencia: 20,000 abortos inducidos en 1993 |
| 2. Nacional | 1980 | Estimación Anual | 5000 admisiones por aborto ilegal | ilegal | Mortalidad: 16% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

- Oodit, G. et al. *Use of induced abortion in Mauritius: an alternative to fertility regulation or an emergency procedure?* In: *Muños, a. AND Indiso, C.L. (eds). Abortion in the developing world*. Geneva, Switzerland, World Health organization, 1997. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
- United Nations. Department of Economic and Social Development. *Abortion policies. A global review. Volume II. Gabon to Norway 1993*. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

La intervención deberá ser aprobada por el Procurador General (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.25.- Muertes maternas por aborto en Mozambique

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|---------|------|---------------------|----------------------------------|----------------|----------------------|
| Maputo | 1994 | Estudio de hospital | 400 admisiones por aborto ilegal | ilegal | 1.0% casos de muerte |

Fuente: Ardi, E. Et al. Comparison of women having clandestine and hospital abortions. Maputo, Mozambique. *Reproductive health matters*. 1997, 9: 108-115. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se debe llevar a cabo en hospitales de salud. Un comité deberá tomar la decisión para aprobar el aborto (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.26.- Porcentaje de mujeres que abortan en Níger

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|------------------|------|---------------------|-------------------------|---------------------------------------|---|
| Niamey (capital) | 1992 | Estudio de hospital | 149 mujeres embarazadas | No especificado, presuntamente ilegal | El 18.1% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuente: Barennes, h. And Tah, F.M. La mortalité néonatale sans solution en Afrique sahélienne? Bilan et perspectives en milieu urbain à niamey, Niger. *Cahiers santé*. 1995, 5(6): 335-340. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El médico asistente deberá consultar con dos médicos adicionales, uno de los cuales deberá ser tomado de una lista de expertos proporcionada por la corte. El médico deberá atestiguar el hecho de que la vida de la mujer no puede ser salvada de otra manera que por la realización de un aborto (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.27.- Muertes maternas por aborto en Nigeria

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|-------------|------|---------------|-------------------------|--------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1996 | Estimación | 50,000 muertes maternas | Inducido, presuntamente ilegal | 40% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Nacional | 1991 | Estimación | 50,000 muertes maternas | Inducido, presuntamente ilegal | 40% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Okonofua, F.E. et al. *Women's experiences of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. Summary report*. The Population Council, The Robert H. Ebert Program on Critical Issues in Reproductive Health and Population, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. Okonofua, F.E. and Ilukoma, A. *Prevention and morbidity and mortality from unsafe abortion in Nigeria. Proceedings of a seminar organized by the Department of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology. Obafemi Awolowo University, 1991*. New York USA. The Population Council, 1993. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requieren dos médicos para que certifiquen que el embarazo presenta una amenaza para la vida de la mujer (United Nations, vol. 2; 2001).

Tabla 2.28.- Muertes maternas y porcentaje de mujeres que abortan en Senegal

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad y/o % de mujeres que abortan |
|------------------------------|-----------|--------------------------|---|--------------------------------|--|
| 1. Nacional Centros de Salud | 1993-1994 | Estadísticas de hospital | 709 admisiones por complicaciones de aborto | Inducido, presuntamente ilegal | 7% decesos del total de muertes maternas |
| 2. Nacional | 1988-1989 | | 290 mujeres embarazadas | Espontáneo | 32% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuentes

1. Task Force on Safety and Efficacy of Fertility Regulating Methods. *Hospital-based descriptive studies of mortality and morbidity related to induced abortion*. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Gueye, A. et al. *Rapport de la deuxième mission d'identification pour la reduction de la mortalité maternelle au Senegal*. Ministère de la Santé Publique, Ministère du Développement Sociale. UNDP, WHO, Columbia University, 1989. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El médico que realice el aborto debe obtener un consejo por escrito de dos médicos consultistas, uno de los cuales deberá ser tomado de una lista de expertos proporcionados por la Corte. El médico debe atestiguar que la vida de la mujer corre peligro y que no puede ser salvada más que con la intervención. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.29.- Muertes maternas por aborto en Sudáfrica

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|------|------------------|---|---------------------------------------|---|
| Nacional | 1994 | Estimación anual | 44686 admisiones por complicaciones de aborto | No especificado, presuntamente ilegal | 37 muertes por cada 100,000 nacidos vivos |

Fuente: Rees, H. Et al. The epidemiology of incomplete abortion in South Africa. *South African medical journal (SAMJ)*, 1997, 87(4): 432-437. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto legal deberá ser realizado por un médico en un hospital de gobierno u otra institución medica aprobada, donde además se requerirá del permiso del director del hospital. El aborto requiere la aprobación de dos médicos independientes (además del medico que realiza el aborto), uno de los cuales deberá ser un psiquiatra. Uno de los médicos consultistas deberá haber practicado

medicina por lo menos cuatro años. La ley prohíbe el consentimiento de médicos que participan o asisten el aborto. La autorización para un aborto en caso de violación, incesto o de una mujer con retraso mental no será concedida sin un certificado del Magistrado local (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.30.- Frecuencia de abortos Swazilandia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia |
|----------------------------|------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| Nacional, Centros de Salud | 1993 | Estadísticas de hospital | 1070 abortos, excluyendo el legal | No especificado, presuntamente ilegal | 6.8% se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: World Health Organization, WHO Representative, Swaziland. *Rapid evaluation methodology: Swaziland*. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

A pesar de que no hay mecanismos legales específicos para que una mujer acceda a un aborto legal o límites gestacionales a observar, la práctica sugiere que un aborto legal es realizado por médicos registrados en hospitales de gobierno, clínicas privadas u otra institución aprobada y puede realizarse arriba de 20 semanas de gestación (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.31.- Porcentaje de mujeres que abortan en Tunisia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|----------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------------------------------|---|
| Monastir | 1988-1989 | Estadísticas de hospital | 3859 parturientas | No especificado, presuntamente ilegal | El 39.2% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuente: Soltani, M.S. et al. Facteurs associés aux faibles poids de naissance dans le Sahel tunisien. *Archives francaises de pédiatrie*, 1991, 48(6), 405-408. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El aborto debe realizarse durante el primer trimestre del embarazo por un médico que practique la medicina en un hospital o clínica autorizada (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.32.- Muertes maternas por aborto en Uganda

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------------------------|-----------|---------------------------|---|--------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1994 | Estimación | Muertes maternas | ilegal | 180 muertes por 100,000 nacidos vivos. |
| 2. Nacional Centros de salud | 1992-1993 | Estadísticas del hospital | 3,111 Admisiones por complicaciones de aborto | Inducido, presuntamente ilegal | 6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto. |

Fuentes:

1. Mirembe, F.M. *A situational analysis of induced abortions in Uganda*. Presented at the Conference on Unsafe Abortion and Post Abortion Family Planning in Africa, Mauritius, March 24-28, 1994. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. Task Force on Safety and Efficacy of Fertility Regulating Methods. *Hospital-based descriptive studies of mortality and morbidity related to induced abortion*. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarlo un médico registrado, y aunque legalmente no se requiere de la aprobación de un comité, usualmente se busca el consentimiento de dos médicos antes de que se pueda realizar un aborto legal (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.33.- Muertes maternas por aborto en Zambia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------------------------|-----------|--------------------------|----------------------|--|--|
| 1. Nacional | 1996 | Estimación | Muertes maternas | Inducido, presuntamente ilegal | 30% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Nacional Centros de salud | 1983-1988 | Estadísticas de hospital | 145 muertes maternas | Inducido, presuntamente ilegal y espontáneo. | 3.4% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Sims, P. Abortion as a public health problem in Zambia, *Journal of public health medicine*, 1996, 18(2): 232-233. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. Zambia Ministry of Health. *Family health programme - maternal mortality*. Lusaka, Working paper presented at the Preliminary Workshop on the UNFPA Funded Family Health Programme, 18-19 August 1988, 1988. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere del consentimiento de tres médicos, uno de los cuales deberá ser un especialista en el campo de la medicina relacionada con el motivo que la mujer tenga para abortar. Dicho consentimiento debe ser aplazado si el aborto es inmediatamente necesario, sea para salvar la vida o prevenir un mal para la salud física o mental de la mujer. Un aborto legal debe realizarlo un médico registrado, en un hospital de gobierno o en otra institución aprobada, a menos que la vida de la mujer peligre (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.34.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Zimbabwe

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia y/o mortalidad |
|-------------|------|------------------|------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1997 | Estimación anual | Abortos, excluyendo el legal | Illegal | Frecuencia: 60,000 a 80,000 abortos ilegales |
| 2. Nacional | 1992 | Estimación anual | Abortos | No especificado, presuntamente ilegal | Frecuencia: 60,000 a 70,000 abortos ilegales |
| 3. Nacional | 1990 | | 197 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 47.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Health Information Unit (Zimbabwe). *National health surveillance/information to define, monitor and evaluate maternal health and family planning programmes (reproductive health) in Zimbabwe. Country case study Zimbabwe*. Ministry of Health and Child Welfare, 1997. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. Johnson, B.R. et al. (eds) *Proceedings of conference on unsafe abortion* Kadoma, Zimbabwe, Zimbabwe ministry of Health and Child Welfare, 23-25 February 1994, 1994. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

3. World Health organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto legal debe realizarse por un médico en una institución designada con el permiso del superintendente de la misma. Cuando el aborto es requerido porque el embarazo acarrea una amenaza a la vida o salud mental de la mujer embarazada, o en daños o deterioro fetal, dos médicos que no sean miembros de la misma práctica deberán certificar al superintendente del hospital que existen condiciones de peligro. De cualquier manera, si la vida de la mujer está en peligro, un médico puede realizar el aborto en un lugar diferente a la institución designada y sin una segunda opinión médica (United Nations, vol. 3, 2001).

AMÉRICA

El Instituto Alan Guttmacher de Estados Unidos, en su informe *Aborto clandestino. Una realidad latinoamericana* (1994), reporta que aproximadamente 2.8 millones de abortos se provocan todos los años en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana. Extrapolando estas estimaciones a toda la región, se calculan cuatro millones de abortos inducidos por año en esta región (The

Population Council, 1995). Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud, en Latinoamérica ocurren cerca de 6 millones de abortos anuales. (Muraro, 1989). CIMAC (2001f) hace referencia a una investigación del Instituto Alan Guttmacher en la que se estima que en 1991 en la región de América Latina y el Caribe se provocan cerca de cuatro millones de abortos. Según cifras del citado Instituto, se calcula que en la región anualmente se realizan 4.5 millones de abortos, la mayoría en condiciones insalubres(CIMAC, 2000a), lo que significa un incremento en comparación de 1991.

Una investigación sobre la Incidencia del Aborto Inducido a nivel mundial, realizada por Stanley, Susheela y Taylor en 1995, revela que América latina tiene la segunda tasa más elevada de abortos, con 37 por cada 1,000 mujeres de 15 a 44 años. La siguiente es una tabla desprendida de dicha investigación, en donde se estima el número de abortos inducidos en América:

Tabla 2.35.- Número estimado de abortos inducidos e ilegales, tasa de aborto y proporción de aborto en el continente Americano

| Región y Subregión | No. de abortos ilegales (millones) | Tasa* | Proporción** |
|--------------------------|------------------------------------|-----------|--------------|
| América Latina | 4.0 | 37 | 27 |
| Caribe | .02 | 50 | 35 |
| América Central | 0.9 | 30 | 21 |
| América del Sur | 3.0 | 39 | 30 |
| América del Norte | 1.5 | 22 | 26 |

Fuente: Stanley, K., Susheela, S. y Taylor, H. (1999). *La incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa01699.html>

* Abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años

** Abortos por cada 100 embarazos conocidos (abortos más los nacimientos vivos)

Caribe: Cuba, Haití, Jamaica, puerto Rico, República Dominicana y Trinidad y Tobago.

América Central: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México⁶, Nicaragua y Panamá.

América del Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

América del Norte: Canadá y Estados Unidos

Una vez conocido el número estimado de abortos que se realizan en el continente americano, procederemos a exponer la legislación del mismo. La siguiente tabla

⁶ Aunque en realidad México pertenece a América del norte

resume los rubros bajo los cuales está permitido un aborto en algunos de los principales países del continente americano.

Tabla 2.36.- Políticas de aborto en el continente Americano

A: Para salvar la vida de la mujer; **B:** Para preservar la salud física; **C:** Para preservar la salud mental; **D:** violación o incesto; **E:** Malformación fetal; **F:** Razones sociales o económicas; **G:** Disponible por petición

| No. | Pais | A | B | C | D | E | F | G |
|-----|---------------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | Argentina | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO |
| 2 | Belice | SI | SI | SI | NO | SI | SI | NO |
| 3 | Bolivia | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO |
| 4 | Brasil | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO |
| 5 | Canadá | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 6 | Chile | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 7 | Colombia | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 8 | Costa Rica | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 9 | Cuba | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 10 | Ecuador | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO |
| 11 | El Salvador | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 12 | Estados Unidos de América | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 13 | Guatemala | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 14 | Haití | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 15 | Honduras ⁷ | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 16 | Nicaragua | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 17 | Panamá | SI | SI | NO | SI | NO | NO | NO |
| 18 | Paraguay | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 19 | Perú | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 20 | República Dominicana | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 21 | Surinam | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 22 | Uruguay | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO |
| 23 | Venezuela | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |

Fuente: United Nations. Department of Economic and Social Development. (2001) **Abortion policies. A global review. Volume I, II y III.** New York: United Nations.

De los 23 países analizados anteriormente se desprende la siguiente tabla:

⁷ No se incluye México porque será tratado en un apartado especial

Tabla 2.37.-Porcentaje de países en el continente Americano que permiten el aborto bajo diversas causas.

| Política | Número de países que lo permiten | % de países que lo permiten |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Salvar la vida de la mujer | 21 | 91.3 |
| Preservar la salud física | 11 | 47.8 |
| Preservar la salud mental | 10 | 43.5 |
| Violación o incesto | 9 | 39.1 |
| Malformación fetal | 4 | 17.4 |
| Razones socioeconómicas | 4 | 17.4 |
| Disponible por petición | 3 | 13 |
| Todas las causas | 2 | 8.7 |
| Ninguna | 2 | 8.7 |

En la tabla anterior se refleja que de los 23 países analizados del continente Americano, el 91.3% de ellos permite el aborto para salvar la vida de la mujer, el 47.8% lo permite para conservar la salud física, el 43.5% concede a la mujer un aborto legal para preservar la salud mental, mientras que un 39.1% hace lo propio por violación o incesto. Por malformación fetal el 17.4% de los países americanos permite un aborto. El mismo porcentaje por razones socioeconómicas y un 13% está disponible a petición de la mujer. Es importante recordar que un mismo país puede tener una o más restricciones para el acceso a un aborto legal. Es de destacar que únicamente dos países (Estados Unidos de América y Cuba) aceptan todas las circunstancias, mientras que Chile y el Salvador no aceptan ninguna.

En cada país del continente americano se presentan requerimientos adicionales para que una mujer pueda acceder a un aborto en condiciones de legalidad. A continuación se exponen esos requerimientos, dando cuenta de la frecuencia de abortos en algunos de los principales países del continente o del número de muertes derivadas de la práctica del mismo.

Tabla 2.38.- Muertes maternas por aborto en Argentina

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|------|------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1993 | Fuentes públicas | 309 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 29.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1990 | | 353 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 32.7% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1980 | Fuentes públicas | 485 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 35.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes

1 y 3. Checa, S. y Rosenberg, M.L. *Abortos hospitalizados. Un problema de salud pública. Una cuestión de derechos reproductivos. Estudio sobre abortos hospitalizados en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina, Ediciones El Cielo Por Asalto, 1996. En: World Health Organization (1998) *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
 2. Argentina, República de. *Anuario estadístico de la República Argentina 1993*. Vol. 9 1994. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarlo un médico con licencia y con el consentimiento de la mujer embarazada (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.39.- Muertes maternas por aborto en Belice

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|------|------------------|--|---|
| Nacional | 1989 | Muertes maternas | Aborto no especificado, presuntamente ilegal | 67% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: World Health Organization (WHO) *World health statistic annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un médico registrado deberá realizar el aborto, el cuál deberá ser autorizado por dos médicos también registrados (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.40.- Muertes maternas por aborto en Bolivia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|-------------|------|---------------|-----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1988 | Estimación | 1530 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 15.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Nacional | 1980 | | 118 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 27% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Bolivia, Ministry of Health. *Maternal mortality rates*. (unpublished), 1989. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El aborto debe realizarlo un médico. Debe obtenerse una autorización judicial si el aborto es realizado por violación o incesto e iniciar una acción legal (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.41.- Muertes maternas por aborto en Brasil

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|------|------------------|----------------|--|
| Nacional | 1996 | Muertes maternas | Illegal | 8.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: AFP-mail *Brésil-santé*. Agence France Press e (AFP) 111854, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization.

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Será realizado por un médico. En caso de que exista embarazo resultado de una violación, se debe obtener el consentimiento de la mujer, o si es incompetente, el consentimiento de su representante legal (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.42.- Muertes maternas por aborto en Canadá

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|------|------------------|------------------|---------------------------------------|---|
| Nacional | 1984 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto. |

Fuente: World Health organization. Pan American health Organization. *Regional plan of action for the reduction of maternal mortality in the Americas*. Washington, D.F., PAHO, Regional Committee Paper No. CSP/23/10, 1990. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Dada la ausencia de legislación sobre el aborto, se encuentra disponible por petición. No existen estipulaciones como quién deberá realizarlo y en dónde (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.43.- Muertes maternas por aborto en Chile

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|-------------|-----------|------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1992 | | 91 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 30.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Nacional | 1990-1991 | | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 36.7% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3. Nacional | 1988 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 40.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Chile, Ministerio de Salud, *Status of health and health care services in Chile*. Santiago, Chile, Ministry of Health, 1993. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. *Determinantes del aborto y factores asociados*. Santafé de Bogotá, D.C. Colombia, Universidad Externado de Colombia, 1994. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

No aplica, pues está totalmente prohibido. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.44.- Muertes maternas por aborto en Colombia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|-------------|------|------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1986 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 10.3% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Nacional | 1984 | Fuentes públicas | 642 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 23% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3. Nacional | 1981 | Fuentes públicas | 969 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 17.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Pan American Health Organization. Program on maternal and Child Health and Population. Maternal mortality in the Americas. *Epidemiological bulletin of the Pan American Health Organization*. 1993, 14(1): 1-8. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. World Health organization. Pan American Health Organization. *Regional plan of action for the reduction of maternal mortality in the Americas*. Washington, D.C., PAHO, Regional Committee paper No. CSP/23/10, 1990. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Pan American Health organization. *Mortalidad maternal*. Washington, USA, PAHO, Scientific Reports No. 48, 1986. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere del consentimiento de la mujer. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.45.- Muertes maternas por aborto y Porcentaje de mujeres abortantes en Costa Rica

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad y/o % de mujeres que abortan |
|------------|------|------------------|------------------------------------|---|---|
| 1.Nacional | 1988 | Fuentes públicas | 15 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 6.7% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1986 | | 3.277 mujeres en edad reproductiva | Inducido, presuntamente ilegal y espontáneo | El 15.8% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 3.Nacional | 1985 | Fuentes públicas | 29 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 17.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Pan American Health organization. Program on Maternal and Child Health and Population. Maternal mortality in the Americas. *Epidemiological bulletin of the Pan American Health Organization*, 1993, 14(1): 1-8. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

2. Sosa, D. et al. *The Costa Rica fertility and health survey, 1986*. Costa Rica Demographic Association and Centers for Disease Control (Atlanta), 1987. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

3. Jiménez Gamboa, J. Et al. *Mortalidad materna en Costa Rica*. Unpublished paper presented at the AMR Workshop on Maternal Mortality Research, Sao Paulo 12-15 April, 1988, 1988. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

La mujer embarazada deberá consentir el aborto, que será realizado por un médico o una comadrona autorizada. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.46.- Muertes maternas por aborto en Cuba

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|------|------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1988 | Fuentes públicas | 73 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 21.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 9 muertes por cada 100,000 nacidos vivos |
| 2.Nacional | 1984 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, incluyendo el legal | 15.4% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 5 muertes por cada 100,000 nacidos vivos |

Fuentes:

1. Pan American Health Organization, Program on Maternal and Child Health and Population. Maternal mortality in the Americas. *Epidemiological bulletin of the Pan American Health organization*, 1993, 14(1): 1-8 En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

2. Farnot Cardoso, U. *Maternal mortality in Cuba*. Geneva. Paper presented at the Interregional Meeting on the Prevention of Maternal Mortality, 11-15 November, 1985. WHO document no. FHE/PMM/85.9.14, 1985. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere del consentimiento de la mujer embarazada. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.47.- Muertes maternas por aborto en Ecuador

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|------|------------------|----------------------|---------------------------------------|--|
| 1.Nacional | 1988 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 7.3% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1987 | Fuentes públicas | 355 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1984 | Fuentes públicas | 384 Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 8.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Pan American Health Organization, Program on Maternal and Child Health and Population. Maternal mortality in the Americas. *Epidemiological bulletin of the Pan American Health Organization*. 1993, 14(1): 1-8. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. World Health organization, Pan American Health organization. *Regional plan of action for the reduction of maternal mortality in the Americas*. Washington, D.C., PAHO, Regional Committee Paper No. CSP/23/10, 1990. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Pan American Health Organization. *Mortalidad materna*. Washington, USA, PAHO, Scientific Reports No. 48, 1986. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Si la mujer es demente se requiere el consentimiento del representante legal. El aborto lo realizará un médico con el consentimiento de la mujer, esposo o miembro de su familia cercana si ella está incapacitada para consentirlo. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.48.- Muertes maternas por aborto y porcentaje de mujeres que abortan en El Salvador

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad y/o % de mujeres que abortan |
|-------------|-----------|--------------------------|------------------------------------|---|--|
| 1. Nacional | 1991 | | 77 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 9.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Nacional | 1988 | | 2,664 mujeres en edad reproductiva | Inducido, presuntamente ilegal y espontáneo | El 14.5% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 3. Nacional | 1983-1987 | Estadísticas de hospital | 315 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 7.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Asociación Demográfica Salvadoreña (PROFAMILIA). *Encuesta nacional de salud familiar FESAL-88*. San Salvador, El Salvador, PRO-FAMILIA and Centers for Disease Control (CDC), 1989. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Jarquin, J.D. and Rocuts, F.K. *Epidemiología y prevención de la muerte materna institucional en El Salvador 1983-1987*. San Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (documento no publicado), 1989. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

No aplica, pues está totalmente prohibido. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.49.- Muertes maternas por aborto en Estados Unidos de América

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|------|------------------|----------------------|----------------|--|
| Nacional | 1980 | Fuentes públicas | 334 muertes maternas | ilegal | 0.3% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| Nacional | 1970 | Fuentes públicas | 803 muertes maternas | ilegal | 5.7% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Wegman, M.E. Annual summary of vital statistics – 1988. *Pediatrics*, 1989, 84(6): 943-956. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Disponible a petición en todos los estados, con prioridad a la viabilidad fetal. Después de ésta, el Estado puede prohibir el aborto únicamente si hay excepciones que ponen peligro la vida de la mujer. Aunque leyes federales garantizan a la mujer el derecho constitucional a interrumpir el embarazo antes de la viabilidad fetal, en Estados individuales están aceptadas restricciones al aborto a lo largo del embarazo si ellos no descargan el peso al derecho de la mujer a decidir. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.50.- Muertes maternas por aborto en Guatemala

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|------|------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1987 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 11.5% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1984 | Fuentes públicas | 236 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 17% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1971 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 7.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health organization. Pan American Health organization *Base de datos de salud maternoinfantil* Washington, WHO/PAHO, 1992. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Pan American Health organization. Program on Maternal and Child Health and Population. *Maternal mortality in the Americas. Epidemiological bulletin of the Pan American Health Organization*. 1993, 14(1): 1-8. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Monreal, T. *El aborto como problema de salud pública*. Lima, Peru, Paper griten for IPPF (unpublished document), 1978. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Es necesario el consentimiento de la mujer. El médico que lleva a cabo el aborto deberá consultar con otro practicante general autorizado para el procedimiento. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.51.- Porcentaje de mujeres que abortan y muertes maternas por aborto en Haití

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan y/o Mortalidad |
|------------------------------|-----------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Nacional | 1989 | | 1315 mujeres alguna vez embarazadas | Inducido, presuntamente ilegal | El 5.6% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 2. Nacional rural | 1989 | | 697 mujeres alguna vez embarazadas | Inducido, presuntamente ilegal | El 4.5% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 3. Nacional Centros de Salud | 1987-1989 | Estadísticas de hospital | 702 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 11.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 41 muertes por cada 100,000 nacidos vivos |

Fuentes:

- 1 y 2. Centers for Disease Control. Cayemittes, M. et al. *Haiti national contraceptive prevalence survey, 1989. Final English language report*. Port-au-Prince, Haiti, Child Health Institute and Centers for Disease Control (Atlanta), 1991. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Théodore, H. *Analyse de la mortalité maternelle*. Port-au-Prince, 1992. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Tabla 2.52.- Muertes maternas por aborto y porcentaje de mujeres que abortan en Honduras

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad y/o % de mujeres que abortan |
|-------------|-----------|---|---|---------------------------------------|--|
| 1. Nacional | 1989-1990 | Se usó el RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) | 381 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 8.7% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Nacional | 1987 | Estudio en comunidad | 6095 mujeres casadas en edad reproductiva | No especificado, presuntamente ilegal | El 24.2% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 3. Nacional | 1982 | Fuentes públicas | 149 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 6.0% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Castellano, M. De J. Et al. *Mortalidad materna - Honduras 1990*. UNAH, MSP, OPS, UNFPA, MSH, 1991. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Honduras. Ministerio de Salud Pública/ ASHONPLAFA/Management Sciences for Health/FHI. *Epidemiology and family health survey, Honduras, 1987. Final report*. Tegucigalpa, Honduras, Honduran Ministry of Public Health/Association for Family Planning in Honduras (ASHONPLAFA)/Management Sciences for Health/Family Health International, 1989. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Pan American Health organization. *Mortalidad materna*. Washington, USA, PAHO, Scientific Reports No. 48, 1986. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Como requisito para acceder a un aborto legal, se deberá consultar a un médico o grupo de médicos. Se requiere el consentimiento de la mujer así como el de su esposo. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.53.- Porcentaje de mujeres que abortan y muertes maternas por aborto en Nicaragua

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan y/o Mortalidad |
|-------------------|-----------|------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1.Nacional | 1992-1993 | | 7,150 mujeres en edad reproductiva | No especificado, presuntamente ilegal | El 7.9% de ellas abortaron alguna vez en los pasados 5 años |
| 2 Nacional, rural | 1992-1993 | | 7,150 mujeres en edad reproductiva | No especificado, presuntamente ilegal | El 18.6% de ellas abortaron alguna vez en su vida. El 54% con complicaciones |
| 3.Nacional | 1979 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 9.5% decesos del total de muertes maternas |

Fuentes:

- 1 y 2. Asociación Pro-Bienestar de la Familia Nicaraguense (PROFAMILIA). *Encuesta sobre salud familiar Nicaragua 92-93. Informe final*. Managua, Nicaragua, PROFAMILIA and Centres for Disease Control (CDC), 1993. En: World Health Organization (1998) *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Monreal, T. *El aborto como problemas de salud pública*. Lima, Peru, paper written for IPPF (documento no publicado), 1978. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se debe obtener la consulta con un profesional o un grupo de profesionales. Se requiere el consentimiento de la mujer así como el de tres médicos. Las leyes en Nicaragua permiten la realización de un "aborto terapéutico", pero no especifican cuál aborto es terapéutico. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.54.- Muertes maternas por aborto en Panamá

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|------|------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1988 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 11.0% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1987 | Fuentes públicas | 22 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 22.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1972 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 8.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health Organization. Pan American Health Organization. *Base de datos de salud materno-infantil*. Washington, WHO/PAHO, 1992. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. Pan American Health organization, Program on Maternal and Child Health and Population. Maternal mortality in the Americas. *Epidemiological bulletin of the Pan American Health Organization*, 1993, 14(1): 1-8. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Monreal, T. *El aborto como problema de salud pública*. Lima, Perú, Paper written for IPPF (documento no publicado), 1978. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El aborto que ponga en riesgo la salud de la madre o el feto deberá ser autorizado por una comisión multidisciplinaria señalada por el Ministro de Salud. En caso de violación, la autoridad deberá ser enterada del crimen y el aborto deberá realizarlo un médico dentro de los primeros dos meses de embarazo en un Centro de salud del Gobierno. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.55.- Muertes maternas por aborto en Paraguay

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1988-1989 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 13.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1971 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 20.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health Organization. Pan American Health Organization. *Base de datos de salud maternoinfantil*. Washington, WHO/PAHO, 1992. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Monreal, T. *El aborto como problema de salud pública*. Lima, Perú, Paper written for IPPF (documento no publicado), 1978. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Tabla 2.56.- Muertes maternas por aborto en Perú

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|------|------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1983 | Fuentes públicas | 538 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 11.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1982 | Fuentes públicas | 576 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 12.5% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1970 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 7.7% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Pan American Health organization. Program on Maternal and Child Health and Population. Maternal mortality in the Americas. *Epidemiological bulletin of the Pan American Health organization*, 1993, 14(1): 1-8. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Pan American Health organization. *Mortalidad maternal*. Washington, USA, PAHO, Scientific Reports No. 48, 1986. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Monreal, T. *El aborto como problema de salud pública*. Lima, Perú, paper written for IPPF (documento no publicado), 1978. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarlo un médico, con el consentimiento de la mujer embarazada y después de haber consultado con dos médicos. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.57.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en República Dominicana

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia y/o mortalidad |
|------------|------|------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1992 | Estimación | Abortos | No especificado, presuntamente ilegal | Frecuencia: 49,500 abortos de este tipo |
| 2.Nacional | 1988 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 17% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1984 | Fuentes públicas | 120 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 21.7% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Singh, S. and Wulf, D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International family planning perspectives*, 1994, 20(1): 4-13. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. World Health Organization. Pan American Health organization. *Base de datos de salud materno-infantil*. Washington, WHO/PAHO, 1992. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Pan American Health Organization. *Mortalidad maternal*. Washington, USA, PAHO. Scientific Reports No. 48, 1986. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Tabla 2.58.- Muertes maternas por aborto en Surinam

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1988-1992 | | muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 11.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1985 | Fuentes públicas | muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 14.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health Organization (WHO). *World Health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Pan American Health Organization, Program on Maternal and Child Health and Population. *Maternal mortality in the Americas. Epidemiological bulletin of the Pan American Health Organization*, 1993, 14(1): 1-8. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Tabla 2.59.- Muertes maternas por aborto en Uruguay

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|------|------------------|---------------------|---------------------------------------|--|
| 1.Nacional | 1988 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 5% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1985 | Fuentes públicas | 23 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 26.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a ese tipo de aborto |

Fuentes

1. Pan American Health Organization. Program on Maternal and Child Health and Population. Maternal mortality in the Americas. *Epidemiological bulletin of the Pan American Health Organization*. 1993, 14(1): 1-8. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization
2. World Health Organization. Pan American Health Organization. *Elementos básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna*. Washington, USA, PAHO, Programa salud maternoinfantil, 1987. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto deberá ser llevado a cabo dentro de los primeros tres meses de embarazo. La multa por practicar un aborto puede ser reducida o aplazada si el embarazo es resultado de una violación. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.60.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Venezuela

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|------------|------|------------------|-------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1987 | Estimación | Abortos inducidos | Inducido, presuntamente ilegal | Frecuencia: 400,000 abortos de este tipo |
| 2.Nacional | 1985 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 23% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1972 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 24.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes

1. Pasman, J.M. et al. The clandestine epidemic: The practice of unsafe abortion in Latin America. *Studies in family planning*. 1993, 24(4): 205-226. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization
2. World Health Organization. Pan American Health Organization. *Base de datos de salud maternoinfantil*. Washington, WHO/PAHO, 1992. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization
3. Monreal, T. *El aborto como problema de salud pública*. Lima, Perú. Paper written for IPPF (documento no publicado), 1978. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarse con el consentimiento por escrito de la mujer, su esposo o representante legal. Se llevará a cabo en un ambiente satisfactorio y usando todos los recursos científicos posibles. (United Nations, vol. 3, 2001).

ASIA

Por lo que respecta al continente Asiático, 33 mujeres por cada 1,000 practican el aborto cada año (Neft y Levine, 1997). La siguiente tabla proporciona más datos al respecto.

Tabla 2.61.- Número estimado de abortos inducidos e ilegales, tasa de aborto y proporción de aborto en el continente Asiático

| Región y Subregión | No. de abortos ilegales (millones) | Tasa* | Proporción** |
|--------------------|------------------------------------|-----------|--------------|
| Asia | 9.9 | 33 | 25 |
| Asia Oriental | Menos de 50,000 | 36 | 34 |
| Asia Sud-central | 6.5 | 28 | 18 |
| Asia Sud-oriental | 2.8 | 40 | 28 |
| Asia Occidental | 0.5 | 32 | 20 |

Fuente: Stanley, K., Susheela, S. y Taylor, H. (1999) *La incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa01699.html>

* Abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años

** Abortos por cada 100 embarazos conocidos (abortos más los nacimientos vivos)

Asia Oriental: China, Hong Kong, Japón, Mongolia, República de Corea y República Popular Democrática de Corea.

Asia Sud-central: Afganistán, Bangladesh, Bhután, India, Irán, Kazajistán, Kirguistán, Nepal, Pakistán, Sri Lanka, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán.

Asia Sud-oriental: Camboya, Filipinas, Indonesia, Laos, Malasia, Myanmar, Singapur, Tailandia y Vietnam.

Asia Occidental: Arabia Saudita, Armenia, Azerbaiyán, Emiratos Árabes Unidos, Georgia, Irak, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, República Árabe Siria, Turquía y Yemen.

Una vez conocida la incidencia de abortos en Asia, a continuación se expondrá las políticas públicas en materia de aborto.

Tabla 2.62.- Políticas de aborto en el continente Asiático

A: Para salvar la vida de la mujer; **B:** Para preservar la salud física; **C:** Para preservar la salud mental; **D:** violación o incesto; **E:** Malformación fetal; **F:** Razones sociales o económicas; **G:** Disponible por petición

| No. | Pais | A | B | C | D | E | F | G |
|-----|------------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | Afganistán | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 2 | Arabia Saudita | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 3 | Armenia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 4 | Azerbaiyán | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 5 | Bangladesh | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 6 | Brunei | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 7 | Cambodia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 8 | China | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 9 | Emiratos Árabes Unidos | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 10 | Georgia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 11 | India | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO |
| 12 | Indonesia | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 13 | Irán | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 14 | Irak | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO |
| 15 | Israel | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO |
| 16 | Japón | SI | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 17 | Jordania | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 18 | Kazajstán | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 19 | Kuwait | SI | SI | SI | NO | SI | NO | NO |
| 20 | Kurгуistan | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 21 | Laos | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 22 | Libano | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 23 | Malasia | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 24 | Maldivas | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO |
| 25 | Nepal | SI | NO | NO | N | NO | NO | NO |
| 26 | Omán | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 27 | Pakistán | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 28 | Qatar | SI | SI | SI | NO | SI | NO | NO |
| 29 | República de Corea | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 30 | Singapur | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 31 | Sri Lanka | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 32 | Siria | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 33 | Tayikistán | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 34 | Tailandia | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO |
| 35 | Turquía | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 36 | Turkmenistán | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 37 | Uzbekistán | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 38 | Vietnam | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 39 | Yemen | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |

Fuente: United Nations. Department of Economic and Social Development. (2001) *Abortion policies. A global review*. Volume I, II y III. New York: United Nations.

De los 39 países analizados anteriormente se desprende la siguiente tabla:

Tabla 2.63.- Porcentaje de países en el continente Asiático que permiten el aborto bajo diversas causas

| Política | Número de países que lo permiten | % de países que lo permiten |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Salvar la vida de la mujer | 39 | 100 |
| Preservar la salud física | 25 | 64.1 |
| Preservar la salud mental | 23 | 59 |
| Violación o incesto | 18 | 46.2 |
| Malformación fetal | 19 | 48.7 |
| Razones socioeconómicas | 16 | 41 |
| Disponible por petición | 14 | 35.9 |
| Todas las causas | 14 | 35.9 |

En la tabla anterior nos podemos dar cuenta que de los 39 países analizados del continente Asiático, el 100% de ellos permite el aborto para salvar la vida de la mujer, el 64.1% lo permite para conservar la salud física, el 59% concede a la mujer un aborto legal para preservar la salud mental, mientras que un 46.2% hace lo propio por violación o incesto. Por malformación fetal el 48.7% de los países asiáticos permite un aborto. El 41% por razones socioeconómicas y un 35.9% está disponible a petición de la mujer. Es importante recordar que un mismo país puede tener una o más restricciones para el acceso a un aborto legal.

Por otra parte, 14 países aceptan todas las causales de aborto. Es de destacar que la mayoría de estos pertenecían a la ex Unión Soviética.

Además de las mencionadas restricciones, existen también requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal. A continuación se expondrán algunos casos, destacando además estudios que dan cuenta de la incidencia del aborto en los países analizados.

Tabla 2.64.- Muertes maternas por aborto en Arabia Saudita

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|---------|-----------|--------------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| Riyadh | 1978-1980 | Estadísticas de hospital | 29 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 10.3% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Chattopadhyay, S.K. et. Al. Maternal mortality in Riyadh, Saudi Arabia. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 1983, 90(9): 809-814. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Debe realizarse en un hospital de Gobierno. Tres médicos especialistas escogidos por el director del hospital emitirán una recomendación antes de que el aborto sea realizado. Se deberá obtener un consentimiento por escrito de la mujer y su esposo o tutor, usando un formato aprobado por el gobierno. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.65.- Muertes maternas por aborto en Armenia

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1991-1992 | 27 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 11.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1981-1987 | 111 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 7.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health organization (WHO), *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.66.- Muertes maternas por aborto en Azerbaiyán

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1993-1994 | 130 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 10.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1991-1992 | 52 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 9.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1989-1990 | 69 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 5.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: World Health organization (WHO) *World health statistics annual 1995* Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.67.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Bangladesh

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|------------|-----------|---------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1997 | | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 100 decesos por cada 100,000 nacidos vivos |
| 2.Nacional | 1992-1994 | | 27 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 14.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1991 | Estimación | Abortos clandestinos | ilegal | Frecuencia: 390,000 abortos ilegales |

Fuentes:

1. World Congress of Gynecology and Obstetrics, XV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Copenhagen 1997, 3-4 August. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica, supplement*, 1997, 76(167). En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Akhter, H.H. et al. *A cross-sectional study on maternal morbidity in Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh, Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential & Reproductive Health and Technologies (BIRPERHT), 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Ahmed, S. et al. *Abortion in rural Bangladesh: What do we know?*. Trivandrum, India, Paper presented at the Seminar on Socio-cultural and Political Aspects of Abortion in a Changing World, Kovalam, Trivandrum, India, 25-28 March 1996, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto terapéutico requiere la aprobación de dos médicos y deberá realizarse por un médico calificado en un hospital. No se requiere la aprobación en caso de regulación menstrual, ya que este procedimiento es considerado un método de

planificación familiar, más que una técnica abortiva. La regulación menstrual puede realizarse entre las ocho semanas del periodo menstrual anterior, por personal paramédico. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.68.- Muertes maternas por aborto en Bhután

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|---------|-----------|--------------------------|------------------|---------------------------------------|---|
| Thimbu | 1976-1987 | Estadísticas de hospital | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 55 decesos por cada 100.000 nacidos vivos |

Fuente: Norrbu, H. *A retrospective study of maternal mortality at general hospital Thimphu between 1976-1987*. (documento no publicado), 1988. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

El estatus exacto de las leyes del aborto en Bhután no es claro, ya que la religión oficial del estado de Bhután es el budismo, el cual desaprueba el aborto, es probable que el procedimiento se permita únicamente para salvar la vida de la mujer embarazada. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.69.- Porcentaje de mujeres que abortan en Cambodia

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|---------------------|-----------|---|---------------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1994-1995 | 4.544 mujeres casadas, entre 15 a 44 años | No especificado, presuntamente ilegal | El 5.1% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 2. Nacional, rural | 1994-1995 | 3.748 mujeres casadas, entre 15 a 44 años | No especificado, presuntamente ilegal | El 3.6% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 3. Nacional, urbano | 1994-1995 | 796 mujeres casadas, entre 15 a 44 años | No especificado, presuntamente ilegal | El 11.8% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuente: Long, C. Et al. *KAP survey on fertility and contraception in Cambodia*. Phnom Penh, Cambodia, National Birth Spacing Programme, National Maternal and Child Health Centre, Ministry of health, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El personal autorizado para realizar un aborto es un doctor en medicina, un asistente médico o secundariamente una partera. Éste deberá realizarse en un hospital, Centro de Salud, Clínica, Centro Obstétrico público o privado autorizado por el Ministerio de Salud. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.70.- Porcentaje de mujeres que abortan en China

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|-----------|------|--------------------------|---|---------------------------------------|---|
| 1. Taiwán | 1991 | Estadísticas de hospital | 150 mujeres casadas en edad reproductiva | No especificado, presuntamente ilegal | El 25% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 2. Taiwán | 1976 | | 1,782 mujeres casadas, entre 20 a 39 años de edad | No especificado, presuntamente ilegal | El 20% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 3. Taiwán | 1973 | | 1,433 mujeres casadas, entre 35 a 39 años de edad | No especificado, presuntamente ilegal | El 23% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuentes:

1. Lethbridge, D.J. and Wang, R. Patterns of contraceptive use among urban women in Taiwan. *Health care for women international*, 1991, 12(4): 431-441. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
- 2 y 3. Trends in fertility, family size preference and family planning practice. Taiwan, 1961-76. *Studies in family planning*, 1978, 9(4): 54-70. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Tabla 2.71.- Muertes maternas por aborto en Georgia

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|-------------|-----------|---------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Nacional | 1989-1990 | 68 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 19.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto. |
| 2. Nacional | 1981-1982 | 48 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 22.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.72.- Muertes maternas por aborto en India

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|-------------|------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1989 | 202 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 10.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Nacional | 1976 | 163 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 11.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. India. Ministry of Health and Family Welfare. *Health information of India*, 1992. Central bureau of health intelligence, 1992. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. India, Ministry of Home Affairs, Office of Registrar General. *Vital statistics of India 1976*. New Delhi, Office of Registrar General, 16th issue, Series 3, No. 12, 1982. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un elemento válido para acceder a un aborto legal es el hecho de un fallo en la anticoncepción por parte de la mujer o el esposo. Deberá realizarse durante las primeras 20 semanas de gestación a menos que exista una emergencia médica, en un hospital de Gobierno o en un centro aprobado por la legislación. Se requiere una segunda opinión en casos donde la duración del embarazo sea entre 12 y 20 semanas, excepto en caso de urgencias. Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada antes de realizar un aborto. En caso de ser menor o con retardo mental, se debe obtener el consentimiento por escrito de su tutor. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.73.- Frecuencia de abortos en Indonesia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia |
|------------|------|------------------|------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1989 | Estimación | Abortos ilegales | Inducido | Se practicaron de 750,000 a 1 millón de este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1975 | Estimación anual | abortos | No especificado, presuntamente ilegal | Al menos 1 millón 152 mil abortos por año |

Fuentes

1. Widyantoro, N. Et al. *Induced abortion: the Indonesian experience*. Toronto, Canadá. Prepared for the Session on Induced Abortion: International Perspectives, Annual Meeting of the Population Association of America May 1990, 1990. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Sampoerno, D. and Sadli, S. *Indonesia. In: Psychosocial aspects of abortion in Asia. Proceedings of the Asian regional research seminar on psychosocial aspects of abortion, 26-29 november 1974* Kathmandu, Nepal, Family Planning Association of Nepal, American Institute for Research, 1975. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarlo un trabajador de la salud con la suficiente habilidad y autoridad, bajo la guía de un equipo experto. Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada, su esposo o familia. El procedimiento se realizará en un centro aprobado. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.74.- Porcentaje de mujeres que abortan en Irán

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|---------|-----------|---------------------|--|--------------------------------|--|
| Teherán | 1973-1974 | Estudio de Hospital | 99 admisiones por complicaciones de aborto | Inducido, presuntamente ilegal | El 1.4% de las mujeres abortaron alguna vez en su vida |

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Es necesaria la consulta con un profesional o panel de profesionales. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.75.- Porcentaje de mujeres que abortan en Irak

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|-------------|------|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Basrah area | 1980 | 4,813 mujeres en edad reproductiva | No especificado, presuntamente ilegal | El 12.6% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuente: Al-Saigh, B.R. et al. The problem of pregnancy wastage from an epidemiological perspective: an exploratory study in Basrah. *Medical Journal of Basrah University*, 1980, 3(1): 19-41. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Es necesaria la aprobación de dos médicos para obtener una orden de aborto legal, además del consentimiento por escrito del esposo de la mujer embarazada. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.76.- Porcentaje de mujeres que abortan en Israel

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|-----------|-----------|-------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| Jerusalén | 1974-1976 | Datos de hospital | 16,648 parturientas | No especificado, presuntamente ilegal | El 10.8% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuente: Seidman, D.S. et al. Child-bearing after induced abortion. Reassessment of risk. *Journal of epidemiology and community health*, 1988, 42(3): 294-298. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto lo realizará un médico en una institución médica reconocida. Se requiere el consentimiento por escrito de la mujer embarazada, además del consentimiento de un comité compuesto de dos médicos y un trabajador social. Los miembros del comité serán señalados por el director del hospital donde se realizará el aborto o por el Ministerio de Salud o una persona autorizada por él en caso de que el procedimiento se realice en otra institución médica reconocida. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.77.- Muertes maternas por aborto en Japón

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|-----------|------------------|------------------|---------------------|---|
| Nacional | 1973-1977 | Fuentes públicas | Muertes maternas | Espontáneo e ilegal | .04 decesos por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |

Fuente: Tietze, C. *Induced abortion. A World review, 1981*. New York, USA, The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto inducido se permite únicamente dentro de las primeras 24 semanas de gestación. Se requiere el consentimiento por escrito de la mujer o su esposo. En caso de retardo mental, el de su tutor. Cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, puede ser realizado sin el consentimiento legal de la mujer. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.78.- Porcentaje de mujeres que abortan en Jordania

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|-----------|------|--------------------------------------|---|---|
| West Bank | 1974 | 1,300 mujeres alguna vez embarazadas | Inducido, presuntamente ilegal y espontáneo | El 56.3% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuente: Maizar, H.A. *Women and abortion in the West-Bank of Jordan. A pilot study*. Jerusalem, Jordan Family Planning and Protection Association, 1981. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El procedimiento deberá ser certificado por dos médicos con licencia. Se requiere el consentimiento por escrito de la mujer o alguien con autoridad legal para actuar en su nombre. El aborto deberá realizarse en un centro con licencia. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.79.- Muertes maternas por aborto en Kazajstán

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|-----------|----------------------|---------------------------------------|---|
| Nacional | 1994 | 148 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 22.3% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| Nacional | 1981-1982 | 362 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 38.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto

está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.80.- Muertes maternas por aborto en Kuwait

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|-----------|-------------------|--|---|--|
| Nacional | 1973-1977 | Datos de hospital | 21,018 admisiones por complicaciones de aborto | Inducido, presuntamente ilegal y espontáneo | 5.3% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Mostafa, A A. And Barakat, K.I. The abortion load in the Kuwait Maternity Hospital: five years' study. *Journal of the Kuwait Medical Association*, 1979, 13(2): 93-95. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto debe ser realizado únicamente en hospitales públicos –excepto en casos de urgencia-, después de que un comité médico compuesto por tres especialistas bajo la tutela de un especialista en ginecología y obstetricia hayan ejecutado el procedimiento. Un aborto es permitido si se establece que en caso de nacer, el niño sufrirá deficiencias físicas o mentales graves e incurables. Se necesita el consentimiento de la mujer y su esposo. El director del hospital deberá ser notificado antes de que el aborto sea realizado. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.81.- Muertes maternas por aborto en Kirguistán

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|----------------------|---------------------------------------|--|
| 1.Nacional | 1993-1994 | 99 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 6.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 3 decesos por cada 100,000 nacidos vivos. |
| 2.Nacional | 1991-1992 | 138 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 14.0% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto; 7 decesos por cada 100,000 nacidos vivos. |

Fuentes:
1. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.82.- Porcentaje de mujeres que abortan en Laos

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|----------|------|---|--------------------------------|--|
| Nacional | 1993 | 2.814 mujeres alguna vez casadas y en edad reproductiva | Inducido, presuntamente ilegal | El 2.2% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuente: Phimmason, K. et al. *Women and children in the Lao P.D.R. Result from the Lao social indicators survey (LSIS)*. Mother and Child Institute, Ministry of Public Health, Laos People's Democratic Republic, 1994. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere una aprobación especial del Ministro de Salud. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.83.- Muertes maternas por aborto en Líbano

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|---------|-----------|-------------------|------------------|---------------------------------------|--|
| Beirut | 1971-1982 | Datos de hospital | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 8.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Mashini, I. Et al. *Maternal mortality in the American University of Beirut Medical Center – AUBMC, 1971 – 1982*. *International journal of gynecology and obstetrics*, 1984, 22(4): 275-279. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Antes de que un aborto pueda realizarse para salvar la vida de la mujer, deberá ser certificado por dos médicos, además del que ejecuta el aborto. Se requiere el consentimiento de la mujer antes de que éste sea realizado, excepto en el caso de peligro para su vida o de que se encuentre inconsciente o imposibilitada para emitir su consentimiento. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.84.- Muertes maternas por aborto en Malasia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|------|------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| Nacional | 1988 | Fuentes públicas | 205 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 1.0% decesos del total de muerte maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Karim, R. Et al. *Briefing on Safe Motherhood Initiative*. Kuala Lumpur, Public Health Institute/Ministry of Health, unpublished, 1991. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere la autorización de tres médicos profesionales. El periodo legal permitido es de 120 días y se requiere el consentimiento de la mujer. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.85.- Porcentaje de mujeres que abortan en Nepal

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|----------------|------|------------------------------------|--------------------------------|--|
| Nacional rural | 1985 | 13,229 mujeres, entre 15 y 49 años | Inducido, presuntamente ilegal | El 0.3% de ellas abortaron alguna vez por año. |

Fuente: Tapa, S. et al. Abortion in Nepal: Emerging insights. *Journal of the Nepal Medical Association*, 1994, 32(111): 175-190. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Tabla 2.86.- Muertes maternas por aborto en Pakistán

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|-----------|----------------------|---------------------------------------|--|
| Nacional | 1985-1991 | 218 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 6.4% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Fikree, F.F. et al. Maternal mortality in different Pakistani sites: ratios, clinical causes and determinants. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, 1997, 76(7): 637-645. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Tabla 2.87.- Porcentaje de mujeres que abortan en República de Corea

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | % de mujeres que abortan |
|-------------|------|---------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1978 | Estimación | Mujeres casadas, entre 15 a 44 años | No especificado, presuntamente ilegal | El 48% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 2. Nacional | 1976 | Estimación | Mujeres casadas, entre 15 a 44 años | No especificado, presuntamente ilegal | El 39% de ellas abortaron alguna vez en su vida |
| 3. Nacional | 1974 | | 4,867 mujeres entre 15 a 49 años | Inducido, presuntamente ilegal | El 31% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuentes

1 y 2. Westoff, C.F. Abortions averted by sterilization in Korea: 1977-1978. *International family planning perspectives*, 1980, 6(2): 60-64. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
 3. Donaldson, P.J. et al. Abortion and contraception in the Korean fertility transition. *Population studies*, 1982, 36(2): 227-236. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Puede realizarlo un médico dentro de las 28 semanas de embarazo. Se requiere el consentimiento de la mujer y de su esposo si es casada. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.88.- Muertes maternas por aborto en Singapur

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|-----------|------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| Nacional | 1985-1987 | Fuentes públicas | 10 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 30% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Hwa Tay, V.L. *Country report, Singapore*. Manila, Philippines, World Health organization, Regional office for the Western Pacific, Workshop on Risk Approach in Mother and Child Health Care, 1989. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto legal requiere el consentimiento por escrito de la mujer embarazada. El aborto está disponible a petición durante las primeras 24 semanas de gestación a menos que el procedimiento sea inmediatamente necesario para salvar la vida o prevenir un daño permanente a la salud física o mental de la mujer embarazada. Un aborto legal es restringido a ciudadanos de Singapur, esposas de ciudadanos de Singapur y mujeres que tengan residencia en Singapur por un mínimo de 4 meses. La capacidad requerida de los médicos que realicen el aborto está definida por los diferentes estados de embarazo: Si la gestación no excede las 16 semanas, el médico debe tener un mínimo de 24 meses de experiencia en alguna unidad obstétrica y ginecológica reconocida, de aquí en adelante, se requiere un especialista calificado. Un aborto legal deberá realizarse en un hospital de gobierno o en otra institución aprobada. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.89.- Frecuencia de abortos en Siria

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia |
|---------------------------|------|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| 3 áreas rurales y urbanas | 1973 | 5,621 mujeres casadas, en edad reproductiva | No especificado, presuntamente ilegal | 9.6 abortos del total de embarazos |

Fuente: Omran, A.R. and Standley, C.C. (eds). *Family formation patterns and health. Further studies. An international collaborative study in Colombia, Egypt, Pakistan, and the Syrian Arab Republic*. Geneva, World Health Organization, 1981. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Dos médicos deberán emitir la autorización para un aborto. Se requiere el consentimiento de la mujer y su esposo o tutor. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.90.- Muertes maternas por aborto en Tayikistán

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|----------------------|---------------------------------------|--|
| 1.Nacional | 1991 | 113 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 1.8% decesos del total de muertes maternas |
| 2.Nacional | 1985-1987 | 302 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 6.0 decesos del total de muertes maternas |
| 3.Nacional | 1981-1982 | 247 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 5.7 decesos del total de muertes maternas |

Fuentes

1. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
 2 y 3. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.91.- Frecuencia de abortos y/o porcentaje de mujeres que abortan en Tailandia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia y/o % de mujeres que abortan |
|------------|------|------------------|-------------------------------------|----------------|--|
| 1.Nacional | 1978 | Estimación anual | Abortos ilegales | Ilegal | Frecuencia: 300,000 abortos al año |
| 2.Nacional | 1970 | Estimación | Mujeres casadas, entre 14 a 45 años | Ilegal | El 17-19% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuentes:

1. Narkavonnakit, T. Abortion in rural Thailand: a survey of practitioners. *Studies in family planning*, 1979, 10(8/9). 223-229. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Cook, M.J. and Leoprapi, B. Thailand. In: *Psychosocial aspects of abortion in Asia. Proceedings of the Asian regional research seminar on psychosocial aspects of abortion, 26-29 November 1974*. Kathmandu, Nepal. Family Planning Association of Nepal, American Institute for Research, 1975. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarlo un médico. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.92.- Frecuencia de abortos en Turquía

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia |
|------------|------|------------------|-------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1986 | Estimación anual | Abortos | No especificado, presuntamente ilegal | 450,000; de los cuales se estima que el 80% son inducidos |
| 2.Nacional | 1981 | Estimación | Abortos inducidos | Inducido | 300,000 |

Fuentes:

1. Fincancioglu, N. Turkey launches new drive. *People*, 1986, 13(3): 28-29. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Akin, A. *Turkish experiences on abortion*. Ankara, Turkey, Department of Community Medicine, Hacettepe University Medical School Ankara, 1986. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto está disponible a petición durante las primeras 10 semanas de embarazo. Después de éstas, un aborto legal es permitido únicamente para salvar la vida o salud de la mujer embarazada y en casos de malformación fetal. Deberá realizarlo un ginecólogo con un entrenamiento adicional en procedimientos de aborto. Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada, además del consentimiento paterno y materno si la mujer es menor. Si la mujer tiene un

custodio legal porque ella es menor o con retraso mental, el consentimiento del tutor, de la Justicia de Paz y de la mujer deberá obtenerse. El consentimiento a petición es aplazado si la vida de la mujer está en peligro inmediato. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.93.- Muertes maternas por aborto en Turkmenistán

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1994 | 60 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 3.3% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1991-1993 | 192 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 3.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1988-1990 | 164 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 10.4% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.94.- Muertes maternas por aborto en Uzbekistán

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|------------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1985-1995 | 2,536 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 11.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1988-1990 | 792 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 4.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. XV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. XV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Copenhagen 1997, 3-4 August. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica, supplement*, 1997, 76(167). En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación (United Nations, vol. 3, 2001).

EUROPA

El aborto es legal en la mayoría de las circunstancias en muchas de las ciudades de Europa. Virtualmente en todas las ciudades del oeste de Europa, la tasa de mortalidad por aborto es baja, por ejemplo en Polonia en 1991, hubieron 18 muertes relacionadas con aborto por 100,000 mujeres. (World Health Statistics Annual Report 1992, en: University of Pennsylvania Press, 1995). Según estadísticas del Centro Legal para Derechos reproductivos (1999), en Europa se estima que durante los años de 1995 a 2000, se realizaron 9,000 abortos inseguros, de los cuales derivaron en muerte aproximadamente 500 casos. En la siguiente tabla se puede observar con más detalle el número de abortos que se estima fueron realizados en el año de 1995.

Tabla 2.95.- Número estimado de abortos ilegales, tasa de aborto y proporción de aborto en el continente Europeo

| Región y Subregión | No. de abortos ilegales (millones) | Tasa* | Proporción* |
|----------------------|------------------------------------|-----------|-------------|
| Europa | 0.9 | 48 | 48 |
| Europa Oriental | 0.8 | 90 | 65 |
| Europa Septentrional | Menos de 50,000 | 18 | 23 |
| Europa Meridional | 0.1 | 24 | 34 |
| Europa Occidental | Menos de 50,000 | 11 | 17 |

Fuente: Stanley, K., Susheela, S y Taylor, H. (1999) *La incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa01699.html>

* Abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años

** Abortos por cada 100 embarazos conocidos (abortos más los nacimientos vivos)

Europa Oriental: Belarús, Bulgaria, Federación Rusa, Hungría, Moldova, Polonia, República Checa, República Eslovaca, Rumania y Ucrania.

Europa Septentrional: Dinamarca, Estonia, Finlandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Noruega, Reino Unido y Suecia.

Europa Meridional: Albania, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Eslovenia, España, Grecia, Italia y Portugal.

Europa Occidental: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Países Bajos y Suiza.

De manera similar a como se presentó en los continentes anteriores, una vez conocido el número de abortos que se estima se realiza en Europa, se procederá a conocer las políticas por país en materia de aborto.

Tabla 2.96.- Políticas de aborto en el continente Europeo

A: Para salvar la vida de la mujer; **B:** Para preservar la salud física; **C:** Para preservar la salud mental; **D:** violación o incesto; **E:** Malformación fetal; **F:** Razones sociales o económicas; **G:** Disponible por petición

| No. | País | A | B | C | D | E | F | G |
|-----|--------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | Alemania | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 2 | Albania | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 3 | Andorra | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 4 | Austria | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 5 | Bélgica | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 6 | Bielorrusia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 7 | Bosnia Herzegovina | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 8 | Bulgaria | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 9 | Croacia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 10 | Dinamarca | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 11 | Eslovenia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 12 | España | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO |
| 13 | Estonia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 14 | Federación Rusa | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 15 | Finlandia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO |
| 16 | Francia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 17 | Grecia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 18 | Hungría | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 19 | Irlanda | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 20 | Islandia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO |
| 21 | Italia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 22 | Letonia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 23 | Liechtenstein | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 24 | Lituania | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 25 | Luxemburgo | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO |
| 26 | Macedonia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 27 | Malta | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 28 | Mónaco | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 29 | Noruega | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 30 | Países Bajos | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 31 | Polonia | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO |
| 32 | Portugal | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO |
| 33 | República Checa | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 34 | Reino Unido y norte de Irlanda | SI | SI | SI | NO | SI | SI | NO |
| 35 | Rumania | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 36 | San Marino | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 37 | Suecia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 38 | Suiza | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 39 | Ucrania | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 40 | Yugoslavia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |

Fuente: United Nations. Department of Economic and Social Development. (2001) *Abortion policies. A global review. Volume I, II y III.* New York: United Nations.

De los 40 países analizados anteriormente se desprende la siguiente tabla:

Tabla 2.97.- Porcentaje de países en el continente Europeo que permiten el aborto bajo diversas causas

| Política | Número de países que lo permiten | % de países que lo permiten |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Salvar la vida de la mujer | 39 | 97.5 |
| Preservar la salud física | 35 | 87.5 |
| Preservar la salud mental | 35 | 87.5 |
| Violación o incesto | 32 | 80 |
| Malformación fetal | 33 | 82.5 |
| Razones socioeconómicas | 30 | 75 |
| Disponible por petición | 26 | 65 |
| Todas las causas | 26 | 65 |
| Ninguna | 1 | 0.4 |

En la tabla anterior nos podemos dar cuenta que de los 40 países analizados del continente Europeo, el 97.5% de ellos permite el aborto para salvar la vida de la mujer, el 87.5% lo permite para conservar la salud física, el mismo porcentaje de países concede a la mujer un aborto legal para preservar la salud mental, mientras que un 80% hace lo propio por violación o incesto. Por malformación fetal el 82.5% de los países europeos permite un aborto. El 75% por razones socioeconómicas y un 65% está disponible a petición de la mujer. Es importante recordar que un mismo país puede tener una o más restricciones para el acceso a un aborto legal. Por otra parte, es de llamar la atención que países como Reino Unido, Irlanda y Suiza, no aceptan el aborto por violación e incesto.

Aun cuando la tabla anterior señala las condiciones bajo las cuáles se puede realizar un aborto legal en países del continente Europeo, existen casos en los que se ameritan requerimientos adicionales para acceder al mismo. Analizaremos los casos de algunos de los principales países, señalando además aquellos estudios que dan cuenta de la frecuencia que presenta el aborto en los mismos.

Tabla 2.98.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Alemania

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: 10 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva |
| 2.Nacional | 1973-1977 | Fuentes públicas | Muertes por aborto | Espontáneo e ilegal | Mortalidad: 0.2 decesos por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |
| 3.Nacional | 1977 | | 198 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 8.5% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

- 1 The Alan Guttmacher Institute (1999). *Induced Abortion Worldwide*. USA: The Alan Guttmacher Institute.
- 2 Tietze, C. *Induced abortion. A World review, 1981*. New York, USA, The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
- 3 Mending, W. and Heinrich, D. Die Muttersterblichkeit in der rheinischen Landesfrauenklinik Wuppertal von 1917 bis 1979. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 1981, 41: 204-207. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Excepto el aborto por causas médicas, la mujer deberá asistir a una sesión de asesoría pre-aborto con un médico. La intervención deberá realizarse en un hospital o centro autorizado. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.99.- Muertes maternas por aborto en Albania

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|------|---------------|--------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1994 | Estimación | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 20.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1993 | | 8 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 37.5% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1992 | | 4 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 25% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. United Nations Population Fund (UNFPA) and World Health Organization. Regional office for Europe. *Family planning and reproductive health in CCEE/NIS*. Copenhagen, Denmark, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Una mujer embarazada deberá recibir asesoría al menos una semana antes de que el aborto se realice. Un aborto deberá realizarlo un medico especialista en

ginecología/obstetricia en una institución de salud pública o privada. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.100.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Austria

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------------------|-------------------|--|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: de 10 a 23 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva |
| 2.Nacional | 1973-1977 | Fuentes públicas | Muertes por aborto | Espontáneo ilegal | Mortalidad: decesos por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |

Fuentes:

1. The Alan Guttmacher Institute (1999). Induced Abortion Worldwide. USA: The Alan Guttmacher Institute.
2. Tietze, C. *Induced abortion. A World review, 1981*. New York, USA. The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto a petición durante los primeros tres meses de embarazo es realizado por un médico una vez que se haya tenido una consulta previa. Un aborto puede realizarse después del primer trimestre si hay peligro serio para la vida de la mujer, a su salud física o mental, si existen daños que pueden originar severos defectos físicos o psicológicos al niño o si la mujer tiene menos de 14 años de edad. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.101.- Frecuencia de abortos Bélgica

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia |
|----------|-----------|------------------|------------------|--------------------------------|--------------------|
| Nacional | 1985 | Estimación | Abortos | Inducido, presuntamente ilegal | 15,590 |
| Nacional | 1979-1983 | Estimación anual | Abortos | Inducido, presuntamente ilegal | De 13,400 a 20,000 |

Fuente: Vekemans, M. And Verhaegen, B. Enquete sur le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées en Belgique en 1985. *Revue médicale de Bruxelles*, 1987, 8: 21-25. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

La mujer deberá certificar por escrito que ella determina tener un aborto y el médico deberá estar convencido de su determinación. La mujer deberá recibir asesoría al menos seis días antes al procedimiento. El aborto deberá realizarse por un médico bajo buenas condiciones médicas, en un Centro de Salud. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.102.- Muertes maternas por aborto en Bielorrusia

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1992-1993 | 51 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 23.5% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1985 | 28 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 32.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1981-1982 | 74 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 31.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
- 2 y 3 World Health organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Si la gestación es mayor que 12 semanas se requiere de una consulta médica. El aborto deberá realizarse por un médico autorizado en un hospital u otro establecimiento aprobado, con el consentimiento de la mujer. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.103.- Muertes maternas por aborto en Bulgaria

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|--------------------|--|---|
| 1.Nacional | 1993 | 9 muertes maternas | Aborto no especificado, presuntamente ilegal | 22.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1973-1977 | Muertes por aborto | Esponáneo e ilegal | .09 decesos por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |

Fuentes:

1. World Health organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Tietze, C. *Induced abortion. A World review 1981*. New York, USA. The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal

Un aborto médico es indicado cuando el embarazo se encuentra entre 12 y 20 semanas de duración y es permitido únicamente si se demuestra documentalmente por una comisión médica especial de que la mujer sufre alguna enfermedad que pueda dañar su vida o la del feto. Si el embarazo es mayor a 20 semanas de duración, se permite únicamente si la vida de la mujer está en peligro o si se encuentra una severa malformación fetal. El aborto deberá realizarse en un hospital o clínica especializada y lo llevará a cabo un obstetra/ ginecólogo y en casos de un aborto médico, se contará además con un médico especialista en resurrección. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.104.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Dinamarca

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------------------|---------------------|--|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: de 10 a 23 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva |
| 2.Nacional | 1973-1977 | Fuentes públicas | Muertes por aborto | Espontáneo e ilegal | Mortalidad: .04 decesos por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |
| 3.Nacional | 1971 | Estimación | Abortos ilegales | Ilegal | Frecuencia: 2,300 abortos |

Fuentes:

1. The Alan Guttmacher Institute (1999). *Induced Abortion Worldwide*. USA: The Alan Guttmacher Institute.
2. Tietze, C. *Induced abortion. A World review, 1981*. New York, USA, The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. van der Tak, J. *Abortion, fertility and changing legislation: an international review*. Lexington, Mass., USA, Lexington Books, 1974. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Debe realizarlo un médico en un hospital del Estado o clínica anexa al hospital. Si la gestación es alrededor de 12 semanas y el embarazo no pone en riesgo la vida de la mujer o serios riesgos a su salud física o mental, el aborto deberá ser aprobado por un comité. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.105.- Muertes maternas por aborto en Eslovenia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|------|------------------|------------------|---------------------------------------|--|
| Nacional | 1980 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 1 deceso por cada 100,000 nacidos vivos |
| Nacional | 1970 | Fuentes públicas | Muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 4 decesos por cada 100,000 nacidos vivos |

Fuente: WHO Collaborative Centre for Primary Health Care Nursing. *Women's health in Slovenia*. Maribor, Slovenia, 1993. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto deberá realizarse en un hospital o en otro centro de salud autorizado. Si la mujer es menor, se requiere la aprobación de sus padres o tutores, a menos que ella se reconozca competente para ganar su propia vida. Después de las primeras 10 semanas de embarazo, se requiere una autorización especial de una comisión compuesta de un ginecólogo/ obstetra, un médico general o especialista en medicina interna y un trabajador/ a social o un psicólogo/ a. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.106.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en España

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|-------------|------|---------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1988 | Estimación | Abortos | Inducido, presuntamente ilegal | Frecuencia: 105,000 |
| 2. Nacional | 1985 | Estimación | Abortos inducidos | Inducido, presuntamente ilegal | Frecuencia: 64,000 |
| 3. Nacional | 1985 | | 20 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 45% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. El País. 105,000 mujeres abortan cada año en España. *El País*, 1988. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
 2 y 3. Onis, M. De and Villar, J. *La mujer y la salud en España. Informe básico. Volumen 2*. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, 1992. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Un aborto deberá realizarse por o bajo la supervisión de un médico en un Centro de Salud aprobado público o privado. La mujer dará su expreso consentimiento para el procedimiento. Un especialista calificado, diferente del médico que realizará el aborto deberá certificar que la intervención es necesaria para evitar un riesgo severo a la salud mental o física de la mujer. En caso de violación, ésta deberá ser reportada a la policía y el aborto deberá realizarse dentro de las primeras 12 semanas de embarazo. En caso de malformación fetal, dos especialistas diferentes al médico que realizare el aborto, deberá certificar que en caso de llegar a término el embarazo, el feto podría sufrir serios defectos físicos o mentales. Dicho aborto deberá realizarse dentro de las primeras 22 semanas de embarazo. En caso de una emergencia que ponga en riesgo la vida de la madre, se debe realizar un aborto sin la opinión del médico y sin el consentimiento de la mujer. Todos los abortos deberán ser reportados a las autoridades nacionales de salud. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.107.- Muertes maternas por aborto en Estonia

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1994 | 6 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 50% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1990-1993 | 22 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 31.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1985-1989 | 44 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 11.4% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

- 1 y 3 World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

La mujer deberá aprobar el aborto, el cual lo realizará un médico en un hospital. Un aborto se realiza a petición dentro de la duodécima semana de embarazo. Posteriormente, la mujer embarazada se someterá a una consulta. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.108.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en la Federación Rusa

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|------------|-----------|------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1995 | Estimación anual | Muertes maternas | Inducido, presuntamente ilegal | Mortalidad: 30% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1991-1995 | | Abortos ilegales | llegal | Frecuencia y mortalidad: 44,470 abortos, con aproximadamente 260 a 280 muertes por año |
| 3.Nacional | 1994 | | 737 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 25.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. Legrain, G. *Reproductive health in countries with economies in transition –needs and priorities- Working paper no 12*. UNFPA CST for Arab States and Europe, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. Savelyeva, G.M. et al. Family planning in Russia. *International journal of gynecology and obstetrics*, 1997, 58(1): 51-57. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. World Health Organization (WHO). *World Health STATISTICS ANNUAL 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto

está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación. Después de este periodo, un aborto inducido es solicitado entre las 28 semanas de concepción por razones judiciales, genéticas, vitales, médicas y sociales o personales si es emitida una autorización especial por parte de una comisión de médicos locales. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.109.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Finlandia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------------------|-----------------|--|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: de 10 a 23 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva |
| 2.Nacional | 1970-1979 | Fuentes públicas | 51 muertes maternas | ilegal | Mortalidad: 9.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. The Alan Guttmacher Institute (1999). Induced Abortion Worldwide. USA: The Alan Guttmacher Institute
2. Erkkola, R. Maternal mortality in Finland, 1970-1980. *Annales chirurgiae et gynaecologicae supplementum*, 1994, 208: 72-75. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Debe ser autorizado por un médico o dos, dependiendo de las razones y será realizado por un médico autorizado en un hospital. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.110.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Francia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------------------|---------------------|--|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: de 10 a 23 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva |
| 2.Nacional | 1973-1977 | Fuentes públicas | Muertes por aborto | Espontáneo e ilegal | Mortalidad: 0.2 decesos por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |

Fuentes:

1. The Alan Guttmacher Institute (1999). Induced Abortion Worldwide. USA: The Alan Guttmacher Institute
2. Tietze, C. *Induced abortion. A World review, 1981*. New York, USA: The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se deberá realizar antes del fin de la décima semana de embarazo por un médico en un hospital autorizado. Después de la décima semana, podrá ser realizado

únicamente si hay peligro a la salud de la mujer o si existen altas probabilidades de que el producto esperado sufra una severa enfermedad incurable. En estos casos, dos médicos deberán testificar el riesgo de salud de la mujer o el feto. (United Nations, vol. 1, 2001).

Tabla 2.111.- Frecuencia de abortos y porcentaje de mujeres que abortan en Grecia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia y/o % de mujeres que abortan |
|----------|------|------------------|------------------------------|--------------------------------|---|
| Nacional | 1985 | Estimación anual | Abortos | Inducido, presuntamente ilegal | Frecuencia: 200,000 abortos |
| Nacional | 1983 | | Mujeres en edad reproductiva | Inducido, presuntamente ilegal | El 21% de ellas abortaron alguna vez en su vida |

Fuente: Hamand, J. Abortion –a way of life in Greece. *People*, 1985, 12(3): 19-21. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarlo un médico practicante en una clínica privada u hospital. Un médico adicional al que realizará el aborto deberá confirmar la existencia de motivos válidos para el aborto. En caso de que la mujer sea menor, se deberá obtener por escrito el consentimiento de los padres o tutor. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.112.- Muertes maternas por aborto en Hungría

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|------|---------------------|---------------------------------------|--|
| 1.Nacional | 1994 | 12 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 33% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1993 | 22 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 9.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

- World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Es obligatoria una consulta para informar a la mujer embarazada de los problemas de la anticoncepción, así como proporcionar asistencia si el embarazo es llevado a término. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.113.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Irlanda

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------------------|---------------------|--|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: de 10 a 23 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva |
| 2.Nacional | 1973-1977 | Fuentes públicas | Muertes por aborto | Espontáneo e ilegal | Mortalidad: 0.2 decesos por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |

Fuentes:

1. The Alan Guttmacher Institute (1999) Induced Abortion Worldwide. USA: The Alan Guttmacher Institute.
2. Tietze, C. *Induced abortion. A World review*. 1981. New York, USA: The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Tabla 2.114.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Italia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|------------|------|------------------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1992 | | 41 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 4.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1991 | | 27 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 14.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1983 | Estimación anual | Abortos ilegales | Ilegal | Frecuencia: 99,000 abortos |

Fuentes:

1. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. Spinelli, A. et al. *Legal abortion in Italy - 1983*. Rome, Italy, Annual report on Legal Abortion in Italy - 1983, 1985. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

A menos de que la situación sea de emergencia, se impone una semana de reflexión. Un médico deberá emitir un testimonio certificado del embarazo y la petición de terminar el mismo. Si la mujer es menor de 18 años, se requiere la autorización de los padres. Después del primer mes de embarazo, el aborto es permitido únicamente si el feto tiene malformaciones genéticas, o para preservar

la salud física y mental de la madre. El aborto deberá realizarse en un hospital público o centro privado autorizado. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.115.- Muertes maternas por aborto en Letonia

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1994 | 11 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 27.3% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1991-1993 | 29 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 41.4% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarse en un hospital o Centro de Salud autorizado. Más allá del primer trimestre de embarazo, es necesaria una autorización especial para realizar un aborto. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.116.- Muertes maternas por aborto en Lituania

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1991-1993 | 26 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 30.8% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1990 | Muertes maternas | ilegal | 25% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes:

1. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. World Health Organization. European Regional office. *Highlights on health, 1993*. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El aborto deberá realizarse en un hospital o Centro de Salud autorizado. Más allá del primer trimestre de embarazo, se requiere una autorización especial para la intervención. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.117.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Noruega

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------------------|---------------------|--|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: de 10 a 23 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva |
| 2.Nacional | 1973-1977 | Fuentes públicas | Muertes por aborto | Espontáneo e ilegal | Mortalidad: .03 muertes por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |

Fuentes

1. The Alan Guttmacher Institute (1999). *Induced Abortion Worldwide*. USA: The Alan Guttmacher Institute
2. Tietze, C. *Induced abortion. A World review. 1981*. New York, USA: The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere una solicitud de aborto por parte de la mujer embarazada. Si es mentalmente retardada o sufre alguna enfermedad mental, la solicitud puede ser emitida por el tutor. Si es menor de 16 años o retardada mental, se considerará la opinión de padres o tutor. Un aborto a petición deberá realizarse dentro de las primeras 12 semanas de gestación, después de este periodo, un aborto legal requiere la autorización de un comité compuesto por dos médicos. Si la duración del embarazo excede las 12 semanas, el aborto se realizará en un hospital, de otro modo, puede realizarse en otra institución autorizada. La intervención la llevará a cabo un médico. (United Nations, vol. 2, 2001).

Tabla 2.118.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en los Países Bajos

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------------------|---------------------|---|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: 10 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva. |
| 2.Nacional | 1973-1977 | Fuentes públicas | Muertes por aborto | Espontáneo e ilegal | Mortalidad: .02 decesos por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |

Fuentes

1. The Alan Guttmacher Institute (1999). *Induced Abortion Worldwide*. USA: The Alan Guttmacher Institute.
2. Tietze, C. *Induced abortion. A World review. 1981*. New York, USA: The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere un periodo de espera de cinco días entre la consulta inicial y la realización el aborto inducido, el cual deberá ser realizado en un hospital o clínica

autorizada. El costo del aborto inducido es subsidiado por el Gobierno. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.119.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Polonia

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|------------|------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1996 | Abortos ilegales | Ilegales | Frecuencia: 60-70,000 por año |
| 2.Nacional | 1994 | 53 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 30.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1993 | 58 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 19% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes

1. Nowicka, W. *Consequences of delegalization of abortion in Poland*. In: *Ketting, E. and Smit, J. (eds) Abortion matters. Proceedings*. Utrecht, Netherlands, STIMEZO Nedeland, 1997. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
2. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
3. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarlo un obstetra o ginecólogo una vez aprobado el Test Nacional de Habilidades. El aborto puede realizarse en un hospital o clínica y deberá contarse con el consentimiento de la mujer embarazada, sus padres o tutor en caso de que sea menor. La intervención deberá darse dentro de las primeras 12 semanas de embarazo, a menos que de continuarlo ocasione peligros a la vida o salud de la mujer embarazada. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.120.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Portugal

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|------------|-----------|------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1997 | Estimación anual | Abortos ilegales | legal | Frecuencia: de 16,000 a 30,000 |
| 2.Nacional | 1994 | | 10 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | Mortalidad: 30% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1979-1988 | Fuentes públicas | 236 muertes maternas | legal | Mortalidad: 28% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes

1. International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Abortion: the European experience. Choices*, 1997, 26(1): 1-44. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

2. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

3. International Reference Center for Abortion Research. Country notes. *Abortion research notes*, 1991, 20(3-4): 3-5. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarse por o bajo la dirección de un médico dentro de las primeras 12 semanas de gestación para preservar la salud física o mental o en casos de violación o incesto. Dentro de las 16 semanas si existen riesgos de que el producto nacerá con una malformación o enfermedad incurable. Dichas circunstancias deberán ser certificadas por escrito por un médico diferente del que llevará a cabo la intervención. Esta certificación será acompañada por el consentimiento por escrito de la mujer que solicita el aborto no menos de tres días anteriores a la fecha del procedimiento. Mujeres por debajo de 16 años de edad deberán tener el consentimiento de su esposo, familia, o en su ausencia, de cualquier pariente. El aborto se realizará en un establecimiento oficial o aprobado. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.121.- Muertes maternas por aborto en República Checa

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|-------------|-----------|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1. Nacional | 1990-1993 | 52 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 25% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2. Nacional | 1986-1989 | 58 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 20.7% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere del consentimiento de la mujer y de la autorización de su ginecólogo. Si el periodo de gestación es mayor a 12 semanas, se requiere la autorización de una comisión médica. Excepto cuando es médicamente indicado, el aborto deberá realizarse dentro del primer trimestre en un hospital por un ginecólogo autorizado. Abortos terapéuticos son permitidos arriba de 26 semanas. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.122.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Reino Unido y norte de Irlanda

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia/ mortalidad |
|--------------------------|------|------------------|------------------------------|---------------------|--|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: de 10 a 23 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva. |
| 2.Nacional (Reino Unido) | 1974 | Fuentes públicas | 81 muertes maternas | Espontáneo e ilegal | Mortalidad: 4.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional (Reino Unido) | 1973 | Estimación | Abortos ilegales | ilegales | Frecuencia: 8,000 abortos de este tipo |

Fuentes:

1. The Alan Guttmacher Institute (1999). Induced Abortion Worldwide. USA: The Alan Guttmacher Institute.
- 2y3. Francome, C. Estimating the number of illegal abortion. *Journal of biosocial science*, 1997, 9(4): 467-479. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El aborto es legal en Inglaterra, Gales y Escocia cuando dos médicos practicantes registrados (en caso de emergencia, se requiere uno) certifican de que existen razones asentadas en la Acta de Aborto de 1967. La terminación del embarazo deberá realizarse dentro (excepto en emergencias) de un hospital del Servicio nacional de Salud. El aborto es legal durante las primeras 24 semanas de gestación. No es requisito el consentimiento del esposo para realizar el aborto. El acta de Aborto de 1967 no aplica en el norte de Irlanda (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.123.- Muertes maternas por aborto en Rumania

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|----------|------|------------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| Nacional | 1996 | Fuentes públicas | 95 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 53.7% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| Nacional | 1995 | Fuentes Públicas | 113 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 52.2% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| Nacional | 1994 | Fuentes públicas | 149 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 63.1% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuente: Ghetau, V. *Maternal mortality and abortion in Romania 1989-1996*. Bucharest, Romania, United Nations Population Fund, Romania, 1997. En: World Health Organization (1998). Unsafe abortion. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Es permitido a solicitud durante el primer trimestre del embarazo. Después de este periodo, el aborto legal puede ser realizado únicamente por razones terapéuticas. La intervención la realizará un médico ginecólogo en un hospital. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.124.- Frecuencia de abortos y/o muertes maternas por aborto en Suecia

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|------------------|------------------------------|---------------------|---|
| 1.Nacional | 1999 | | Mujeres en edad reproductiva | No especificado | Frecuencia: de 10 a 23 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva. |
| 2.Nacional | 1973-1977 | Fuentes públicas | Muertes por aborto | Espontáneo e ilegal | Mortalidad: 02 decesos por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva |

Fuentes:

1. The Alan Guttmacher Institute (1999). *Induced Abortion Worldwide*. USA: The Alan Guttmacher Institute.

2. Tietze, C. *Induced abortion: A World review*, 1981. New York, USA, The Population Council, 1980. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

El aborto es legal en Suecia por una amplia cantidad de razones, incluyendo a petición arriba de 18 semanas de gestación, con la condición de que el procedimiento no ocasione daños a la vida de la mujer o a su salud. En embarazos entre 12 y 18 semanas de gestación,. La mujer es requerida para discutir el aborto con un trabajador/ a social; después de 18 semanas se debe obtener el permiso de la Barra Nacional de Salud y Bienestar. El aborto deberá realizarlo un medico practicante autorizado, excepto en casos de emergencia, en un hospital general u otro establecimiento de salud aprobado. El aborto es subsidiado por el Gobierno. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.125.- Frecuencia de abortos en Suiza

| Estudio | Año | Tipo de datos | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Frecuencia |
|----------|------|---------------|------------------|----------------|------------|
| Nacional | 1986 | Estimación | Abortos ilegales | Illegal | 8,000 |
| Nacional | 1985 | Estimación | Abortos ilegales | Illegal | 8,000 |
| Nacional | 1980 | Estimación | Abortos ilegales | Illegal | 13,000 |

Fuente: Stamm, H. Et al. Schwangerschaftsabbruch in der Schweiz 1982 bis 1986. *Schweizerische Rundschau fuer Medizin (PRAXIS)*, 1990, 79(9), 229-234. En: World Health Organization (1998). *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Deberá realizarlo un médico con el consentimiento por escrito de la mujer, y excepto en una emergencia, con la aprobación por escrito de un segundo médico. En la legislación suiza no se juzga un tiempo límite para un aborto terapéutico, ni se requiere una orientación obligatoria o un periodo de espera antes de que el aborto pueda realizarse. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.126.- Muertes maternas por aborto en Ucrania

| Estudio | Año | Grupo de estudio | Tipo de aborto | Mortalidad |
|------------|-----------|----------------------|---------------------------------------|---|
| 1.Nacional | 1991-1992 | 375 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 21.9% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 2.Nacional | 1985 | 308 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 18.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |
| 3.Nacional | 1982 | 280 muertes maternas | No especificado, presuntamente ilegal | 28.6% decesos del total de muertes maternas se debieron a este tipo de aborto |

Fuentes

1. World Health Organization (WHO). *World health statistics annual 1994*. Geneva, Switzerland, 1995. En: World Health Organization (1998) *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization
- 2 y 3. World Health organization (WHO). *World health statistics annual 1995*. Geneva, Switzerland, 1996. En: World Health Organization (1998) *Unsafe abortion*. Geneva: World Health Organization

Requerimientos adicionales para acceder a un aborto legal:

Se requiere el consentimiento de la mujer embarazada. Es autorizado si lo realiza un médico con licencia en un hospital o institución médica reconocida. El aborto está disponible a petición durante las primeras 12 semanas de gestación. Después de este periodo, un aborto inducido es solicitado entre las 28 semanas de concepción por razones judiciales, genéticas, vitales, médicas y sociales o personales si es emitida una autorización especial por parte de una comisión de médicos locales. (United Nations, vol. 3, 2001).

Tabla 2.127.- Número estimado de abortos ilegales, tasa de aborto y proporción de aborto en Oceanía

| Región | No. de abortos ilegales | Tasa* | Proporción** |
|---------|-------------------------|-------|--------------|
| Oceanía | Menos de 50,000 | 21 | 20 |

Fuente: Stanley, K., Susheela, S. y Taylor, H. (1999) *La incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa01699.html>

* Abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años

** Abortos por cada 100 embarazos conocidos (abortos más los nacimientos vivos)

Oceanía: Australia, Nueva Zelanda y Papúa Nueva Guinea.

Tabla 2.128.- Políticas de aborto en Oceanía

A: Para salvar la vida de la mujer; **B:** Para preservar la salud física; **C:** Para preservar la salud mental; **D:** violación o incesto; **E:** Malformación fetal; **F:** Razones sociales o económicas; **G:** Disponible por petición

| No. | País | A | B | C | D | E | F | G |
|-----|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | Australia | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI |
| 2 | Fiji | SI | SI | SI | NO | NO | SI | NO |
| 3 | Islas Cook | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 4 | Islas Marshall | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 5 | Islas Salomón | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 6 | Kiribati | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 7 | Micronesia | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 8 | Nauru | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 9 | Palau | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 10 | Papua Nueva Guinea | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 11 | Samoa | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |
| 12 | Tonga | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 13 | Tuvalu | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 14 | Vanuatu | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO |

Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Development. (2001) *Abortion policies. A global review*. Volume I, II y III. New York, United Nations.

De los 14 países analizados anteriormente se desprende la siguiente tabla:

Tabla 2.129.- Porcentaje de países en Oceanía que permite el aborto bajo diversas causas

| Política | Número de países que lo permiten | % de países que lo permiten |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Salvar la vida de la mujer | 14 | 100 |
| Preservar la salud física | 7 | 50 |
| Preservar la salud mental | 7 | 50 |
| Violación o incesto | 1 | 7.1 |
| Malformación fetal | 1 | 7.1 |
| Razones socioeconómicas | 1 | 7.1 |
| Disponible por petición | 1 | 7.1 |
| Todas | 1 | 7.1 |

En la tabla anterior se refleja que de los 14 países analizados de Oceanía, el 100% de ellos permite el aborto para salvar la vida de la mujer, el 50% lo permite para conservar la salud física, la mitad concede a la mujer un aborto legal para preservar la salud mental, mientras que un 7.1% hace lo propio por violación o incesto, el mismo porcentaje lo permite por malformación fetal, por razones socioeconómicas y a petición de la mujer. Es importante recordar que un mismo país puede tener una o más restricciones para el acceso a un aborto legal.

Para finalizar el presente apartado, se reúne en una tabla el número estimado de aborto inducidos, tasa de aborto y proporción de aborto por región y subregión:

Tabla 2.130.- Número estimado de abortos inducidos, tasa de aborto y proporción de aborto por región y subregión (1995)

| Región y Subregión | No. de abortos (millones) | | | Tasa* | Proporción** |
|--------------------------|---------------------------|-----------------|------------------------|-----------|--------------|
| | Total | Legales | Illegales | | |
| África | 5.0 | | 5.0 | 33 | 15 |
| África Oriental | 1.9 | Menos de 50,000 | 1.9 | 41 | 16 |
| África Media | 0.6 | Menos de 50,000 | 0.6 | 35 | 14 |
| África Septentrional | 0.6 | Menos de 50,000 | 0.6 | 17 | 12 |
| África Meridional | 0.2 | Menos de 50,000 | 0.2 | 19 | 12 |
| África Occidental | 1.6 | Menos de 50,000 | 1.6 | 37 | 15 |
| América Latina | 4.2 | 0.2 | 4.0 | 37 | 27 |
| Caribe | 0.4 | 0.2 | .02 | 50 | 35 |
| América Central | 0.9 | Menos de 50,000 | 0.9 | 30 | 21 |
| América del Sur | 3.0 | Menos de 50,000 | 3.0 | 39 | 30 |
| América del Norte | 1.5 | 1.5 | Menos de 50,000 | 22 | 26 |
| Asia | 26.8 | 16.9 | 9.9 | 33 | 25 |
| Asia Oriental | 12.5 | 12.5 | Menos de 50,000 | 36 | 34 |
| Asia Sud-central | 8.4 | 1.9 | 6.5 | 28 | 18 |
| Asia Sud-oriental | 4.7 | 1.9 | 2.8 | 40 | 28 |
| Asia Occidental | 1.2 | 0.7 | 0.5 | 32 | 20 |
| Europa | 7.7 | 6.8 | 0.9 | 48 | 48 |
| Europa Oriental | 6.2 | 5.4 | 0.8 | 90 | 65 |
| Europa Septentrional | 0.4 | 0.3 | Menos de 50,000 | 18 | 23 |
| Europa Meridional | 0.8 | 0.7 | 0.1 | 24 | 34 |
| Europa Occidental | 0.4 | 0.4 | Menos de 50,000 | 11 | 17 |
| Oceanía | 0.1 | 0.1 | Menos de 50,000 | 21 | 20 |

Fuente: Stanley, K., Susheela, S. y Taylor, H. (1999). *La incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa01699.html>

* Abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años

** Abortos por cada 100 embarazos conocidos (abortos más los nacimientos vivos)

Las consideraciones de la tabla anterior son:

POR REGIÓN

- Asia representa la región con mayor número de **abortos** (26.8 millones), seguida de Europa (7.7 millones), África (5 millones), América Latina (4.2 millones), América del Norte (1.5 millones) y Oceanía (0.1 millón).

- Por lo que respecta a la incidencia de **abortos legales**, estos se presentan de la siguiente manera: Asia (16.9 millones), Europa (6.8 millones), América del norte (1.5 millones), América Latina (0.2 millones), Oceanía (0.1 millón) y África con menos de 50,000 abortos legales.
- En el caso de los **abortos ilegales**, Asia presenta el mayor número de ellos (9.9 millones), le sigue África (5 millones), América Latina (4 millones), Europa (0.9 millones) y América del Norte y Oceanía con menos de 50,000 abortos ilegales.
- La **tasa de abortos** (abortos por cada mil mujeres de 15 a 44 años) es mayor en la región de Europa (48 abortos por cada mil mujeres). Le sigue América Latina (37 abortos por cada mil mujeres), África y Asia (33 abortos por cada mil mujeres), América del Norte (22 abortos por cada mil mujeres) y Oceanía con 21 abortos por cada mil mujeres.
- La **proporción de abortos** (abortos por cada cien embarazos conocidos) se presenta de la siguiente manera: Europa (48), América Latina (27) América del Norte (26), Asia (25) Oceanía (20) y África (15).

POR SUBREGIÓN

- **Abortos**.- Asia oriental, Asia sud-central y Europa oriental son las subregiones con mayor número de abortos (12.5, 8.4 y 6.2 millones respectivamente).
- **Abortos legales**.- La subregión donde se presentan mayor número de abortos legales es Asia oriental (12.5 millones), seguida de Europa oriental (5.4 millones).
- **Abortos ilegales**.- Estos se presentan con mayor frecuencia en la subregión de Asia Sud-central (6.5 millones) y América del Sur (3.0 millones).
- **Tasa de abortos**.- Europa Oriental es la subregión con mayor tasa de abortos (90 abortos por cada mil mujeres), seguida de El Caribe (50 abortos por cada mil mujeres) y África Oriental (41 abortos por cada mil mujeres)

Stanley, Susheela y Taylor (1999) detallan que en el año de 1995 el número de abortos a nivel mundial era de 46 millones, de los cuáles 20 millones sucedían en condiciones de ilegalidad y una tasa mundial de 35 abortos por cada 1,000 mujeres en edad de 15 a 44 años. Para el año de 1997, Neft y Levine (1997) reportan que ascendió a 50 millones.

El presente apartado dio cuenta de la incidencia y muertes maternas por aborto en el ámbito mundial y la legislación que diferentes países mantienen en cuanto al mismo, además de los trámites necesarios para acceder a él. Las muertes maternas derivadas de un aborto mal practicado y en condiciones insalubres es un problema de particular importancia para las Naciones Unidas, que a través de sus distintas conferencias mundiales, manifiesta su preocupación e insta a los gobiernos a generar acciones para dar la atención a las mujeres a través de los servicios e instituciones de salud. De tal manera que la siguiente sección dará cuenta del tratamiento que las diferentes Conferencias Internacionales le brindan al tema del aborto.

2.2 El aborto en las Conferencias Internacionales

La sección anterior permitió un acercamiento a las estadísticas que sobre incidencia y muertes maternas por aborto suceden alrededor del mundo. Es por ello que la comunidad internacional no ha sido ajena al fenómeno y le ha brindado espacios de debate en las distintas Conferencias Internacionales auspiciadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). A continuación se exponen algunas de ellas, comenzando desde 1954 hasta el año 2000.

1954

Conferencia Mundial de Población. Roma, 1954

Primera conferencia de tipo científico sobre problemas demográficos que se realizó bajo los auspicios de las Naciones Unidas. La asistencia la conformaron expertos designados por 1) los gobiernos, 2) los Organismos especializados

interesados, 3) las organizaciones científicas no gubernamentales interesadas y 4) 109 expertos invitados a título personal por el Secretario General de la ONU

En esta conferencia se habló poco del aborto dadas las condiciones de reconstrucción de la humanidad después de las dos guerras mundiales. Así que se realizaron observaciones con relación a que una de las principales tendencias era de que la población tendía a aumentar. Aunque esta tendencia se presentaba en unos países, en otros no, por lo que requería una planificación familiar. Como resultado, en esta conferencia se solicitó que con el objeto de comprender bien las diferencias actuales de fecundidad: a) se hiciera un estudio sobre los objetivos que prevalecían en la sociedad y b) realizar una clasificación de la sociedad en grupos sociales básicos, además de conocer mejor los motivos que impulsaban a la planificación familiar (Avendaño, 1983).

1965

Conferencia Mundial de Población. Yugoslavia, 1965

Segunda Conferencia Mundial de la Población. Los expertos en materia demográfica fueron invitados a título personal, en la Conferencia se intercambiarían ideas y experiencias sobre cuestiones de población, por lo que no habrían de adoptarse resoluciones ni recomendaciones. Los trabajos estuvieron compuestos por monografías preparadas por los expertos en la materia.

Se puede resumir que hubo una tendencia general en esta Conferencia a aceptar que el aborto provocado ha sido uno de los medios utilizados consuetudinariamente por las personas para lograr su control de natalidad, mismo que no ha respondido a programas gubernamentales, sino que ha emanado de la decisión misma de la gente, en especial de la mujer.

1974

Conferencia Mundial de Población. Bucarest, Rumania, 1974.

El año de 1974 fue proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas como el año de Los Problemas de la Población. En dicha conferencia se aprobó un "Plan de Acción Mundial de Población", conteniendo recomendaciones y normas para lograr una mejor calidad de vida, y un desarrollo socioeconómico más rápido para todos los pueblos. Con respecto al aborto, las recomendaciones para la acción en el documento D/5585 página 17 menciona que los esfuerzos de los planes nacionales e internacionales para reducir los niveles de mortalidad y morbilidad vayan acompañados de otros esfuerzos y objetivos como los siguientes:

- A) La reducción de la mortalidad fetal, Infantil y en la temprana niñez, y la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad.

- B) La reducción de la esterilidad involuntaria, la subfecundidad, los nacimientos defectuosos y los abortos ilegales (Avendaño, 1983).

1975

Conferencia Mundial de la Mujer. México, 1975

En 1975, Naciones Unidas convocó a la primera de las conferencias mundiales de la mujer, para elaborar los planes que asegurasen el adelanto de la mujer en el mundo. Celebrada en la Ciudad de México, inició el diálogo sobre la condición de la mujer identificando tres objetivos sobre los que se debía avanzar: a) la igualdad plena y la eliminación de la discriminación por motivos de sexo; b) la integración y participación de la mujer en el desarrollo mundial y c) la contribución de la mujer en el desarrollo mundial y en el fortalecimiento de la paz (Álvarez, 2000).

Celebrada durante el Año Internacional de la Mujer, en esta conferencia los Estados adoptaron un "Plan de Acción" que tuvo como resultado la proclamación por la Asamblea General de las Naciones Unidas del "Decenio de las Naciones Unidas para la mujer" (1975-1985). Durante el Decenio, en 1979, la Asamblea

General de la ONU aprobó la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer", a la cual se han adherido 133 Estados (García y Barahona, 1996).

1980

Conferencia Mundial de la Mujer. Copenhague, 1980

Esta conferencia se organizó a mitad del Decenio para la Mujer, con el objetivo de evaluar su desarrollo. A partir de esta evaluación, los Estados aprobaron un "Programa de Acción" para la segunda mitad del Decenio, en el que se puso énfasis en los temas relativos a la educación, el empleo y la salud (García y Barahona, 1996).

Se evaluó lo planteado en la primera y se concluyó: que faltaba participación del hombre en el mejoramiento del papel de la mujer, que la voluntad política había sido insuficiente; que todavía no se reconocía el valor de la contribución de la mujer en la sociedad; que había escasez de mujeres en puestos de poder; que los servicios para apoyar el papel de la mujer en la sociedad (como las facilidades en el crédito) y los recursos financieros eran insuficientes y que, entre las propias mujeres, la sensibilización respecto de las oportunidades disponibles aún no era suficiente (Álvarez, 2000).

1985

Conferencia Mundial de la Mujer. Nairobi, 1985

Esta conferencia tuvo como objetivo examinar y evaluar los avances logrados y los obstáculos enfrentados durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. A partir de este análisis, los Estados aprobaron por consenso el documento "Las estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de las mujeres hasta el año 2000". Las Estrategias son el conjunto de medidas que deben adoptarse en los planos nacional regional e internacional, a fin de promover el reconocimiento social del papel de las mujeres y el ejercicio de sus derechos humanos (García y Barahona, 1996).

La conferencia demostró que a pesar de que se habían logrado avances en lo jurídico y social, éstos habían beneficiado sólo a una minoría de las mujeres. Sin los objetivos logrados, se elaboró un documento que instaba a los 157 países participantes a adoptar medidas para garantizar la igualdad en la sociedad, en la toma de decisiones y en la participación política (Álvarez, 2000).

1994

Salud Reproductiva y Justicia: Conferencia Internacional de Salud de la Mujer para el Cairo 94. (24 al 28 de enero de 1994. Río de Janeiro, 1994)

El principal objetivo de la Conferencia fue preparar la participación de las mujeres para la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo a realizarse en el Cairo y proveer un foro en el cual las mujeres pudieran encontrar e identificar principios comunes sobre salud reproductiva y justicia, además de desarrollar instrumentos y estrategias para usar antes, durante y después de la Conferencia de El Cairo. (Secretariado para el Comité Organizador de la Conferencia, 1994). Con respecto al aborto, se llegaron a los siguientes acuerdos:

- Servicios de Salud integrales y de buena calidad para las mujeres, que incluyan la salud reproductiva, son una responsabilidad fundamental de los gobiernos. Estos servicios deben estar disponibles y ser accesibles con el objeto de reducir la mortalidad materna, la morbilidad, la mortalidad infantil y el aborto inseguro, dentro de un enfoque amplio de salud de la mujer que responda a sus necesidades en todo el ciclo vital. Es necesario desarrollar indicadores cualitativos y cuantitativos para evaluar los servicios y las usuarias deben participar en este proceso de evaluación.

- Hubo claro acuerdo de que la calidad de los servicios de salud reproductiva son un derecho clave para las mujeres. Sin embargo los programas existentes de planificación familiar no pueden simplemente redefinirse como programas de salud reproductiva. Estos deben incluir control prenatal, atención del parto y puerperio, incluyendo programas de nutrición y

lactancia; anticoncepción segura, aborto seguro y no forzado; ... las N.U. (Naciones Unidas) y otras agencias donantes y los gobiernos deben reconocer el derecho al aborto legal y seguro como una parte intrínseca de los derechos de la mujer, y los gobiernos deberían cambiar la legislación e implementar políticas que reflejen este reconocimiento.

1994

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). Cairo, 1994

En 1994 tuvo lugar la tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, Egipto y en la cual participaron 180 gobiernos. los cuáles acordaron una lista de acciones para el futuro, recabadas en el Programa de Acción, que consta de 16 capítulos. El aborto de riesgo se define en el Programa de Acción como un procedimiento para terminar un embarazo no deseado, ya sea por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente falto de los estándares médicos mínimos, o ambos (IPPF, 1996).

Los compromisos realizados por los gobiernos en materia de aborto fueron:

- Incluir servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo en los servicios de salud materna.
- Ocuparse de los efectos de los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de Salud pública.
- Reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar.
- Asegurar que las mujeres que tienen embarazos no deseados tengan fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento.

- Asegurar que, en el caso en que el aborto no sea contrario a la ley, los abortos se realicen en condiciones adecuadas.
- Asegurar que las mujeres tengan acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos en todos los casos, así como acceso a servicios de planificación familiar, educación y asesoramiento postaborto.
- Promover investigaciones sobre los factores determinantes y las consecuencias del aborto provocado, inclusive sus efectos sobre la fecundidad ulterior, la salud reproductiva y mental y las prácticas anticonceptivas, así como investigaciones sobre el tratamiento de las complicaciones de los abortos y el cuidado postaborto.

En la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 se reconoce por primera vez que el aborto inseguro es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna en la mayor parte de los países en desarrollo (Machicao y Abracinskas, 1999).

1995

Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, 1995

Fruto esencial de la Conferencia es la adopción de la Plataforma de Acción que tiende a sentar bases firmes para el trabajo en pro de la equidad de género en el próximo decenio, a reafirmar el carácter universal de los derechos de las mujeres y postular su potenciación como condición esencial para el proceso de desarrollo. La Plataforma apunta hacia la adopción de un enfoque sistémico e integrado respecto a la equidad de género, precisando objetivos y acciones en las siguientes doce áreas o esferas de especial preocupación: pobreza, educación, salud, violencia, conflictos armados y otros, participación económica, toma de decisiones, mecanismos institucionales, derechos humanos, medios de comunicación, ambiente y desarrollo, y las niñas. La Plataforma reúne una serie de medidas que

deben realizarse en un período de quince años, de tal forma que la meta de igualdad, el desarrollo y la paz se logre. Para ello, se identifican acciones a realizar en doce esferas de especial preocupación (García y Barahona, 1996).

Se plantean tareas a los gobiernos de los países miembros de la ONU, al sector privado, a los organismos intergubernamentales, a las agencias especializadas de la ONU, a las ONG's y a la cooperación internacional.

Por lo que respecta al aborto, en el párrafo 106 K se identifican las medidas que han de adoptar los organismos antes mencionados:

- Ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública.
- Reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia.
- Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo.
- En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas.
- En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.
- Ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.

- Considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales.

En esta conferencia se reconoció que los esfuerzos desde la primera contribuyeron a mejorar la situación de la mujer y su acceso a los recursos. Pero también señaló que la estructura básica aún favorecía la desigualdad: los hombres seguían siendo quienes tomaban las decisiones sobre aquellos temas que afectaban la vida de todas las personas (Álvarez, 2000).

1998

Documento del Comité Especial sobre Población y Desarrollo, CEPAL. Reunión de la Mesa Directiva Ampliada, Santiago de Chile 14 y 15 de diciembre 1998. Documento Oficial de la ONU para evaluar 5 años de implementación del Programa de Acción de El Cairo 1994.

En el punto 3. Derechos y salud reproductiva y sexual y equidad social, se señala:

(...) "otro componente fundamental de estos programas se orienta a evitar la mortalidad materna lo que exige un seguimiento de las gestantes –desde la concepción hasta el puerperio- y una apropiada atención a las complicaciones derivadas del aborto" (Machicao y Abracinskas, 1999. Pág. 9).

En el artículo 3.1. Avances en materia de legislación y programas sobre derechos reproductivos y sexuales, se menciona:

"El nuevo concepto de salud reproductiva y sexual bosquejado en la CIPD entraña un progreso sustantivo: por primera vez se concuerda en que *"los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas*

aprobados por consenso". Este nuevo concepto va más allá de la planificación familiar pues amplía el horizonte de aquellos derechos a todo el ámbito de la reproducción, la sexualidad y las relaciones de género (Ibíd. Pág. 8).

En este marco la CEPAL en su artículo 3.5. relacionado a Avances en materia de maternidad sin riesgo, reconoce que:

"La morbilidad materna se vincula con hemorragias severas, infecciones, abortos en condiciones inseguras, eclampsia, embarazo ectópico, embolias y diversas causas indirectas (...) (Ibíd.).

1999

Foro Internacional de La Haya, Informe Preliminar, 8-12 febrero de 1999

Dentro de las medidas propuestas, en el Artículo 3.17, Derechos reproductivos, se puede leer:

- a) "Deberían aplicarse y promulgarse políticas y leyes en consonancia con los compromisos adquiridos en El Cairo para garantizar los derechos reproductivos, la equidad y la igualdad entre géneros. (...).

- d) Los derechos humanos de la mujer comprenden su derecho a controlar y decidir libre y responsablemente las cuestiones relacionadas con su sexualidad incluida la salud sexual y reproductiva sin sufrir coacciones, discriminación, ni violencia. (...).

- p) Reconocer que el aborto en malas condiciones es un problema de salud pública y proceder en consecuencia.

- q) Reducir los abortos en malas condiciones, reduciendo el número de embarazos no deseados mediante la información y los servicios de planificación de la familia incluidos los contraceptivos de emergencia, e invirtiendo en la capacitación y equipamiento del personal de los servicios

médicos para atender a las complicaciones de los abortos hechos en malas condiciones. En los lugares que sea legal el aborto, éste debe ser seguro y accesible. Deberán revisarse las leyes en las que se prevean medidas punitivas contra las mujeres que se hayan sometidos a abortos ilegales.

- r) Reafirmar el compromiso de cumplir el párrafo 8.25 del programa de acción y elaborar un sistema para vigilar su cumplimiento. (...) (Machiaco y Abracinskas, 1999).

1999

Documento: "Medidas Clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo". 30 de junio de 1999. Documento oficial aprobado por la Asamblea General Extraordinaria de Naciones Unidas. (Cairo+5).

Dicho documento recoge todo un proceso intergubernamental evaluatorio analizando los progresos realizados y las dificultades advertidas en la implementación de los acuerdos de la Conferencia sobre Población y Desarrollo. En términos generales, el documento final en todo lo relativo a las posiciones sobre género, salud sexual y derechos reproductivos repite el lenguaje del programa de Acción de El Cairo, a pesar de que los informes dados por los países demostraron avances en estos temas (Machiaco y Abracinskas, 1999).

En relación con el aborto, el documento señala en el Capítulo IV: Derechos reproductivos y salud reproductiva, inciso C: Reducción de las tasas de morbilidad materna, párrafo 63:

- i) En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de

los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad del aborto. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deben ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos

- ii) Los gobiernos deben tomar medidas oportunas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, que en ningún caso debe promoverse como método de planificación de la familia, y proporcionar en todos los casos un trato humanitario y orientación a las mujeres que han recurrido al aborto.
- iii) Al reconocer y aplicar lo dispuesto, más arriba y en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer.

El párrafo vuelve a ratificar el lenguaje del artículo 8.25 de la Plataforma de Acción de El Cairo. No incluye la recomendación del párrafo 106.K del Programa de

Acción de Beijing y como novedad agrega la capacitación de prestadores de servicios y el equipamiento de los mismos para garantizar una adecuada atención a las mujeres que recurran a abortos (Machicao y Abracinskas, 1999).

2000

Cinco años después de la histórica conferencia mundial sobre las mujeres que reunió en Beijing a 30,000 participantes de 189 países, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebró del 5 al 9 de junio de 2000 en Nueva York, una sesión especial dedicada a evaluar el cumplimiento de los compromisos alcanzados en 1995. Bautizada "Mujeres 2000: igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI", la reunión examinó los que fueron temas prioritarios de la Plataforma de Acción de Beijing, entre los que figuraban la seguridad de las mujeres, su acceso a servicios educativos y sanitarios de calidad, su participación en la vida política y económica y la promoción de sus derechos humanos (Bessis, 2000).

En esta sesión, muchos temas continuaron generando agudas confrontaciones entre los países, sobre todo, en lo referente a los derechos a la salud sexual y reproductiva de la mujer, la educación sexual, la planificación familiar y el aborto (Álvarez, 2000).

A lo largo del presente apartado se hizo referencia a las Conferencias Mundiales que han manejado el tema del aborto. Se inició con la Conferencia Mundial de Población en Roma (1954). La condición de la humanidad después de las dos guerras mundiales tendía hacia la reconstrucción, por lo que se habló poco del aborto; sin embargo, se solicitó un estudio sobre temas relativos a la fecundidad. En la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Yugoslavia (1965) se aceptó –derivado de los estudios de fecundidad solicitados en la Conferencia de Roma- que el aborto provocado constituía uno de los medios usados consuetudinariamente por las personas para lograr el control de su natalidad. Es en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, Rumania en 1974 en donde

se hace un llamado al esfuerzo en reducir los abortos ilegales. En la Conferencia Mundial de la Mujer que tuvo lugar en México en 1975 se instauró el "Decenio de las Naciones Unidas para la mujer"; dentro del mismo, se aprobó la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer". En 1980 tuvo lugar la Conferencia Mundial de la Mujer en Copenhague (1980) en donde se puso el énfasis en la salud de la misma. Una vez terminado el Decenio, se celebró la Conferencia Mundial de la Mujer en Nairobi (1985), reconociendo que los avances únicamente habían beneficiado únicamente a una minoría de las mujeres. Es en la Conferencia Internacional de Salud de la Mujer para el Cairo 94 que se tomaron acuerdos en materia de aborto: servicios de salud integrales y de buena calidad para las mujeres encaminados a reducir el aborto inseguro; programas de planificación familiar que incluyan entre otros al control prenatal, anticoncepción segura y aborto seguro y no forzado. Se insta a reconocer al aborto legal y seguro como parte de los derechos de la mujer. Ya en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 los gobiernos se comprometieron a: ocuparse de los efectos de los abortos realizados en condiciones no adecuadas; prestación de amplios y mejores servicios de salud tendientes a reducir el recurso al aborto; asegurar información fidedigna a las mujeres que tienen embarazos no deseados; asegurar condiciones adecuadas para acceder a un aborto legal, acceso a servicios de calidad para tratar complicaciones por aborto y promover investigación sobre las consecuencias y factores determinantes del aborto provocado, inclusive sus efectos. Pero fue en la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing (1995) que se adoptó la Plataforma de Acción que reúne medidas a realizarse en un periodo de quince años. Las tareas planteadas a gobiernos, ONG's y cooperación internacional retoman a las de El Cairo, y agregan una: considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales. En el documento "Medidas Clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo" (1999) se agrega además la capacitación de prestadores de servicios y el equipamiento de los

mismos para garantizar una adecuada atención a las mujeres que recurran a abortos

Con el tratamiento que las diversas Conferencias Internacionales han brindado al tema del aborto se termina el capítulo dos, en donde se hizo referencia a la situación del aborto en el contexto internacional, con énfasis en la incidencia y muertes maternas derivadas de un aborto, además de la legislación que impera en los países de los cinco continentes con respecto al mismo. El siguiente capítulo tratará de la situación del aborto en México.

CAPÍTULO 3:

Situación del aborto en México

En el capítulo anterior se trató la situación del aborto en el contexto internacional, particularmente la incidencia, muertes maternas y legislación, aunado a las Conferencias Internacionales auspiciadas por la ONU, en donde se ha tratado el tema. En este capítulo se expondrá la situación del aborto en México, abarcando los siguientes apartados: Incidencia y muertes maternas por aborto en México; la planificación familiar y el aborto; legislación; costos para el sistema de salud; postura de la iglesia católica y grupos ligados a ella, tales como Provida y Católicas por el Derecho a Decidir; el punto de vista médico y la opinión pública

3.1 Incidencia y muertes maternas por aborto en México

Por lo que respecta a la práctica del aborto inducido, únicamente se puede hablar de estimaciones, ya que dada la clandestinidad con que se practica, sólo se registran los abortos complicados que llegan a las instituciones públicas de salud y quedan fuera todos los que se realizan en hospitales y consultorios privados, así como aquellos que se practican por personal no profesional o por las mismas mujeres" (González, 1990). En efecto, dada la naturaleza ilegal del mismo, no se cuenta con datos confiables para medir su incidencia.

Un interesante estudio llevado a cabo por Infante y Cobos(1989) pone de manifiesto la falta de datos confiables de la práctica del aborto inducido. En dicho estudio se revisaron 771 artículos de siete periódicos nacionales en el periodo que va de 1974 a 1982. "Se encontró una gran inconsistencia en las cifras publicadas sobre el número de abortos y de muertes maternas por esta causa". A continuación se reproducen los cuadros que indican en número de abortos y de muertes maternas de acuerdo con la prensa nacional.

Tabla 3.1.- Número de abortos anuales de acuerdo con la prensa nacional

| Número de abortos anuales | Año en que se presenta la cifra en la prensa |
|---------------------------|--|
| 50 000 | 1980 |
| 150 000 | 1974 |
| 200 000 | 1978 |
| 500 000 | 1974 y 1975 |
| 600 000 | 1974, 1980 y 1981 |
| 700 000 | 1975 y 1980 |
| 800 000 | 1975, 1977, 1978 y 1980 |
| 1 000 000 | 1975, 1976, 1977, 1978, 1979 y 1980 |
| 1 200 000 | 1980 |
| 1 500 000 | 1974, 1978, 1979 y 1980 |
| 2 000 000 | 1979, 1980 y 1981 |
| 2 500 000 | 1979 |
| 6 000 000 | 1974 |

Fuente: Infante y Cobos (1989)

Tabla 3.2.- Muertes por aborto por año según la prensa nacional

| Número de muertes anuales | Año en que se presenta la cifra en la prensa |
|---------------------------|--|
| 50 000 | 1974, 1975 |
| 18 000 | 1980 |
| 32 000 | 1980 |
| 50 000 | 1976, 1978 y 1979 |
| 60 000 | 1978 y 1979 |
| 80 000 | 1979 y 1980 |
| 100 000 | 1979, 1980 y 1981 |
| 140 000 | 1979 |
| 150 000 | 1974 |
| 200 000 | 1979 |
| 300 000 | 1981 |
| 400 000 | 1979 |

Fuente: Infante y Cobos (1989)

Infante y Cobos(1989) señalan que por lo menos la mitad de las cifras sobre aborto presentadas en la prensa en ese periodo provienen del sector salud, a lo

que comentan: "es importante hacer resaltar la responsabilidad de éste en la optimización de sus sistemas de registro estadístico y en la difusión de estadísticas confiables sobre el problema". Asimismo, mencionan que casi el 40 por ciento de los artículos sobre aborto que contienen estadísticas no menciona la fuente, lo cual puede afectar la credibilidad del lector acerca de la información proporcionada. "La prensa... sólo puede estar reflejando la situación en la que se encuentra el conocimiento real del problema y la imposibilidad de que el público conozca su magnitud real" (Pág. 392).

No obstante los datos anteriores, el Dr. Raúl López García (1994), entonces Subdirector General Médico del Instituto Nacional de Perinatología, declaró que en México 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 embarazos se pierden en sus etapas tempranas. Además afirmó que los cálculos más conservadores sugieren que la mitad de estas pérdidas se refieren a abortos inducidos y que aproximadamente 850,000 son de abortos espontáneos.

Es por ello que llevar a cabo un registro fidedigno del número de abortos inducidos o espontáneos y de las muertes maternas ocasionados por su práctica es por demás una tarea que representa un sinnúmero de dificultades, no encontrándose un método preciso para lograr su registro. Esto se debe a que la medición de la magnitud del aborto inducido se ve afectada por variables imposibles de controlar -como el peso del estigma y el miedo a la ilegalidad- (GIRE, 1999b).

Un método común para cuantificar los abortos es acudir a los registros de hospitalización de mujeres con complicaciones derivadas del aborto clandestino, pero se ha encontrado que esa información subestima el problema y con frecuencia está mal clasificada. Muchas instituciones de salud privadas y públicas registran sólo parte de la información acerca del aborto o, en ocasiones, ninguna. Los registros hospitalarios tienden a identificar los abortos inducidos como espontáneos o "inespecificados". Varios factores contribuyen a esta situación: por

ejemplo, muchas mujeres se niegan a admitir que se han practicado un aborto; el personal de salud no suele reportar como tales los abortos inducidos y existe miedo a las implicaciones legales. Por eso, los registros de los hospitales conducen a estimaciones poco confiables. Otros cálculos tentativos se basan en entrevistas y encuestas, no obstante, junto al temor a las posibles consecuencias legales, existen tabúes éticos, morales, religiosos y sociales que desalientan a las mujeres a admitir que han tenido un aborto (GIRE, 1999b).

Una vez expuestos los problemas que conlleva registrar los abortos, expondremos los datos arrojados de diferentes fuentes, con las reservas antes mencionadas.

Estadísticas provenientes de los Servicios de Salud:

En el caso de un aborto, se acude al hospital –si se tiene acceso a él– y se procede a la intervención. El personal levanta el registro del mismo y ese dato permite contabilizar el número de abortos. En el caso de haber ocurrido una muerte materna –entendida como “la defunción de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio y considerada estadísticamente en una población como el número de muertes maternas por cada 10,000 nacimientos– (Langer, G. 1994), también se procede a su registro. Se cuenta pues con información que arrojan las estadísticas de los hospitales e instituciones a cargo del Estado: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Departamento del Distrito Federal (DDF). Las cifras de estas cuatro instituciones públicas de salud muestran que entre 1984 y 1986 el aborto representaba la tercera causa de morbilidad hospitalaria a nivel nacional en las mujeres. Tan sólo en el IMSS se atendieron 60 mil 985 abortos en 1986 (González, 1990). El siguiente cuadro recaba información correspondiente a los casos de aborto atendidos en los servicios de salud en 1994:

Tabla 3.3.- Casos de aborto atendidos en los servicios de salud en 1994

| <i>Institución</i> | <i>Número de abortos</i> |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Secretaría de Salud (Hospitales) | 46,898 |
| IMSS | 66,053 |
| IMSS- Solidaridad | 8,592 |
| ISSSTE | 10,835 |
| Secretaría de la Defensa Nacional | 1,135 |
| Secretaría de Marina | 392 |
| Pemex | 638 |
| DDF | 4,566 |
| Establecimientos particulares | 27,271 |
| Total | 166,380 |

Fuente: INEGI, *Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno No. 12, México, 1996. Pág. 15-34 y 126. En: GIRE (1999). Las cifras del aborto en México. Boletín Informativo México: GIRE

Aunque los datos presentados anteriormente dan cuenta del número de abortos atendidos, éstos no permiten dilucidar si el aborto fue inducido o espontáneo, veamos por qué:

Tal como se mencionó en el capítulo 1, la mujer que sufre un aborto inducido es objeto de una serie de cargas de orden moral, psicológico y social, de manera que una gran parte de las mujeres que ingresan al hospital mencionan que el aborto fue producto de alguna caída o lesión involuntaria y esto les permite el acceso al mismo bajo el rubro de un "aborto espontáneo" o "hemorragia", cuando en realidad no fue así. Se sabe entonces que "los registros de muertes por aborto con que se cuenta provienen de los hospitales públicos, pero se sabe que el temor a las penas y el estigma que se ha creado ante el hecho ilegal, hace que un número considerable de complicaciones se registren con membretes como "hemorragias" u otras causas relacionadas con el aparato reproductivo" (GIRE, 1999. Pág. 4). Este hecho dificulta en demasía diferenciar dentro de las estadísticas del hospital, si el aborto en realidad fue espontáneo o inducido. De igual manera ocurre con el registro de las muertes maternas, debido a los temores ya mencionados.

De acuerdo con información del sector salud, la proporción de embarazos que en el bienio 1979-1980 terminaban en abortos, aunque no se puede diferenciar si fueron inducidos o espontáneos, era de alrededor de 20 por ciento (Núñez y Palma, En: González, D., 1990). A continuación se detallan algunas estadísticas que sobre el aborto se pueden obtener por parte de las instituciones públicas:

- ◆ Un trabajo realizado por Blanca Rosa Ordóñez en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1967 y 1971 reveló que 4.4% de las mujeres hospitalizadas había ingresado por complicaciones de aborto, que en 80% de los casos era inducido (Ordóñez, 1975. En: Soberón, 1994. Pág.142).
- ◆ Los registros hospitalarios indican que poco menos de 110 mil mujeres ingresaron durante 1985 por complicaciones de aborto. Pero no hay posibilidad de distinguir entre los abortos provocados y los espontáneos, ni se sabe qué proporción del total de los primeros se complicó al grado de requerir hospitalización; es imposible, por tanto, inferir a partir de esta fuente de información el total de abortos inducidos en el país (Núñez y Palma, 1994. Pág. 155).
- ◆ Según estadísticas de la Secretaría de Salud, en 1986 el aborto fue la cuarta causa de morbilidad hospitalaria, con 6% de los egresos hospitalarios (Agenda Estadística de la Secretaría de Salud, 1988. En: Soberón, 1994. Pág. 141).
- ◆ En 1990, de cada 8.8 mujeres que acudieron a consulta por distintas causas obstétricas, una lo hizo por aborto. En ese mismo año, el aborto representó 12.75% de los ingresos por parto y cesárea; de cada 6.8 mujeres que ingresaron por una de estas causas, una fue internada por aborto (Ehrenfeld, 1993. En: Valle, 1994. Pág. 145).

- ◆ Las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) han reconocido públicamente que en México el número de abortos clandestinos practicados cada año es de 700,000; de ahí que el aborto ocupe el quinto lugar como causa de muerte materna (Vilchis, 1991. En: Amuchástegui y Rivas, 2000 Pág. 1).
- ◆ En México, de acuerdo con informes oficiales, las instituciones del Sistema Nacional de Salud reportaron en 1994, 139 mil 109 egresos hospitalarios con diagnóstico de aborto, y para 1996 éstos disminuyeron a 107 mil 356 (CIMAC, 2000c).
- ◆ En 1996, las instituciones del Sistema Nacional de Salud reportaron, en 1996, 107 mil 356 egresos hospitalarios con diagnóstico de aborto y sus complicaciones (Sandoval, 2000. Pág. 28).
- ◆ El gobierno de México observa que en 1997 las complicaciones derivadas de un aborto constituyeron la cuarta causa de mortalidad materna (Ibíd.)

Estadísticas provenientes de las Encuestas Nacionales de Fecundidad y Salud:

Las encuestas nacionales de fecundidad –seis a partir de 1976- “son estudios en los que se selecciona aleatoriamente una muestra de viviendas en todo el país y se entrevista a las mujeres en edad fértil que habitan en ellas” (Núñez y Palma, 1994 Pág. 156). A continuación algunas estadísticas arrojadas:

- ◆ De acuerdo a la Encuesta sobre Fecundidad y Salud (ENFES), en 1987, del total de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad), el 14.3% ha tenido al menos un aborto provocado o espontáneo en su vida reproductiva. Es decir, casi 2 millones 700 mil mujeres han tenido alguna vez un aborto (no todos son provocados ni todos

ocurrieron en un año). El 13% de las mujeres admitió que alguno de sus abortos fue provocado (350 mil mujeres han tenido al menos un aborto provocado en toda su vida fértil) Derivada de esta encuesta, se estimó una tasa anual de 12.2 abortos por cada mil mujeres en edad fértil para 1986; en números absolutos daría un total de casi 250 mil abortos para el año mencionado (Ibíd.).

- ◆ Según los datos de la Encuesta Rural de Planificación Familiar de 1981, en las zonas rurales una de cada cinco mujeres en edad fértil ha tenido al menos un aborto (Núñez y Palma, 1989. En: González, 1990).
- ◆ Núñez y Palma (1994) reportan tomando como base la Encuesta sobre Salud Reproductiva, que en la población femenina, 9.3% de los primeros embarazos terminó en aborto. De éstos, 58.4% se considera espontáneo; 41.6% pudo haber sido provocado y, por último, 20.8% de éstos fue inducido, según declaraciones de las mujeres.

Estadísticas provenientes del Instituto de Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO):

- ◆ En México, el INEGI reportó que se interrumpen al año 166 mil embarazos (Notimex, 2000).
- ◆ El Consejo Nacional de Población estimó que se practican 220 mil abortos (Ibíd.).
- ◆ Una encuesta nacional realizada por el INEGI en 1997 arrojó que el porcentaje de mujeres en edad fértil alguna vez embarazadas, que habían experimentado un aborto es del 19%, lo que representa un

total aproximado de cinco millones de embarazos interrumpidos por un aborto (CIMAC, 2001e).

- ◆ CONAPO estima que aproximadamente 220 mil abortos anuales se registraron para el periodo de 1990-92 y 200 mil para 1993-1995 (CIMAC, 2000c).
- ◆ CONAPO ha calculado que el porcentaje de mujeres en edad fértil alguna vez embarazadas que habían experimentado un aborto era de 17.8% para 1995 (Ibíd.).
- ◆ Las últimas estadísticas del Consejo Nacional de Población (CONAPO) registran 110 mil abortos (CIMAC, 2001e).
- ◆ En 1976, el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México, conformado a instancias del Consejo Nacional de Población, estimó una cifra promedio de un millón de abortos clandestinos cada año (Maza, 1976. En: González, 1990).
- ◆ Elena Zúñiga, coordinadora de asesores del Consejo Nacional de Población, resaltó que una de cada cinco mujeres en edad fértil ha experimentado un aborto. Es la quinta causa de ingresos a un hospital y entre la tercera y cuarta causa de muerte materna.

Estadísticas provenientes de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's):

- ◆ El Instituto Alan Guttmacher reporta que en el año de 1990 se registraron en México 533,100 abortos (Instituto Alan Guttmacher, 1994. En: GIRE, 1999b).

- ◆ Ana Langer, directora en 1999 del Population Council para América Latina y el Caribe menciona que las cifras que se manejan sobre la incidencia del aborto inducido, van desde 200 mil abortos al año, hasta más de un millón (CIMAC, 1999b).
- ◆ El Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos manifiesta que la cifra de abortos asciende a 859 mil abortos al año (CIMAC, 1999a).
- ◆ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que en el Distrito Federal existe una tasa de 348 abortos por cada mil mujeres embarazadas y un subregistro anual de 150 mil abortos inducidos en nuestro país (Ibíd).
- ◆ La antropóloga Elena Bernal, del Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE), proporciona las siguientes cifras: en México se practican entre 850 mil y un millón de abortos al año, y anualmente mueren por la falta o mala atención, miles de mujeres que, en su mayoría, se ubican entre 21 y 35 años de edad. A esas cifras hay que añadir las de las mujeres que quedan con serios daños para su salud reproductiva (Sandoval, 2000).

Las estadísticas correspondientes a la incidencia y muertes por aborto en México descritas con anterioridad reflejan el carácter alarmante que se vive en torno a este fenómeno en el país. Sin duda, los programas de planificación familiar deberían de abatir el número de abortos registrados, pero a pesar de ellos las mujeres mexicanas siguen abortando. En el siguiente apartado se expondrán las metas de dichos programas y algunos factores que los impiden llegar hasta la mujer, en donde la educación sexual juega un papel preponderante.

3.2 La planificación familiar y el aborto

El fenómeno del aborto inducido no debe considerarse de manera aislada, a un concepto más general que es el de la planificación familiar. Entendidos en su concepción más amplia, los programas de planificación familiar⁸ deben proporcionar los medios para que las parejas tengan el número de hijos que desean y cuando ellos lo deseen. Por consiguiente, esto significa desde dar atención a problemas de infertilidad, hasta proporcionar todos los medios anticonceptivos de que se dispone (Núñez, Palma y Arredondo, 1989).

En México, los derechos reproductivos están contemplados en el artículo 4° de la Constitución Política mexicana, que dice: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud..."

La puesta en práctica de la política de salud reproductiva y planificación familiar forma parte del programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000), y se desarrolla específicamente en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1995-2000). Las acciones de dicho programa se basan en los lineamientos de las normas oficiales vigentes en la materia, por lo que respecta a los derechos reproductivos: La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993).

El objetivo de esta norma es "uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México". Por tanto, sus instancias de ejecución son "todos los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado de la república". La principal tarea y obligación que determina esta norma es "la regulación de los requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación

⁸ Deberían de llamarse Programas de Anticoncepción, mas que de Planificación Familiar, debido a que también van dirigidas a personas solteras.

familiar". En este sentido se encuentran definidas, detalladas y reguladas las siguientes temáticas y acciones:

- ◆ Servicios de planificación familiar.
- ◆ Promoción y difusión
- ◆ Información y educación
- ◆ Consejería
- ◆ Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos
- ◆ Identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad
- ◆ Métodos anticonceptivos.

Las leyes que se sustentan en el derecho constitucional emanado del artículo 4° que determinan la normatividad general respecto de la salud reproductiva y la planificación familiar, debiendo de ser observadas en toda la república son: a) La Ley General de Salud, con particular énfasis en el derecho a la salud y b) La Ley General de Población, con énfasis en la regulación de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional.

Ley General de Salud

El artículo 67 de la Ley General de Salud resume el propósito en materia de planificación familiar. Y determina:

- el carácter prioritario de la planificación familiar;
- que las actividades deben incluir información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes;
- la correcta información anticonceptiva (oportuna, eficaz y completa, a la pareja);
- que quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del/la paciente o ejerzan presiones para que éste/a la admita serán sancionados.

El artículo 68 especifica las actividades comprendidas en los servicios de planificación familiar:

- programas de comunicación educativa sobre planificación familiar y educación sexual, definidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO);
- atención y vigilancia de los usuarios de los servicios de planificación familiar;
- asesoría a los sectores público, social y privado, para la prestación de servicios de planificación familiar y la supervisión y evaluación de su ejecución, por parte del CONAPO; el apoyo y el fomento a la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;
- participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento, y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar, y
- recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Ley General de Población

El contenido del artículo 14 es muy similar al del artículo 4° de la Constitución. Lo que se puede destacar como una inclusión en el artículo 14 es el derecho de toda persona a obtener información y servicios idóneos en lo que respecta a los derechos reproductivos.

Los artículos 15 al 27 del citado Reglamento definen y determinan:

- el carácter indicativo de la planificación familiar (es decir, su no obligatoriedad y, por tanto, la libertad del usuario de decidir si quiere adoptarla);
- la integración y coordinación de los servicios entre los sectores de salud, educación, seguridad social e información pública;
- la gratuidad de los servicios;
- la existencia de programas permanentes;

- la prohibición de violar la libertad del o la usuario/a en la elección de métodos de regulación de la fecundidad;
- que las normas y servicios estarán en concordancia con las Leyes generales de Salud y Población;
- reevaluar el papel de las mujer y del varón en el seno familiar, y evitar toda forma de abuso y discriminación individual y colectiva hacia la mujer.

Los programas de planificación familiar otorgados por el Estado deberían de abatir el número de abortos. En efecto, Soberón (1994) menciona que el uso generalizado de anticonceptivos reduce el número de éstos.

Se ha observado en México que a medida que los programas de planificación familiar se incrementan, la cobertura y la calidad de los servicios que ofrecen, se reducen de manera significativa los egresos hospitalarios por aborto y sus complicaciones (CIMAC, 2000c).

Pero el acceso, la seguridad y la eficacia de los mismos no siempre son los necesarios para garantizarle a la mujer una protección eficaz. La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 reportó que un 13.4 por ciento de mujeres se embarazaron utilizando algún método anticonceptivo. Por otra parte, el 28 por ciento de las mujeres que tenían vida sexual activa no los usaban porque no los conocían, o porque no sabían cómo se usaban y dónde obtenerlos. Otro 18 por ciento dejó de utilizarlos por los efectos secundarios que les habían causado o porque temían sufrírselos; el 7 por ciento no los usaban "por desidia". Sólo un 19 por ciento de las encuestadas indicaron que no utilizaban métodos anticonceptivos por el deseo de tener más hijos (Núñez y Palma, citado en González; 1990).

Lo anterior nos habla de que las prácticas anticonceptivas todavía no resultan del todo eficientes, generando con ello la existencia de embarazos no deseados o no planeados (Soberón, 1994). Langer (1998) menciona alguna de estas carencias:

- Distancia con los centros donde se consiguen los métodos
- Calidad deficiente de la atención
- Temor a los efectos secundarios de los anticonceptivos modernos
- Falta de información sobre su uso apropiado
- Uniones de pareja inestables
- Falta de recursos económicos
- Creencias religiosas y posturas culturalmente determinadas

Consecuencias de la falta, acceso o falla de métodos anticonceptivos derivan en un embarazo no deseado, originando la práctica del aborto inducido en aquellas mujeres que no desean más hijos. De acuerdo con el Comité por una Maternidad sin Riesgos, de ocho a 30 millones de embarazos al año se deben a falla anticonceptiva, ya sea por usarlos incorrecta o irregularmente los métodos o por la falla del mismo (CIMAC, 2001b).

Algunas estimaciones señalan que de los embarazos no deseados resulta un aborto inducido en 17 a 35% de los casos, y un nacimiento no deseado en 20 a 30%. Estas cifras son válidas incluso en los países donde la anticoncepción es reconocida como una prioridad nacional, y los servicios de planificación familiar son públicos, gratuitos y accesibles. Si la cobertura fuera mayor, la información y comunicación entre prestadores y usuarios de mejor calidad, y el rango de métodos disponibles más amplio, el número de embarazos no deseados sería sustancialmente menor (Langer, 1998).

Herrera (1980) reflexiona que es muy probable que aun conociendo los procedimientos anticonceptivos, la mujer no haga uso de ellos y siga recurriendo al aborto, debido más que nada a su irresponsabilidad sexual. 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 efecto, aunado a los programas de planificación familiar, la educación sexual es condición para disminuir la incidencia del aborto (GIRE, 2001). En el mismo sentido, Miguel Limón Rojas, en 1998 secretario de Educación Pública, argumentó a favor de la educación sexual sugiriendo que sería incongruente estar en contra del aborto y, al mismo tiempo, de la educación sexual porque lo primero era resultado de lo segundo. Postura respaldada por el entonces subsecretario de educación básica y normal de la Secretaría de educación Pública, al destacar que la educación sexual permitirá abatir muchos problemas, entre ellos la violencia y el aborto.

Tal como se ha descrito, los programas de planificación familiar, aunados a los de educación sexual, con cobertura amplia a todos los sectores de la sociedad deberían desembocar en el abatimiento de las cifras de incidencia y muertes por aborto en México. A lo anterior, se debe de agregar el conocimiento por parte de la mujer de la legislación que regula su práctica, -lo que será tema del siguiente apartado- ya que en ciertas circunstancias, el aborto es legal, lo que le proporciona a la mujer el acceso a un aborto seguro y en condiciones higiénicas (en el entendido de que puede haber abortos legales, pero en condiciones de riesgo, tal como se explicó en el capítulo 1).

3.3 Legislación

El aborto en México está penalizado -no en todos los casos ni en todos los estados, ya que existen diferencias dependiendo de la entidad-. En el Código Penal está tipificado el delito del aborto y hay tres tipos de penalización. El aborto procurado, el aborto consentido y el aborto sufrido. La única tipificación que no penaliza a la mujer es el aborto sufrido, aunque sí penaliza al que lo haya realizado. (Acosta, 1989). La fundamentación teórica en que se basa la ley del código penal esta basada en el supuesto de que penalizar el aborto es proteger la vida humana. La vida es un bien jurídico, lo mismo que la vida intrauterina (Ibíd.).

En México, dependiendo de la entidad federativa, hay siete circunstancias en las que no se considera como delito (GIRE, 2000):

- 1) el embarazo es resultado de una violación,
- 2) el aborto es provocado accidentalmente (de manera imprudencial),
- 3) a juicio del médico el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer,
- 4) el feto tiene malformaciones genéticas
- 5) de continuar con el embarazo se provocaría un grave daño a la salud de la mujer
- 6) el embarazo es producto de una inseminación artificial no deseada, y
- 7) la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y es madre de tres hijos.

En la siguiente tabla se pueden observar en qué estados aplican las circunstancias mencionadas:

| Estado | Violación | Imprudencia o culposo | Peligro de muerte | Eugenésico | Grave daño a la salud | Inseminación artificial no | Económicas (al menos tres hijos) |
|------------------------|-----------|--------------------------|----------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|--|
| Aguascalientes | * | * | * | | | | |
| Baja California | *(A) | * | * | | | * | |
| Baja California Sur | *(A) | * | * | * | | * | |
| Campeche | * | * | * | | | | |
| Coahuila | *(A) | * | * | * | | | |
| Colima | *(A) | * | * | * | | * | |
| Chiapas | *(A) | | * | * | | | |
| Chihuahua | *(A) | * | * | | | * | |
| Distrito Federal | * | * | * | * | * | * | |
| Durango | * | * | * | | | | |
| Guanajuato | * | * | | | | | |
| Guerrero | * | * | | * | | * | |
| Hidalgo | *(A) | * | | | * | | |
| Jalisco | * | * | * | | * | | |
| México | * | * | * | * | | | |
| Michoacán | * | * | * | | * | | |
| Morelos | * | * | * | * | * | * | |
| Nayarit | * | * | * | | * | | |
| Nuevo León | * | | * | | * | | |
| Oaxaca | *(A) | * | * | * | | | |
| Puebla | * | * | * | * | | | |
| Querétaro | * | * | | | | | |
| Quintana Roo | *(A) | * | * | * | | | |
| San Luis Potosí | * | * | * | | | | |
| Sinaloa | * | * | * | | | | |
| Sonora | * | * | * | | | | |
| Tabasco | * | | * | | | * | |
| Tamaulipas | * | * | * | | * | | |
| Tlaxcala | * | * | * | | * | | |
| Veracruz | *(A) | * | * | * | | | |
| Yucatán | * | * | * | * | | | * |
| Zacatecas | * | * | * | | * | | |
| Total | 32 | 29 | 28 | 13 | 10 | 8 | 1 |

(A) En estos casos la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo, los cuales varían; algunos códigos señalan "dentro de los tres meses, contados a partir de la violación", otros dicen "dentro de los 90 días de gestación" y algunos más indican dentro de los "tres primeros meses" de gestación.

FUENTE: (GIRE, 2000).

De acuerdo a la tabla anterior, en los 32 estados de la república no se considera ilegal el aborto cuando es resultado de una violación (CIMAC, 2000). En 29 cuando el aborto es imprudencial, a excepción de Chiapas, Nuevo León y Tabasco. En 28 estados se permite el aborto cuando se pone en peligro la vida de la mujer, a excepción de Guanajuato, Guerrero, Hidalgo y Querétaro. Por motivos eugenésicos únicamente 13 estados permiten el aborto: Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán. Sólo 10 son los estados que permiten el aborto por ocasionar grave daño a la salud de la mujer: Distrito Federal, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas. Por inseminación artificial no consentida: Baja California, Baja California sur, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Morelos y Tabasco. Por último, se permite el aborto por causas económicas cuando la mujer tenga al menos tres hijos: Yucatán (GIRE, 2000).

3.4 Costos para el sector Salud.

En la Secretaría de Salud, como en todo el Sistema Nacional de Salud, el aborto se trata igual, no habiendo distinción entre si fue espontáneo o inducido (Ortiz, 1994)

El sector salud no trata al aborto como un problema de salud pública, sino de atención médica (Zárate; citado en Ortiz, 1994), y en este sentido, las complicaciones por aborto representan grandes costos para el sistema de salud (Langer; citada en CIMAC, 1999b).

El tratamiento de las complicaciones por aborto en los hospitales de algunos países en desarrollo consume hasta 50% del total del presupuesto, ya que por lo general se requiere de varios días de hospitalización, así como transfusiones de sangre, antibióticos, analgésicos y otras medicinas (CIMAC, 2001b).

En México, el Dr. Raúl López García (1994) proporciona cifras acerca de los gastos que originan en el sector salud la prestación de servicios a las mujeres que abortan: "se puede establecer que una de cada tres mujeres que abortan, requieren hospitalización, por lo que el número de camas que se ocupan al año por este concepto, prácticamente alcanza las 600,000; es decir más de 1,500 diarias. En términos generales, se puede sugerir que el promedio de días estancia de todas las formas clínicas de aborto es de 1.8; que el total de camas diario que se requiere para su atención es de prácticamente 1,500 y que el total de días cama por año llega al millón; el promedio de incapacidad laboral es de 10 días lo que determina un impacto notable en la fuerza femenina de trabajo; ya que la pérdida de días laborales al año por este concepto es de aproximadamente cinco millones y medio. Sumado todo ello el costo calculado asciende a 147'625,200.00" (Pág. 4).

3.5 Actores Sociales

Estado, organizaciones civiles, organizaciones feministas, movimientos provida, especialistas en la salud, académicos, prensa, etc., siempre tendrán algo que decir acerca del aborto inducido, dejando en claro la "pluralidad y riqueza de los argumentos, y las opiniones" (GIRE, 2001 Pág. 6). Estas voces se alzan con especial énfasis cuando nace alguna propuesta para su despenalización y/o legalización o cuando sucede algún hecho que por su naturaleza origina al debate. Se nota entonces un profundo interés de diversos actores sociales y sectores de la población en el tema (Ibid.) Se expondrán a continuación las posturas de algunos de ellos.

3.5.1 Postura de la Iglesia Católica y grupos ligados a ella: Caso Provida y Católicas por el Derecho a Decidir

Un importante porcentaje de la población mundial es católica, religión que prohíbe a sus fieles el aborto. Así lo especifica el *Catecismo de la Iglesia Católica* en el apartado 2270: "la vida humana debe ser respetada y protegida desde el momento de la concepción. Desde el primer momento de su existencia, el ser humano debe

ver reconocidos sus derechos de persona, entre los cuales está el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida" (Sandoval, 2000, Pág. 26). Se comprueba, no obstante, que dentro de la misma Iglesia existen posiciones diversas sobre cuándo considerar al feto como portador de vida. Al respecto, Herrero (1986) menciona:

"La Iglesia es consciente de los especialísimos problemas que surgen en torno al tema del aborto, ya que ni siquiera hombres de buena voluntad han llegado a un acuerdo sobre la cuestión fundamental del aborto mismo, es decir, sobre el significado del óvulo fecundado en el proceso de la generación humana. ¿Cuándo se inicia la vida humana? ¿Cuándo adquiere el feto las características y los derechos de una persona humana? ¿El feto goza de derechos absolutos o tal vez sus derechos pueden ser anulados por los derechos de la madre? ¿Qué valores deben ser salvaguardados? ¿Qué decisiones jurídicas podrán ser útiles para la sociedad? (Episcopado de Illinois, 20 marzo 1971, citado en Herrero, 1986 pp. 74).

Al respecto, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe en su "Declaración para la doctrina de la fe sobre el *aborto provocado*", el 8 de noviembre de 1974 es contundente al exponer en la nota 19:

Deja expresamente a un lado la cuestión del momento de la infusión del alma espiritual. No hay sobre este punto una tradición unánime, y los autores están todavía divididos. Para unos, esto sucedería en el primer instante; para otros no podría ser anterior a la anidación, no corresponde a la ciencia dilucidarlas, pues la existencia de un alma inmortal no entra dentro de su campo.

Se trata de una discusión filosófica de la que nuestra razón moral es independiente por dos motivos:

- 1.- Aun suponiendo una animación tardía, existe ya una vida humana, que prepara y reclama el alma en la que se completa la naturaleza recibida de los padres;
- 2.- Por otra parte, es suficiente que esta presencia del alma sea probable (y jamás se demostrará lo contrario) para que arrebatarle la vida sea aceptar el riesgo de matar a un hombre, no solamente en expectativa, sino ya provisto de su alma.

Hecha esta aclaración, la congregación expone a la luz de la fe, en primer lugar, que Dios es dueño de la vida.... El mandamiento de Dios es formal: "no matarás" (Declaración para la doctrina de la fe sobre el *aborto provocado*, citado en Reynoso, 1980 pp. 102).

En cuanto a la gravedad del aborto, la encíclica "Evangelium Vitae", publicada por el Papa Juan Pablo II menciona:

"La gravedad moral del aborto procurado se manifiesta en toda su verdad si se reconoce que se trata de un homicidio, en particular, si se consideran las circunstancias específicas que lo cualifican. Quien se elimina es un ser humano que comienza a vivir, es decir, lo más inocente en absoluto que se pueda imaginar. (...) Es débil, inerte (...). Se halla totalmente confiado a la protección y al cuidado de la mujer que lo lleva en su seno. Sin embargo, a veces, es precisamente ella, la madre, quien decide y pide su eliminación, e incluso la procura (citado en: Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, 1994 Pág. 97).

En lo que sigue se verán dos posturas o grupos con posición muy diferentes respecto al aborto:

Movimiento Provida.-

En completa concordancia con los planteamientos de la Iglesia Católica se encuentran grupos ligados a ella, como Provida, formada en sus inicios por diferentes líderes sociales y de la jerarquía de la Iglesia. El Comité Nacional Pro-Vida, A.C. en México 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. Nace en 1978 en respuesta a una iniciativa de ley en la que se contemplaba que el aborto fuera considerado un derecho de la mujer y que las instituciones de salud deberían prestar el servicio de forma gratuita... Ante la amenaza de la legalización del aborto, se unieron varias personas en agrupaciones para formar un frente común y luchar a favor de la vida". (Comité Nacional Pro-Vida, A.C.). (www.prodigyweb.net.mx/cprovida).

La estrategia central de la asociación Provida consiste en repetir que el aborto es un crimen y, por tanto, la interrupción del embarazo no puede estar sujeto a debate porque sería como legalizar el asesinato de una persona indefensa. Ese es el argumento central repetido por grupos Provida (GIRE, 2001). Al considerar "persona" a un embrión o un feto descalifican el aborto incluso por causas legales

como la violación o el peligro de muerte para la mujer. Se mantienen inamovibles en la creencia de que a partir del momento de la concepción el alma entra al cuerpo y el producto obtiene características fundamentales que definen a una persona (Ibíd.).

Las acciones de Provida van encaminadas a evitar del todo que la mujer se practique un aborto. Para ello han creado centros de atención a la mujer en estas condiciones, en donde le dan diversas opciones para que no logre el aborto, tales como darlo en adopción. Como parte de su campaña, el movimiento busca impartir cursos en contra del aborto, un ejemplo de ello son las declaraciones de voceros de Provida y difundidas por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, AC., en el sentido de que en el 2001 impartirían dichos cursos en escuelas primarias de la capital de Sonora, Hermosillo. Su participación consistiría en llevarles videos sobre abortos a las y los niños, además de llevar a una mujer embarazada y aparatos de ultrasonido como parte de sus objetivos y su campaña (CIMAC, 2001c).

Se pueden identificar otras organizaciones tipo Provida, como lo es Human Life International, quien se reconoce a sí misma como organización provida, cuya misión es: "Llevar el mensaje provida a todos los países del mundo por medio de la educación, el apoyo a los grupos provida y el servicio", además de defender la vida humana no nacida, proteger y defender el derecho a la vida de todo ser humano en todas las etapas de su desarrollo. De este modo, "defiende vigorosamente los derechos del niño no nacido" por medio de apoyo a movimientos provida en América Latina (Human Life International). Latina (www.vidahumana.org)

No obstante la postura oficial de la iglesia católica de negar a todas sus fieles el aborto, Noriega (1981) reporta que 86 de cada 100 mujeres mexicanas que abortan se definen como católicas, y es que al momento de tomar la decisión, poco importa para la mujer el hecho de quedar excomulgada. Al respecto, dentro

de la misma Iglesia, se han generado posturas diferentes que le brindan a la mujer la capacidad moral para decidir en torno al aborto. A continuación se verán algunas de ellas.

Católicas por el Derecho a Decidir.-

El 4 de febrero de 1980, el padre Baltasar López Bucio, párroco de la iglesia de Tlatenango, de Cuernavaca, Morelos y miembro del consejo de la Diócesis de Cuernavaca formuló la siguiente declaración: "No hay equidad en el trato que da la Iglesia Católica a un gobernante que asesina a estudiantes y campesinos en relación con el que da a una mujer por abortar, pues a ésta la excomulga". "La Iglesia es defensora de la vida pero debiera ser más exigente contra quienes atentan contra ella, como las fuerzas represivas, y no solamente enfocar las baterías hacia el proceso de la vida intrauterina". (Noriega, 1981, Pág. 145). En la misma tónica, el sociólogo norteamericano Martín Young afirma: "Muy pronto los obispos tendrán que sentarse a discutir acerca de temas como el aborto con más intensidad que antes. De lo contrario se ensanchará la brecha existente entre las doctrinas de la iglesia y la actitud de sus fieles" (Ibíd. Pág. 155). Tal discusión planteada por Young, se ha venido gestando al interior de grupos ligados a la iglesia, tales como Católicas por el Derecho a Decidir:

Por otro lado, existen organizaciones ligadas a la Iglesia que no comulgan con los postulados de Provida. Es el caso de Católicas por el Derecho a Decidir, A.C. que se proclama como "un movimiento autónomo de personas católicas, comprometidas con la búsqueda de la justicia social y el cambio de patrones culturales y religiosos vigentes en nuestras sociedades. Promovemos los derechos de las mujeres, especialmente los que se refieren a la sexualidad y a la reproducción humanas..." (Católicas por el Derecho a Decidir, 2001 Pág. 1). Dicho movimiento, en su carta de principios, afirman y proponen una serie de puntos:

Afirman:

- ❑ El derecho de las mujeres a la autonomía y el control sobre su propio cuerpo y la vivencia placentera de su sexualidad sin ninguna distinción (clase, raza / etnia, credo, edad y opción sexual).
- ❑ La capacidad moral que mujeres y hombres tienen para tomar decisiones serias y responsables sobre sus vidas y en particular en lo que se refiere a la sexualidad y a reproducción humanas.
- ❑ El pensamiento teológico que reconoce la validez moral de las decisiones tomadas por las mujeres en el campo reproductivo desculpabilizando las mismas, incluso cuando deciden abortar.
- ❑ El respeto por la diversidad, la diferencia y la pluralidad como necesarias a la realización de la libertad y la justicia.

Proponen:

- ❑ Crear espacios de reflexión ético religiosos en una perspectiva ecuménica desarrollando diálogos públicos tanto en las sociedades como en las iglesias, con respecto a los temas vinculados a la sexualidad, reproducción humana y religión.
- ❑ Profundizar el debate en relación a la interrupción voluntaria del embarazo, ampliando la discusión en sus aspectos éticos, médicos y legales.
- ❑ Influir en la sociedad para que reconozca el derecho que tienen las mujeres a una maternidad libre y voluntaria con el propósito de disminuir la incidencia del aborto y la mortalidad materna.
- ❑ Luchar por la despenalización y legalización del aborto.
- ❑ Sensibilizar e involucrar a la sociedad civil, particularmente a los grupos que trabajan con Servicios de Salud sexual y reproductiva, Educación, Derechos Humanos, Medios de Comunicación y Legisladores sobre la necesidad del cambio de patrones culturales vigentes en nuestra sociedad

La directora de Católicas por el Derecho a Decidir, María Consuelo Mejía, comenta que la Iglesia católica tiene muchas posiciones respecto al aborto, no sólo la de la jerarquía conservadora. En este sentido, menciona que “la Iglesia

somos también la feligresía consciente que tiene una práctica distinta a las enseñanzas morales, lo que es claro si se piensa que el 60 por ciento de las mujeres en edad reproductiva en Latinoamérica utiliza métodos anticonceptivos modernos" (CIMAC, 2001d Pág 2). Advierte que la incidencia del aborto es alta entre las mujeres católicas al aumentar las relaciones sexuales fuera del matrimonio, lo que habla de una distancia cada vez mayor entre las enseñanzas morales de la Iglesia y la práctica cotidiana de la feligresía. "Al interior de la Iglesia católica están surgiendo movimientos alternativos, que buscan cambiarla para que sea congruente con las enseñanzas de Jesucristo y la vida cotidiana de las personas del siglo XXI" (Ibíd.). "La problemática de la mujer ha llegado también a la Iglesia. Es un signo del cambio que promueven los nuevos tiempos" (Noriega, 1981 Pág. 172).

3.5.2 El punto de vista médico

Como sector, los médicos en México han mantenido una posición conservadora y de reserva frente al aborto, señalando que una despenalización del mismo acarrearía un aumento de la demanda del procedimiento, creando con esto serias dificultades para los servicios de salud. Se propone como solución medidas preventivas que incluyan educación sexual y la promoción de los programas de planificación familiar (Castelazo, Gaslonde, MacGregor, Shor-Pinsker y Ordóñez, 1974).

No obstante la penalización del aborto en México aunada a las restricciones legales, muchos médicos lo practican. En el otro extremo, los hay quienes mantienen una postura conservadora y de reserva al respecto. La formación profesional que reciben y la consideración legal del aborto inducido como delito, son elementos que influyen de manera importante en sus actitudes frente al problema (González, 1995)

La formación universitaria del futuro médico le proporciona herramientas para su manejo clínico y quirúrgico, pero ésta generalmente no le ofrece elementos para situar al aborto en su dimensión de problema sanitario y para comprender sus repercusiones sociales y psicológicas. De ahí que en las aulas universitarias se aluda al aborto inducido como "aborto criminal" y que el tema se trate desde una perspectiva cargada de juicios morales y conceptos religiosos. Para la mayoría de los médicos, el aborto es un acto que atenta contra los postulados de la ética médica que han aprendido (Ibíd.). Lo que el médico aprende repercute en las mujeres, y es que en no pocas ocasiones, éstas son tratadas con actitudes punitivas y de desprecio (González, 1995).

Con respecto a la actitud de los médicos frente al aborto, se encuentra un estudio realizado en el Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México. La investigación (Elú, 1993) incluyó médicos, enfermeras y trabajadoras sociales. De los 48 médicos entrevistados, la mayor parte tenía entre 30 y 39 años y casi la totalidad (96%) declaró ser católico. En cuanto a las situaciones en las que consideraron que las mujeres deberían tener derecho a un aborto legal, las proporciones de quienes indicaron el embarazo resultado de una violación, las alteraciones fetales, o el riesgo para la vida de la mujer superaron el 90%. En el caso de otras situaciones, los porcentajes fueron menores; un 27% señaló el embarazo no deseado como indicación para el aborto, y un 19% lo aprobó por razones económicas; más del 60% opinó que los servicios de planificación familiar tienen deficiencias importantes, pero solamente el 6% admitió el aborto por falta de métodos anticonceptivos. El 93% sabía que el aborto no es punible en los casos de violación, pero un tercio desconocía que tampoco lo es cuando peligra la vida de la mujer. De los 48 médicos, casi el 60% consideró que no es necesario hacer cambios a las leyes sobre el aborto.

3.5.3 Opinión Pública

Para conocer la opinión que sobre el tema del aborto se mantiene en México, se han llevado a cabo diversas encuestas:

En una encuesta nacional de opinión pública representativa, realizada en agosto de 1990 para la Segunda Encuesta de Valores Mundiales, el 81.5 por ciento de los mexicanos respondió que debería existir el derecho al aborto cuando peligra la vida de una mujer, o su salud; el 58 por ciento opinó que el aborto se justificaba en caso de deformidad fetal; sólo el 17 por ciento estuvo de acuerdo en que el no estar casada era razón suficiente para que una mujer decidiera interrumpir un embarazo, y el 19 por ciento aprobó la decisión de abortar cuando la pareja no desea tener más hijos (Basáñez, 1990).

Una encuesta realizada por Gallup llevada a cabo en una muestra representativa de la población mexicana, refleja la opinión pública con respecto a otros aspectos del aborto: el 84.2 por ciento de los entrevistados sabe que es ilegal y el 77.3 por ciento cree que su despenalización evitaría la muerte de muchas mujeres; más del 70 por ciento afirma que la actitud de las iglesias y grupos religiosos respecto al aborto es errónea; y el 42.5 por ciento considera que la decisión de practicar un aborto corresponde sólo a la mujer. La opinión de los jóvenes y de los residentes de áreas urbanas, fue más liberal que la de otros grupos (Shields, 1992).

"Alducin y Asociados" y "El Universal" (1998) llevaron a cabo en habitantes de la ciudad de México la encuesta "Debate sobre el Aborto". Los resultados son interesantes: el 75% de los capitalinos consideran que el aborto es un problema moral, el restante 25% señala que es un problema de salud pública. "Ello señala que los aspectos morales dominan ampliamente sobre los de salud pública en la mente de los capitalinos" (Pág. 1). Desagregando la información por sexo se encontró que las mujeres se inclinan un poco más por la moral que los valores (79% y 71%). En relación al tema, una encuesta nacional de opinión, realizada durante la visita papal a México en mayo de 1990, mostró que el 69 por ciento de los mexicanos consideraba que la Iglesia Católica debería abordar el tema (Núñez, Shrader y Benson, 1994).

Por otra parte, se llevó a cabo una encuesta de opinión en el Distrito Federal entre 387 mujeres y 338 hombres, a quienes se les preguntó si estaban de acuerdo con la decisión de una mujer de abortar, en siete circunstancias. Las respuestas afirmativas se analizaron según las características sociodemográficas y de salud reproductiva de los entrevistados y se creó una escala para medir la actitud general de los entrevistados ante el aborto. La mayor aprobación se manifestó hacia situaciones como la del derecho de la mujer al aborto y el aborto en casos de malformaciones fetales, peligro a la vida de la madre y violación. Sin embargo, en la escala de actitudes los entrevistados desaprobaron, en general, el aborto. La probabilidad de aprobación masculina ante el aborto, fue mayor que la femenina. Asimismo, se observó mayor probabilidad de aprobar una decisión de aborto entre: los hombres en unión; las mujeres fuera de la unión y los entrevistados con más de treinta años de edad; con escolaridad superior a la educación primaria; con menos embarazos; con antecedentes de aborto pero sin historia de mortalidad en hijos de 0 a 4 años (Núñez, Shrader y Benson, 1994).

Population Council (2000) llevó a cabo una encuesta sobre conocimientos y opiniones de la población mexicana en torno al aborto, realizada entre septiembre y octubre de 2000 con el fin de complementar datos existentes y para llenar un vacío en el conocimiento acerca de lo que la población mexicana conoce y opina sobre este tema controvertido. A continuación los resultados:

Conocimiento acerca de las leyes sobre el aborto:

- 45% de la población encuestada sabía que las leyes mexicanas permiten el aborto bajo ciertas circunstancias
- del resto de la población estudiada, 44% creía incorrectamente que el aborto nunca es legal, 3% creía que siempre es legal y 8% no sabía.

A favor de que el aborto sea legal en algunas circunstancias:

- 69% de mexicanos de ambos sexos, entre 15 y 65 años de edad piensa que el aborto debe ser legal en algunas circunstancias

- Aproximadamente el 10% opina que una mujer debe tener derecho al aborto siempre que ella lo decida, aunque el 21% de la muestra total piensa que el aborto debe estar prohibido en todos los casos.

Opinión de hombres y mujeres acerca de la práctica del aborto en circunstancias específicas

| Circunstancia | Porcentaje del total de la población que está de acuerdo en que se practique el aborto |
|--|---|
| Cuando el embarazo es resultado de una violación | 64 |
| Cuando la vida de la mujer está en peligro | 80 |
| Cuando está en riesgo la salud de la mujer | 75 |
| Cuando el producto tenga defectos de nacimiento (físicos o mentales) | 52 |
| Por falta de recursos económicos | 17 |
| Cuando la mujer es madre soltera | 11 |
| Cuando la mujer es menor de edad | 20 |
| Cuando falló el método anticonceptivo | 11 |
| Cuando la mujer así lo decida | 20 |

Grupos de la sociedad mexicana a los que deben escuchar los legisladores

- La mayoría de los encuestados (91% en áreas rurales y 96% en áreas urbanas) opina que los legisladores deberían consultar al público antes de votar leyes sobre el aborto.
- 48% considera que los legisladores deben escuchar principalmente a las mujeres cuando formulan leyes sobre el aborto.
- 29% estima que la sociedad en general debe recibir la mayor atención cuando se trata de debatir y legislar sobre el aborto.
- 14% cree que la opinión más escuchada por los legisladores debería ser la de la comunidad médica.
- 7% piensa que debería escucharse a las iglesias en torno al tema.

- 75% en áreas rurales y 82% en áreas urbanas considera que los legisladores deben dejar de lado sus propias convicciones religiosas en el momento de votar acerca del aborto.

Prestación de servicios y atención médica:

- 80% de la población está de acuerdo en que todos los hospitales públicos deberían tener la capacidad de atender casos de abortos legales.

Indicados para aconsejar a las mujeres

- 31% piensa que la familia; 27% la pareja de la mujer y 26% el médico son los más adecuados para aconsejar a una mujer frente a la decisión de interrumpir el embarazo. En último lugar quedaron los sacerdotes (12%), la mujer misma (2%) y amigas (1%).

Los medios de comunicación juegan un papel importante al momento de formarse una opinión acerca del aborto, al difundir noticias relacionadas al mismo. Un caso por demás sonado fue el de Paulina, en Mexicali, Baja California, una niña indígena violada y embarazada no logró que se le practicara el aborto legal al que tenía derecho, según el artículo 136 del Código Penal del Estado, situación que provocó que organizaciones de mujeres en forma conjunta con la Procuraduría de Derechos Humanos y Protección Ciudadana, exigieran la reparación por el grave daño moral sufrido; que se estableciera un fideicomiso para sustentar sus gastos y los de su hijo y que además se determinara responsabilidad penal y/o administrativa a las autoridades involucradas. Respecto de este caso, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CND) emitió la Recomendación 18/2000 que envió al gobernador de Baja California, Alejandro González Alcocer –a fin de que Paulina recibiera una indemnización–, misma que fue rechazada por el Ejecutivo estatal (CIMAC, 2000a).

A lo largo de presente capítulo se han destacado las estadísticas correspondientes al aborto que imperan en México, la legislación que regula la práctica del mismo,

los costos que el sector salud tiene que invertir para atender las complicaciones del aborto, además de los diferentes puntos de vista que diversos actores sociales manejan sobre el tema. Conociendo lo expuesto en los diferentes capítulos de la presente investigación: las definiciones y clasificaciones del aborto, los métodos y técnicas abortivas, las consecuencias físicas y psicológicas que resultan del hecho, las razones que una mujer aduce para realizar un aborto, la situación que guarda en el contexto internacional y en México, se cuentan hasta el momento con datos que ubican al aborto como un problema de dimensiones alarmantes. Considerando tales dimensiones, el movimiento feminista emerge con propuestas tales como la despenalización y/o legalización del mismo, por lo que en el siguiente capítulo se destacará la visión feminista en torno al aborto, y la historia que el movimiento ha mantenido para que se logre una despenalización y/o legalización del aborto en México.

CAPÍTULO 4

La participación feminista y el aborto en México

En el presente capítulo se destacará el particular punto de vista que el movimiento feminista mantiene en torno al aborto, considerándolo como un problema de salud pública, justicia social y de derecho de las mujeres; se presenta un recorrido histórico de la lucha que el movimiento ha mantenido para una despenalización y/o legalización del aborto en México y se exponen los antecedentes y conceptos fundamentales sobre el feminismo, que es el tema del siguiente apartado.

4.1 Antecedentes y conceptos fundamentales sobre el feminismo

Utilizado por primera vez en el siglo XIX, el término feminismo procede del vocablo galo "feminisme" de "femme", mujer, es decir, mujerismo y se relaciona con la defensa de la mujer (Gomáriz, 1992). El feminismo o la teoría feminista se refiere pues a "la lucha y el compromiso político que busca a transformación social basada en la equidad entre los géneros, a partir del reconocimiento y la vigencia de las libertades y los derechos de las mujeres (Bustos y Blázquez, 2001).

Astelaira (1984) menciona al feminismo como la resistencia de las mujeres a aceptar roles, situaciones sociales y políticas, ideologías y características psicológicas, que tienen como fundamento el que hay una jerarquía entre hombres y mujeres que justifica la discriminación de la mujer. Al respecto, Lagarde (2000) indica que desde el paradigma feminista, lo que imperante es el desarrollo de cada mujer, continuar con la transformación compleja de la sociedad para construir la convivencia de mujeres y hombres sin supremacía y sin opresión, construyendo un espacio que acoja a todos los sujetos en condiciones de equiparación. De ahí que mencione que la construcción de los derechos humanos de las mujeres ha llevado siglos y llevará aún más tiempo.

El siglo XX es identificado como la época en que surge con más fuerza el movimiento feminista (De Barbieri, 1986). Es en esta época en que aparecen nuevos movimientos históricos y sujetos sociales que critican el sistema de la posguerra. El movimiento feminista tiene sus antecedentes en las luchas del siglo XIX y comienzos del XX, así como en las luchas socialistas que demandaban la obtención de derechos ciudadanos. En la década de los sesenta el movimiento feminista se gesta a partir de a) las luchas por los derechos de los negros y contra la guerra de Vietnam en Estados Unidos; b) el movimiento de mayo de 1968 en Francia y c) los movimientos estudiantiles de 1968-1969 en Italia.

Dentro de los antecedentes del feminismo en occidente, se pueden señalar tres corrientes contestatarias (Hester Einsenstein; citado en De Barbieri, 1986): 1) El pensamiento liberal en los siglos XVIII y XIX, con su énfasis en la preocupación por los derechos del ser humano ante la monarquía; 2) El pensamiento socialista (marxista y utópico), señalando que la igualdad únicamente se logra creando una sociedad igualitaria desde el punto de vista económico, planteando que los medios de producción deben estar en manos de quienes producen, es decir, los obreros; 3) La liberación sexual y los teóricos del psicoanálisis, que se basaban en el estudio de la relación entre madre e hijo y en la explicación sobre la vida psíquica de la mujer, teniendo como exponente a Freud. La búsqueda del placer, derivada de los descubrimientos de Freud y los desarrollos en torno al inconsciente, la sexualidad y la represión que las sociedades ejercen sobre el deseo de los individuos, ocasionaron cambios en la consideración del cuerpo humano, la educación de los niños y los jóvenes y en las relaciones entre varones y mujeres (De Barbieri, 1986).

De Barbieri (op.cit.) identifica tres dimensiones en las que la consigna feminista era cambiar la vida:

1. Lo material, las condiciones y calidad de vida de las mujeres en la esfera pública y en la privada.
2. En lo político con la organización y propuestas feministas

3. En lo teórico con "(...) la construcción de conocimientos en que las mujeres y lo femenino tuvieran su lugar como parte de lo humano y de la historia, que diera cuenta de la división social del trabajo según los sexos, así como de las construcciones sociales sobre lo femenino y lo masculino".

En lo referente a las orientaciones teórico-políticas del movimiento, se identifican a finales de los años sesenta tres líneas principales: (De Barbieri, op.cit.)

- ◆ El feminismo liberal. Primero en agrupar a las mujeres en torno a las reivindicaciones de género. Su mérito principal fue la identificación de los principales problemas que afectan a las mujeres. Los varones son el enemigo principal y los cambios propuestos no son enfocados a una modificación de orden social, sino que dentro de cada clase social las mujeres gocen de los mismos derechos que los hombres.
- ◆ El feminismo radical. Su origen se puede ubicar en los movimientos sociales que precedieron al feminismo y se genera de la crítica de las mujeres al trato que recibían por parte de dirigentes y militantes de izquierda. Desarrolla líneas de investigación y reflexión centradas en la mujer desde las propias vivencias; plantean el enfrentamiento con el patriarcado y la movilización a partir de pequeños grupos únicamente de mujeres, sin establecimiento de alianzas con otros grupos.
- ◆ El feminismo socialista también surge de la ruptura con la izquierda pero toma como marco teórico el marxismo y como referente político la utopía socialista. El análisis se realiza a partir del sistema de clases y el sistema patriarcal; esta corriente no desecha las alianzas y participación en las organizaciones dirigidas por hombres pero manteniendo espacios femeninos al interior y exterior de las organizaciones (De Barbieri, 1986, pags. 8-10).

Bessis (200) menciona que para obtener una modificación de la situación de las mujeres, éstas libraron muchas batallas por medio de conquistas y repliegues:

Su primer combate del siglo fue el de la educación.- Los discursos de la época sugerían la educación para llevar mejor el hogar y educar bien a sus hijos, además para hacer algo distinto a lo que siempre habían hecho, invadir espacios públicos y acceder a esferas en el ejercicio de la ciudadanía y de la política, las cuáles les estaban vedadas.

La segunda consigna fue en torno a la participación de la vida cívica, en primer lugar la obtención del derecho del voto.- Fue en los países escandinavos donde primero, desde 1906 en Finlandia, pasaron a ser electoras y elegibles.

Ser iguales, pero sin dejar de ser mujeres.- Con la segunda Guerra Mundial y las luchas de liberación del Tercer mundo, se relegó durante un tiempo el combate de las mujeres, las cuales pasaron a segundo plano. Pero surgió en Occidente, siguiendo al movimiento libertario de 1968, la segunda generación del feminismo. El movimiento amplió sus reivindicaciones, pues las féminas de fin de siglo ya no aspiraban a "ser hombres como los demás", sino de "llegar a ser iguales, pero sin dejar de ser mujeres". El movimiento de Liberación de la Mujer (Women's Lib) les quiso devolver el dominio de su cuerpo. Se inicia entonces la lucha por el derecho a la anticoncepción y al aborto en numerosos países en los cuales estaban prohibidos, a la autonomía, a la igualdad dentro de la pareja. Aunque provocaron la hostilidad de numerosas mujeres del Tercer Mundo, que no se reconocían en los combates de las "occidentales" y querían librar sus propias luchas a su ritmo, los movimientos feministas dieron sin embargo un nuevo impulso a las luchas de las mujeres en el mundo (Bessis, 2000).

4.2 La visión feminista en torno al aborto

De las variadas posiciones con respecto al aborto, se pueden identificar a tres de ellas: Una que defiende al producto por razones religiosas, otra que defiende a la mujer por encima del producto y es el caso de todas aquellas legislaciones en

donde se ve el punto de vista de la mujer de una manera moderada y una tercera posición reciente que plantea el derecho de las mujeres a elegir. La pregunta es: quién va a decidir sobre la interrupción del embarazo, va a decidir el Gobierno, la Iglesia, la Mujer, la Sociedad, quién se va a hacer cargo de su hijo y a partir de esa pregunta se está dejando la salida de que la decisión sea una decisión individual (Lamas, 1989).

Lo que está en juego en el debate sobre aborto es una concepción sobre las mujeres. Lamas (1998) afirma que aceptar que las mujeres son personas capaces de decidir sobre sus cuerpos y sus vidas es muy difícil para los gobiernos y los legisladores conservadores, que comparten la idea tradicional de que las mujeres son inferiores a los hombres.

El feminismo plantea que hay que despenalizar el aborto y convertirlo en un servicio de salud. El planteamiento feminista intenta que se considere la voluntad de las mujeres como una razón de peso (Lamas, 1998).

Despenalizar el aborto significa que éste sigue siendo un delito pero no tiene la protección de la ley, por lo que el Estado se hace indiferente y deja el asunto a la iniciativa privada; mientras que cuando se "legaliza" el aborto, se le quita la pena y el carácter de delito y éste tiene derecho a la protección de la ley, por lo que el problema queda socializado bajo la protección del estado (Lomelí, 1997).

Teresita de Barbieri, del Instituto de Investigaciones Sociales y Graciela Hierro, directora del Programa Universitario de Estudios de Género (de 1992 a 2003)[†], coincidieron en que las mujeres deben decidir qué hacer en caso de un embarazo no deseado, pues son quienes mandan sobre su cuerpo. De Barbieri señaló que nadie está en condiciones de evaluar si se tiene o no un hijo, como las propias madres; por su bien y el de quienes las rodean, lo ideal sería que su última palabra sea apoyada por el resto de la familia (Gaceta UNAM, 2000)

[†] Finada

Existen redes, organizaciones o movimientos feministas que llevan estos conceptos ante la opinión pública, destacando el grave problema de las mujeres ante los embarazos no deseados cuya interrupción está penada por la ley, lo cual las obliga a recurrir en el clandestinaje, al aborto practicado por personal no médico, que en la mayoría de los casos desembocan en problemas que las llevan a las salas de emergencia médica dejándoles graves secuelas en su salud o produciéndoles la muerte (Aguirre, 1989). Estas redes u organizaciones existen a lo largo del mundo. La siguiente es una lista de ellas, en el entendido de que el número de ellas rebasa por mucho los propósitos de esta investigación.

- ◆ Red de salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.- Creada en 1984 durante el Primer Encuentro Regional de Salud de las Mujeres realizado en Tenza, Colombia. Su principal objetivo de trabajo es promover la salud, los derechos y la ciudadanía de las mujeres a través de todo su ciclo vital, y contribuir a legitimar el concepto, la defensa y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos
- ◆ Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. A través del programa Derechos Humanos de las mujeres. (Loli, 1997).
- ◆ Católicas por el Derecho a Decidir
- ◆ Colectivo Rebeldía
- ◆ Red-Ada
- ◆ Federación de organizaciones de mujeres alteñas
- ◆ Articulación Política Feminista
- ◆ Population Council. Trabajan el aborto desde el enfoque de la salud, teniendo como objetivo contar con información confiable que sea de utilidad a los gobiernos, a los profesionales de la salud y a la sociedad civil que sirvan de base para la toma de decisiones (CIMAC, 1999b).

- ◆ AVSC. Organismo que forma parte de un consorcio internacional dedicado a la planificación familiar. Objetivo: reducir la incidencia del aborto y la mortalidad por este motivo, desde un enfoque amplio de salud reproductiva (CIMAC, 1999b).
- ◆ Servicios Integrales para la Mujer (Sí Mujer). Opera en Managua como un centro alternativo de salud prestando servicios a mujeres y adolescentes, en especial a sectores populares. Compromiso: defensa del aborto terapéutico. (CIMAC, 2000a).
- ◆ Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (Cidem) de Bolivia (CIMAC, 2000a)
- ◆ Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Rede Saúde de Brasil (CIMAC, 2000a).
- ◆ Red de Educación Popular entre Mujeres de América Latina y el Caribe (REPEM). (CIMAC, 2000a)
- ◆ Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (CIMAC, 2000a)
- ◆ Satélite Eva- Es un proyecto de acción que surge a partir de la Investigación Multifocal "Mujer, Comunicación y Desarrollo" de Argentina, realizada por CEM (Centro de Estudios de la Mujer) con el auspicio del INSTRAW de Naciones Unidas
- ◆ CRLP (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. ONG dedicada a promover la igualdad de las mujeres en todo el mundo, garantizando sus derechos reproductivos como derechos humanos (CRLP, 1999).
- ◆ Development Alternatives with Women for a New Era (DAWM).
- ◆ ddeser (Red por los derechos sexuales y reproductivos en México). Red que responde a problemáticas sociales existentes en México como: embarazo adolescente, mortalidad materna y violencia.

Estos grupos y redes feministas han diseñado estrategias para continuar visibilizando la problemática del aborto inseguro como un problema de salud

pública y de justicia social, y para enfatizar el derecho que asiste a las mujeres a decidir sobre un aborto como una cuestión de derechos humanos y democracia (CIMAC, 2000a).

4.2.1 Un problema de salud pública, justicia social y de derecho de las mujeres

El aborto es un problema de justicia social, salud pública y de democracia, afirma la presidenta del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Marta Lamas, ya que el aborto causa la muerte de miles de mujeres en el país (CIMAC, 2000f).

Un problema de salud pública

La Dra. Yolanda Senties (1989), entonces Directora General de Salud Materno Infantil de la Secretaría de Salud, señala al considerar al aborto como un problema de salud pública debido a las enormes implicaciones que tiene en el nivel de salud de la población y a su influencia en la mortalidad materna y en la administración y utilización de los recursos de salud (Senties, 1989).

Soberón (1994) menciona que el aborto es un problema de salud pública y como tal debe enfocarse. Lo es por su prevalencia y por su alta proporción como causa de la mortalidad materna.

Por su parte, Ana Langer (1998), médica de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe expone las razones para considerar el aborto como problema de salud pública:

1. El aborto inducido es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres de América Latina.
2. La atención a las complicaciones del aborto consume importantes recursos del sector salud.

3. El aborto inducido es frecuente.
4. El nivel socioeconómico de la mujer determina sus riesgos ante un aborto inducido.
5. La calidad de la atención en el post-aborto adolece de importantes limitaciones.

González (1990) destaca que para tratar el problema del aborto como problema de salud debe partirse necesariamente de la condición de ilegalidad en que se practica. Dicha condición determina que el aborto representa para la mayoría de las mujeres que recurren a él, un importante riesgo para su salud y, en ocasiones, también para su vida. No obstante las restricciones legales, González menciona que la práctica del aborto es en México un fenómeno cotidiano y un problema al que se enfrentan miles de mujeres. Afirma que el aborto representa un importantísimo problema de salud pública, debido a su elevada frecuencia, a la gravedad de sus complicaciones y a los altos costos que para las instituciones públicas de salud implica su atención.

En consecuencia, si el problema se plantea como una cuestión de salud pública, los requisitos para su práctica médica deberían salir el Código Penal y ser regulados por el Código Sanitario (Aguirre, 1989).

Un problema de justicia social

El aborto también es considerado por el movimiento feminista como un problema de justicia social, ya que constituye un problema que revela las grandes desigualdades que existen en México. Es un privilegio para quienes pueden pagar condiciones seguras desde el punto de vista médico e higiénico: pero por otro lado, representa una situación humillante y sumamente peligrosa para las mujeres que carecen de recursos económicos, de información, o de acceso a servicios de salud con una mínima calidad (González, 1990).

Herrera (1980) coincide en plantear al aborto como un problema de justicia social, ya que las mujeres que deciden practicarlo, pueden hacerlo con iguales daños psicológicos para ricas y pobres. Pero en las ricas los practican médicos más o menos competentes, y en las pobres lo hacen comadronas, brujos o ellas por sus propias manos. La mujer rica cuenta con una probabilidad razonable de permanecer viva después de un aborto, en bastante buena salud y con motivación para buscar información sobre formas de control de la natalidad. La pobre se enfrenta a serios riesgos de muerte y a daños permanentes.

Lamas (2000) señala que no todas las mujeres tienen igualdad de oportunidades para interrumpir un embarazo no deseado. Las que tienen recursos económicos o informativos, no arriesgan sus vidas ni su salud. Pero la mayoría es extorsionada económicamente y maltratada.

Al respecto, el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) (1999) menciona que las mujeres pobres corren el riesgo de tener un aborto inseguro, ya que a diferencia de aquellas con mayores recursos financieros, no se tiene acceso a información, servicios y medios económicos para obtener un aborto seguro. También forman parte del grupo de riesgo, las mujeres que viven en pueblos pequeños y alejados de la ciudad, donde existe un mayor acceso a lugares para practicarse abortos. De esta manera, las mujeres que tienen mayores recursos económicos generalmente acuden a profesionales de salud capacitados, mientras que la mayoría de las mujeres pobres se dirigen a personas sin capacitación o se provocan el aborto ellas mismas. Las mujeres de las zonas rurales, que por lo general viven en condiciones de pobreza, se provocan el aborto ellas mismas o buscan la ayuda de una persona empírica.

Debido a la prohibición del aborto, GIRE (GIRE, 1999a) destaca que desde tiempo atrás ha surgido un "mercado negro" de servicios de aborto que se encuentra diferenciado en razón de sus costos y las condiciones en que se interviene a las mujeres. En la medida en que una mujer que decide abortar

cuenta con medios económicos, las posibilidades de que sufra daños a su salud son mínimas, mientras que la carencia de recursos económicos se convierte en el mayor factor de riesgo para la mayoría que aborta. Existe una discriminación social entre aquellas mujeres que en posibilidades de pagar un servicio de aborto seguro y aquellas que se ven obligadas a que lo realice personal sin capacitación. Dicha discriminación significa riesgo para la salud y la vida.

Las limitaciones económicas impiden el acceso a servicios formales de salud y como alternativa se encuentran los servicios más baratos, ejecutados por personal no capacitado como aprendices o comadronas, sin condiciones de higiene y sin el instrumental adecuado. La falta de economía exige negociación con la pareja o búsqueda de recursos que impiden la oportuna y pronta intervención, ocasionando con esto riesgos en la mujer (Loli, 1997).

En un estudio realizado por Zamudio, Rubiano y Wartenberg (1995; citado en (CIMAC, 2000g) a través del Centro de Investigación sobre Dinámica Social (CIDS) de la Universidad Externado de Colombia, se llegó a la conclusión de que en ese país existe una situación de inequidad y una profunda discriminación social, pues "son las mujeres más pobres y con varios hijos y las muy jóvenes las que concentran la morbi-mortalidad por aborto, porque son las que tienen que recurrir a servicios clandestinos que utilizan sondas y otras técnicas de muy alto riesgo" (Pág. 2). El estudio muestra varias tensiones que experimentan las mujeres practicantes del aborto inducido:

1. Tensión entre la normatividad que lo penaliza y el desarrollo tecnológico que pone a disposición -para quienes puedan pagar- técnicas y medicamentos de muy bajo riesgo.
2. Tensión entre el ejercicio del derecho y la mediación de la ciencia y la técnica en la configuración de lo público y lo privado. De ahí que el aborto se vuelva un asunto penalizable por la mediación de un tercero que practica el aborto y lo convierte en asunto público.

3. Por un lado, los límites culturales de acceso a una anticoncepción segura y la legislación sobre aborto, y por el otro, el desempleo, el deterioro de los salarios, la discriminación contra las mujeres embarazadas, la ausencia de apoyo a las madres y la presión social hacia las familias de más de tres hijos hasta el punto de señalarlas como socialmente irresponsables. Esta tensión es tal vez la fuente de mayores sufrimientos físicos y emocionales para las mujeres pobres, señala el estudio.
4. Tensión que se da entre la dinámica de la situación y la capacidad del Estado para hacer efectivas las sanciones que la norma anuncia, lo que genera un mensaje ambiguo. En los relatos de las mujeres de sectores medios y altos, que habían utilizado servicios privados de buena calidad técnica, esta zozobra frente a lo legal jamás fue sentida. Entre las mujeres de sectores pobres este sentimiento aparece frecuentemente. Ellas saben que son más vulnerables porque el servicio que tienen que utilizar es muy vulnerable también (Ibíd.).

Las tensiones mencionadas reflejan las variantes y desigualdades entre las mujeres de cada país (Lagarde, 2003), ya que aun en países donde el aborto es un delito, mujeres con recursos pueden acceder a una buena atención médica. Lo anterior, aunado a "una buena base cultural que permita vivir el aborto con legitimidad ética, interrumpir un embarazo no es tan desgarrador como para quienes lo viven desde la cultura moral del pecado y del delito (Ibíd. Pág. 34).

Parte de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres

Durante las últimas décadas, el derecho a la salud de la mujer y dentro de ésta la salud sexual y reproductiva, se ha ido constituyendo en un componente esencial de los derechos humanos, lo cual se ha reflejado en su tratamiento en diferentes conferencias internacionales (CRLP, 2000). Al respecto, Gabarra, (1999) menciona que los derechos reproductivos y sexuales se vinculan a los derechos humanos a partir de la Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena, en 1993;

la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994; y la Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing en 1995, de las cuales expone:

1.- Conferencia DDHH- Viena 1993:

“Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”.

2.- Tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994, párrafo 7.3:

“Los derechos reproductivos reposan en el reconocimiento básico del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el espaciamiento y oportunidad de tener hijos, y a tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho a alcanzar el más elevado estándar de salud sexual y reproductiva libres de discriminación, coerción y violencia tal como lo expresan los instrumentos de derechos humanos, debe darse total atención a la promoción del respeto mutuo y relaciones de género equitativas”.

3.- Declaración de Beijing 1995:

“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente sobre estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

Tres son las ópticas en que los derechos reproductivos han sido abordados: (CEM, 1994)

La primera parte de un enfoque limitado, centrado principalmente en la fertilidad – fecundidad y hace especial énfasis en el derecho de la mujer a decidir cuándo y cómo tener hijos.

La segunda, más amplia y abarcadora extiende el tema al derecho al placer y a la libre expresión sexual.

Por último existe una tercera visión que ubica los derechos reproductivos en el ámbito más general y comprometido de la salud reproductiva. Abarcan desde la defensa de la libertad sexual hasta el acceso igualitario a los servicios de salud.

Los derechos reproductivos se definen entonces en términos de "*poder para tomar decisiones informadas respecto a la propia familia, la crianza y educación de los hijos, la salud ginecológica y la actividad sexual y recursos para llevar a la práctica tales decisiones en forma segura y efectiva*" (Petchesky , y Rosalind; citados en: CEM, 1994, Pág. 3).

De aspecto capital para el movimiento feminista es ejercer estos derechos reproductivos, *incluido el poder de tomar decisiones autónomas y los recursos materiales para tener acceso a los servicios, métodos y técnicas que conviertan en realidad ese poder* (Mejía, 2001)

Con respecto al aborto y los derechos humanos, CRLP señala que se puede encontrar respaldo legal internacional al derecho de la mujer a un aborto seguro y legal, basado en las garantías de autonomía en las decisiones reproductivas, ausencia de discriminación y protecciones a la salud y a la vida. Por lo tanto, el tratamiento de ilegalidad que se le ha dado el aborto en distintos países, *no viola únicamente las obligaciones contraídas por los países al suscribir los tratados internacionales de derechos humanos, sino que limita el goce y el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de la mujer reconocidos a nivel mundial* (CRLP, 2000).

La Organización Mundial de la Salud reconoce que "todos los aportes que se realicen a nivel regional, subregional y nacional orientados a superar las condiciones de inequidad reinantes en lo económico y social, y a mejorar la

condición de la mujer y revisar las construcciones de género imperante, y a ofrecer múltiples posibilidades de opción en lo relativo al ejercicio de la vida sexual y reproductiva para todos los individuos, favorecen el logro de un mayor bienestar, contribuyen a reafirmar la plena vigencia de los derechos humanos y a sentar las bases de una sociedad de mayor justicia y equidad para el próximo milenio" (Loli, 1997 Pág. 1).

El ejercicio de estos derechos reproductivos por parte de la mujer se encuentra íntimamente ligado a los valores, creencias y significaciones en torno de la sexualidad femenina, ya que éstas son las que rigen al momento de ejercer las prácticas sexuales (Rivas, 1998), y por ende, la práctica del aborto, ya que los modos en que las mujeres se conciben, se representan y se entienden a partir del ejercicio de su sexualidad, varían de generación en generación. Los dilemas que presentan frente a la sexualidad y las prácticas o instituciones que lo regulan y organizan son también diferentes dependiendo el momento histórico. En este sentido, Rivas (1998) llevó a cabo un estudio de corte narrativo en donde se indagó acerca de las significaciones sociales, valores y creencias en torno a la sexualidad en tres generaciones de mujeres mexicanas: la abuela, la madre y la hija, entendiendo a la sexualidad como un "entramado diverso y particular de prácticas, acciones, técnicas, placeres, y deseos en los que interviene el cuerpo, pero también una serie de argumentaciones, discursos, premisas, significaciones que connotan las acciones de los individuos, califican sus deseos, orientan sus tendencias y restringen sus elecciones placenteras o amorosas" (Ibíd. Pág. 139). Algunos de los resultados del estudio fueron:

Las abuelas:

- Experiencias sociales y familiares organizadas a partir de referentes católicos, religiosos y eclesiales.
- Régimen autoritario, con severidad paterna y materna oscilante entre violencia verbal y corporal.

- ❑ Mundo regido por los preceptos del silencio-secreto, en donde se procura desviar y evitar a toda costa cualquier enunciación que remita a la sexualidad como tal.
- ❑ El placer y el deseo se restringen dentro de funciones sociales enaltecidas, como la maternidad y el cuidado de los otros.
- ❑ Es impensable otro deseo u otro placer que el amor tierno y sacrificado hacia el marido y los hijos, radicando en estas virtudes su fortaleza y su debilidad.
- ❑ El disfrute sexual es asunto de varones

Las madres:

- ❑ Valores contruidos sobre los mismos preceptos rígidos y autoritarios de las jerarquías parentales.
- ❑ Se observa una cierta continuidad entre la abuela y la madre por lo que respecta a los valores generales, pero se observan algunos cambios, como los inicios de la anticoncepción.
- ❑ Se observan algunos cambios en la percepción de la sexualidad. Se posibilita el control natal.
- ❑ La sexualidad seguía siendo pecado o algo malo que se tenía que evitar.
- ❑ Se empieza a pensar en la sexualidad, desean saber algo acerca de la reproducción, del nacimiento de los hijos.
- ❑ Se niega la sensación y curiosidad corporal en la infancia y el inicio de la pubertad.
- ❑ Existe la preocupación por los embarazos, las dificultades con la pareja y el peso de la crianza. Dicha preocupación las hacía renunciar a los encuentros y satisfacción corporal.
- ❑ Imposibilidad de demostrar su deseo y solicitar su satisfacción al cónyuge, ya que consideran inapropiado e indigno el que la mujer abra tan explícitamente la asunción de su deseo.

Las hijas:

- Se observan cambios más acelerados. El peso de la religión ya no lo es tanto
- Hay avance en la instrucción escolar.
- La triada que regía la vida de la madre y la abuela –religión-escuela y familia- deja de operar con la misma fuerza.
- Derecho a saber sobre sexualidad y dialogar estos asuntos dentro de la pareja.
- Se introduce la idea de la sensualidad y naturalidad del orgasmo.
- Existe la crítica a la idea de calificar al cuerpo como obsceno y cuya finalidad última es provocar lascivia masculina.
- Se menciona el disfrute de las relaciones sexuales, rompiendo con ello el mito de que la sexualidad femenina se rige por el orden masculino.

A partir de lo analizado por Rivas (op. Cit.), se entiende que la lucha por los derechos reproductivos en México no se halle a la par de otros países, en donde ésta se inició mucho antes, dado que es en la generación de las madres y con más énfasis en la de las hijas estudiadas por Rivas en donde se comienza a plantear una nueva forma de significación de la sexualidad y con ello, el ejercicio de los derechos reproductivos. En el siguiente apartado se dará cuenta de lo mencionado, al hacer referencia a la lucha por la despenalización y/o legalización del aborto en México, considerado por el movimiento feminista como un derecho de las mujeres.

4.3 Historia de una lucha por la despenalización y/o legalización del aborto en México

1916

- ◆ En el Primer Congreso Feminista, en Yucatán, las mujeres, en su mayoría maestras, insistían en promover un mayor nivel educativo para las mujeres jóvenes y en organizar la escuela en torno a un espíritu laico, que enfrentara la superstición y venciera al fanatismo

(CIMAC, 2000d) Se demandó entre otras muchas cuestiones, proporcionar información a las mujeres sobre su propia sexualidad para evitarles ser objeto de los varones y víctimas de la seducción masculina (Aguirre, 1989). Se insistió en un mayor conocimiento de las mujeres de su propio cuerpo, pero el tema no logró desarrollarse del todo, porque se dijo que eso parecía afectar el pudor de las presentes. Había un desfase entre la determinación social con base en el sexo y el desconocimiento del mismo; Detenían los avances el miedo al cambio y el pudor (CIMAC, 2000d).

1931

Se aprobó el Código Penal para el D.F., en el que se incluyó la despenalización del aborto en casos de violación, cuando se pone en peligro la vida de la mujer y cuando es producto de una imprudencia de la mujer (GIRE, 2003)

1936

Las doctoras Ofelia Domínguez y Matilde Rodríguez elaboraron un proyecto de Ley que demandaba la difusión de métodos anticonceptivos a través de los servicios de salubridad y la despenalización del aborto. El proyecto no se consolidó, no se llevó el debate en el Congreso de la Unión (CIMAC, 2000d). Dicho proyecto fue respaldado por feministas de la época, y proponía que además de la despenalización, el Estado emprendiera una amplia campaña educativa que pusiera al alcance de todas las mujeres los métodos anticonceptivos; informándoles los daños que podía causar la interrupción del embarazo; que el aborto fuera practicado exclusivamente por médicos autorizados y en los 3 primeros meses; sancionando sólo a quienes los practicasen sin autorización oficial o sin consentimiento de la mujer (Aguirre, 1989).

1940

Las feministas que proclamaban la despenalización del aborto pedieron fuerza después del año de 1940, tal vez se debió a su filiación de izquierda en una etapa en que en el país se vivía la influencia social de las derechas (Aguirre, 1989).

1959

No obstante las presiones externas, México se opone a tomar medidas para detener el ritmo del crecimiento (CIMAC, 2000d).

1972

- ♦ Luis Echeverría Álvarez, entonces presidente de México, habló sobre la necesidad de adecuar los recursos y de la población. De esta manera, en el artículo Cuarto de la Constitución quedó plasmada La Ley General de Población y el Reglamento respectivo. Y aun cuando existió la propuesta de incluir entre las reformas la despenalización del aborto, ésta no se llevó a cabo (CIMAC, 2000d).
- ♦ Se plantea la necesidad de modificar la legislación vigente por parte de MAS (Mujeres en Acción Solidaria).

1972-1974

Se dan las primeras conferencias públicas sobre el tema del aborto y el enfrentamiento con la izquierda se hace evidente, ya que se acusaba al movimiento feminista de ser "agentes del imperialismo yanqui" por promover una medida tan "reaccionaria". Sin embargo sería años más tarde cuando el propio Partido Comunista llevara la propuesta feminista ante la Cámara de Diputados (Lamas, 1992).

1973-1976

Se implementó el Programa de Paternidad Responsable por parte del gobierno mexicano, y con ello se incentivó el crecimiento de la población, además de que

favoreció la inmigración, desestimando la difusión y venta de anticonceptivos. (CIMAC, 2000d).

1973

- ◆ En el Senado de la República se inició un debate abierto sobre el aborto, pero se ocultó (CIMAC, 2000d).
- ◆ Mario Moya Palencia, entonces Secretario de Gobernación, habló del fenómeno del aborto, asegurando que era un problema social real. Se admitió que 500 mil mujeres lo practicaban en condiciones clandestinas e insalubres (CIMAC, 2000d).

1974

Se reformó la Constitución para incluir, en el artículo 4°, el derecho de toda persona a "decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos" (GIRE, 2003).

1976

- ◆ Se organizó la Primera Jornada Nacional sobre el Aborto a cargo del Movimiento Nacional de Mujeres (MNM), y consistió en conferencias con las posiciones que sobre el tema merecían médicos, psicólogos e inclusive un sacerdote proaborto (Lamas, 1992). La Jornada concluyó con el primer documento feminista mexicano a favor de la legalización del aborto, el cual incluía demandas por la educación sexual desde la primaria, acceso a métodos anticonceptivos, aborto libre y gratuito, rechazo a la esterilización forzada, y rechazo al aborto como sistema de control demográfico. El documento fue presentado ante la Cámara de Diputados y fue archivado (Brito, 1998).

- ◆ Se creó la Coalición de Mujeres Feministas (CMF), que aglutinó a todos los grupos feministas en torno de la lucha por la despenalización del aborto, contra la violencia a las mujeres y por la libertad sexual (Lamas, 1992). La CMF presentó una propuesta a la Cámara de Diputados para despenalizar el aborto, sin respuesta alguna (GIRE, 2003)
- ◆ La Coalición de Mujeres Feministas (CMF) presentó una propuesta para despenalizar el aborto en la Cámara de Diputados, sin respuesta alguna (GIRE, 2003).
- ◆ La CMF señalaba que no era suficiente la despenalización del aborto, ya que podía continuar siendo inaccesible para la mayoría de las mujeres, así que había que solicitar su legalización para lograr que fuera un servicio de salud pública en los hospitales del Estado (Lamas, 1992).
- ◆ Se creó el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México (GIEA) a instancias del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Lo constituían demógrafos, economistas, psicólogos, médicos, abogados, antropólogos, filósofos, un sacerdote, un pastor protestante y un rabino (Lamas, 1992). Su recomendación fue eliminar la sanción penal a las mujeres que por voluntad decidan hacerse un aborto, así como al personal que lo practique. Pidió el dictado de normas sanitarias para que el servicio se preste en óptimas condiciones (GIRE, 2003).

1977

La Coalición de Mujeres Feministas (CMF) presentó una vez más a la Cámara de Diputados la iniciativa de ley a favor del aborto voluntario, sin respuesta alguna (GIRE, 2003).

1977-1981

El eje central de la lucha de todos los grupos feministas lo constituye la campaña por conseguir la legalización del aborto (Lamas, 1992).

1978

- ◆ El Estado recomendó enfrentar el problema del aborto en su dimensión real (CIMAC, 2000d).
- ◆ El Movimiento Nacional de Mujeres convoca a una marcha de mujeres en luto cargando coronas fúnebres por Reforma, hasta el Monumento a la Madre (Lamas, 1992).
- ◆ Surge el Frente Nacional por los Derechos y la Liberación de las Mujeres, integrado por sindicatos y partidos políticos. El frente, aunado a otros grupos feministas como el Movimiento Nacional de las Mujeres, el Colectivo La Revuelta y el Movimiento Feminista Mexicano formaron una alianza con el objetivo de impulsar la lucha por los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, incluyendo el aborto libre y gratuito (Brito, 1998).

1970-1980

Se sintió la participación de sectores conservadores tales como jerarquías católicas, movimiento Provida y el Partido Acción Nacional al declarar que el aborto es "un crimen", con la consigna de "no al aborto". Posición claramente contraria a la despenalización del aborto y a los métodos anticonceptivos. (CIMAC, 2000d).

1979

- ◆ Se creó el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM), que buscó junto con la Coalición de

Mujeres Feministas, trabajar a favor del proyecto de despenalización presentado en 1977 (GIRE, 2003). El Frente afectó el trabajo de la Coalición puesto que la mitad de los grupos se enfocaron en las actividades del Frente. No obstante, trabajaron juntas en el proyecto de despenalización, cuyo nombre fue: "Proyecto de ley sobre maternidad voluntaria" (Lamas, 1992).

- ◆ El Partido Comunista Mexicano lleva a la Cámara de Diputados un proyecto de Ley de Maternidad Voluntaria elaborado por el Frente Nacional por la Liberación de la Mujer y la Coalición de Mujeres. El proyecto no se discute en la Cámara (CIMAC, 2000d).

1980-1981

Los esfuerzos del Frente y la Coalición, marcaron el final del periodo más dinámico del movimiento feminista, puesto que las problemáticas internas en el Frente y el aislamiento de la Coalición, aunada al congelamiento del proyecto de ley y la campaña de la derecha generaron un clima de decepción, frustración y miedo, que desembocó en el desaliento (Lamas, 1992).

1981-1982

En el período del presidente Miguel de la Madrid Hurtado se comenta de la problemática y se habla de la despenalización del aborto (CIMAC, 2000d).

1981-1985

Surgen nuevos grupos: GEM en 1981, APIS en 1982 y EMAS en 1985. Los financiamientos llegan de organismos internacionales, en especial europeos y el trabajo es con mujeres de sectores populares (Lamas, 1992).

1982

CONAPO plantea en el Anteproyecto del plan de acción para la integración de la mujer al desarrollo, que "es necesario normar y no sólo despenalizar lo referente al

aborto; es la ilegalidad del servicio el que le da su carácter de clandestino, y lo que trae riesgos" (GIRE, 2003).

1983

- ◆ El presidente Miguel de la Madrid intentó modificar el Código Penal para reformar las disposiciones en torno al aborto y adulterio. Hubo fuerte reacción de la Iglesia Católica y grupos conservadores. Como consecuencia, la iniciativa fue archivada (GIRE, 2003).
- ◆ Se vive el estancamiento del movimiento feminista, el cual no logra reorganizarse y estructurar respuestas de apoyo en torno a la modificación propuesta por el presidente (Lamas, 1992).

1986

- ◆ Se vivió una reorganización del movimiento debido a la coordinación del IV Encuentro Feminista Latinoamericano en 1987.
- ◆ A finales de año se llevan a cabo las Jornadas sobre Feminismo y Sectores Populares en América Latina, contando con la presencia de feministas de 16 países. No se habló del tema del aborto

1987

Se realizó el IV Encuentro Feminista Latinoamericano. Una vez más, el tema del aborto fue relegado.

1988

Se fundó el primer Centro de Orientación y Apoyo a Personas Violadas (COAPEVI). El COAPEVI sobrevivió solamente dos años y desapareció en septiembre de 1990, lo que provocó una lucha más ardua por parte de feministas, que lograron la creación de un nuevo centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE) (Brito, 1998).

1989

- ◆ Se firmó la demanda por la despenalización del aborto por parte de más de 500 mujeres feministas, intelectuales, artistas, dirigentes de organizaciones sociales y políticas de los partidos de izquierda y del Partido Revolucionario Institucional (CIMAC, 2000d).
- ◆ Dicha demanda respondió a la violación de derechos humanos por parte de una autoridad judicial. Los hechos: agentes judiciales llegan a una clínica clandestina donde se realizaban abortos y detienen al personal médico y a mujeres que acaban de abortar. En los separos de Tlaxcoaque los torturan. Días después, una mujer los denuncia. Gracias a la comunicación entre grupos feministas, a relaciones con mujeres políticas y artistas, el desplegado que contenía la demanda salió a la luz. El Secretario de Salud accedió a hablar del tema (Lamas, 1992).
- ◆ Agosto de 1989: hasta el VI Encuentro Nacional Feminista llegaron los efectos del desplegado. La discusión se centró en cómo conducir estrategias para lograr la despenalización del aborto, tomando en cuenta las condiciones diferentes de cada estado de la república (Lamas, 1992). Como resultado del análisis, surgió la propuesta de una Coordinadora Feminista para el D.F.

1990

- ◆ Se fundó la Coordinadora Feminista del Distrito Federal (CFDF). Retomaron los objetivos de la Coalición de Mujeres Feministas por la libertad sexual, contra la violencia a las mujeres y por la despenalización del aborto (GIRE, 2003). La Coordinadora tenía buenos propósitos, pero era poco operativa (Lamas, 1992).

- ◆ Se reforma el Código Penal del estado de Chiapas, despenalizando algunas causales de aborto como las genéticas, madres solteras, por situación económica y por violación (CIMAC, 2000d). Se desencadenan respuestas de la Iglesia Católica y voceros oficiales. El movimiento feminista en conferencia de prensa expresa su beneplácito por las reformas en Chiapas.

1990-1998

Los medios de comunicación difunden las posiciones a favor y en contra de la despenalización del aborto por parte de la Iglesia, Provida, PAN, mujeres feministas y no feministas (CIMAC, 2000d).

1991

- ◆ Ante el rechazo de la Iglesia Católica y el Partido Acción Nacional de las reformas hechas por el Congreso de Chiapas, se produjo en el D.F. un debate entre partidos políticos. Sindicatos, feministas, organizaciones de salud y partidos políticos formaron el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto (GIRE, 2003). El Frente organizó una marcha en donde se protestaba por la suspensión de las reformas en Chiapas, cuya puesta en marcha se vio detenida entre otros, por la reacción de la iglesia católica. El resultado fue que el Congreso local la turnara para dictamen a la Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- ◆ Carlos Salinas de Gortari, entonces presidente, envió a la Cámara de Diputados una iniciativa para permitir el aborto por razones económicas. El Partido Acción Nacional lo rechazó (GIRE, 2003).
- ◆ Se llevó a cabo el Primer Foro Nacional por la Maternidad Voluntaria en Chiapas, entre los organizadores se contaban al Frente Chiapaneco, el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la

Despenalización del Aborto y Católicas por el Derecho a Decidir. El foro concluyó con la firma de un documento conocido como el Pacto Federal de Chiapas.

- ◆ Dentro de la jornada por la maternidad voluntaria, se pegó una placa al Monumento a la Madre. En su versión original decía: "A la que nos amó aún antes de conocernos", y la placa feminista decía: "Porque su maternidad fue voluntaria" (Lamas, 1992).
- ◆ Se dieron a conocer los resultados de una encuesta referente al tema del aborto, en el que la pregunta fue "¿está usted a favor o en contra del aborto?. A raíz de esto, grupos de mujeres pidieron a Gallup que realizara una encuesta pero con preguntas mejor formuladas. En mayo, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), de reciente creación, dio a conocer los resultados de Gallup, volviendo a poner el debate sobre la mesa (Lamas, 1992).

1998

A través de un desplegado promovido por GIRE, personalidades de la cultura y la ciencia solicitaron la modernización del Código Penal para incluir las causas por las que no se castiga el aborto en otros estados de la república (GIRE, 2003).

1999

Organizaciones civiles presentaron una propuesta de reforma al Código Penal, dentro de las cuales destacaba ampliar las excepciones por las que se permite el aborto en el D.F. La propuesta no fue aprobada (GIRE, 2003). Surge el caso Paulina, sin que a la fecha termine el proceso penal a los funcionarios públicos involucrados.

- ◆ El PAN se pronuncia en contra de la despenalización del aborto, a la par que se promueven iniciativas para su despenalización (CIMAC, 2000d).

- ◆ El Congreso de Guanajuato aprueba un Código Penal en que se volvía a penalizar el aborto en caso de violación. Se generaron reacciones en contra a lo largo de todo el país. El gobernador de Guanajuato terminó vetando el Código y quedó sin efecto (GIRE, 2003).

- ◆ 14 de agosto. Rosario Robles, Jefa de Gobierno del D.F., envió una propuesta a la Asamblea Legislativa con el fin de modificar la legislación en materia de aborto, aumentar causales de despenalización y establecer mecanismos para acceder al aborto por violación (GIRE, 2003). Aquí sus palabras: "... En este contexto, y ante la exigencia de alrededor de cuarenta organizaciones defensoras de los derechos de las mujeres, agrupadas en la campaña por el acceso a la justicia para las mujeres, desde el gobierno del Distrito Federal hemos decidido impulsar con plena responsabilidad otra reforma sobre el mismo tema en dirección contraria. La discrepancia radica justamente en que unas personas piensan que hay que prohibir todos los abortos, mientras que otras pensamos que hay que ajustar la reglamentación a las circunstancias actuales.... En esto hay que ser muy claras: hasta ahora nadie, absolutamente nadie, ha señalado estar de acuerdo con el aborto y mucho menos ha planteado a éste como un método de planificación familiar. Ese no es el debate. Nuestra lucha es contra la muerte; Nuestra lucha es por la vida de miles de mujeres, por la educación y la información sin prejuicios, sin falsas morales para ejercer de manera plena y voluntaria la maravillosa experiencia de la

maternidad, y por supuesto nuestra lucha es sobre nuestra vida y sobre nuestro cuerpo el derecho a decidir....No estamos proponiendo legalizar el aborto. Estamos simplemente planteando que sea permitida la interrupción del embarazo cuando se pone en riesgo la salud de la madre y existen malformaciones congénitas muy graves.... Por nuestra parte, seguiremos en la lucha a favor de la vida: de la vida y la salud de cada una de las mujeres de la ciudad y de nuestro país. Seguiremos en la lucha por una sociedad laica, cuyos signos sean la esperanza, la libertad, la tolerancia y el respeto a la diversidad" (Robles, 2000, Pág. 2).

- ◆ 18 de agosto. Se aprobó la propuesta de Robles. Aumentaron tres causas para abortar legalmente en el D.F.: Inseminación artificial no consentida, grave daño a la salud de la mujer y por malformaciones congénitas o genéticas graves (GIRE, 2003).
- ◆ 25 de septiembre. Asambleístas del PAN y del PVEM presentaron una Acción de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) contra las reformas que habían sido aprobadas. Fue la primera vez que la SCJN enfrentó una controversia relativa al aborto (GIRE, 2003).

2002

La SCJN declaró la constitucionalidad de las reformas penales que fueron cuestionadas por los asambleístas del PAN y del PVEM (GIRE, 2003).

Con la historia de la lucha que el movimiento feminista ha librado en México para la despenalización y/o legalización del aborto, termina el presente capítulo, en donde se revisaron los antecedentes y conceptos fundamentales sobre el feminismo, la visión que el movimiento mantiene en torno al aborto, considerándolo como un problema de salud pública, justicia social y de derecho de las mujeres.

CAPÍTULO 5

Conclusiones

El aborto es considerado como la expulsión del embarazo, que puede ir o no acompañada de la expulsión de toda o una parte de la placenta. El feto no tiene que ser identificable como vivo o muerto, pero que pese menos de 500 gramos. Existen variadas clasificaciones que se le puede dar al mismo, y éstas dependen de las características en las que haya ocurrido el aborto, así como la frecuencia del mismo. En términos generales, se puede hablar de aborto: inducido, terapéutico, eugenésico, inducido por razones éticas, inducido por razones sociales, inducido por razones personales, espontáneo, inseguro, en evolución, inevitable, consumado completo, consumado incompleto, infectado, séptico, temprano o de principio, tardío, diferido, retenido u óbito en útero, inaparente o dudoso, franco o demostrable, complicado, no complicado, completo, incompleto, esporádico, habitual o repetido, legales o ilegales. Tan variadas clasificaciones corresponden a un hecho: el fenómeno del aborto puede ser abordado desde distintas disciplinas, que hacen necesarias el tomar ciertas particularidades en la práctica del mismo: por ejemplo, en medicina es imperante considerar con exactitud las condiciones bajo las cuales se presentó, para lo cual la terminología utilizada es por demás detallada. En el caso de la legislación, lo imperante entre otras situaciones es si el aborto fue legal o ilegal, etc. La ética, la filosofía, el derecho, la política, la psicología, la sociología, la historia y las ciencias de la salud son disciplinas que han abordado el tema del aborto y sus implicaciones para la salud tanto física como psicológica.

En efecto, la experiencia de un aborto siempre generará consecuencias que dependen del tipo y de las más variadas circunstancias en que éste fue llevado a cabo, entre las cuales se pueden contar al:

- a) aborto espontáneo en condiciones salubres, en donde la mujer accede al sistema de salud y se le practica una técnica probada, en condiciones de higiene.

- b) Aborto espontáneo en condiciones insalubres, en donde no se tuvo acceso a una clínica u hospital. El aborto se realiza con personal poco capacitado y falta de equipo adecuado.
- c) Aborto inducido en condiciones salubres. Generalmente llevado a cabo en quirófano con personal capacitado y en condiciones higiénicas.
- d) Aborto inducido en condiciones insalubres. Es practicado en su mayoría por la mujer o por personal no calificado en clínicas clandestinas. Debido a ello, las consecuencias físicas son altamente negativas para la mujer.

De las diferentes condiciones en las cuales se practica el aborto, generalmente el espontáneo en condiciones salubres es el que conlleva pocos daños físicos, ya que se acude a un hospital y la mujer se somete a una intervención las más de las veces segura, no generando graves secuelas como podría ser la esterilidad, daños a órganos reproductivos o incluso la muerte. El daño psicológico puede sufrirse en términos de la pérdida del producto, melancolía, depresión, etc. Por otro lado, en el aborto inducido en condiciones insalubres, la mujer está expuesta a una serie de riesgos que ponen en peligro su integridad física, con daños que pueden llegar incluso a la muerte, y su integridad psicológica en algunos casos, ya que en otros puede salir de la experiencia incluso con alivio y liberación que le proporcionarán fortaleza.

Por ser el aborto inducido el que más riesgos genera en la mujer, se le puede llamar también aborto inseguro, sus características no son para menos: Generalmente es la mujer quien lo lleva a cabo, utilizando para ellos diversos métodos, que van desde introducción de objetos hasta la ingesta de pastillas. Tal como se describió en el primer capítulo, se pueden identificar a: Pociones y tés, fármacos orales, tallos de laminaria, cuerpos extraños a través de la vagina y sondas intrauterinas, dilatación y legrado uterinos, cirugía abdominal (histerectomía o histerotomía), tirarse por las escaleras, golpes en el vientre, saltar

de lugares altos, entre otros. Una vez realizada la maniobra abortiva, llega un sangrado que puede ir desde leve hasta agudo, poniendo en riesgo la vida de la mujer. Por ser procedimientos no indicados para un aborto, éste no culmina y se hace necesaria la intervención de un médico. La mujer acude con hemorragia al hospital en donde puede declarar que el aborto que sufrió fue espontáneo, ocasionando con ello que le practiquen una intervención segura para completar el proceso, y se abstiene de las sanciones legales que implican un aborto inducido. Como puede verse, existe ya una cadena de hechos en los cuales la mujer ha estado en riesgo de muerte, de daño psicológico por la experiencia vivida e incluso de privación de su libertad por realizar un aborto que la mayoría de las veces es penado con cárcel.

Relacionado a lo anterior, con frecuencia se refiere a la legislación que regula el aborto como un factor de considerable peso en la decisión de abortar y en las consecuencias psicológicas negativas, ya que abortar en un país con leyes restrictivas al respecto, sugiere transgresión de normas que dependiendo de la salud mental de la mujer, se pueden convertir en verdaderos agentes de daño psicológico. Es por ello que existe una discusión entre diversos grupos acerca de que si leyes menos restrictivas generan menor número de abortos, o si las mismas leyes restrictivas generan mayor número de abortos. Diversos estudios (López, 1980; citado en Reynoso, 1980) han demostrado tanto una postura como la otra, siempre respaldados con estadísticas. Es por ello que se le dedicó un capítulo entero a la presente investigación para recabar información correspondiente a las legislaciones de los diferentes países del mundo, así como la incidencia y las muertes maternas derivadas de un aborto. Con los datos recabados, se pueden hacer diversas consideraciones a partir de la siguiente tabla:

Tabla 5.1.- Porcentaje de países en los cinco continentes que permiten un aborto bajo diversas circunstancias

| | AFRICA | AMÉRICA | ASIA | EUROPA | OCEANÍA | Promedio |
|----------------------------|--------|---------|------|--------|---------|----------|
| Salvar la vida de la mujer | 100 | 91.3 | 100 | 97.5 | 100 | 97.8 |
| Preservar la salud física | 50 | 47.8 | 64.1 | 87.5 | 50 | 60 |
| Preservar la salud mental | 47.5 | 43.5 | 59 | 87.5 | 50 | 57.5 |
| Violación o incesto | 25 | 39.1 | 46.2 | 80 | 7.1 | 39.5 |
| Malformación fetal | 22.5 | 17.4 | 48.7 | 82.5 | 7.1 | 35.7 |
| Razones socioeconómicas | 7.5 | 17.4 | 41 | 75 | 7.1 | 29.6 |
| Disponible por petición | 5 | 13 | 35.9 | 65 | 7.1 | 25.2 |

- De la tabla anterior, sobresale el hecho de que en todos los continentes, casi el 100% de los países permite el aborto para salvar la vida de la mujer (a excepción de América y Europa, con 91.3% y 97.5% respectivamente).
- En todos los países se le da más peso a la preservación de la salud de la madre, en primer lugar física y en segundo lugar mental.
- Con excepción de Asia y Europa, el permiso para abortar se concede primero cuando ocurre una violación o incesto, y después cuando existe malformación fetal.
- En todos los continentes, el porcentaje de países que permiten el aborto por petición, se encuentra en último lugar. Es de destacar que en el continente Europeo, aunque menor a las demás circunstancias, el aborto a petición es permitido en un 65% de los países.

- Cabe mencionar que la tabla anterior no es exclusiva, es decir, un mismo país puede tener a la vez dos o más circunstancias para permitir el aborto, lo cual se puede observar claramente en el capítulo dos.
- Por lo que respecta al promedio, se puede observar que el porcentaje va decreciendo conforme van aumentando las causales de aborto.

Otro aspecto fundamental por destacar es la variedad de trámites que la mujer debe de llevar a cabo para acceder a un aborto en aquellos países que lo permiten, pues el hecho de acceder a él no exenta a la mujer de la ejecución de diversos trámites que varían de país a país. Se pueden destacar, entre otros mencionados en el capítulo dos, a los siguientes:

- Consentimiento por escrito de la mujer y su esposo o tutor, con un formato aprobado por el gobierno.
- Médicos especialistas deberán emitir una recomendación antes de que el aborto sea realizado.
- Existe un tiempo límite para acceder al aborto legal.
- Se requiere que la maniobra abortiva la realice un médico calificado.
- Consentimiento por escrito de los padres o tutor en caso de ser menor de edad.

Hasta el momento se conoce pues que el aborto inducido se encuentra reglamentado a lo largo y ancho del mundo, y que éstas varían considerablemente de continente a continente. Se destaca a continuación que también el número de mujeres que practican un aborto inseguro varía, generando estadísticas alarmantes:

Tabla 5.2.- Número estimado de abortos inducidos, tasa de aborto y proporción de aborto en África, América Latina, América del Norte, Asia, Europa y Oceanía.

| Región | No. de abortos (millones) | | | Tasa* | Proporción** |
|-------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|-------|--------------|
| | Total | Legales | Ilegales | | |
| África | 5.0 | Menos de 50,000 | 5.0 | 33 | 15 |
| América Latina | 4.2 | 0.2 | 4.0 | 37 | 27 |
| América del Norte | 1.5 | 1.5 | Menos de 50,000 | 22 | 26 |
| Asia | 26.8 | 16.9 | 9.9 | 33 | 25 |
| Europa | 7.7 | 6.8 | 0.9 | 48 | 48 |
| Oceanía | 0.1 | 0.1 | Menos de 50,000 | 21 | 20 |

Fuente: Stanley, K., Susheela, S. y Taylor, H. (1999). *La incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. <http://www.quitmacher.org/pubs/journals/25spa01699.html>

* Abortos por cada 1,000 mujeres de 15-44 años

** Abortos por cada 100 embarazos conocidos (abortos más los nacimientos vivos)

¿Leyes menos restrictivas sugieren un decremento en la práctica del aborto?. El cruce de las dos tablas anteriores sugiere que sí. Pero se deben de tomar las reservas al caso, puesto que ya se mencionó (López, 1980; citado en Reynoso, 1980) que diversos datos expuestos por distintas organizaciones reportan lo contrario, fundamentándose también con estadísticas. Lo anterior sugiere que la comunidad internacional se encuentra en constante investigación en torno al fenómeno del aborto, y así ocurre. Un ejemplo de ello son las diferentes Conferencias Internacionales, auspiciadas por la Organización de las Naciones Unidas, en donde el tema del aborto es generador de polémica e intenso debate. En ellas, se reconoce al aborto como un problema de salud pública, invitando a Gobiernos a reducir el aborto mediante prestaciones más amplias y mejores servicios de planificación familiar, asegurar que las mujeres que tienen embarazos no deseados tengan fácil acceso a información y asesoramiento, en los casos en que el aborto no sea contrario a la ley, asegurarse de que se realicen en condiciones adecuadas, promover investigaciones sobre los factores determinantes y consecuencias del aborto inducido, sus efectos sobre la fecundidad, así como investigaciones sobre el tratamiento de las complicaciones del aborto y el cuidado postaborto. Como novedad, se agrega en el documento

oficial de El Cairo+5, la capacitación de prestadores de servicios y el equipamiento de los mismos para garantizar una adecuada atención a las mujeres que recurran a abortos (Machicao y Abracinskas, 1999).

Las Conferencias Internacionales invitan además a ONG's, agencias especializadas de la ONU y a la cooperación internacional a unir esfuerzos con el gobierno para cumplir tareas impuestas por la ONU y emanadas de dichas conferencias. La preocupación internacional en torno al aborto está del todo justificada dadas las características que se mencionaron con anterioridad: posible riesgo físico para la mujer, sanciones legales, muertes maternas derivadas de su práctica, alta incidencia, etc.

México de ninguna manera está exento a esta preocupación, pues diversos estudios (CIMAC, 2001e; Sandoval, 2000; Notimex, 2000; Núñez y Palma, 1994). dan cuenta de la alarmante frecuencia con que se realizan los abortos, pero dadas las condiciones del mismo y la preocupación de la mujer por negarlo, -puesto que se halla entre otras a presiones sociales, de pareja o legales,- su registro es del todo complicado. En un mismo año se pueden identificar cifras totalmente diferentes, dependiendo de la fuente que emitió el dato. De particular importancia son las estadísticas provenientes de los centros de salud, pues arrojan también estadísticas correspondientes a los gastos que genera la atención de un aborto. La ocupación de camas, los días de estancia, los medicamentos utilizados, las transfusiones en caso que así se requiera y demás gastos generados, los tiene que sufragar el estado, ocasionando con ello un importante desvío de recursos económicos debido a estas causas, que se podrían evitar con prevención. Dicha prevención incluye programas de planificación familiar, a cargo del estado y a través de Normas Oficiales de los Servicios de Planificación Familiar, entre otros.

El tema de la planificación familiar y de la educación sexual se encuentran estrechamente relacionados con el aborto, pues tomando en cuenta a los primeros como una manera de prevenir a éste, se esperaría que la cobertura y calidad de

los programas de planificación familiar y de educación sexual pudieran llegar a todos y a todas, a lo largo y ancho del territorio. Diversos estudios (Soberón, 1994; Langer, 1998; CIMAC, 2001b) dan cuenta de que en el caso de la planificación familiar, esto no sucede así, debido a que un porcentaje de las mujeres se embarazan utilizando algún método anticonceptivo. Lo que indica por consiguiente un embarazo no deseado y la posibilidad de que la mujer considere abortar. La desidia en la utilización de métodos anticonceptivos también está presente, y urge trabajar en ello. Entre algunas dificultades que se han mencionado en lo que respecta a planificación familiar y embarazos no deseados se encuentran: Distancia con los centros donde se consiguen los métodos, calidad deficiente de la atención, temor a efectos secundarios de los anticonceptivos modernos, falta de información sobre su uso apropiado, uniones de pareja inestables, falta de recursos económicos, creencias religiosas y posturas culturalmente determinadas.

Por lo que se refiere a las creencias religiosas, se esperaría que la mujer católica que aborta sintiera el peso de la misma, pues esta religión prohíbe a sus fieles el aborto. Es contundente al considerar que la mujer abortante se hace merecedora instantáneamente a la excomuni3n, dado que seg3n la iglesia cat3lica (Sandoval, 2000) no se respeta la vida humana, no se protege desde el primer momento de su existencia y est3 ausente el derecho de todo ser inocente a la vida. Tales conceptos son compartidos tambi3n por grupos Provida, dedicada a "promover el valor y dignidad del ser humano y defender la vida desde el momento de la concepci3n hasta la muerte natural" (GIRE, 2001). No obstante, se observa que aun con las sanciones morales impuestas, la mujer cat3lica aborta. Lo anterior puede deberse a que en palabras de Cat3licas por el Derecho a Decidir – organizaci3n ligada a la iglesia-, hombres y mujeres tienen la capacidad moral para tomar decisiones serias en lo que se refiere a la sexualidad y la reproducci3n humana (Cat3licas por el Derecho a Decidir, 2001).

Se pueden identificar además de la iglesia y grupos ligados a ella, a otros actores sociales relacionados con el aborto. Tal es el caso de los médicos. Dicho sector ha mantenido en general una posición conservadora y de reserva frente al aborto, producto de su formación universitaria, en donde la consigna es salvar vidas. Lo que el médico aprende en las aulas incide en las mujeres, que pueden llegar a ser tratadas con actitudes de desprecio ante la decisión de abortar. Es conveniente señalar que hay excepciones, ya que existen médicos altamente sensibilizados en la problemática de la mujer que aborta, con formación en educación sexual, con respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y capacitados de forma distinta. Por otro lado se encuentra la opinión pública, que a través de encuestas, ha dejado sentir su postura con relación al tema, manifestando su acuerdo en la práctica del mismo siempre y cuando se presenten algunas circunstancias válidas para ellos o ellas (Basáñez, 1990; Shields, 1992; Population Council, 2000), que no siempre son las mismas que impone el estado para la regulación del aborto.

Con relación a la legislación que regula la práctica del aborto en México (GIRE, 2000), existen circunstancias diferentes dependiendo del estado en que la mujer haya abortado, de tal manera que en los 32 estados de la república el aborto es legal cuando es resultado de una violación; en 28 cuando el aborto es imprudencial; 28 estados permiten el aborto cuando se pone en peligro la vida de la mujer; 11 lo permiten por motivos eugenésicos; 8 lo permiten por grave daño a la salud de la mujer; por inseminación artificial no consentida y por causas económicas o cuando la mujer tenga al menos tres hijos, sólo un estado lo permite.

Hasta el momento se cuentan con elementos para emitir conclusiones en torno al fenómeno del aborto:

- **El aborto, dada su complejidad, es un tema que se puede abordar desde diferentes disciplinas.**

- ❑ Existen técnicas abortivas que pueden resultar severamente dañinas para la mujer por no contar con la atención médica requerida para el caso, llegando incluso a provocarle esterilidad permanente o la muerte.
- ❑ La mujer que aborta experimenta consecuencias psicológicas, que pueden ser tanto negativas como positivas para ella.
- ❑ Ante un aborto inducido, la mujer expone una serie de razones que la llevaron a realizarlo. Razones válidas para ella.
- ❑ El aborto es un fenómeno que ocurre en todo el mundo.
- ❑ El aborto, aunque es regulado por leyes, se practica con alarmante frecuencia y ocasiona muertes maternas.
- ❑ Existe una preocupación internacional por el fenómeno.
- ❑ Son varios los actores sociales inmersos en el debate sobre el aborto, los cuáles mantienen posturas diferentes y contrapuestas.
- ❑ En México, no obstante la legislación, prohibiciones morales y métodos de planificación familiar, se sigue abortando con alarmante frecuencia.
- ❑ El aborto es un problema de salud pública
- ❑ El aborto fluctúa entre la tercera y cuarta causa de muerte materna.
- ❑ Existe un subregistro de la práctica del aborto, lo cual lleva a hablar únicamente de estimaciones.

Dado el estatus que guarda el aborto en el mundo, considerado como un problema de salud pública, y en virtud de que al momento no se han encontrado soluciones que incidan directamente en la reducción del número de ellos, la postura feminista retoma el tema y bajo su particular visión, propone una revisión de las leyes que lo regulan, con el objetivo de despenalizarlo y legalizarlo, además de considerarlo como un problema de justicia social y de derechos de las mujeres. En ese sentido, considera a la población en condición de pobreza como la más vulnerable a los riesgos que genera un aborto inseguro (González, 1990; CRLP, 1999; Lamas, 2000). De ahí que el feminismo plantee al aborto como un problema

de justicia social, ya que las mujeres ricas podrán pagar un aborto en clínicas con todo el instrumental y las medidas necesarias para un aborto seguro, lo que no sucede con la mujer pobre, que se autoinduce un aborto, arriesgando con ello la vida. Se plantea además la necesidad de contar con la infraestructura necesaria para la atención de mujeres en condición de aborto, ya que un punto es legalizar y/o despenalizar, regulando con ello su práctica, pero si no se cuentan con los recursos materiales y humanos, seguirían las muertes y los riesgos.

El movimiento feminista, considerado por investigadoras (Lamas, 1992; Ortiz, 2001) como agente dinámico de cambio, y que aglutina acciones de mujeres, evolucionando para promover sus derechos, merece un análisis aparte. Desde la pugna por el derecho a la educación, al voto, hasta los derechos reproductivos, el movimiento ha generado cambios sociales, y el tema del aborto no es ajeno a ello. La postura feminista plantea la necesidad de despenalizar el mismo, y con ello, incluirlo como un servicio de salud y accesible para la mujer que lo solicita. Indican que cuando la decisión de abortar va acompañada de un análisis profundo y con decisiones éticas, no existen consecuencias psicológicas negativas, sino alivio y liberación por la decisión tomada. Reconocen a la mujer como persona capaz de decidir sobre su cuerpo y su vida.

Este reconocimiento ha permitido en algunos países un cambio en la legislación del aborto, pues se identifica a las acciones feministas como parte protagonista en la modificación de dichas leyes. Sin embargo, el movimiento no avanza de igual manera en todos los países, y las reivindicaciones que se buscan, también difieren en cuanto a importancia. Lo anterior debido a que en México el ejercicio de los derechos reproductivos aún están ligados a valores, creencias y significaciones en torno de la sexualidad femenina, ya que estas son las que rigen al momento de ejercer las prácticas sexuales. Rivas (1998) realizó un estudio de corte narrativo en el que indagó acerca de valores y creencias en torno a la sexualidad en tres generaciones de mujeres mexicanas: la abuela, la madre y la hija. Los resultados explican por qué el ejercicio de estos derechos no avanza de igual manera, pues

en la generación de la madre y más específicamente en el de la hija en donde se observan cambios hacia el reconocimiento de los mismos: Las abuelas organizan las experiencias sociales y familiares a partir de referentes católicos y religiosos; el placer se restringe a la función de maternidad y cuidado de los otros; es impensable otro deseo que no sea el amor tierno y sacrificado hacia el marido y los hijos; el disfrute de la sexualidad es asunto de varones. En la generación de las madres se observan algunos cambios, como los inicios de la anticoncepción; se empieza a pensar en la sexualidad; existe la preocupación por los embarazos, la crianza; aún es imposible demostrar deseo y solicitar su satisfacción al cónyuge. Por el contrario, en la generación de las hijas se observan cambios más acelerados: la religión no pesa tanto; hay mayor nivel de instrucción; existe el derecho a saber sobre sexualidad y dialogarlo con la pareja; existe la idea de la sensualidad y naturalidad del orgasmo y se menciona el disfrute de las relaciones sexuales, rompiendo el mito de que la sexualidad femenina se rige por el orden masculino. A partir de estos resultados se explica el avance dispar del movimiento feminista en México con relación a la promoción de cambios en la legislación del aborto, lo que sí ha sucedido en otros países, de ahí que resulte imperante el monitoreo del movimiento como agente de cambio en cuanto al tema del aborto.

Para concluir, es importante mencionar que la participación del psicólogo en torno al fenómeno del aborto bajo la perspectiva feminista, resulta de su particular incumbencia:

- Como movimiento generador de cambios sociales merece una investigación a fondo.
- Como movimiento que rescata la posición de las mujeres con capacidad para decidir sobre sus cuerpos. Posición que indudablemente toma la mujer que aborta y que es la misma que llega al consultorio del Psicólogo. Conocer cuál es esa postura y las tesis que soportan, serán una herramienta en la atención y comprensión de la problemática vivida.

- Resulta de la mayor importancia contar con profesionales de la psicología formados con una perspectiva feminista, a fin de evitar culpas en las mujeres que decidieron abortar.
- Dado que se considera que la prevención es la mejor arma para abatir el número de abortos, se sugiere la creación de talleres informativos que acerquen a la población tanto femenina como masculina un mayor conocimiento del fenómeno. Conocimiento en el más amplio sentido: legal, de salud física, de salud psicológica, de riesgos, de consecuencias, de manejo de culpas, de planificación familiar, así como ampliar, fortalecer o crear programas de educación sexual en donde se debata y se trabaje el tema, con análisis profundo, ubicándolo como tema importante dentro del rubro de educación sexual.
- Es innegable que existen ya programas emanados tanto del Gobierno, de las ONG'S, de grupos comunitarios y de diversas organizaciones que procuran brindar información y prevención acerca del aborto, y sin embargo, se continúa practicando. Existe por lo tanto un campo muy amplio en el cual el psicólogo puede y debe incidir, con el objetivo de brindar salud y bienestar psicológico a las personas que así lo requieran y que decidan abortar.

La presente investigación documental contiene las limitaciones propias de este tipo de estudio. Sin embargo, el propósito se cumple en el sentido de que se cuenta con un compendio de aspectos relevantes del fenómeno del aborto. La investigación se vuelve entonces una guía en donde las personas que realicen investigación sobre el tema cuenten con esta información sistematizada que sirva de base y apoyo a otras investigaciones más específicas, considerando las diferentes posturas, pero reivindicando la postura feminista al abordar la temática del aborto.

REFERENCIAS

- Acosta, M. (1989). El aborto como problema social. Ponencia presentada en el Primer Ciclo de Actualización sobre Grandes problemas de Salud en México: organizado por la División de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la UNAM, del 18 al 23 de septiembre.
- Aguirre, S. (1989). Distintas propuestas para la despenalización del aborto en México. Ponencia presentada en el Primer Ciclo de Actualización sobre Grandes problemas de Salud en México: organizado por la División de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la UNAM, del 18 al 23 de septiembre.
- Alducín y Asociados (1998). Encuesta: Debate sobre el aborto. México: El Universal.
- Álvarez, S. (1980). Aspectos médicos del aborto. Revista Teoría y Praxis (1), 6-11.
- Álvarez, V. (2000). Sin acuerdos en la cumbre mundial sobre la mujer. Revista digital: Notisex, (27).
- Amuchástegui, H. y Rivas, Z. (2000). El impacto psicosocial del aborto inducido en mujeres mexicanas. México: GIRE.
- Astelaira, J. (1984). El feminismo como perspectiva teórica y como práctica política En: Sack, K., Astelaria, J., Einsenstein, Z., Hartsack, N. y Kirkwood, J. Teoría Feminista. Selección de textos. República Dominicana. Ediciones CIPAF.
- Avendaño, L. (1983). La población y el derecho del aborto en el ámbito internacional. Tesis inédita de Licenciatura. México: UNAM, Facultad de Derecho.
- Barraza, E. (2000). El aborto y sus imágenes. México: El autor.
- Basáñez, M. (1990). Preliminary data, second world opinion survey. Ann Arbor, Michigan: Institute for Social Research and The University of Michigan.
- Bessis, S. (2000). A lo largo del siglo XX las mujeres batallaron por sus derechos. http://www.unesco.org/courier/2000_06/sp/doss11.htm.
- Brito, E. (1998). Mujeres en Red: La historia del feminismo en México. http://www.nodo50.org/mujeresred/mexico_brito.htm.

- Bustos, R. y Blázquez G. (2001). La universidad que queremos las académicas: logros, perspectivas y propuestas. México: CAU (Colegio de Académicas Universitarias), UNAM
- Castelazo, L., Gaslonde, S., MacGregor, C., Shor-Pinsker, V. y Ordóñez, B. (1974). Algunos aspectos de actualidad en el aborto inducido, Gaceta Médica Mexicana, 108 (5), 309-339.
- Católicas por el Derecho a Decidir (2001). Carta de Principios. Revista Conciencia Latinoamericana, 13, (3), 1-1.
- CEM (Centro de Estudios de la Mujer) (1994). **Dossier No. 2: Derechos Reproductivos**. Argentina: CEM.
- CFFC (Catholics for a Free Choice) (1999). El Cairo y la Iglesia Católica: un lenguaje común. EUA: CCF.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (1999a). Exigen ONG a legisladores el reconocimiento del aborto como problema de salud pública. México: CIMAC. <http://www.cimac.org.mx/noticias/99051203.html>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (1999b). Ni la iglesia, ni el gobierno por encima de la decisión de las mujeres. México: CIMAC.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000a). Al año, se practican 4.5 millones de abortos en Latinoamérica y el Caribe. México: CIMAC. <http://www.cimac.org.mx/noticias/00sep/00092704.html>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000b). Los debates sobre el aborto reivindican los derechos de las mujeres. México: CIMAC.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000c). El aborto, un problema social y de salud pública, reconoce el gobierno mexicano. México: CIMAC. <http://www.cimac.org.mx/noticias/00may/00051101.html>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000d). Las hemorragias, primera causa de muerte en mujeres gestantes en México. México: CIMAC.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000e). Las mujeres que se practican un aborto no podrán ser excomulgadas definitivamente: católicos. México: CIMAC.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000f). Marta Lamas: Las mujeres necesitamos que el aborto sea un servicio de salud. México: CIMAC.

- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000g). Realidades y magnitudes del aborto inducido. Colombia: CIMAC.
<http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal00/s00050101.htmml>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2000h). Sigue deslegitimado el aborto: Investigadoras. Puerto Rico: CIMAC.
<http://www.cimac.org.mx/noticias/00may/00052307.html>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001a). Aprueba Congreso asiático legalizar parcialmente el aborto. Katmandú, Nepal: CIMAC.
<http://www.cimac.org.mx/noticias/01oct/01101504.html>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001b). Cada día ocurren en el mundo 55 mil abortos en malas condiciones. México: CIMAC.
<http://www.cimac.org.mx/noticias/01 jun/01060408.html>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001c). Informa Provida que impartirá cursos en escuelas en contra del aborto. México: CIMAC.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001d). Intolerable que grupos conservadores impidan políticas para aborto seguro. México. CIMAC.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001e). En países en desarrollo ocurren 95 por ciento de abortos ilegales. México: CIMAC.
<http://www.cimac.org.mx/noticias/01jul/01070803.html>.
- CIMAC (Centro de Información de la Mujer, A.C.) (2001f). Para evitar más muertes, mujeres latinoamericanas y caribeñas demandan a sus países despenalizar el aborto. México: CIMAC
<http://www.cimac.org.mx/noticias/01sep/01092803.html>
- Secretariado para el Comité Organizador de la Conferencia. (1994). **Salud Reproductiva y Justicia. Conferencia Internacional de Salud de la Mujer para El Cairo 94.** Brasil: IWHC y CEPIA.
- CRLP (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas) (1998). **Las leyes del aborto en el mundo 1998. Cartel con mapa.** USA: CRLP.
- CRLP (Centro Legal para Derechos reproductivos y políticas públicas). (1999). El aborto como un problema de salud pública.
<http://www.crlp.org/esp/pub/fac/saludpub.html>.
- CRLP (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas). (1999). **Las leyes del aborto en el mundo 1999. Cartel con mapa.** USA: CRLP.

- CRLP (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas) (2000). **Las leyes del aborto en el mundo 2000. Cartel con mapa.** USA: CRLP.
- CRLP (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas). (2000) El aborto en las conferencias e instrumentos internacionales. http://www.crlp.org/esp_pub_fac_conferencia.html.
- CRLP (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas). (2000a) **Derechos reproductivos 2000 hacia adelante.** USA: CRLP.
- De Barbieri, T. (1986). **Grandes tendencias políticas contemporáneas. Movimientos Feministas.** México: UNAM.
- Elú, M. (1993). **El aborto inducido en su origen, proceso y atención post-factum.** México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
- Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. (1994) **Problemática Religiosa de la Mujer que Aborta.** Santa fe de Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Faundes, A. (1998) **Aspectos médicos del aborto inducido.** Resumen de la ponencia presentada en el "Encuentro de Parlamentarios de América Latina y el Caribe sobre Aborto Inducido". Santa fe de Bogotá, D.C. Octubre 7 al 9 de 1998. Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social – CIDS.
- Gabarra, M. (1999). Derechos sexuales y reproductivos. Ponencia presentada en el seminario sobre "Género y Salud" organizado por la Secretaría de Cultura de la UNR y la cátedra de trabajo de campo, Área Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Argentina. <http://www.unr.edu.ar/cultura/cdr-genero/teoricos/ftp-doc/derechossexuales.doc>.
- Gaceta UNAM (2000). **Impedir el aborto, forma de restringir el poder de decisión de la mujer sobre la vida: M. Lagarde.** México: UNAM.
- García, Q. y Barahona, M., (Eds.) (1996). **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing. Plataforma de Acción. Información general y selección de documentos.** Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Garrido, L., Molina, N., y Ortiz, M., editoras (1996). **Plataforma Beijing 95: Un instrumento de acción para las mujeres.** Santiago de Chile: ISIS internacional.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida (1999a). **El ABC del aborto.** México: GIRE.

- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida (1999b). **Las cifras del aborto en México. Boletín Informativo.** México: GIRE.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (2000). **Situación legal del aborto en México.** (2ª Ed.). México: GIRE.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (2001). **Trazos de una polémica.** El aborto en 1998. México: GIRE.
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (2002). Situación legal del aborto en el mundo. **www.gire.org.mx.**
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (2003). **Despenalización y acceso al aborto legal en el Distrito Federal.** México: GIRE.
- Gomáriz, E. (1992). **Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: Periodización y Perspectivas.** Chile: Isis Internacional.
- González, Z., (1989). **Implicaciones Psicológicas del aborto.** Ponencia presentada en el Primer Ciclo de Actualización sobre Grandes problemas de Salud en México: organizado por la División de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la UNAM, del 18 al 23 de septiembre.
- González, D. (1990) El aborto como problema de salud pública **Revista Fem 95.**
- González, D. (1995). Ensayo. Los médicos y el aborto. **Revista: Salud pública de México,** 37 (3), 248-255.
- Herrera, (1980). Aborto y Sociedad. En: Sánchez, D. y Velázquez, A. (coord.). **El aborto. Un enfoque Multidisciplinario.** México: UNAM
- Herrero, Z., (1986). **El aborto. Los obispos se pronuncian.** Valladolid: Editorial Estudio Agustiniiano.
- Infante, C. y Cobos, Y. (1989). El aborto inducido en cifras: Análisis de la difusión de las estadísticas en la prensa. **Revista. Salud Pública de México.** 31, (3).
- IPPF (Federación internacional de Planificación de la familia) (1996). **Después de El Cairo y Beijing. Impulso para avanzar.** Londres: IPPF.
- Lagarde, R. (2000). **Claves feministas para la autoestima de las mujeres.** Madrid: Horas y horas.

- Lagarde, R. (2003). La condición humana de las mujeres. En: P. Castañeda (coord.). **Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas.** México: CEIICH, UNAM. Plaza y Valdés.
- Lamas, M. (1989). **Diferentes puntos de vista sobre el aborto.** Ponencia presentada en el Primer Ciclo de Actualización sobre Grandes problemas de Salud en México: organizado por la División de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la UNAM, del 18 al 23 de septiembre.
- Lamas, M. (1992). El feminismo mexicano y la lucha por legalizar el aborto. **Revista Política y Cultura,** (1), 9-22.
- Lamas, M. (1998). **La perspectiva feminista sobre el aborto.** México: La autora.
- Lamas, M. (2000). Palabras pronunciadas por la Sra. Marta Lamas en el marco del discurso pronunciado por Rosario Robles, Jefa de Gobierno del Distrito Federal, con motivo de la iniciativa de reforma de Código Penal en el Palacio del Antiguo Ayuntamiento. México, 14 de agosto.
- Lamas, M. (2000). **Del cuerpo a la ciudadanía. El feminismo y la despenalización del aborto.** México: La autora.
- Langer, G. (1994). La mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido en: Ortiz, O. (ed.). **Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate.** México: EDAMEX y The Population Council.
- Langer, A., (1998). **El aborto como problema de salud pública.** Ponencia presentada en el Encuentro de Parlamentarios de América Latina y el Caribe sobre Aborto Inducido. Santa fe de Bogotá, octubre 7 al 9 de 1998. Universidad Externado de Colombia.
- Loli, E. (1997). **El aborto como problema de salud pública y justicia social.** Perú: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Lomelí, E. (1997). El aborto voluntario en México desde la perspectiva de género. En: Hierro, G. (compil.). **Filosofía de la educación y género.** Seminario Interdisciplinario de posgrado, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. México: Editorial Torres y Asociados
- López G, R. (1994). El aborto como Problema de Salud Pública. En: M. Elu M y A. Langer (Eds.). **Maternidad sin riesgos en México.** México: Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México.
- Mateos, C. (1980). Aspectos médicos y de salud. En: L. Leal (coord.). **El problema del aborto en México.** México: Porrúa.

- Machicao, X. y Abracinskas, L. (1999). Cairo +5... El aborto: ni más ni menos... Bolivia: CIDEM (Centro de Información y Desarrollo de la Mujer).
- Mejía, M. (2001). Derechos sexuales y reproductivos: Para elevar la calidad y promover la justicia social. Conciencia Latinoamericana, 13 (3), 5-7.
- Muraro, R. (1989). El aborto y la Fe Religiosa en America Latina. En: Catholics for a Free Choice (1989). Mujeres e Iglesia, Sexualidad y aborto en América Latina. México: Distribuciones Fontamara.
- Neft, N., y Levine, A., (1997). Where Women Stand: An International Report on the Status of Women in 140 Countries. New York: Random House, Inc.
- Noriega, E. (1981). El aborto: El derecho a la libre maternidad. México: Editores Mexicanos Unidos, S.A.
- Notimex (2000). Representan 34% los abortos legales, del total practicado en guerrero. México: Notimex.
- Núñez, L., Palma, Y. y Arredondo, M. (1989). El aborto como problema de salud pública en México. Ponencia presentada en el Primer Ciclo de Actualización sobre Grandes problemas de Salud en México: organizado por la División de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la UNAM, del 18 al 23 de septiembre.
- Núñez, L. y Palma, Y. (1994). El aborto en cifras en: Ortiz, O. (ed.). Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate. México: EDAMEX, The Population Council, Inc.
- Núñez, L., Shrader, C. y Benson, J. (1994). Encuesta de opinión sobre el aborto en la Ciudad de México. Revista: Salud Pública de México, 36 (1), 36-45.
- Ortiz, O. (Ed.) (1994). Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate. México: EDAMEX y The Population Council.
- Ortiz, O. (2001). Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal?. México: EDAMEX y The Population Council.
- Population Council (2000). ¿Qué piensan y opinan las y los mexicanos sobre el aborto?. Resultados de una encuesta nacional de opinión pública. México: Population Council, Grupo IDM
- Reynoso, L., (1989). El aborto y la Iglesia Católica en: Sánchez, J., Velásquez, A., (coord.). El aborto. Un enfoque multidisciplinario. México: UNAM.

- Rivas, Z. (1998). Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina. Una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales. En: SAS, I. y Lerner, S. (compil). **Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.** México: The Population Council
- Robles, R. (2000). Discurso pronunciado por Rosario Robles, Jefa de Gobierno del Distrito Federal, con motivo de la iniciativa de reforma de Código Penal en el Palacio del Antiguo Ayuntamiento. México: La autora.
- Roemer, R. (1972) Leyes del Mundo. En: Hall, R. (compil) (1972). **El aborto en un mundo cambiante.** Chávez, Y. (Trad.). México: Extemporáneos.
- Sandoval, N. (2000). Embarazadas por violación. **Revista Época.**
- Senties, Y. (1989). **Importancia del aborto dentro de la campaña contra la mortalidad materna.** Ponencia presentada en el Primer Ciclo de Actualización sobre Grandes problemas de Salud en México: organizado por la División de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la UNAM, del 18 al 23 de septiembre.
- Shields, D. (1992). **El 77.3 por ciento de los mexicanos, por la despenalización del aborto.** México: Periódico El Nacional.
- Sociedad Mexicana de Salud Pública (2000) **El aborto como problema de salud pública.** México: Boletín de la Sociedad Mexicana de Salud Pública.
- Soberón, G. (1994). El aborto es un problema de salud pública en: Ortiz, O. (ed.). **Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate.** México: EDAMEX, The Population Council, Inc.
- Stanley, K., Henshaw, S. y Taylo, H., (1999). La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial. **<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa01699.html>**
- The Alan Guttmacher Institute (1999). **Induced Abortion Worldwide.** New York: The Alan Guttmacher Institute.
- The Population Council (1995). **El aborto en Bolivia. Mitos y realidades.** Bolivia: The Population Council.
- Tolbert, K., Ehrenfeld, N. y Lamas, M. (1997). El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento. En: Langer, A. y Tolbert, K. (compil.). **Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México.** México: The Population Council y EDAMEX.

- United Nations. Department of Economic and Social Development. (2001) **Abortion policies. A global review.** Volume I, II y III. New York: United Nations.
- University of Pennsylvania Press. (1995). **The right to know: human rights and access to reproductive health.** United States: University of Pennsylvania Press.
- Valle, G. (1994). ¿Por qué callan las mujeres? En: Ortiz, O. (ed.). **Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate.** México: EDAMEX y The Population Council.
- Viel, B. (1972) Las secuelas del aborto no hospitalario. En: Hall, Robert, E. (compil.). **El aborto en un mundo cambiante.** Yáñez, C. (Trad.). México: Extemporáneos.
- Whitaker, C. y Germain, A. (1999). Safe Abortion in Africa: Ending the Silence and Starting a Movement. **African Journal of Reproductive Health,** 3 (2).
- World Health Organization (1998). **Unsafe abortion.** Geneva: World Health Organization.

www.prodigyweb.net.mx/cprovida

www.vidahumana.org