

*Ana Cortés*

---

PERSECUCIÓN LEGAL  
del **aborto**  
en la Ciudad de México:  
un atentado al  
**DERECHO  
A DECIDIR**

---



Grupo de  
Información en  
Reproducción  
Elegida, A.C.

**GIRE**

Persecución legal del aborto en la Ciudad de México:  
un atentado al derecho a decidir

**Ana Cortés**

Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.

María Luisa Sánchez Fuentes

Directora

Coordinación: Norma Ubaldi Garcete

Investigación: Ana Cortés Torres

Corrección de estilo: Juan Carlos Hernández

Cuidado editorial: Mónica Maorenzic Benedito

Diseño y producción editorial: Alina Barojas Beltrán

*Persecución legal del aborto en la Ciudad de México: un atentado al derecho a decidir*

© 2006 Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.

Viena 160, Colonia del Carmen, Delegación Coyoacán, C.P. 04100, México, D.F.

Teléfonos: 56 58 66 84 y 45

Sitio en Internet: [www.gire.org.mx](http://www.gire.org.mx)

Correo electrónico: [correo@gire.org.mx](mailto:correo@gire.org.mx)

ISBN 968-5774-10-2

1ª edición, 2006

Impreso en México

*Tratándose del aborto, no se hallará en México un solo caso  
en que una mujer que no sea pobre haya sido procesada.  
En otros términos, no existe otra figura delictiva de aplicación tan clasista  
como la del aborto procurado y del consentimiento de aborto.*

**Luis de la Barreda Solórzano**

*Ombusman* de la Ciudad de México (1993 - 2001)



## *Reconocimientos*

La idea y el impulso principal de esta investigación le corresponden al Centro de Derechos Reproductivos (CRR, por sus siglas en inglés), organización dedicada a promover la igualdad de las mujeres en todo el mundo, defendiendo sus derechos reproductivos como derechos humanos. Quienes conformamos el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) agradecemos el apoyo del CRR y, especialmente, su comprensión, durante el largo tiempo que tomó pasar de la información a la investigación y de ésta a la letra impresa.

Las estadísticas vinculadas a la función pública siempre han sido un tema complicado; el acceso a éstas aún más. Por ello es necesario reconocer a las autoridades de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, quienes permitieron el acceso a información de primera mano sobre las denuncias de abortos, materia prima de esta investigación.

El inicio de este estudio fue coordinado por Lucía Rayas. Pedro Morales y Claudia González codificaron e interpretaron la información, también en un momento inicial. Con ellos compartimos numerosas y —porqué no decirlo— apasionadas discusiones, cuando la maraña de la información parecía superar nuestras capacidades y ahondaba los “desencuentros interpretativos”. Ana Cortés fue la investigadora principal. A ella le correspondió la tarea más compleja: construir datos, buscar otras fuentes de información e informantes, analizarlos y redactar el informe final. Con Ana discutimos cada punto de este libro, que modificamos y mejoramos una y mil veces. Pero, como se dice coloquialmente, “valió la pena”.

Agradecemos al doctor Carlos Arturo Campos, quien cuando se hizo la investigación era consultor de IPAS, organización internacional que apoya a las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, a la doctora Sandra Peniche Quintal, directora de la Clínica Servicios Humanitarios en Salud Sexual y Reproductiva, situada en Mérida, Yucatán. A estos profesionales de la salud les corresponden las opiniones médicas citadas a lo largo de los distintos capítulos.

De manera complementaria, el estudio incluye el testimonio de cinco médicos vinculados con la atención de complicaciones postaborto y dos enferme-

ras jubiladas. Estas personas proporcionaron información sobre aspectos médicos básicos con respecto al embarazo, el parto y el aborto inducido. La investigación se enriqueció también con el testimonio de una agente del Ministerio Público. La identidad de todos ellos se mantuvo en el anonimato.

El relato de *Rosa*, una mujer denunciada en un hospital, es un valioso colofón a todo el análisis. A ella todo nuestro agradecimiento.

Finalmente, merecen también una mención especial: Alina Barojas, Juan Carlos Hernández y Mónica Maorenzic, su trabajo y rigurosidad fortalecieron la calidad de este libro.

**Norma Ubaldi Garcete**

Ex Coordinadora de Información

GIRE

# Índice

<b>Prólogo</b> , Luisa Cabal	9
<b>Persecución legal del aborto en la Ciudad de México: un atentado al derecho a decidir</b> , Ana Cortés	
<b>Introducción</b>	13
Objetivos del estudio	15
Principales dificultades para recopilar la información	16
<b>Capítulo I. El aborto en México: un problema de salud pública</b>	19
1.    Estimaciones sobre la incidencia del aborto clandestino	19
1.1.  El índice de abortos en las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad materna en México	22
1.2.  El subregistro del número de abortos en México	24
2.    El marco legal del aborto	26
2.1.  Causales de no punibilidad	27
2.2.  Reformas a las leyes de aborto en el Distrito Federal	29
<b>Capítulo II. La denuncia del aborto</b>	35
1.    Mujeres perseguidas por aborto	35
2.    Estadísticas sobre la denuncia del aborto en México	37
<b>Capítulo III. La muestra de expedientes analizados</b>	43
1.    Cifras oficiales de aborto en el Distrito Federal (1994-1996)	43
2.    Composición de la muestra	44
2.1.  Perfil sociodemográfico de las mujeres denunciadas	46
3.    Análisis de los casos	50
3.1.  Distintos tipos de denuncias	50
3.1.1. Abortos denunciados por los hospitales públicos	51
3.2.  Abortos espontáneos	53
3.2.1. Abortos en el primer y segundo trimestre (de cero a tres meses, y de cuatro a seis meses de gestación)	55

3.2.2.	Partos prematuros en el tercer trimestre (siete y ocho meses de gestación)	56
3.2.3.	Partos con producto a término (nueve meses)	59
3.3.	Análisis de las denuncias de abortos espontáneos	59
3.4.	Abortos inducidos	62
3.4.1.	Abortos autoprocurados	66
3.4.2.	Uso de sondas	68
3.4.3.	Legrado uterino instrumental	69
3.4.4.	Promedio de edad de la gestación	70
3.5.	Conclusión de las averiguaciones previas por abortos inducidos	71
3.5.1.	Análisis de las denuncias de abortos inducidos	72
<b>Capítulo IV. La denuncia <i>versus</i> el resguardo de la confidencialidad</b>		<b>75</b>
<b>Capítulo V. La legislación restrictiva y sus consecuencias en la atención de las complicaciones por aborto</b>		<b>81</b>
1.	Las dificultades de la atención oportuna	81
2.	La calidad de la atención	84
<b>Capítulo VI. Testimonio de una mujer denunciada por aborto</b>		<b>87</b>
	Antes del aborto	87
	En la clínica clandestina	88
	Después del aborto	90
	De nuevo a la clínica clandestina	91
	“Diles que te caíste”	92
	La operación y los interrogatorios	93
	Entre la vida y la muerte	94
	“Ocho años de prisión”	95
	La declaración	95
	El dictamen médico-forense	96
	¿Derecho a la confidencialidad?	97
	Después del hospital	97
<b>Capítulo VII. Reflexiones finales</b>		<b>99</b>
<b>Fuentes de consulta</b>		<b>103</b>
<b>Anexo</b>		<b>107</b>
<b>Glosario</b>		<b>111</b>

## Prólogo

La presente investigación nos invita a reflexionar sobre el impacto de una legislación restrictiva en la vida de las mujeres que recurren al aborto. El Derecho puede ser un instrumento de opresión y de preservación de un *status quo* —históricamente desfavorable para las mujeres— o transformarse en un instrumento de cambio social que les permita a éstas ejercer plenamente sus derechos. En este sentido, el texto constituye una aportación a un tema poco estudiado en América Latina: la denuncia de las mujeres acusadas de haber abortado, como punto de partida para el análisis de la situación actual de las leyes en la materia.

De los resultados de la investigación destacan aspectos que, por lo general, son comunes en los países de la región donde se ha estudiado el tema: en primer lugar, se confirma que con la penalización del aborto se discrimina a las mujeres. Más aún, el peso de la ley recae en aquéllas que se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad, quienes arriesgan gravemente su salud al acudir, en muchos casos, a los servicios médicos solamente cuando su vida corre peligro. El caso de *Rosa*, documentado en el estudio, es testimonio de lo anterior. La investigación constata, además, que en México, al igual que en otras naciones latinoamericanas, las denuncias contra las mujeres son presentadas, casi en su totalidad, por el personal de los servicios de salud públicos. Otro elemento central que se confirma es que en México no se ejerce acción penal contra las denunciadas y que, en consecuencia, prácticamente no hay condenas por aborto.

Estamos, por tanto, frente a una persecución parcial y selectiva de las mujeres que, presumiblemente, interrumpen su gestación de manera voluntaria. Es mi interés, en este espacio, aportar algunas reflexiones desde una perspectiva de derechos humanos, para así proponer cambios jurídicos, entendiendo plenamente que para la efectiva garantía de los derechos se debe actuar en distintos planos y no solamente desde el ámbito legal.

La penalización del aborto en México y la denuncia selectiva del mismo, que recae en las mujeres más pobres, son discriminatorias. El Artículo 1° de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) define “discriminación” como:

[T]oda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce, o ejercicio por la mujer [...] de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o cualquier otra esfera.

Con base en dicho artículo, la Recomendación 24 del Comité que supervisa el cumplimiento de la CEDAW considera que es discriminatorio negar el acceso a servicios de salud que sólo las mujeres necesitan. En este mismo sentido, la Observación General 16 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece que para garantizar la igualdad en el disfrute del derecho a la salud, los Estados deben eliminar las restricciones legales en materia de salud reproductiva. Por tanto, las leyes mexicanas sobre aborto tienen un efecto discriminatorio, al negarle a las mujeres el acceso a servicios de salud que únicamente éstas requieren.

La prohibición del aborto también es discriminatoria porque tiene el propósito de relegar a la mujer a un papel social tradicional, pues niega su autonomía en la toma de decisiones que afectan su vida reproductiva. Además, las leyes restrictivas sobre aborto tienden a tener un mayor impacto en las mujeres que no pueden tener acceso a tal procedimiento en el ámbito discreto de una clínica privada. Ello acentúa las diferencias entre las mujeres cuya situación económica les permite interrumpir un embarazo en condiciones adecuadas y las más pobres, quienes, por lo mismo, se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.

Lo anterior contribuye a perpetuar las desigualdades sociales. También contraviene la Observación General 14 del CDESC —encargado de vigilar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales—, la cual prohíbe cualquier tipo de discriminación que impida el disfrute del derecho a la salud, incluida aquella causada por el origen social de las personas.

Por otro lado, el estudio documenta cómo la falta de claridad del marco legal en México propicia que las denuncias de aborto ante el Ministerio Público sean una práctica médica común, pese a que la misma legislación obliga al personal de salud a preservar la confidencialidad de los usuarios. Tales denuncias, por lo demás, no sólo violan el derecho a la privacidad, sino que hacen que muchas mujeres que deciden abortar, o con abortos incompletos, desistan de acudir a tiempo a servicios de salud, ante el temor de ser denunciadas. En muchas ocasiones sólo lo hacen cuando su salud, o incluso su vida, corre peligro.

El derecho a la privacidad, en el cual se fundamenta el deber de la confidencialidad, es protegido por compromisos internacionales que ha ratificado

México, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la CEDAW, y la Convención sobre los Derechos del Niño. Del mismo modo, el Comité de la CEDAW ha señalado, en su Recomendación General 24, que la divulgación de información confidencial sobre la salud afecta especialmente a las mujeres “porque puede desalentarlas de buscar atención médica para [...] atender a casos de abortos incompletos”. Asimismo, el Relator de la ONU en materia de derecho a la salud señala en su informe correspondiente al 2004:

La falta de confidencialidad puede impedir que las personas busquen consejería y tratamiento, poniendo en riesgo su salud y bienestar. Por tanto, los Estados están obligados a tomar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y la privacidad en el ámbito médico.

Todo ello nos indica que, para una efectiva garantía de derechos en el ámbito de la prestación de servicios de salud reproductiva en México, el Estado aún debe tomar las medidas necesarias para respetar la confidencialidad y privacidad de las personas.

Si bien el estudio revela cómo en ninguno de los casos documentados se ejerció acción penal y por tanto no se condenó a las mujeres denunciadas por aborto, ello tampoco implica que la penalización de esta práctica y la manera como operan los órganos de impartición de justicia no propicien la violación de derechos; por el contrario, una serie de ellos se ven afectados. En primer lugar, los estándares internacionales de protección al derecho a la salud establecen que las mujeres con abortos incompletos deben recibir atención de calidad para el manejo de las complicaciones. Esto implica el acceso oportuno a los servicios de salud y una atención digna. Así lo han establecido los comités de vigilancia de los compromisos internacionales en materia de derechos humanos adscritos a la ONU, además del Relator sobre el derecho a la salud de ese organismo internacional. Vale la pena recordar que en el 2004, el Comité que supervisa el cumplimiento de los Estados Parte de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes denunció el maltrato de que son víctimas las mujeres chilenas cuando acuden a la atención postaborto, pues, bajo presión, se les obliga a hacer declaraciones sobre la interrupción de su embarazo, lo que contraviene claramente dicho compromiso internacional.

Es, por tanto, imperativo que en México, como en Chile, el personal que provee servicios de salud reproductiva comprenda que la calidad de la atención, incluida la del aborto incompleto, es una cuestión de derechos humanos. Ambos gobiernos pueden ser responsables de violaciones a los derechos hu-

manos cuando no se respetan los derechos fundamentales de las mujeres. Ante tal situación, debe garantizarse, mediante campañas de información y con regulaciones claras, que no se denuncie a las mujeres que acudan a servicios médicos para que se les practique la interrupción de un embarazo. Esto evitaría el temor de muchas mujeres de enfrentar problemas legales por solicitar servicios públicos de salud.

La investigación que presentamos demuestra que, en el caso de México, como en el de la mayor parte de los países latinoamericanos, no podrán garantizarse los derechos reproductivos de las mujeres si no se adopta una decisión fundamental: despenalizar el aborto. El Relator sobre el derecho a la salud recuerda que las medidas punitivas en materia de aborto deben ser eliminadas. Ésta es una obligación impostergable.

La penalización, en definitiva, trae como resultado que las mujeres de México y de la región aún no escapen del estigma que impone la penalización del aborto y la consecuente persecución legal de tal práctica. Como recuerda Elena Poniatowska, cuando cita a la también escritora mexicana Rosario Castellanos: “la culpabilidad es la mejor arma de tortura”. La búsqueda de una legalidad que conduzca al respeto de los derechos de las mujeres debe continuar guiando, por tanto, nuestras luchas.

**Luisa Cabal**

Directora del Programa Legal Internacional  
Centro de Derechos Reproductivos  
(Center for Reproductive Rights, CRR)

# **Persecución legal del aborto en la Ciudad de México: un atentado al derecho a decidir**

Ana Cortés

## *Introducción*

La persecución penal del aborto en México ha sido hasta ahora un tema escasamente estudiado. El aborto por lo regular no se denuncia y, quizá por ello, no es un tema que atraiga el interés de los investigadores. Por otra parte, el acceso a los expedientes de los organismos de procuración de justicia sobre estos casos es particularmente difícil y lo mismo sucede con la recopilación de información testimonial de las mujeres denunciadas y de las instituciones involucradas en las denuncias, como es el caso de los hospitales públicos.

A pesar de estas dificultades, en este estudio se logró acceder a información de primera mano que nos ha permitido tener un acercamiento inicial al fenómeno de la denuncia del aborto en México, específicamente en el Distrito Federal. Si bien las denuncias son pocas y casi la totalidad de las averiguaciones previas a las que dan lugar en las agencias del Ministerio Público (MP) terminan sin que se inicien procesos penales en los tribunales, su posibilidad, siempre latente, tiene un impacto negativo en la salud de las mujeres que recurren al aborto en el país.

La prohibición del llamado aborto voluntario, aunada al desconocimiento general de las leyes que permiten el aborto en ciertas circunstancias, y a la ausencia de programas y políticas públicas en el ámbito nacional que regulen la prestación de servicios de aborto en los casos permitidos por la ley, obliga a que

las mujeres recurran a esta práctica de manera clandestina para enfrentar el problema de un embarazo no deseado.<sup>1</sup>

La práctica del aborto clandestino conlleva enormes costos para la salud y la vida de las mujeres y también para el erario, ya que muchas mujeres deben ser atendidas en los servicios de urgencia por abortos mal practicados.

La posibilidad de la denuncia, aún en países como México, en donde escasamente se persigue este delito, contribuye a engrosar las estadísticas de la morbi-mortalidad de mujeres en edad reproductiva en nuestro país. El ejemplo más ilustrativo es que las que enfrentan complicaciones posteriores a un aborto clandestino suelen esperar hasta el último momento, cuando las hemorragias y las infecciones están ya muy avanzadas, antes de atreverse a recurrir a las instituciones públicas de salud, por temor a enfrentar los cuestionamientos de los médicos y de la policía judicial. También por la posibilidad, presente en el imaginario colectivo, de terminar en prisión.

Por otra parte, el poder y la posibilidad real que tienen los médicos para tomar la decisión de denunciar a las mujeres se traduce frecuentemente en la adopción de un rol de “autoridad moral”. Esto propicia que muchas mujeres que abortan sean cuestionadas y hostigadas, y que se les niegue una atención médica oportuna. Finalmente, y lo que es más grave, la posibilidad de la denuncia atenta contra el derecho al acceso a los servicios de salud reproductiva de todas las mujeres, no solamente de aquéllas que recurren al aborto clandestino, ya que quienes pasan por la experiencia de un aborto espontáneo pueden llegar a ser denunciadas sin fundamento alguno en los hospitales públicos, como lo muestra este estudio.

Cabe añadir que en los casos en que las mujeres son denunciadas es posible inferir que en muchas ocasiones las averiguaciones se realizan de una manera violatoria a los procedimientos establecidos por la ley. Por lo general, las mujeres viven este proceso en aislamiento, sin conocimiento de sus derechos, sometidas a las autoridades médicas y del Ministerio Público y sumidas en la incertidumbre y el temor de ser encarceladas.

<sup>1</sup> Hay que precisar que el Distrito Federal, Morelos y, a partir de septiembre del 2005, Baja California Sur, cuentan con la normatividad jurídica para que las mujeres tengan un acceso efectivo a los servicios de aborto legal. En la Ciudad de México existe, además, una campaña permanente denominada “El aborto por violación es legal”, en la cual participan organizaciones no gubernamentales, con el apoyo de las autoridades capitalinas. Ver el apartado *Reformas a las leyes de aborto en el Distrito Federal*, en el Capítulo I.

### *Objetivos del estudio*

La presente investigación se planteó como objetivos determinar el alcance y las características de la persecución de la práctica ilegal del aborto en el Distrito Federal, así como las consecuencias de ésta para la salud de las mujeres y las implicaciones que representa en términos de la violación de sus derechos humanos.

La información que aquí se incluye pretende dar respuestas a algunas de las principales interrogantes que plantea el tema, como son:

- a) ¿Cuál es el número de denuncias de aborto en el Distrito Federal?
- b) ¿Quiénes denuncian?
- c) ¿Cuáles son las motivaciones de las denuncias?
- d) ¿En qué circunstancias son denunciadas las mujeres?
- e) ¿Cuál es el perfil de las mujeres que son denunciadas?
- f) ¿Qué escenarios médicos, sociales y familiares enfrentan las mujeres denunciadas por aborto?
- g) ¿Cuáles son las circunstancias que propician la violación de los derechos humanos de las mujeres denunciadas?
- h) ¿De qué manera termina el proceso legal que se inicia con las denuncias?

El estudio fue llevado a cabo en la Ciudad de México y se basa en el análisis de expedientes de denuncias de aborto. Los datos de los expedientes fueron recabados en la ya desaparecida Dirección General de Investigación de Homicidios y el Archivo de Concentración e Histórico de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF). La investigación cubre los años 1994, 1995 y 1996. El registro de la información se llevó a cabo en dos etapas. La primera, durante los meses de febrero y marzo de 1997, período en el cual se revisaron los expedientes de 1995 y 1996. Posteriormente, en junio del mismo año, se recopilaron los datos de 1994.

Para la sistematización del contenido de los expedientes se utilizaron cuestionarios con preguntas sobre el perfil de las mujeres denunciadas, los proveedores del servicio, los denunciantes, la averiguación previa y el proceso penal (ver el cuestionario completo en el Anexo, al final del libro).

De acuerdo con la información proporcionada por los responsables del MP en juzgados y salas penales del Tribunal Superior de Justicia del DF y la Dirección General de Información y Política Criminal de la Subprocuraduría Jurídica y de Política Criminal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito

Federal, el total de denuncias de aborto registradas durante el período que abarca este estudio (1994-1996) fue de 227 (Cuadro 1).

De este total, sólo tuvimos acceso a 139 expedientes (que representan el 61.2% del total de denuncias), ya que, en muchas ocasiones, éstos no se encontraban en los archivos, o bien no se tuvo acceso a ellos.

Cuadro 1. Denuncias por aborto en el Distrito Federal y número de expedientes analizados (1994-1996)

Año	Número de denuncias	Número de expedientes analizados	Porcentaje de expedientes analizados
1994	76	37	48.7
1995	97	63	64.9
1996	54	39	72.2
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>139</b>	<b>61.2</b>

Fuente: Dirección General de Información y Política Criminal de la Subprocuraduría Jurídica y de Política Criminal de la PGJDF, y Dirección del MP en Juzgados y Salas Penales.

De manera complementaria, el estudio incluye información testimonial de prestadores de servicios de salud y personal de la procuraduría, así como de una mujer que fue denunciada en un hospital. Concretamente, se entrevistó a una agente del MP, a dos enfermeras retiradas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a cinco médicos vinculados con la atención de complicaciones postaborto. El personal de salud entrevistado proporcionó información sobre aspectos médicos básicos con respecto al embarazo, el parto y el aborto inducido.

#### *Principales dificultades para recopilar la información*

La búsqueda de estadísticas sobre cualquier delito en México es problemática. Por un lado, muchos no son denunciados y, por otro, las instituciones de gobierno generalmente mantienen la información fuera del alcance público. Aunque existe la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, en la actualidad es difícil acceder a la información completa sobre el tema, debido a las limitaciones de dicha legislación. Esto se aplica también al aborto. Las estadísticas y datos de denuncias penales tienen un carácter confidencial y el acceso a los expedientes está supeditado al permiso de las autori-

dades del MP. A ello se añade el obstáculo del cambio periódico de funcionarios que, en el caso de este estudio, fue otro de los factores que dificultó la continuidad del registro de los datos analizados.

Una vez superada tal situación, hubo que enfrentar la diversidad de criterios con que el MP clasifica la información sobre denuncias por aborto. Una consecuencia de ello es que desconocemos el número de denuncias en contra de personas que practicaron abortos clandestinos en condiciones inseguras y que ocasionaron la muerte de mujeres. Estas denuncias, por ejemplo, están archivadas bajo el rubro de denuncias por homicidio. El número de expedientes de homicidios es tan extenso que hace imposible la búsqueda específica de casos de muerte por aborto. Por eso, tales datos no aparecen en el estudio.

Por otra parte, las denuncias por el hallazgo de fetos o recién nacidos abandonados se archivan indistintamente como denuncias de aborto. Hemos desechado del análisis todos estos casos, debido a que las mujeres no fueron identificadas y no hay, por lo tanto, información sobre ellas.

Finalmente, encontramos que los expedientes por aborto carecen de datos completos. La información es escueta y en ocasiones contradictoria. Por ejemplo, en muchos casos faltan informes médico-forenses, o dictámenes químicos de laboratorio y ninguno de los expedientes incluye el documento en el cual se acuerda la finalización o reserva de la averiguación previa,<sup>2</sup> que debe ser firmado por los funcionarios correspondientes.

A pesar de estas limitaciones y de que el número de denuncias de aborto es muy reducido en comparación con las estimaciones de la magnitud que esta práctica tiene en México, la información obtenida nos ha permitido dar una primera respuesta a la serie de preguntas planteadas al inicio de la investigación.

<sup>2</sup> Ver Glosario, al final del libro.



## CAPÍTULO I

# ***EL ABORTO EN MÉXICO: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA***

### ***1. Estimaciones sobre la incidencia del aborto clandestino***

Dado el contexto de clandestinidad en el que se practica el aborto inducido en México, no es posible contar con cifras precisas, de ahí que las estimaciones oficiales y no oficiales difieran. El Gobierno mexicano maneja básicamente dos tipos de estimaciones sobre el número de abortos en México. Una se basa en el modelo estadístico de proyección de Bongaarts y es utilizada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para proporcionar una cifra específica sobre el número de abortos inducidos.<sup>3</sup> La otra consiste en contabilizar el número de abortos atendidos en las instituciones de salud públicas y privadas. Esta última no hace distinción entre los abortos espontáneos e inducidos y propicia el subregistro, ya que no todas las mujeres que sufren complicaciones postaborto acuden a los hospitales para atenderlas. Esta estimación es manejada por la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y también por el CONAPO, sobre todo para cuantificar los casos de mortalidad materna.

De acuerdo con la información que maneja el CONAPO, el número de abortos en México descendió entre 1985 y 1997: de 230 mil abortos inducidos registrados durante el período 1985-1987, a 220 mil para 1990-1992, y a 196 mil para el período 1995-1997. La cifra más actual proporcionada por este organismo es de 102 mil abortos para 1997.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> CONAPO, *Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana*, México, 2000, p. 120.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 70.

Con respecto a la tasa global de abortos, que equivale al “promedio de abortos que tiene una mujer a lo largo de su vida fértil”, el CONAPO señala que ésta ha mostrado un descenso entre 1987 y 1997. Mientras que en 1987 el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años —el rango de edad de las mujeres en edad fértil establecido, por lo general, en las cifras oficiales— alguna vez embarazadas que habían tenido un aborto era de 22.7%, para 1995 había disminuido a 19.6%, y para 1997 a 19%.<sup>5</sup>

Estadísticas más actuales confirman esta tendencia. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000, de las mujeres del país de 20 a 49 años, cuatro millones habían sufrido al menos un aborto.<sup>6</sup> Esta cifra representa un porcentaje del 15.35%, el cual es sensiblemente menor al 19% registrado en 1997. A diferencia de esta tendencia nacional, en el Distrito Federal las encuestas sociodemográficas muestran que el número de abortos ha ido en aumento. Para 1992, el porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que declaró haber experimentado un aborto fue de 19%, mientras que para 1997 fue de 19.6%.<sup>7</sup>

Por su parte, el Instituto Alan Guttmacher (IAG) aporta una alternativa a las estadísticas gubernamentales sobre el número de abortos en México. Dado que la proporción de abortos asciende, aproximadamente, a 21 por cada 100 criaturas nacidas vivas, el IAG calcula alrededor de 533 mil abortos anuales en el país.<sup>8</sup> La estimación del IAG data de 1994 y es una de las más actuales, al margen de las cifras oficiales.

Independientemente de las estimaciones que puedan hacerse, el aborto constituye un problema de salud pública en México, y así lo han reconocido el

<sup>5</sup> *Idem.*

<sup>6</sup> Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud 2000. La Salud de los Adultos*, Cuernavaca, 2000, V. 2, p. 71. Cabe precisar que las mujeres se embarazan y abortan a partir de que son fértiles, por lo que muchas de ellas quedan fuera de estas estadísticas.

<sup>7</sup> CONAPO, *Cuadernos de salud reproductiva. Distrito Federal*, México, 2000, p. 39.

<sup>8</sup> Para países como México, el IAG hace estimaciones sobre el número de abortos inducidos con base en las cifras oficiales del total de ingresos en hospitales por interrupciones del embarazo que se hayan registrado en un determinado año. Con el fin de obtener una cifra aproximada, el IAG hace, a partir de tales datos, los ajustes necesarios, considerando el subregistro y los errores en la recopilación de información y el número estimado de abortos espontáneos, los cuales deben descontarse del total de los casos. También toma en cuenta las condiciones, seguras o inseguras, que sean predominantes en el país en cuestión para la interrupción del embarazo, pues de ellas depende, en gran medida, el número de ingresos hospitalarios debido a complicaciones por aborto. The Alan Guttmacher Institute, *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*, Nueva York, 1994, pp. 22-24.

CONAPO y la Secretaría de Salud.<sup>9</sup> Este reconocimiento tiene que ver no sólo con el número de abortos, sino también con una serie de hechos que le otorgan esa dimensión. Entre éstos destacan los siguientes:<sup>10</sup>

- 1) Es una de las principales causas de enfermedad y muerte relacionadas con la reproducción de las mujeres en México
- 2) La atención a las complicaciones del aborto consume importantes recursos del sector salud, en especial del sector público. Se sabe que el aborto es la condición que consume más recursos del sector público en los servicios obstétricos después del parto normal
- 3) Los embarazos no deseados ocurren como consecuencia de las limitaciones de los programas de planificación familiar o de las fallas de los métodos anticonceptivos y, en esa medida, los embarazos no deseados son una responsabilidad social y no individual
- 4) El aborto refleja dramáticamente las inequidades sociales, en la medida en que afecta principalmente a las mujeres de los sectores más desprotegidos

Debido a su carácter clandestino, el aborto suele practicarse bajo condiciones médicas que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres. En muchas ocasiones ellas enfrentan el riesgo de lesiones permanentes, como la pérdida de los órganos reproductivos, la esterilidad, heridas en otros órganos e incluso pueden ser víctimas de septicemia, infección sanguínea que suele ser letal.

Adicionalmente, el temor a ser denunciadas en los hospitales influye para que las mujeres que han sufrido intervenciones mal practicadas y que enfrentan complicaciones postaborto no acudan a tiempo a recibir atención obstétrica de emergencia, como lo veremos más adelante en el Capítulo V.

Entre las causas de muerte por aborto se encuentran, debido a su mayor frecuencia y gravedad: la hemorragia genital grave, infecciones de distintos

<sup>9</sup> CONAPO, *Programa Nacional de Población 2001-2006*, México, 2001, p. 79. El Secretario de Salud, Julio Frenk Mora, señaló hace unos años que, además de ser un tema con un trasfondo ético, moral y político, “la interrupción del embarazo debe ser tratada como un problema de salud pública”. Vega, Margarita, “Aborto, tema de salud pública: Frenk”, en *Reforma*, México, 13 de enero del 2001, sección nacional, p. 13.

<sup>10</sup> Ver “El aborto como problema de salud pública en México”, participación de Ana Langer en la presentación de resultados de la *Encuesta Nacional sobre Aborto* del Population Council, El Colegio de México, México, 29 de marzo del 2001.

grados (que van desde la endometritis hasta la pelviperitonitis), coagulación intravascular diseminada, lesión física a los órganos genitales (como la perforación uterina) y daños en otros tejidos.<sup>11</sup>

Estas complicaciones se concentran en la población económicamente más desprotegida, ya que las mujeres de este sector no cuentan con los recursos suficientes para pagar servicios médicos privados, donde se procuren abortos en condiciones médicas e higiénicas adecuadas, como sería el caso de aquéllas que pertenecen a las clases media y alta. Así, una gran cantidad de mujeres mexicanas se ven obligadas a recurrir a prácticas de aborto inseguro con personas que carecen de la capacitación, la higiene y el equipo necesarios. Algunas mujeres en situaciones extremas incluso se interrumpen el embarazo ellas mismas, mediante métodos que pueden ser sumamente riesgosos y violentos. Lamentablemente, estos casos son comunes.<sup>12</sup>

Las mujeres de menores recursos económicos son además las únicas que enfrentan la posibilidad de ser denunciadas, como se muestra en los siguientes capítulos de este estudio.

### *1.1. El índice de abortos en las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad materna en México*

De acuerdo con fuentes oficiales, las complicaciones derivadas de la práctica del aborto constituyeron en el 2003 la tercera causa de muerte materna en el país.<sup>13</sup> En el Distrito Federal, el aborto también ocupó el tercer lugar entre las causas de mortalidad materna en 1997, después de la toxemia del embarazo y las hemorragias del embarazo y del parto. Su participación relativa en las cuatro principales causas de mortalidad materna en el DF (que incluyen en cuarto lugar a las complicaciones del puerperio) fue del 8.9% para ese mismo año.<sup>14</sup>

<sup>11</sup> López García, Raúl, "El aborto como problema de salud pública", en María del Carmen Elu y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, 1994, p. 87.

<sup>12</sup> Raúl López García cita una encuesta que mostró que "en una tercera parte de los casos los abortos fueron inducidos por médicos; en el 20% por comadronas y 19% fueron autoprovocados". *Ibidem*, p. 86.

<sup>13</sup> Gabinete de Desarrollo Humano y Social, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005*, México, 2005, p. 72. Disponible en <[http://www.eclac.cl/mdg/docs/M%C3%A9xico\\_Metas%20del%20Milenio%202005\\_resumen%20ejecutivo.pdf](http://www.eclac.cl/mdg/docs/M%C3%A9xico_Metas%20del%20Milenio%202005_resumen%20ejecutivo.pdf)> [consulta: 27 de septiembre del 2005].

<sup>14</sup> CONAPO, *Cuadernos de salud reproductiva. Distrito...*, p. 38.

Por otra parte, en el 2001 se registraron 126 461 abortos atendidos en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud y 40 186 abortos y muertes fetales en las instituciones privadas (36 772 abortos y 3 414 muertes fetales). En el Distrito Federal, el número de abortos registrados en hospitales públicos durante ese mismo año fue de 17 798; y 6 630 abortos y muertes fetales (6 108 abortos y 522 muertes fetales), en el sector privado.<sup>15</sup>

Los siguientes cuadros incluyen la cifra total de abortos atendidos en hospitales públicos durante el período analizado en este estudio (1994-1996), en México y en el DF. Comprenden tanto abortos en evolución como complicaciones postaborto, así como abortos espontáneos e inducidos.

Cuadro 2. Abortos atendidos por instituciones públicas en México (1994-1996)

Año	Abortos en hospitales de atención a población abierta	Abortos en hospitales de atención a población derechohabiente	Total
1994	75 613	72 892	148 505
1995	81 114	72 341	153 455
1996	86 848	81 067	167 915
<b>Total</b>	<b>243 575</b>	<b>226 300</b>	<b>469 875</b>

Fuente: *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios*, editado por la Secretaría de Salud en los años siguientes: 1995, núm. 14, V. 1, pp. 220-221; 1996, núm. 15, V. 1, pp. 210-211, y 1997, núm. 16, V. 1, pp. 210-211.

Cuadro 3. Abortos atendidos por instituciones públicas de salud del DF (1994-1996)

Año	Abortos en hospitales de atención a población abierta	Abortos en hospitales de atención a población derechohabiente	Total
1994	9 608	12 979	22 587
1995	10 184	12 660	22 844
1996	11 228	15 338	26 566
<b>Total</b>	<b>31 020</b>	<b>40 977</b>	<b>71 997</b>

Fuente: *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios*, números publicados en los años siguientes: 1995, núm. 14, V. 1, pp. 250-251; 1996, núm. 15, V. 1, pp. 240-241, y 1997, núm. 16, V. 1, pp. 240-241.

<sup>15</sup> SSA, *Boletín de Información Estadística*, 2001, México, 2002, núm. 21, V. I, pp. 285 y 303; y V. II, pp. 22 y 52.

## 1.2. El subregistro del número de abortos en México

El CONAPO ha reconocido que “existen evidencias de un subregistro de la mortalidad materna, así como de una incorrecta asignación de ciertas causas de defunción, particularmente en el caso del aborto”.<sup>16</sup> Lo anterior se debe, sobre todo, a la falta de un registro adecuado del número de abortos en los hospitales, pues la legislación restrictiva del país en la materia hace que la gran mayoría de las interrupciones del embarazo se lleven a cabo de manera clandestina. Esto dificulta la construcción de estadísticas confiables.

Además, existe una clara falta de uniformidad en la información presentada en los materiales sobre el tema, publicados por distintas dependencias oficiales. Por ejemplo, la clasificación y presentación de los datos acerca de la mortalidad y morbilidad maternas, el aborto, las defunciones fetales, entre otras categorías relacionadas con la salud reproductiva, no son homogéneas ni claras.

Las principales instituciones oficiales que publican periódicamente información estadística sociodemográfica en México son el INEGI, la SSA y el CONAPO. En las publicaciones del INEGI y de la SSA se pueden encontrar imprecisiones de distinta clase con respecto al registro de datos, como los que señalamos a continuación:

- 1) Ausencia de definiciones de las categorías y de los índices de medición (tasas) empleados
- 2) Uso de categorías y conceptos distintos, aunque se empleen para describir los mismos hechos
- 3) Uso de las mismas categorías, pero con distinto contenido
- 4) Uso de índices de medición distintos

Tomemos como ejemplo la falta de uniformidad en el uso de categorías, en este caso la de aborto. Éste es definido por el INEGI de manera distinta en dos de sus publicaciones. En la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997*, tal práctica se define como: “Interrupción (inducida o espontánea) del embarazo antes de que el producto de la concepción fuera viable, esto es, antes del sexto mes de gestación (antes de terminada la semana 26)”.<sup>17</sup> Mientras que el cuaderno *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social* lo define así:

<sup>16</sup> CONAPO, *Diez hechos relevantes sobre el aborto en México*, México, 1998. Citado en GIRE, *Miradas sobre el aborto*, México, 2000, p. 43.

<sup>17</sup> INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997. Metodología y tabulados*, México, 1999, p. 625.

Expulsión completa o extracción del organismo materno de un feto o embrión en forma intencionada [*sic*] o terapéutica, el aborto es embrionario antes de los noventa días de gestación, fetal hasta el séptimo mes y posteriormente a esta fecha se considera parto prematuro.<sup>18</sup>

Lo anterior influye en la manera en que se clasifican los datos para el registro de la información cuantitativa sobre el tema. Como se puede apreciar, la última definición se distingue de la primera porque no incluye al aborto espontáneo y los plazos son distintos: mientras que en la primera se considera que el aborto es la interrupción del embarazo antes de terminada la semana 26, en la segunda se establece como límite el séptimo mes (la semana 30).

En el *Boletín de Información Estadística del Sistema Nacional de Salud* se equipara al aborto con la muerte fetal, y se define como:

La expulsión o extracción completa del organismo materno del producto de la concepción, en forma espontánea o intencional con fines terapéuticos. Se considera, asimismo, aborto embrionario cuando la mujer no ha cumplido 90 días de gestación, y defunción fetal, del séptimo mes al término de la gestación.<sup>19</sup>

Esta definición incluye al aborto espontáneo y al aborto intencional con fines terapéuticos. Por otra parte, considera defunción fetal lo que la definición del cuaderno *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social* define como parto prematuro.

En un número posterior del mismo boletín,<sup>20</sup> las definiciones de aborto y de muerte fetal cambian. Se describe al aborto como la “expulsión o extracción del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación”.<sup>21</sup> Esta definición es la única que coincide exactamente con la que proporciona la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.<sup>22</sup>

<sup>18</sup> INEGI, *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*, México, 2001, [Cuaderno, núm. 17], p. 341.

<sup>19</sup> SSA, *Boletín de Información Estadística 1995*, México, septiembre de 1996, núm. 15, V. 1, p. 337.

<sup>20</sup> SSA, *Boletín de Información Estadística 1998*, México, diciembre de 1999, núm. 18, V. 1, p. 410.

<sup>21</sup> En el glosario de dicha publicación correspondiente al 2002, la definición y contabilización de los abortos vuelven a cambiar. El aborto es definido ahí como: “La expulsión del producto de la concepción de 20 semanas o menos de gestación o el peso menor de 500 gr. o con ambos.” SSA, *Boletín de Información Estadística 2002*, México, julio del 2004, núm. 22, V. 1, p. 406.

<sup>22</sup> SSA, *Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido*, México, 1995, p. 18.

El problema es que el boletín define a la muerte fetal como: “La muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre [sic], independientemente de la duración del embarazo”.<sup>23</sup> Esta definición equipara las muertes fetales con los abortos.

En resumen, debido a la ausencia de una única definición de aborto, es posible que en las estadísticas se confundan los abortos con los partos prematuros. A ello se añade que no es seguro que estos distintos criterios sean aplicados correctamente por el personal que elabora los certificados médicos y por quienes procesan la información. Es decir, la información que aparece en los cuadros puede no tener correspondencia con las definiciones de las categorías señaladas.

## ***2. El marco legal del aborto***

En México, como en la gran mayoría de los países latinoamericanos, el aborto está, en general, sujeto a una legislación restrictiva y es sancionado con penas de prisión para la mujer y para quien lo realiza. Las leyes sobre el aborto no son homogéneas en el país. Cada una de las 32 entidades federativas tiene una legislación diferente en la materia.<sup>24</sup> Estas distintas legislaciones, sin embargo, tienen un origen común: el llamado Código Juárez, promulgado en 1871 y en el cual el aborto se clasifica en un apartado propio, pues hasta entonces tal práctica casi no se distinguía del homicidio.<sup>25</sup> Dicho código, que durante 30 años sirvió de referente para los códigos penales de las entidades del país, estableció como causa de no punibilidad que la mujer abortara cuando el embarazo pusiera en riesgo su vida. En 1931 entró en vigor el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, el cual introdujo la violación como nueva causa de no punibilidad del aborto.<sup>26</sup> A partir de los años setenta ha habido una modesta liberalización de la legislación en la materia de diferentes entidades mexicanas.<sup>27</sup>

<sup>23</sup> SSA, *Boletín de Información Estadística 1998*, México, diciembre de 1999, núm. 18, V. 1, p. 410.

<sup>24</sup> La división política del país está conformada por 31 estados y un Distrito Federal, también conocido como Ciudad de México.

<sup>25</sup> Barraza, Eduardo, *Aborto y pena en México*, México, Instituto Nacional de Ciencias Penales-GIRE, 2003, p. 21.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 39.

<sup>27</sup> Ortiz-Ortega, Adriana, *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal?*, México, Population Council-EDAMEX, 2001, pp. 149-150 y 174-176.

Del 2000 al 2005 fueron aprobadas reformas legales de importancia en el Distrito Federal y de diversa índole en otras entidades (Estado de México, Morelos, San Luis Potosí, Veracruz y Baja California Sur), como veremos más adelante.

De acuerdo con Eduardo Barraza,<sup>28</sup> las penas para las mujeres que abortan han ido en descenso en el país, “en consideración de las circunstancias específicas del delito de aborto y del valor social que han adquirido las mujeres” en el último cuarto del siglo pasado.

De las 32 entidades federativas, 14 reconocen al llamado aborto *honoris causa* como una atenuante para la pena impuesta a las mujeres que interrumpen su embarazo de manera ilegal. Esta figura jurídica contempla tres circunstancias: que la mujer que ha abortado no tenga “mala fama”, que haya logrado ocultar su embarazo y que éste sea fruto de una unión ilegítima.<sup>29</sup> En tales casos, la pena se reduce a un período que va de seis meses a tres años de prisión. El promedio de la pena en las entidades donde existe el aborto *honoris causa* es de 1.85 años.<sup>30</sup>

Cuando el aborto es consentido por la mujer, las penas mínimas y máximas de prisión para ésta varían de un estado a otro: entre los tres días y los seis años. Si no hay consentimiento de la mujer embarazada, las penas para quien procure el aborto varían entre los dos y los diez años de prisión, si no se emplea violencia contra ésta. Cuando además se ejerce violencia física o moral, las penas oscilan entre tres y 15 años de prisión. Si el proveedor es profesional de la salud, las sanciones incluyen la suspensión de uno a ocho años de ejercicio profesional.

### 2.1. Causales de no punibilidad

El aborto es legal en determinadas circunstancias que varían de una a otra entidad federativa. El Cuadro 4 muestra las causales de aborto no punible por entidades federativas, para los años de que trata este estudio (1994-1996).<sup>31</sup>

<sup>28</sup> Barraza, Eduardo, *op. cit.*, p. 98.

<sup>29</sup> En tres entidades se incluye también como condición del aborto *honoris causa* que éste se efectúe dentro de los primeros cinco meses del embarazo.

<sup>30</sup> Barraza, Eduardo, *op. cit.*, p. 103.

<sup>31</sup> Desde el 2000 ha habido reformas legales de importancia para facilitar el acceso al aborto en la Ciudad de México. En ese año, el estado de México incorporó a su Código Penal el aborto por malformaciones genéticas o congénitas graves en el producto como nueva causa de no

Cuadro 4. Situación del aborto legal en México hasta 1999<sup>32</sup>

ESTADO	POR VIOLACIÓN	IMPRUDENCIAL O CULPOSO	POR PELIGRO DE MUERTE	POR MALFORMACIONES GENÉTICAS O CONGÉNITAS GRAVES DEL PRODUCTO	GRAVE DAÑO A LA SALUD	OTRAS CAUSAS
AGUASCALIENTES	✓	✓	✓			
BAJA CALIFORNIA	✓ (A)	✓	✓			✓ (B)
BAJA CALIFORNIA SUR	✓	✓	✓			
CAMPECHE	✓	✓	✓			
COAHUILA	✓ (A)	✓	✓	✓		
COLIMA	✓ (A)	✓	✓	✓		✓ (B)
CHIAPAS	✓ (A)	✓	✓	✓		
CHIHUAHUA	✓ (A)	✓	✓			✓ (B)
DISTRITO FEDERAL	✓	✓	✓			
DURANGO	✓	✓	✓			
GUANAJUATO	✓	✓				
GUERRERO	✓	✓		✓		✓ (B)
HIDALGO	✓ (A)	✓			✓	
JALISCO	✓	✓	✓		✓	
MÉXICO	✓	✓	✓			
MICHOACÁN	✓	✓	✓		✓	
MORELOS	✓		✓			
NAYARIT	✓	✓	✓		✓	
NUEVO LEÓN	✓		✓		✓	
OAXACA	✓ (A)	✓	✓	✓		
PUEBLA	✓	✓	✓	✓		
QUERÉTARO	✓	✓				
QUINTANA ROO	✓ (A)	✓	✓	✓		
SAN LUIS POTOSÍ	✓	✓	✓			
SINALOA	✓	✓	✓			
SONORA	✓	✓	✓			
TABASCO	✓		✓			✓ (B)
TAMAULIPAS	✓	✓	✓		✓	
TLAXCALA	✓	✓	✓		✓	
VERACRUZ	✓ (A)	✓	✓	✓		
YUCATÁN	✓	✓	✓	✓		✓ (C)
ZACATECAS	✓	✓	✓		✓	
TOTAL	32	29	28	9	8	6

(A) En estas entidades, la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo, los cuales varían.

(B) Inseminación artificial no consentida.

(C) Económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos.

punibilidad. Esta misma causal fue aprobada, también en el 2000, en el estado de Morelos. Adicionalmente se incluyó en dicha entidad la causal de aborto cuando el embarazo es resultado de una inseminación artificial no consentida. Esta causal se incorporó, en el 2003, al Código Penal de Veracruz, donde entró en vigor el año siguiente. A partir de septiembre del 2005, el Código Penal de Baja California Sur establece que no se aplicará pena por el delito de aborto cuando el embarazo afecte gravemente la salud de la mujer.

<sup>32</sup> Ver GIRE, *Situación legal del aborto en México*, México, 1999, [GIRE Informa].

El Código Penal para el Distrito Federal, vigente en el período estudiado (1994-1996), indicaba lo siguiente:<sup>33</sup>

#### ABORTO

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2. Reformas a las leyes de aborto en el Distrito Federal

En el año 2000, la Asamblea Legislativa del DF aprobó modificaciones y adiciones en materia de aborto al Código Penal y al Código de Procedimientos Penales de la capital.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Código Penal para el Distrito Federal, México, Porrúa, 1994, p. 93.

<sup>34</sup> Ver GIRE, *Leyes sobre el aborto. Los avances en la Ciudad de México*, México, 2004, [Hoja Informativa].

Tres fueron las causas que se agregaron para no castigar el aborto:

- 1) Cuando el producto presente malformaciones congénitas o genéticas graves
- 2) Cuando de no provocarse el aborto, esté en grave riesgo la salud de la mujer
- 3) Cuando el embarazo sea resultado de una inseminación artificial no consentida

Además, en los casos de violación e inseminación artificial no consentida, la reforma al Código de Procedimientos Penales del DF estableció que el MP sería el encargado de autorizar el aborto, una precisión importante dadas las lagunas que hasta ese momento existían al respecto.

Parte de esta reforma fue impugnada por el Partido Acción Nacional (PAN) y el Partido Verde Ecologista de México (PVEM), que presentaron una acción de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). A finales de enero del 2002, la SCJN resolvió que los aspectos que habían sido impugnados no contravenían la Constitución y con ello ratificó la reforma del 2000.

A partir de esta sentencia, la Secretaría de Salud capitalina y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) emitieron diversos documentos para regular los procedimientos, servicios y obligaciones de los funcionarios públicos involucrados en la realización de abortos legales. La Secretaría de Salud del DF elaboró, además, el *Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas*, de observancia obligatoria para su personal.

En diciembre del 2003 se aprobaron reformas en el tema de aborto al Código Penal para el Distrito Federal (CPDF) y adiciones a la Ley de Salud para el Distrito Federal (LSDF). Los principales aspectos de las reformas se resumen en:

- a) Incrementar el castigo para quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento, y una pena incluso mayor si además mediara violencia física o psicológica (Artículo 145 del CPDF)
- b) Establecer que las instituciones públicas de salud en el DF debían, en un plazo no mayor de cinco días, realizar gratuitamente y en condiciones de calidad, la interrupción del embarazo, en los supuestos permitidos por la ley, a la mujer que lo solicitara y cumpliera con los requisitos establecidos (Artículo 16 Bis 6 de la LSDF)
- c) Regular la objeción de conciencia de los médicos, de manera que la mujer que solicite un aborto legal tenga garantizado ese servicio, al precisar que la Secretaría de Salud del DF deberá contar permanentemente con personal no objetor. Pero también se reconoce el derecho (individual) de los

médicos a negarse a realizar abortos legales, debido a sus creencias personales (Artículo 16 Bis 7 de la LSDF)

- d) Eliminar la connotación delictiva del aborto, al dejar de considerarlo un delito por las causas establecidas en la ley (Artículo 148 del CPDF)

Las reformas a los artículos 145 y 148 del CPDF, que entraron en vigor el 28 de enero del 2004, fortalecieron la libertad reproductiva de las mujeres en la Ciudad de México, confirmando el derecho de éstas a decidir si continúan o no un embarazo en ciertas circunstancias. Del mismo modo, la decisión de aumentar los años de cárcel (de cinco a diez) para quienes afecten la voluntad de la mujer forzándola a abortar, contribuye al ejercicio de los derechos reproductivos establecidos en la Constitución Política de México (Artículo 4º).

El Artículo 148, conforme quedó establecido en la reforma mencionada, no sólo exime de castigo a quienes aborten, sino que también deja de considerar al aborto un delito cuando:

- a) El embarazo es producto de una violación o de una inseminación artificial no consentida
- b) Se diagnostican malformaciones genéticas o congénitas graves en el producto
- c) El embarazo implica un grave riesgo para la salud de la mujer (posibilidad que incluye al riesgo de muerte)
- d) El aborto es resultado de una acción involuntaria de la mujer (aborto imprudencial)

Como ya se mencionó, ésta ha sido una reforma de mucha importancia, pues el aborto ya no es un delito en el Distrito Federal, siempre que su realización se sustente en alguna de las causas antes mencionadas y se cumpla con los requisitos legales necesarios, tal como se señala en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Condiciones y procedimientos para el acceso al aborto legal en el DF

En el DF el aborto es legal cuando:	Procedimientos a seguir	Instancias involucradas en la autorización o realización del aborto
El embarazo es resultado de una violación o de una inseminación artificial no consentida	Requisitos para que el MP autorice el aborto: 1) Denuncia penal del delito (violación o inseminación artificial no consentida) 2) Declaración de la víctima de la existencia de un embarazo 3) Examen que confirme el embarazo 4) Solicitud de la mujer de interrumpir el embarazo 5) Que existan elementos que permitan suponer que el embarazo es producto del delito denunciado 6) Consentimiento informado de la mujer	PGJDF: – Agencias del MP especializadas en delitos sexuales – Fiscalía Central de Investigación para Delitos Sexuales – Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales  Secretaría de Salud del DF
El embarazo implica un grave peligro para la salud de la mujer (posibilidad que incluye al riesgo de muerte)	Se requiere: 1) El juicio fundamentado de su médico tratante y la opinión de otro médico especialista (si la demora es peligrosa, se prescindirá del segundo dictamen médico) 2) Solicitud y consentimiento de la mujer embarazada	Secretaría de Salud del DF
El producto presenta malformaciones genéticas o congénitas graves	Se requiere: 1) Dos diagnósticos de médicos especialistas 2) Solicitud y consentimiento de la mujer embarazada	Secretaría de Salud del DF
El aborto fue accidental	El personal médico deberá completar el proceso en curso	Secretaría de Salud del DF

Tomado de: GIRE, *Leyes sobre el aborto. Los avances en la Ciudad de México*, México, 2004, [Hoja Informativa].

En lo que respecta a la Ley de Salud para el Distrito Federal, el Artículo 16 Bis 7 regula, por primera vez en México, la objeción de conciencia para proteger el derecho al aborto legal de las mujeres. En esta ley queda perfectamente claro que la objeción de conciencia no puede ser institucional, pues las instancias públicas de salud deben garantizar la permanente disponibilidad de médicos no objetores en materia de interrupción legal del embarazo. Con estas reformas y reglamentaciones, el Distrito Federal se convirtió en la entidad del país con leyes y procedimientos más avanzados en materia de aborto.



## CAPÍTULO II

### *LA DENUNCIA DEL ABORTO*

#### *1. Mujeres perseguidas por aborto*

Aunque en México las restricciones legales para el acceso al aborto siguen siendo fuertes, como sucede en la gran mayoría de los países de América Latina, las mujeres no son, por lo general, castigadas con prisión. Tales restricciones operan más bien como un instrumento legal que permite al Estado desentenderse del problema y que —como contraparte— fomenta la existencia de servicios de aborto clandestino a los que recurren miles de mujeres, a costa de correr riesgos para su salud y sus vidas, pero sin ser penalizadas con prisión.

No obstante lo anterior, en unos pocos países se ha documentado la persecución y el encarcelamiento de mujeres acusadas de aborto clandestino. Tal es el caso de Nepal, El Salvador y Chile (las legislaciones de estos dos países latinoamericanos figuran entre las más restrictivas del mundo).<sup>35</sup> El Centro para los Derechos Reproductivos (CRR, por sus siglas en inglés)<sup>36</sup> ha realizado estudios sobre el tema en las tres naciones mencionadas, con la colaboración de organizaciones locales.

En Nepal, hasta marzo del 2002, las mujeres acusadas de aborto eran perseguidas y encarceladas de manera sistemática. Del total de las mujeres nepalesas presas en ese momento por actos delictivos, el 20% habían sido condenadas por aborto e infanticidio. Gran parte de estas mujeres eran pobres, analfabetas y procedentes de áreas rurales.<sup>37</sup>

<sup>35</sup> Ver GIRE, *Leyes del aborto en el mundo*, México, 2003, [Hoja Informativa].

<sup>36</sup> Antes Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP, por sus siglas en inglés).

<sup>37</sup> Ramyata, Limbu, "Las mujeres son víctimas de leyes arcaicas contra el aborto", en *Mujeres en Red. El portal de género en Internet*, <<http://www.nodo50.org/mujeresred/nepal.html>> [consulta: 2 de diciembre del 2005].

En muchas ocasiones, estas penas eran altas debido a que las autoridades encargadas de la administración de justicia —usualmente y de manera arbitraria— clasificaban los casos de aborto como infanticidios. En enero del 2001, el Forum for Women, Law and Development (FWLD), una organización civil de Nepal, entrevistó a 57 mujeres presas por cargos de aborto e infanticidio. Más de la mitad había recibido sentencias de veinte años de prisión.<sup>38</sup>

La reforma legal de este país asiático, implantada en el 2002 y que permite el aborto a solicitud de la mujer durante las primeras doce semanas de gestación (o bien cuando la salud o la vida de la mujer están en peligro y en caso de violación, incesto y malformaciones en el feto), no es retroactiva. Por eso muchas mujeres seguían en prisión. En enero del 2004 fueron liberadas 29 de ellas, como resultado de una campaña organizada por el CRR y el FWLD, pero permanecían encarceladas alrededor de 30.

En El Salvador y en Chile, la prohibición del aborto inducido es absoluta. Estas legislaciones violan los derechos humanos de las mujeres: su derecho a la salud, a la autonomía reproductiva, a la libertad, a la seguridad y a la vida.<sup>39</sup> En el procedimiento que se sigue cuando las mujeres son denunciadas y procesadas judicialmente por aborto clandestino se violan, además, otras prerrogativas, como ser consideradas inocentes si no se ha demostrado lo contrario, el derecho al debido proceso, el derecho a la intimidad y el derecho a la defensa legal.<sup>40</sup>

El Código Penal de El Salvador, que entró en vigor en abril de 1998, elimina todas las circunstancias de excepción en las que se permitía anteriormente el aborto inducido y aumenta las penas impuestas por este delito. Además, en 1999, la Constitución Política de este país centroamericano fue reformada para establecer la protección del derecho a la vida desde el momento de la concepción.<sup>41</sup>

<sup>38</sup> Kowalski-Morton, Shannon, "Decriminalising abortion: law reform in Nepal", en *Sexual Health Exchange*, Amsterdam, marzo-junio del 2002. Disponible en: <[http://www.kit.nl/frameset.asp?/ils/exchange\\_content/html/decriminalising\\_abortion-nepal.asp&frnr=1&](http://www.kit.nl/frameset.asp?/ils/exchange_content/html/decriminalising_abortion-nepal.asp&frnr=1&)> [consulta: 3 de diciembre del 2005].

<sup>39</sup> Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP), *Perseguidas. Proceso político y legislación sobre aborto en El Salvador: Un análisis de derechos humanos*, Nueva York, 2000, pp. 62-67; Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas-Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, *Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile: Un análisis desde los derechos humanos*, Nueva York, 1998, p. 8.

<sup>40</sup> CRLP, *Encarceladas...*, p. 8.

<sup>41</sup> CRLP, *Perseguidas...*, p. 7.

Entre abril de 1998 y octubre de 1999 fueron procesadas en dicho país 46 mujeres por el presunto delito de aborto. La mayoría eran jóvenes, solteras, con bajo grado de escolaridad y escasos recursos. El 40% eran empleadas domésticas. En su mayoría, mujeres que tenían en común vivir en una situación de extrema vulnerabilidad.

Durante los años que comprendió el estudio de Chile (1983, 1984, 1990 y 1991), fueron procesadas 150 mujeres en dicha nación. El perfil de las mujeres fue el mismo que el de El Salvador: mujeres jóvenes, con escasa escolaridad y bajos ingresos. En ambos países, las trabajadoras domésticas conformaban una parte importante de la muestra de mujeres procesadas por aborto: 40% para El Salvador<sup>42</sup> y 52% en el caso de Chile.<sup>43</sup> En este país, el 28% de las mujeres que practicaban abortos de manera clandestina, consideradas en el estudio, se dedicaban también al trabajo doméstico remunerado.<sup>44</sup>

Otra constante en ambos países es que las denuncias provinieron principalmente de los hospitales públicos: en Chile el porcentaje fue del 80%,<sup>45</sup> mientras que en El Salvador alcanzó el 50%. En ambos países está reglamentado el secreto profesional, pero en ninguno de los dos se respeta.<sup>46</sup>

## ***2. Estadísticas sobre la denuncia del aborto en México***

Los estudios que abordan el tema de la denuncia del aborto en México son muy escasos, pero existen algunas referencias básicas. Adriana Ortiz-Ortega señala, por ejemplo, que de acuerdo con la documentación penal de 1870 a 1910 existente en el Archivo General de la Nación, es difícil pensar que el Estado se haya involucrado en la persecución de casos.<sup>47</sup> Para el siglo XX se tiene información únicamente de la década de los ochenta. Los datos que se retoman fueron registrados por Mariano Jiménez Huerta y por Luis de la Barrera Solórzano. El primero proporciona estadísticas de 1980 a 1984 (ver Cuadro 6). En ellas se observa que se registraron un total de 423 denuncias, 25 consignaciones y veinte sen-

<sup>42</sup> *Ibidem*, p. 47.

<sup>43</sup> Casas Becerra, Lidia, *Mujeres procesadas por aborto*, Santiago de Chile, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, 1996, p. 19.

<sup>44</sup> *Ibidem*, p. 32.

<sup>45</sup> CRLP, *Encarceladas...*, p. 58.

<sup>46</sup> CRLP, *Perseguidas...*, p. 49; CRLP, *Encarceladas...*, p. 56.

<sup>47</sup> Ortiz-Ortega, Adriana, *op. cit.*, p. 65.

tencias. La gran mayoría de las denuncias no dieron pie para que se siguieran los procesos penales que se habían iniciado. De las sentencias emitidas no tenemos el dato de cuántas fueron absolutorias y cuántas condenatorias.

Cuadro 6. Denuncias por aborto presentadas ante la Procuraduría General de Justicia del DF (PGJDF) de 1980 a 1984

Año	Número de denuncias	Número de consignaciones	Número de sentencias <sup>48</sup>
1980	85	2	3
1981	98	2	6
1982	79	3	3
1983	90	7	6
1984	71	11	2
<b>Total</b>	<b>423</b>	<b>25</b>	<b>20</b>

Fuente: Jiménez Huerta, Mariano, *Derecho Penal Mexicano*, México, Porrúa, 2000, T. II, p. 208.

Cuadro 7. Denuncias por aborto presentadas ante la PGJDF en 1988 y 1989

Año	Número de denuncias	Número de consignaciones	Número de sentencias condenatorias
1988	15	13	6
1989	14	11	2
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>8</b>

Fuente: Barreda Solórzano, Luis de la, *El delito de aborto, una careta de buena conciencia*, México, Porrúa, 1991, p. 85.

<sup>48</sup> El número anual de sentencias no necesariamente tiene relación con el número de consignaciones, porque algunas de ellas pueden ser producto de juicios penales iniciados en años anteriores.

Para los años 1988 y 1989, Luis de la Barreda registró un total de 29 denuncias, 24 consignaciones y 8 sentencias condenatorias (ver Cuadro 7). El número de sentencias condenatorias continuó siendo similar a los años anteriores. El mayor número de sentencias ocurrió en los años 1981, 1983 y 1988: seis en cada uno de estos años.

Cabe aclarar que el número de sentencias condenatorias no es equivalente al número de mujeres encarceladas por aborto, ya que en ocasiones las denuncias de aborto las hacen las propias mujeres, generalmente en contra del cónyuge o concubino, por haber provocado la interrupción del embarazo como resultado de las lesiones que éstos le infligieron a su pareja. En algunos casos las penas pueden ser conmutables por multas.

Para 1996, la Dirección del Ministerio Público en Juzgados y Salas Penales reportó diez juicios por aborto en proceso en los diversos juzgados penales de primera instancia del DF (Cuadro 8).

Cuadro 8. Juicios por aborto en proceso en los juzgados penales del Distrito Federal (1996)

Etapa del proceso penal	Número de procesos
Órdenes de aprehensión pendientes de cumplir	4
Sentencias absolutorias	2
Sentencias condenatorias	2
Órdenes de aprehensión pendientes de estudio	1
Pendiente de resolución	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

Fuente: Información suministrada a GIRE por la Procuraduría General de Justicia del DF, Dirección del Ministerio Público en Juzgados y Salas Penales.

De enero a julio del 2003, la PGJDF inició 51 averiguaciones previas por aborto y al igual que durante los años contemplados en la investigación (1994-1996), el número de casos en los cuales se ejerció acción penal durante esos meses fue mínimo: sólo hubo tres, apenas el 5.72% del total de dichas averiguaciones (Cuadro 9).

Cuadro 9. Averiguaciones previas iniciadas por el delito de aborto (enero-julio del 2003), agrupadas según la determinación que se dio al caso

Determinación sobre el caso (a agosto del 2003)	Número	Porcentaje
No se ejerció acción penal	35	69
Se ejerció acción penal	3	5.50
En espera del dictamen médico	5	9.50
Otro (dictamen médico: "presenta lesiones sugestivas de maniobras abortivas")	1	2
Sin datos (incluye los casos derivados a otras instancias de la PGJDF u otra entidad federativa)	7	14
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Fuente: Información suministrada a GIRE por la Subprocuraduría de Averiguaciones Previas Desconcentradas de la PGJDF.

Nota: Del total de 51 averiguaciones previas, seis (12%) corresponden a fetos encontrados en la vía pública, por lo que el total de personas denunciadas e identificadas se restringe a 45.

Como puede observarse en el Cuadro 10, la mayoría de las averiguaciones previas por casos de aborto correspondieron a denuncias hechas por hospitales públicos (79% del total). Los hospitales estatales también concentraron la mayor parte de las denuncias por aborto en los casos considerados en la investigación, ocurridos en el período 1994-1996.

Cuadro 10. Averiguaciones previas iniciadas por el delito de aborto  
(enero-julio del 2003), desagregadas por hospital

Lugar	Número de denuncias	Porcentaje
<b>Sector público (SSA O SSDF)</b>		
Hospital Materno Infantil Inguarán	4	21
Hospital General Iztapalapa	3	16
Hospital General de México	2	10.50
Hospital Álvaro Obregón	1	5.25
Hospital Balbuena	1	5.25
Hospital Gonzalo Castañeda	1	5.25
Hospital Materno Infantil Tláhuac	1	5.25
Hospital Materno Infantil Tlalpan	1	5.25
Hospital Milpa Alta	1	5.25
<b>Subtotal</b>	<b>15</b>	<b>79</b>
<b>Sector privado</b>		
Clínica Médica Lozada	1	5.25
Consultorio particular (Estado de México)	1	5.25
Hospital Ángeles del Pedregal	1	5.25
Clínica La Prensa	1	5.25
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>21</b>
<b>Total (sector público y privado)</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Fuente: Información suministrada a GIRE por la Subprocuraduría de Averiguaciones Previas Desconcentradas de la PGJDF.



## CAPÍTULO III

### LA MUESTRA DE EXPEDIENTES ANALIZADOS

#### 1. Cifras oficiales de aborto en el Distrito Federal (1994-1996)

Si sumamos los números de muertes fetales y los de abortos registrados oficialmente, la cifra total para México en el período que analizamos en este trabajo (1994-1996) es 469 875 (Cuadro 11) y para el DF 71 997 (Cuadro 12). Estas cifras no hacen distinción entre abortos inducidos y espontáneos y sólo incluyen aquellos abortos (en curso o complicaciones postaborto) que fueron atendidos en hospitales públicos (durante el período estudiado no había cifras oficiales de abortos atendidos en clínicas privadas, razón por la cual no se incluyó el dato). Como lo hemos señalado, de acuerdo con las estimaciones no oficiales del aborto clandestino en México, las cifras son mayores.

Cuadro 11. Muertes fetales y abortos (México, 1994-1996)

Año	Dato			
	Abortos	Muertes fetales	Abortos y muertes fetales	Total
1994	148 505	Sin datos	Sin datos	148 505
1995	Sin datos	Sin datos	153 455	153 455
1996	148 536	19 379		167 915
<b>Total</b>				<b>469 875</b>

Fuente: *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios*, editado por la Secretaría de Salud. Ejemplares publicados en los años siguientes: 1995, núm. 14, V. 1, p. 220; 1996, núm. 15, V. 1, p. 210, y 1997, núm. 16, V. 1, p. 210.

Cuadro 12. Muertes fetales y abortos (Distrito Federal, 1994-1996)

Año	Dato			
	Abortos	Muertes fetales	Abortos y muertes fetales	Total
1994	22 587	Sin datos	Sin datos	22 587
1995	Sin datos	Sin datos	22 844	22 844
1996	22 490	4 076		26 566
<b>Total</b>				<b>71 997</b>

Fuente: *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios*, editado por la Secretaría de Salud. Ejemplares publicados en los años siguientes: 1995, núm. 14, V. 1, p. 250; 1996, núm. 15, V. 1, p. 240, y 1997, núm. 16, V. 1, p. 240.

Más allá del subregistro, los 71 997 casos registrados en el DF durante el período estudiado constituyen una cifra considerable. En cambio, las 227 denuncias ante el MP, que se efectuaron en ese período en la Ciudad de México, poseen un carácter de excepción (en términos porcentuales representan el 0.32%). Esto confirma el hecho de que la persecución penal del aborto es prácticamente inexistente en el DF. Más aún si consideramos que en pocas ocasiones estas denuncias devienen en un juicio penal.

No obstante, nos hemos propuesto analizar los casos denunciados para tratar de entender en qué tipo de circunstancias se aplica esta excepción (denunciar e investigar el presunto delito) y de qué manera tales denuncias y la amenaza misma que implican —aunque raramente se concreten— afectan la salud de las mujeres, particularmente de aquéllas que tienen complicaciones postaborto y se ven obligadas a acudir a los hospitales públicos para solicitar atención médica.

## 2. Composición de la muestra

Para este estudio fueron analizados un total de 139 expedientes de denuncias de aborto. Los documentos fueron facilitados por las autoridades de la PGJDF y registran las denuncias ocurridas durante el período 1994-1996. En 74 casos (53% de la muestra) se cuenta con datos de las mujeres que abortaron<sup>49</sup> y por

<sup>49</sup> Los datos incluyen edad, estado civil, número de hijos, ocupación, etcétera (ver Anexo).

esta razón constituyeron el centro de interés de este estudio. Se trata de los casos en los que las mujeres acudieron a los hospitales públicos para recibir atención médica por:

- a) Abortos espontáneos (principalmente en el segundo y tercer trimestre)
- b) Complicaciones postaborto (hemorragias, lesiones internas)
- c) Partos prematuros ocurridos en el domicilio sin atención médica
- d) Complicaciones de partos completos ocurridos en el domicilio, sin atención médica
- e) Problemas graves en el recién nacido, que derivaron en muertes perinatales<sup>50</sup>

De estos 74 casos, 53 correspondieron a denuncias hechas por las instituciones públicas de salud que atendieron a estas mujeres, una a un hospital privado y cuatro a centros hospitalarios de los que no se dieron datos sobre su carácter público o privado. Quince fueron denuncias presentadas por la propia mujer o sus familiares contra terceros (por negligencia médica, violencia, aborto sin consentimiento o violación).<sup>51</sup>

Los 65 expedientes restantes del total de 139 denuncias (47% del total de la muestra) correspondieron a denuncias derivadas del hallazgo de productos abandonados, levantadas por policías preventivos.

Uno de los hallazgos importantes de la investigación, es que las denuncias consideradas en la muestra no fueron presentadas por personas que tuvieran vínculos cercanos con las mujeres. Se trató exclusivamente de denuncias hechas por el personal médico de los hospitales. Esto es importante porque confirma que no hay una voluntad social de perseguir a las mujeres que abortan y que no son vistas por su familia o por algún miembro de su entorno social como delincuentes o merecedoras de la pena de prisión.

<sup>50</sup> Aunque es difícil suponer que hubo un aborto inducido en este tipo de casos, el MP abre una averiguación previa para indagar si la mujer se indujo un aborto y como consecuencia tuvo un parto prematuro que ocasionó que el recién nacido lograra sobrevivir sólo por poco tiempo.

<sup>51</sup> Se registró aparte un caso que fue dictaminado como aborto imprudencial, en el cual la interrupción del embarazo y la muerte del producto ocurrieron debido a que la mujer embarazada inhaló accidentalmente gas natural en su domicilio.

Cuadro 13. Composición de la muestra total de expedientes de denuncias de aborto analizados (1994-1996)

Instancia o persona que realiza la denuncia	Causa registrada en la denuncia	Número de denuncias por causa	Porcentaje
Hospital público	Aborto no inducido	44	31.65
	Aborto inducido	9	6.47
Hospital privado	Aborto no inducido	0	0
	Aborto inducido	1	0.72
Hospitales sin datos	Aborto no inducido	3	2.16
	Aborto inducido	1	0.72
<b>Subtotal</b>		<b>58</b>	<b>41.72</b>
La propia mujer, su pareja, familiar o empleador(a)	Negligencia médica	3	2.16
	Violencia física	7	5.03
	Violación	4	2.89
	Ausencia de consentimiento para el aborto	1	0.72
	Aborto imprudencial	1	0.72
<b>Subtotal</b>		<b>16</b>	<b>11.52</b>
Agente de seguridad pública	Feto o recién nacido muerto, abandonado en lugar público	65	46.76
<b>Subtotal</b>		<b>65</b>	<b>46.76</b>
<b>Total</b>		<b>139</b>	<b>100</b>

### 2.1. Perfil sociodemográfico de las mujeres denunciadas

Las características sociales y económicas de las mujeres denunciadas coincidieron en dos aspectos con las que se reportaron en los estudios sobre la persecución del aborto en Chile y El Salvador: la mayoría tenían baja instrucción escolar y provenían de un estrato socioeconómico bajo. Al igual que en esos dos países, las mujeres que fueron denunciadas en México pertenecían a los sectores sociales de la población más vulnerable,<sup>52</sup> aunque se ha demostrado que quienes recurren al aborto pertenecen a todo el rango de estratos socioeconómicos.<sup>53</sup>

<sup>52</sup> CRLP, *Perseguidas...*, p. 8; CRLP, *Encarceladas...*, p. 4.

<sup>53</sup> Bankole, Akinrinola *et al.*, "Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review", en *International Family Planning Perspectives*, Nueva York, V. 25, núm. 2, junio de 1999, p. 68. GIRE, *Las mujeres que abortan*, México, 2003, [Hoja Informativa].

Cuatro de cada diez mujeres de la muestra de este estudio había cursado sólo la primaria o no tenía ninguna instrucción (39%). Este dato es relevante si se toma en cuenta que casi el 80% del total de las mujeres era mayor de 20 años y el promedio de instrucción escolar para la población femenina en la Ciudad de México, en 1997, era de 9.3 años<sup>54</sup> (que equivale a la secundaria completa). Esto significa que la escolaridad promedio de las mujeres de la muestra era realmente baja, ya que sólo el 24% terminó la educación secundaria, y un porcentaje mínimo, el 6%, había alcanzado el nivel técnico. El 7% terminó o se encontraba cursando el nivel profesional.

En sólo 43 casos se tuvieron datos sobre la ocupación de las mujeres. Prácticamente la mitad de ellas no percibía ingresos, ya que el 8.62% eran estudiantes y el 37.93% se dedicaban al hogar. En cuanto a las mujeres que desempeñaban una actividad remunerada, el 15.51% eran empleadas domésticas, lo que sumado al 12.50% que se desempeñaban en el empleo informal o no calificado, determinó que en el 74.56% de los casos se trataba de personas con ingresos mínimos. Sólo se registró un caso de una mujer profesionalista que se desempeñaba como maestra de primaria.

La precaria situación económica de todas estas mujeres se reflejó también en el hecho de que únicamente dos de ellas rindieron su declaración ante el MP, acompañadas de un abogado particular. Las demás lo hicieron con un defensor de oficio designado por el MP, por una persona de su confianza o sin defensor alguno, como lo muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 14. Tipo de asistencia legal que recibieron las mujeres denunciadas de la muestra

Tipo de asistencia legal	Número de mujeres	Porcentaje
Defensor de oficio	17	29
Persona de confianza	8	14
Sin defensor	4	7
Defensor particular	2	3
Se ignora	27	47
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

<sup>54</sup> CONAPO, *Situación actual de la Mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico*, México, 2000, p. 17.

El nivel socioeconómico de las mujeres denunciadas de esta muestra confirma la afirmación de Luis de la Barreda: todas ellas eran pobres.

[T]ratándose del aborto, no se hallará en México un solo caso en que una mujer que no sea pobre haya sido procesada. En otros términos: no existe otra figura delictiva de aplicación tan clasista como las [sic] del aborto procurado y del consentimiento de aborto.<sup>55</sup>

Con respecto a las edades de las mujeres de la muestra analizada, éstas tenían entre 14 y 44 años. La mayoría de ellas tenían entre 18 y 30 años (71% del total). De este rango, las edades de 50% de las mujeres fluctuaban entre 18 y 25 años. Más de la mitad (55%) eran solteras y un porcentaje cercano (el 47%) tenía al menos un hijo.

Es interesante notar que estos datos no coinciden, necesariamente, con las características que habitualmente se atribuye a las mujeres que se practican abortos. Aunque el perfil de las mujeres que recurren al aborto inducido es de difícil construcción, debido al carácter clandestino del mismo y, por ende, a la ausencia de registros estadísticos, existen algunos estudios que aportan información sobre el tema.

En uno de ellos<sup>56</sup> se encontró que en muchos países las mujeres que abortan son en su mayoría casadas, su edad se ubica las más de las veces entre los 20 y los 30 años, tienen al menos un hijo, son de extracción urbana y su grado de educación es variable. Este patrón se aplica sobre todo a los países en desarrollo, entre los que se ubica a México.

Los resultados de este estudio coinciden con las estadísticas que se tienen para los países latinoamericanos. De acuerdo con una investigación que en 1990 realizó la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia<sup>57</sup> en cuatro países de América Latina (Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela), la inmensa mayoría de las mujeres hospitalizadas por aborto (79%) eran casadas y 74% tenían uno o más hijos. El 86% tenían 20 años o más. Este patrón se repite en estudios realizados en República Dominicana y Chile, en los cuales la gran mayoría de las mujeres estaban casadas o vivían en unión consensual y eran mayores de 20 años.<sup>58</sup>

<sup>55</sup> Barreda, Luis de la, *op. cit.*, p. 85.

<sup>56</sup> Bankole, Akinrinola, *op. cit.*, pp. 70-74.

<sup>57</sup> The Alan Guttmacher Institute, *Panorama general del aborto clandestino en América Latina*, Nueva York, 1996, p. 2, [Temas en Breve]. Disponible en: <[www.guttmacher.org/pubs/1997/01/01/ib12sp.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/1997/01/01/ib12sp.pdf)> [consulta: 23 de septiembre del 2005].

<sup>58</sup> *Idem.*

En México, de acuerdo con las estadísticas nacionales obtenidas para 1991 y citadas por Akinrinola Bankole,<sup>59</sup> el 56.8% de los abortos se concentraban en mujeres entre los 20 y 30 años de edad. En el país no hay estudios exhaustivos de alcance nacional sobre las características de las mujeres que abortan, pero una encuesta aplicada en 1990 a 100 mujeres que ingresaron por aborto a un hospital público de la Ciudad de México reveló que 69% de ellas tenían al menos un hijo.<sup>60</sup>

Existen también otras evidencias que indican que el aborto en México es más frecuente entre mujeres casadas o en unión consensual y con hijos. En una encuesta realizada en un hospital del IMSS de Tijuana, Baja California, con 815 mujeres que habían sido hospitalizadas por aborto, los resultados mostraron que este evento, sin distinguir su condición de espontáneo o voluntario, está asociado a las etapas avanzadas de la vida reproductiva de las mujeres, durante las cuales hay una motivación mayor por limitar el número de hijos.<sup>61</sup> Sin embargo, se encontraron también indicios de que el aborto está siendo crecientemente utilizado por las mujeres jóvenes para posponer la reproducción.<sup>62</sup>

En síntesis, mientras que las mujeres que recurren al aborto inducido abarcan todo el espectro social, las mujeres denunciadas por aborto en el DF pertenecen casi exclusivamente a los sectores más bajos, como ocurre con las mujeres denunciadas en Chile y en El Salvador. Asimismo, tienden a ser jóvenes y no son mayoritariamente mujeres casadas con hijos.

Es posible inferir que la situación de desprotección de estas mujeres es un factor decisivo para que sean denunciadas, incluso por encima de la existencia de evidencias objetivas de que se hayan practicado un aborto inducido. De hecho, como veremos enseguida, tales evidencias están ausentes en la gran mayoría de las denuncias.

<sup>59</sup> Bankole, Akinrinola, *op. cit.*, p. 70.

<sup>60</sup> GIRE, *Las mujeres que abortan*, México, 2003, [Hoja Informativa].

<sup>61</sup> Ojeda, Norma *et al.*, "El aborto inducido de las mexicanas en el contexto transfronterizo México-Estados Unidos", en *Papeles de Población*, Toluca, Año 9, núm. 38, octubre-diciembre del 2003, p. 232.

<sup>62</sup> *Ibidem*, p. 233.

### ***3. Análisis de los casos***

#### *3.1. Distintos tipos de denuncias*

En la muestra de 139 expedientes analizados en este estudio se encontraron quince denuncias hechas por la propia mujer, sus familiares o empleadores en contra de terceros, el otro caso fue el aborto imprudencial (ver Cuadro 13). La mayoría de ellas (siete de los quince casos), fueron interpuestas por la mujer o algún familiar en contra del cónyuge u otras personas, que ejercieron violencia física sobre la embarazada y provocaron el aborto como consecuencia de ello. En la mayoría de estas denuncias, las mujeres protegieron al presunto responsable y la averiguación previa se dio por terminada. Se registró también la denuncia de una mujer en contra de su cónyuge por obligarla a interrumpir el embarazo.

También hubo cuatro casos de aborto por embarazo producto de violación. En todos ellos las mujeres declararon haberse procurado los abortos. Dos de ellos fueron autoprovocados mediante la ingestión de tés y medicamentos. Los dos restantes fueron causados por inyecciones y con la introducción de una pastilla vía vaginal. En ninguna de las denuncias se ejerció acción penal, porque no se encontraron motivos para la misma o porque la investigación por violación no se concluyó. En uno de ellos, el expediente menciona que se ejerció acción penal contra el violador. Las tres denuncias restantes fueron hechas en contra de los médicos por actuar negligentemente y ocasionar la interrupción del embarazo. En estos casos las mujeres no acudieron a los médicos para abortar sino para proteger el embarazo. El aborto no se produjo durante un legrado, sino supuestamente por la administración de medicamentos o la falta de atención oportuna.

Durante el período estudiado, se registraron 65 expedientes de denuncias de aborto por abandono de productos en lugares públicos, todas hechas por agentes de seguridad pública. Las denuncias fueron presentadas luego de que se notificó a las autoridades el hallazgo de productos o recién nacidos abandonados en la vía pública, en el interior de establecimientos comerciales, tiraderos de basura, alcantarillas, etcétera.

Como ya se señaló, estos casos quedaron fuera del análisis porque no hay datos sobre las mujeres que presuntamente abandonaron a los productos o recién nacidos.

### 3.1.1. Abortos denunciados por los hospitales públicos

De acuerdo con la información registrada en los expedientes analizados, prácticamente todas las denuncias hechas por instituciones de salud provinieron de hospitales públicos. Sólo se registró un caso de denuncia por parte de una clínica privada<sup>63</sup> y cuatro por hospitales cuyo carácter (público o privado) no fue precisado.

Esto permite afirmar que las mujeres, cuya solvencia económica les permite tener acceso a una atención médica privada y segura, también están libres, en la gran mayoría de los casos, de la posibilidad de enfrentar una denuncia. Sin embargo, en la Ciudad de México el acceso a la atención hospitalaria privada no está al alcance de la mayoría.

Las denuncias originadas en hospitales públicos fueron presentadas por los médicos que brindaron la atención de urgencia, o por médicos cercanos a la dirección del hospital, trabajadoras sociales y paramédicos de las ambulancias que efectuaron los traslados. No hubo denuncias por parte del personal de enfermería.

De las 58 denuncias de esta parte de la muestra, solamente once fueron dictaminadas médicamente como abortos provocados. En los restantes 47 casos (que corresponden al 81% de ese total), el dictamen médico concluyó que no hubo maniobras abortivas. Se trató de abortos espontáneos y partos que tuvieron lugar en el domicilio de las mujeres y para los cuales requirieron atención hospitalaria posterior. De estos casos, una cantidad mínima presentaba probables evidencias de que los abortos habían sido inducidos. Es decir, en una gran mayoría de los casos las denuncias no tuvieron fundamento.

El procedimiento que siguió el personal de salud de los hospitales para hacer las denuncias —en su mayoría médicos— fue notificar al MP mediante oficio o bien a la policía preventiva con una llamada telefónica. Tal fue el mecanismo empleado en el 61% de estos 58 casos.

En otras ocasiones (el 26.3% de las denuncias mencionadas), la notificación al MP no la hizo directamente personal del hospital. La institución hospitalaria recurrió a los familiares de las mujeres, con el argumento de que se trataba de un trámite necesario para recibir atención médica o para recoger los fetos y

<sup>63</sup> Los médicos privados tienen menos obligación de dar aviso al MP de la probable existencia de un delito que los médicos de instituciones públicas. Sin embargo, esta disposición se contrarresta con la obligación que tienen de guardar el secreto profesional (ver Capítulo IV).

realizar los trámites funerarios.<sup>64</sup> Personal de traslado de las ambulancias y del área de trabajo social hizo las denuncias en 7% de los casos.

Los hospitales del Sistema Nacional de Salud que atienden a la población abierta hicieron casi el doble de denuncias que los hospitales de seguridad social con población derechohabiente. Mientras que en los primeros se registraron 35 denuncias, en los segundos fueron dieciocho, de los casos considerados en la muestra.

Cuadro 15. Denuncias de aborto, según el sector (público o privado)

Sector	Instancia	Número	Porcentaje
Público Población Abierta	Gobierno del DF	20	34
	Secretaría de Salud (SSA)	8	14
	Hospital de la Cruz Roja	7	12
Público Población Derechohabiente	Hospitales del IMSS	14	24
	Hospitales del ISSSTE	3	6
	Secretaría de Marina	1	2
<b>Subtotal</b>		<b>53</b>	<b>91</b>
Privado		1	2
<b>Subtotal</b>		<b>1</b>	<b>2</b>
Sin dato		4	7
<b>Subtotal</b>		<b>4</b>	<b>7</b>
<b>Total (sector público y privado)</b>		<b>58</b>	<b>100</b>

<sup>64</sup> De acuerdo con la Ley General de Salud: "Sólo podrá darse destino final a un feto previa expedición del certificado de muerte fetal." (Artículo 350 Bis 6). En esta ley se define al feto como "el producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno." (Artículo 314, Fracción IX). Los hospitales ofrecen el servicio de cremación de manera gratuita previa expedición del certificado de muerte fetal. El texto de la ley está disponible en <[http://www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/publica/lgs/Ley\\_Salud.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/publica/lgs/Ley_Salud.pdf)> [consulta: 29 de septiembre del 2005].

### 3.2. Abortos espontáneos

Como ya se mencionó, los dictámenes médicos de las averiguaciones previas analizadas determinaron que en 47 de los 58 casos denunciados no había evidencia de posibles maniobras abortivas (por ejemplo, lesiones en el cérvix o en el útero, restos en el cuerpo de sondas o pastillas). Tampoco se encontraron huellas de lesiones en los productos. La presencia o ausencia de tales evidencias fue constatada por los médicos a través de la necropsia practicada a los fetos o la revisión ginecológica de las mujeres.

Por otra parte, usualmente la entrevista a las mujeres forma parte del procedimiento previo a la atención. La información que ellas proporcionan, incluyendo cualquier tipo de testimonio en el sentido de que se hubieran provocado el aborto, es registrada en el expediente clínico. En caso de notificación al MP, toda esta información quedó asentada en el expediente de la averiguación previa. Sin embargo, en la mayoría de los expedientes de la muestra analizada no se registró la presencia de huellas o testimonios de maniobras abortivas. Esto indica que, por lo general, las notificaciones carecieron de fundamento.

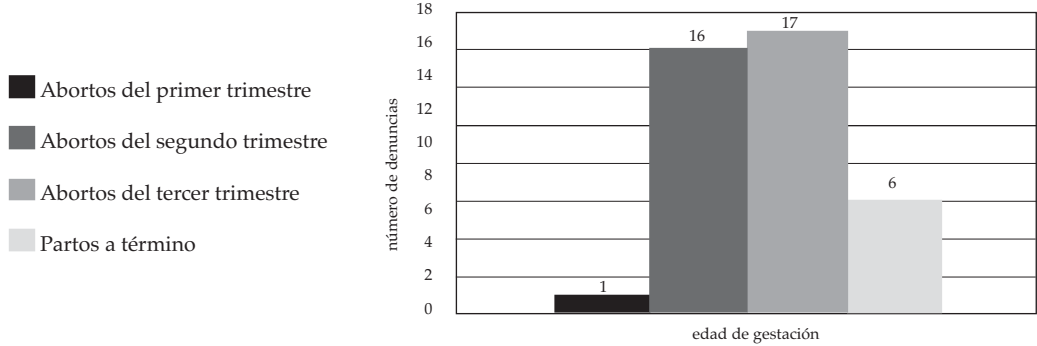
Hay que añadir que, a partir de los datos contenidos en los expedientes, es claro que muchas de las denuncias fueron previas a la revisión médica. Por ejemplo, en algunos casos, el personal de la ambulancia hizo las denuncias a la policía preventiva durante el traslado al hospital (sobre todo cuando intervino la Cruz Roja) o a su llegada a la institución médica.

Parecería que en los expedientes no son explícitas las posibles evidencias en las que el personal médico se basó. Generalmente se menciona que lo hicieron por “práctica habitual” u “obligatoria”. No obstante, la revisión de estos documentos permitió encontrar una serie de elementos comunes en los casos, que proporcionaron pistas para intentar comprender qué tipo de circunstancias pudieron haber influido para que se hicieran estas denuncias.<sup>65</sup> Estos elementos comunes fueron los siguientes:

- a) Los abortos denunciados —en realidad se trató de partos prematuros— tuvieron lugar en etapas de gestación avanzada. El promedio fue de 6.5 meses. La siguiente gráfica muestra la distribución de los casos de acuerdo con el trimestre de embarazo

<sup>65</sup> El análisis se limitó a 40 expedientes, ya que se descartaron cinco casos en los cuales las áreas de trabajo social de los hospitales dieron aviso al Ministerio Público para que dispusiera de los fetos, debido a que las mujeres no habían realizado los trámites para recogerlos. También se descartaron del análisis dos casos cuyos expedientes no precisaron la edad de la gestación.

**Gráfica 1**  
**Denuncias en que se dictaminó que no hubo maniobras abortivas, por trimestre de gestación en el momento de la interrupción del embarazo**



En la gráfica puede apreciarse que el mayor porcentaje de los casos se concentró en el tercer trimestre, con diecisiete embarazos que representaron el 42.5% de esta muestra. Le siguieron los abortos en el segundo trimestre, con el 40% de los casos, y seis partos que representaron el 15% de la muestra, en los cuales el producto nació muerto, murió durante el parto o pocas horas después. Se presentó únicamente un caso de aborto para el primer trimestre (que representó el 2.5%).

En las etapas avanzadas del embarazo, los riesgos que conlleva un aborto inducido son mayores que en etapas tempranas y las posibilidades de encontrar a un médico o una persona que esté dispuesta a inducir el aborto son menores. Incluso en algunos de los casos de la muestra se trató de partos con producto a término. Como contraparte, sobresalió el hecho de que sólo hubiera una denuncia de aborto en el primer trimestre, período durante el cual la incidencia de casos de aborto inducido es mucho mayor. Esto nos habla de que la presentación de notificaciones al MP pudo responder en muchos casos a motivaciones distintas que a la sospecha de un aborto inducido y al afán de castigar a las mujeres, como veremos más adelante.

- b) En casi todos los casos se trató de abortos que tuvieron lugar en el domicilio de las mujeres. Un mínimo de casos se inició en el domicilio y fue atendido en el hospital como aborto en evolución. También se registró el caso de un producto que nació muerto en el hospital. Lo que es importante destacar es que en ningún caso los abortos se iniciaron en los hospitales
- c) En todos los casos en que el aborto tuvo lugar en el domicilio (excepto uno), el producto fue localizado ahí mismo y trasladado al hospital por la

mujer o por elementos de la policía preventiva. Esto hizo posible que se realizara la necropsia y se concluyera que ningún feto presentaba lesiones externas

- d) Se trató de mujeres que formaban parte del sector más vulnerable de la población del DF: habitaban en zonas marginadas de la periferia de la ciudad y, como hemos visto, vivían en condiciones de pobreza e incluso de pobreza extrema. La ausencia de atención médica en la mayor parte de los partos prematuros que tuvieron lugar en los domicilios se debió, en muchos de los casos, a que las mujeres simplemente no alcanzaron a llegar al hospital y parieron en el domicilio, con ayuda del esposo, la vecina, la hermana y sin posibilidades de que los productos sobrevivieran, ya que su estado de inmadurez requería atención médica especializada. Resulta lógico suponer que las condiciones de vida de estas mujeres no les permitieron, llegado el momento, tener acceso a un traslado urgente al hospital ni a un servicio de ambulancia

Para fines de exposición, hemos dividido el análisis de las denuncias de aborto en cuatro categorías: abortos del primer trimestre, abortos del segundo trimestre, partos con producto prematuro en el tercer trimestre y partos con producto a término.

### 3.2.1. Abortos en el primer y segundo trimestre (de cero a tres meses, y de cuatro a seis meses de gestación)

De los 40 expedientes analizados que incluyeron la edad gestacional de las mujeres, sólo hubo un caso de denuncia de un aborto realizado en el primer trimestre. Se trató de una joven que llegó al hospital con un diagnóstico erróneo de perforación uterina, atribuido a un aborto mal practicado, el cual fue posteriormente corregido para indicar que se trataba de un problema gastrointestinal.

De los dieciséis casos de aborto en el segundo trimestre, siete mujeres tenían altas probabilidades de tener abortos espontáneos o partos prematuros, porque enfrentaban al menos una de las situaciones siguientes:

- a) Anemia detectada en dos mujeres (en una de ellas la anemia era de segundo grado)
- b) Embarazo de alto riesgo
- c) Diagnóstico previo de amenaza de aborto
- d) Antecedentes de abortos previos
- e) Embarazo sin atención médica
- f) Producto con deformación craneana natural, una malformación genética

### 3.2.2. Partos prematuros en el tercer trimestre (siete y ocho meses de gestación)

En total hubo 17 denuncias de abortos en el tercer trimestre (en realidad fueron partos prematuros espontáneos) que representaron el 40% de los casos de la muestra que registraban información sobre la edad gestacional de la mujer. Únicamente dos de ellos fueron atendidos en hospital, uno por el traumatismo abdominal que sufrió la mujer que se cayó de las escaleras y el de otra que ingirió medicamentos para interrumpir su embarazo. El resto de los partos tuvo lugar en los domicilios de las mujeres, sin atención médica. El siguiente cuadro incluye todos los casos de partos prematuros en el tercer trimestre denunciados como abortos.

Cuadro 16. Partos prematuros en el tercer trimestre

Número de caso	Características de los casos	Edad de gestación
1	El parto se produjo en el domicilio de la mujer. El producto murió por inmadurez extrema. La mujer tenía anemia	7 meses
2	El parto ocurrió en las afueras del hospital. Hubo hospitalización previa por amenaza de aborto	7 meses
3	El parto se produjo en el domicilio de la mujer. Ésta no recibió atención médica durante el embarazo. El feto murió por expulsión prematura	7 meses
4	Embarazo sin atención médica	7 meses
5	Embarazo sin atención médica. Parto en el domicilio de la mujer. El producto murió por asfixia <i>neonatorum</i>	8 meses
6	Parto prematuro en el domicilio de la mujer. El producto murió por inmadurez fetal	7 meses
7	Parto prematuro en el domicilio de la mujer. El producto murió por asfixia <i>neonatorum</i> . La averiguación concluyó en reserva, en espera de mayor información, porque hubo desgarros en el cérvix que, según el dictamen médico, difícilmente pudo haber provocado el feto al nacer	8 meses

Número de caso	Características de los casos	Edad de gestación
8	Parto prematuro, sin atención médica, en el domicilio de la mujer. La mujer no tuvo tiempo de acudir al hospital y el producto nació en el domicilio con ayuda de una vecina. En su declaración, el esposo manifestó que el producto nació en el domicilio y que posteriormente acudieron a un médico particular, quien les indicó que fueran al hospital. Ahí atendieron a su esposa y les informaron que el producto estaba muerto	7 meses
9	Parto prematuro en el domicilio de la mujer	8 meses
10	Parto espontáneo con complicaciones y sin atención médica en un mercado. El recién nacido falleció después por falta de atención médica. La mujer embarazada —de 22 años— habitaba en los puestos del mercado	Sin dato
11	Parto sin atención médica en el domicilio de la mujer. El producto nació muerto. El parto tuvo lugar en el baño de la casa. El padre de la mujer le ayudó y después llamó a una enfermera que no pudo auxiliarla. La trasladaron al hospital. El recién nacido presentó una lesión en el codo izquierdo al ser atacado por ratones mientras llegaba el MP	8 meses / A término
12	Parto sin atención médica en el domicilio de la mujer. La mujer y su madre acudieron al hospital, pero no encontraron al médico. Regresaron al domicilio y ahí tuvo lugar el parto. El producto murió por malformaciones	8 meses
13	Parto sin atención médica en el domicilio de la mujer. El producto murió por probable hidrocefalia	7 meses
14	Parto prematuro por traumatismo abdominal, causado por la caída de la mujer desde unas escaleras. El parto tuvo lugar en el Hospital Rubén Leñero. El recién nacido vivió y fue trasladado al Hospital Infantil de Azcapotzalco, en donde murió una hora después. La gestante presentó problemas emocionales graves	Sin dato (se presume que es del tercer trimestre)

Número de caso	Características de los casos	Edad de gestación
15	Parto prematuro en el domicilio de la mujer. La mujer cayó de unas escaleras y resultó afectada por cargar objetos pesados	7 meses
16	Parto prematuro en el domicilio de la mujer. El recién nacido vivió 12 horas fuera del seno materno. Un traumatismo craneo-encefálico causó la muerte del producto. En el expediente no se explicó a qué se debió el traumatismo	8 meses
17	Parto prematuro en un centro de salud. La mujer afirmó haber ingerido misoprostol. El expediente concluyó que la mujer empleaba el misoprostol en el tratamiento que seguía para la gastritis y úlcera péptica, por lo cual no se consideró que lo hubiera ingerido como abortivo. Debido a lo anterior, no hubo delito	7 meses

Como puede apreciarse, la gran mayoría de los casos muestran la extrema precariedad de la vida de estas mujeres: una de ellas tuvo el parto en un mercado, en donde también vivía y se empleaba como “lavacoches”. Otros tres casos son de mujeres que carecieron de atención médica, no sólo en el parto, sino también durante el embarazo. Dos de ellas eran empleadas domésticas que ocultaron su estado hasta el último momento.

Cabe hacer mención de uno de los casos en el cual el parto prematuro se produjo como consecuencia de traumatismo abdominal sufrido por la mujer al caer de unas escaleras. El recién nacido murió pocas horas después del parto. Esta mujer se encontraba en estado de confusión, además de presentar problemas emocionales graves. Una línea de investigación, que no se abrió en este caso, fue la posibilidad de que el traumatismo abdominal hubiera sido producto de golpes sufridos por la mujer, al vivir en un ambiente donde existía violencia intrafamiliar. Esto podría explicar también el trauma emocional que ella presentaba y que quedó asentado en el expediente.

En dos de los casos había evidencias de posibles abortos inducidos. En uno había desgarros en el cérvix y en el otro la mujer había ingerido misoprostol. En el primer caso, el expediente concluyó en “reserva”, en espera de mayores datos y en el segundo caso no se ejerció acción penal, debido a que el misoprostol,

según señala el expediente: “es un tratamiento para la gastritis y la úlcera péptica así que no se considera un abortivo y por lo tanto no hay delito”. Se sugirió, asimismo, que se abriera una nueva investigación en contra de la persona que recetó las pastillas que contenían dicha sustancia y se concluyó que el aborto fue imprudencial. Llama la atención que el MP no hubiera consignado a estas dos mujeres.

### 3.2.3. Partos con producto a término (nueve meses)

Seis casos de partos con producto a término fueron denunciados como aborto. Cinco de ellos se produjeron en el domicilio de la mujer, sin atención médica y los productos murieron como consecuencia de hipoxia fetal intrauterina, cianosis generalizada, o asfixia *neonatorum*.<sup>66</sup> El parto en el hospital tuvo lugar en un baño y tampoco contó con atención médica. El producto murió por traumatismo cráneo-encefálico, al golpearse la cabeza en la tasa del baño. Personal del hospital llamó a la PGJDF, y el médico y un agente del MP interrogaron a la mujer, quien presentó su declaración sin defensor. En ésta, manifestó que el médico y el agente la trataron de manera “hosca y prepotente”. Al final de la averiguación previa, el MP decidió no ejercer acción penal, porque la muerte del recién nacido se debió a que “la mujer actuó con imprudencia”.<sup>67</sup>

### 3.3. Análisis de las denuncias de abortos espontáneos

A continuación, se enlista una serie de circunstancias que podrían explicar el origen y sentido de estas denuncias, levantadas sin pruebas de que los abortos fueran inducidos.

#### a) Casos de abandono de productos en el hospital

Cinco denuncias fueron presentadas debido a que los productos no fueron recogidos del hospital y la institución notificó al MP para que dispusiera de ellos. Esto se hizo, generalmente, a través del área de trabajo social. La madre, en uno de los casos, y el padre, en otro, se presentaron en respuesta a la denuncia para recoger el producto. Cada uno, por su parte, señaló que no se había

<sup>66</sup> En este caso, el producto fallece debido a la ausencia de atención oportuna para sacar el líquido de la boca del producto y ventilarlo.

<sup>67</sup> Es común que cuando se aproxima el parto muchas mujeres confundan el alumbramiento con la necesidad de defecar. Habría, no obstante, que preguntarse a qué se debió, en este caso, la ausencia de supervisión y de personal médico cuando ocurrió el parto.

presentado a recoger el cuerpo, por carecer de los recursos necesarios para llevar a cabo los trámites funerarios. En los restantes tres casos no se pudo localizar a la mujer porque dio un domicilio falso.

*b) Probables casos de notificaciones al Ministerio Público por causas relacionadas con el fallecimiento del producto que derivaron en averiguaciones previas*

Como lo hemos señalado, con excepción de un caso de aborto en el primer trimestre, en los restantes parece ser que las denuncias se dieron por el hecho de que se trató de partos inmaduros, prematuros y con el producto a término, que no ocurrieron o no comenzaron en los hospitales, sino en los domicilios.

Es posible que las “denuncias” de los médicos hayan sido notificaciones al MP, como parte de los procedimientos regulares para los trámites de cremación de los productos, cuando los abortos tuvieron lugar en el domicilio de las mujeres. En estos casos, los agentes del MP podrían haber considerado pertinente iniciar una averiguación previa para indagar si hubo un delito. En muchos de los expedientes se registró que el personal de salud hizo la notificación, como parte de una “práctica médica habitual”. Como lo indicó un miembro del personal de traslado en ambulancia de la Cruz Roja que hizo la denuncia: “No devuelven los cuerpos hasta que los parientes se presentan en el MP”.

Tres de los médicos entrevistados señalaron que cuando el producto tiene más de 20 semanas o pesa más de un kilogramo, los hospitales tienen la obligación de dar conocimiento al MP, como parte de un trámite obligatorio para la expedición del certificado de defunción fetal, que es el documento que se requiere para cremar o enterrar los productos.

De acuerdo con el Artículo 350 Bis 6 de la Ley General de Salud: “Sólo podrá darse destino final a un feto previa expedición del certificado de muerte fetal”. Sin embargo, el feto es definido por esta ley en su Artículo 314, Fracción IX, como el “producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno”.<sup>68</sup> Esto significa que la notificación al MP debería hacerse a partir de la décimotercera semana y antes de la semana 20 de edad gestacional.

Coincidentemente, en la muestra de casos objeto de nuestro análisis que incluyeron información sobre la edad gestacional de la mujer, ninguna de las denuncias, excepto una, rebasaron este límite de tiempo: sólo hubo un caso de denuncia de aborto de menos de 13 semanas.

<sup>68</sup> El texto actualizado de la Ley General de Salud está disponible en <<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/157.htm?s=>> [consulta: 30 de septiembre del 2005].

Debe destacarse, sin embargo, que no existe ningún lineamiento normativo que sustente la necesidad de dar fe al MP, como requisito para la expedición del certificado de muerte fetal.<sup>69</sup>

Uno de los médicos entrevistados para este estudio señaló que, en ocasiones, existen en los hospitales “códigos no escritos”, que establecen el cumplimiento de tal requisito. Es probable que el hecho de que los abortos y partos prematuros hubieran ocurrido en los domicilios haya contribuido a reforzar este patrón.<sup>70</sup> Tal podría ser, justamente, el caso de tres hospitales, los cuales concentran el 35% de las denuncias de un total de 30 nosocomios. Estos son: el Hospital General de Xoco, que hizo cinco denuncias; el Hospital Gea González, que hizo cuatro denuncias; y el Hospital General de IMSS Francisco del Paso y Troncoso, que presentó seis denuncias. Por su parte, la Cruz Roja presentó cinco denuncias en sus distintas ubicaciones.

*c) Denuncias por la sospecha de que los abortos hubieran sido provocados*

Algunos de los médicos consultados consideraron que, a partir de la información testimonial proporcionada por las mujeres en los hospitales, las denuncias podrían tener como fundamento la sospecha de que los abortos hubieran sido provocados. Por ejemplo, cuando una mujer dice haber sufrido una caída. En la muestra de casos hubo seis en los cuales las mujeres afirmaron que tuvieron un accidente de este tipo. De acuerdo con las opiniones médicas, es frecuente que algunos profesionales de la medicina supongan que el aborto imprudencial (o accidental) está penado y al interrogar a las mujeres en cuestión surge en ellos la sospecha de que se trató de un acto culposo y, por consiguiente, delictivo.

En muchas ocasiones, el personal de salud sustenta su sospecha de que se trata de un aborto imprudencial en las respuestas de las mujeres. Si éstas contestan que sufrieron una caída, el médico o médica las continúa cuestionando para averiguar, por ejemplo, en qué circunstancias ocurrió el accidente.

Si a esto se añade que la mujer sea soltera, o titubee para responder a la pregunta sobre su estado civil, esto puede ser suficiente para que se cuestione su

<sup>69</sup> La legislación consultada fue: la Ley de Salud del DF y su reglamento, el Código Penal Federal, el Código Penal para el Distrito Federal, el Código Federal de Procedimientos Penales, y el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. Tampoco hay ningún lineamiento en el sentido mencionado en la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

<sup>70</sup> Sabemos de hospitales en donde tal disposición (avisar al MP) se aplica a todos los casos en los que los abortos y partos prematuros suceden en el domicilio de la mujer.

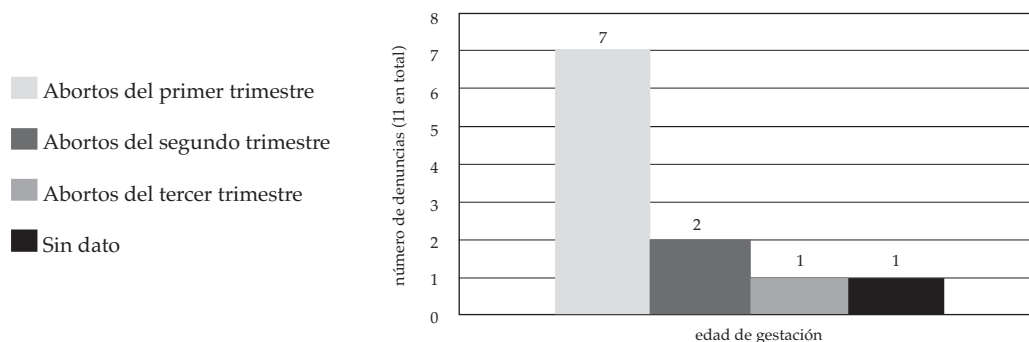
integridad moral. Aquí viene, entonces, una asociación de ideas, y el médico o médica finalmente diagnostica “aborto incompleto, probablemente provocado”. De acuerdo con el doctor Carlos Campos “se confunde semánticamente la sospecha sobre la ‘moralidad’ de la paciente con la sospecha de la maniobra [abortiva]”, y se hace la denuncia.

Un dato que ilustra justamente esta opinión es que en uno de los casos, en el cual se asienta que la paciente dijo haber sufrido una caída, el expediente registra que ella declaró ser casada, pero su estado civil real era el de soltera. Pareciera como si en ocasiones algunos médicos se adjudicaran el papel de agentes del Ministerio Público.

### 3.4. Abortos inducidos

Sólo once casos correspondieron a abortos en los que el dictamen pericial determinó que se trató de abortos inducidos. Tres fueron autoprocurados mediante la ingestión de té o medicamentos, cuatro fueron practicados por médicos particulares, dos más por parteras y en otros dos casos se desconoció el método. En la mayoría de los casos se trató de abortos que ocurrieron en el primer trimestre, como puede observarse en la gráfica y cuadro siguientes.

**Gráfica 2**  
Denuncias en que se dictaminó que hubo abortos inducidos, por trimestre de gestación al momento de la interrupción del embarazo



Cuadro 17. Total de casos en que se dictaminó que los abortos fueron inducidos

N°	Datos				Edad gestacional (en semanas)	Proveedor	Método empleado	Razón del aborto, dada por la mujer	Daños a la salud de la mujer	Situación del expediente
	A	B	C	D						
1	18	Bajo	Estudiante	Soltera	0	Autoprocurado	Ingestión de té e inyección (se desconoce la fórmula de la inyección)	Indigencia	Ninguno	<b>En reserva,</b> porque no se pudo determinar cómo afectó la inyección al embarazo. El historial clínico consignó el aborto como incompleto, pero no señaló vestigios de maniobras abortivas
2	21	Bajo	Estudiante	Soltera	0	Autoprocurado	Ingestión o inyección de Ranisen	La mujer aseveró que el aborto fue espontáneo y que tomó el medicamento para tratarse una úlcera	Ninguno	<b>En integración,</b> por sospechas de que el medicamento fue para provocar el aborto
3	23	Medio	Estudiante universitaria y radióloga	Soltera	0	Médico particular	Legrado instrumental	Temor a que el producto presentara malformaciones, debido a la exposición de la mujer a radiaciones	Histerectomía por perforación uterina intestinal	<b>No se ejerció acción penal,</b> porque el aborto se practicó ante la posibilidad de que el producto tuviera malformaciones

A = edad, B = nivel socioeconómico, C = ocupación, D = estado civil, E = número de hijos

Cuadro 17. Total de casos en que se dictaminó que hubo abortos inducidos

N°	Datos					Edad gestacional (en semanas)	Proveedor	Método empleado	Razón del aborto, dada por la mujer	Daños a la salud de la mujer	Situación del expediente
	A	B	C	D	E						
4	31	Bajo	Empleada	Soltera	1	16 a 18	Partera	Sondas vaginales	Temor a perder el empleo	Sepsis generalizada y hepatitis séptica reactiva	<b>En reserva,</b> porque no se volvió a localizar a la mujer en la dirección que indicó como su domicilio
5	36	Bajo	Sin datos	Casada	2	6	Autoprocurado	Ingesta de té (truda)	La mujer aseveró haber tomado el té sin conocer sus propiedades abortivas	Ninguno	<b>No se ejerció acción penal,</b> porque la mujer utilizaba el té como anticonceptivo, no como abortivo
6	30	Bajo	Ama de casa	Casada	0	12	Médico particular	Legrado instrumental	Sin datos	Histerectomía. Daños irreversibles por afectación permanente a la función intestinal	<b>En reserva,</b> mientras se localizaba al proveedor del aborto y a los familiares
7	20	Bajo	Ama de casa	Unión libre	1	16 a 18	Partera	Sondas vaginales e inyecciones	Problemas económicos	Ninguno	<b>Sin datos</b>

A = edad, B = nivel socioeconómico, C = ocupación, D = estado civil, E = número de hijos

Cuadro 17. Total de casos en que se dictaminó que hubo abortos inducidos

N°	Datos					Edad gestacional (en semanas)	Proveedor	Método empleado	Razón del aborto, dada por la mujer	Daños a la salud de la mujer	Situación del expediente
	A	B	C	D	E						
8	22	Bajo	Empleada doméstica	Soltera	0	Sin datos	Sin datos	No se pudo determinar, aunque se confirmó la existencia de maniobras abortivas	La mujer aseveró haber sufrido una caída	Histerectomía por perforación uterina e intestinal	<b>En reserva</b>
9	24	Bajo	Empleada doméstica	Soltera	1	Sin datos	Médico particular	Legrado instrumental	Sin datos	Hemorragia	<b>En reserva,</b> a pesar de los datos existentes, el MP se negó a ejercer acción penal hasta encontrar al médico (proveedor) y al novio (cómplice del supuesto delito)
10	27	Bajo	Empleada doméstica	Soltera	4	8	Sin datos	Sin datos, sólo se registró una punción cervical	La mujer aseveró que el aborto fue accidental	Ninguno	<b>En reserva</b>
11	31	Medio	Profesora de primaria	Unión libre	3	Primer trimestre	Médico particular	Legrado instrumental	Riesgo de muerte	Perforación de útero y hemorragia	<b>En reserva</b>

A = edad, B = nivel socioeconómico, C = ocupación, D = estado civil, E = número de hijos

### 3.4.1. Abortos autoprocurados

En los tres casos de abortos autoprocurados no hubo daños permanentes en la salud de las mujeres. En uno de ellos, la mujer declaró que había ingerido té de ruda, pero dijo que lo utilizó como método anticonceptivo. Independientemente de que éste fuera o no el caso, en mercados de la Ciudad de México es posible obtener “remedios” tradicionales que se usan para provocar el aborto. Se trata de tés elaborados con diversas plantas medicinales, cuya ingestión en dosis fuertes produce contracciones en el útero que pueden ocasionar la interrupción del embarazo. La aplicación vaginal o la ingestión de infusiones de yerbas son métodos utilizados frecuentemente por las mujeres para inducir el aborto en distintos países de América Latina.<sup>71</sup> A continuación, se enlistan métodos abortivos tradicionales, en muchos de los cuales se emplean yerbas:

Agua de borraja  
Agüitas de matico  
Algas  
Aralén  
Arena verde  
Brote de papas  
Calabaza  
Cebolla  
Comino  
Flor de retama

Infusiones, brebajes y tés de:

- Marihuana
- Pepillas de calabaza
- Roble y aguacate
- Junquillo o arfillerio
- Maíz germinado
- El analgésico de la marca comercial Mejoral, y lurica

<sup>71</sup> The Alan Guttmacher Institute, *Aborto clandestino...*, pp. 14 y 15. Información basada en la encuesta de opinión que en 1992 hizo dicha institución en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana.

- Ruda u orégano
- Pepa de palta y ruda hervidas
- Radal
- Raíz de mullaca
- Raíz y corteza de apio
- Ramas de ruda
- Ramitas y raíces de perejil
- Semilla de palta cocinada
- Tallos de cardenal
- Tallos de hiervas para dilatar
- Tallos de laminaria
- Tallos de ricino

En 1991 se llevó a cabo una encuesta en la Ciudad de México para obtener información sobre los conocimientos y actitudes de los empleados de farmacias y vendedores de hierbas en mercados, en relación con los abortifacientes que vendían.<sup>72</sup> Los resultados de la encuesta mostraron que dichas personas poseían poco conocimiento para vender tales productos: el 55.6% desconocía en qué período del embarazo era menos riesgoso para la salud de la mujer provocarse un aborto;<sup>73</sup> dos terceras partes de ellos sabían que había métodos para abortar, pero si bien casi todos hablaban de las hierbas como métodos abortifacientes, sólo el 6% consideró al legrado uterino instrumental como el método más apropiado para abortar; la mayoría de ellos (78%) adquirió sus conocimientos mediante la experiencia en su trabajo.

Dicho estudio concluyó que las mujeres que decidieron abortar

están incluso dispuestas a correr riesgos para conseguir la atención, lo cual se desprende del hecho de que buscan este tipo de servicios con personas de bajos niveles de capacitación en el campo; a la vez ello apunta a un vacío en la educación para la salud en varios sectores de la población.<sup>74</sup>

Otro método de aborto autoprocurado, al que crecientemente recurren las mujeres con cierta información médica, es el consumo de prostaglandinas. Estos productos son normalmente prescritos para casos de úlcera, pero actúan

<sup>72</sup> Pick, Susan *et al.*, "Abortifacientes en farmacias y mercados. Ciudad de México", en *Este País. Tendencias y opiniones*, México, núm. 8, noviembre de 1991, pp. 31-33.

<sup>73</sup> *Ibidem*, p. 31.

<sup>74</sup> *Ibidem*, p. 33.

también como abortivos, ya que producen contracciones en la matriz y la expulsión del producto.

De acuerdo con el testimonio de tres de los médicos consultados para esta investigación, el uso de Cytotec<sup>75</sup> se ha hecho muy común como un método utilizado crecientemente por muchas mujeres en los últimos años. La percepción que tienen, derivada de su experiencia de trabajo en hospitales públicos, es que el uso de este medicamento ha disminuido considerablemente los casos de mujeres que llegan a estas instituciones en estado crítico. Su demanda creciente explica también el incremento exorbitante de su precio, que pasó de alrededor de 70 pesos a más de 500. Cuando el producto ha sido suficientemente absorbido por los tejidos, no deja huellas visibles para los médicos. Es posible que, debido a ello, no se haya registrado ningún caso, en la muestra de expedientes, en el cual se hubiera detectado el consumo de Cytotec. En uno de los abortos inducidos de la muestra la mujer se administró un medicamento denominado Ranisen, usado normalmente para el tratamiento de la úlcera péptica. La averiguación previa continuaba “en integración” en el momento en que se recogieron los datos, ya que aunque la mujer aseguró haber tomado el medicamento para la úlcera, había sospechas de que se administró deliberadamente las prostaglandinas para provocar el aborto.

En el caso restante de aborto autoprocuroado, la denuncia se sustentó únicamente en el testimonio que proporcionó la mujer, ya que no había vestigios de maniobras abortivas. El expediente concluyó en reserva, porque ella se retractó de su declaración.

#### 3.4.2. Uso de sondas

Otro método al que recurrieron algunas mujeres fue la introducción de sondas. Este procedimiento es frecuentemente utilizado por parteras o comadronas. La introducción de sondas produce contracciones en el tejido uterino que ocasionan la expulsión del embrión o feto. De acuerdo con el testimonio de las dos enfermeras entrevistadas para este estudio, los riesgos que conlleva el uso de sondas son considerables, ya que muchas veces las condiciones en las que se utiliza este procedimiento no garantizan la asepsia y ello puede ocasionar una

<sup>75</sup> El Cytotec (misoprostol) es una prostaglandina sintética que se utiliza para combatir la úlcera, pero que también puede ser utilizada para interrumpir el embarazo. El misoprostol se combina con la mifepristona en la producción de la píldora abortiva RU-486, legal en países con leyes sobre aborto avanzadas. En México sólo el misoprostol es de uso legal.

infección grave, acompañada de dolores intensos y hemorragias. En ocasiones, incluso, se llegan a producir heridas y perforaciones graves en los tejidos.

Mientras que en uno de los casos de aborto inducido mediante la introducción de sondas no hubo daños en la salud de la mujer, en el otro, dicho recurso puso en riesgo la vida de la mujer en cuestión, ya que le provocó sepsis generalizada y hepatitis séptica.

En el primer caso se trataba de una joven que recurrió a los servicios de una comadrona, quien le cobró dos mil pesos. Ésta le practicó un aborto mediante sondas, inyecciones y la extracción del producto con pinzas. La partera, de 58 años, no tenía conocimientos de enfermería. En su declaración negó los hechos y manifestó que recibió a la joven, acompañada de su suegra, para administrar un analgésico. Posteriormente, la joven se desdijo de su testimonio. En el segundo caso, en el expediente no se registraron datos de la comadrona y terminó “en reserva”.

### 3.4.3. Legrado uterino instrumental

Finalmente, el legrado uterino instrumental fue otro de los métodos que utilizaron las mujeres denunciadas para provocarse el aborto. Este método consiste en el raspado de las paredes del útero mediante una cureta (instrumento de metal o plástico en forma de cuchara) para desprender los contenidos formados durante la gestación. El legrado requiere comúnmente de hospitalización y anestesia general o bloqueo peridural. Éste es un procedimiento que cuando se efectúa sin condiciones de asepsia, equipo y personal médico adecuado puede ocasionar perforaciones, infecciones, abortos incompletos y hemorragias. Las consecuencias para quien recurre a tal procedimiento en estas circunstancias pueden ser la esterilidad, la pérdida de órganos reproductivos e incluso la muerte.<sup>76</sup>

Es importante aclarar que el hecho de que a una mujer se le haya practicado un legrado instrumental y como consecuencia de un procedimiento mal ejecutado requiriera hospitalización, no es una prueba definitiva de que se hubiera provocado un aborto. Cabe la posibilidad de que el legrado se haya efectuado para limpiar el útero en un momento posterior a un aborto espontáneo. En este sentido, la declaración de la paciente es indispensable para integrar la averiguación previa.

<sup>76</sup> GIRE, *Miradas sobre el aborto*, México, 2000, p. 28.

Los expedientes registraron cuatro de tales casos. En todos ellos las mujeres sufrieron daños severos en su salud:

- a) En dos de ellos fue necesario practicar la histerectomía total (extracción del útero). Ambas mujeres presentaron también lesiones permanentes en el intestino y otros daños corporales que ponían en peligro su vida
- b) En los dos restantes los abortos habían sido incompletos y las mujeres tuvieron infecciones y hemorragias intensas por retención de tejido óvulo-placentario

En tres de los casos las mujeres declararon que los abortos fueron espontáneos y recurrieron a médicos particulares, quienes recomendaron hacer los legrados. Dos de ellas encubrieron a los médicos proporcionando domicilios falsos. En ambos casos la averiguación previa concluyó en reserva, en espera de localizar a los médicos, a los familiares en uno de los casos, y al novio (considerado cómplice) en el otro. En el caso restante, la averiguación estaba todavía en integración al momento del estudio.

Sólo una de las mujeres declaró haberse provocado el aborto intencionalmente por temor a malformaciones en el producto, debido a que estuvo expuesta a radiaciones por el carácter de su trabajo como terapeuta física. La averiguación previa concluyó en el “no ejercicio de la acción penal”, debido a que la mujer actuó por temor a malformaciones en el producto.

Por último, los expedientes registraron dos casos en los cuales hubo evidencias de que los abortos fueron provocados, ya que presentaban lesiones en el útero, pero no se conoció el método utilizado, porque ambas mujeres sostuvieron en todo momento que el aborto había sido accidental. Bien pudo haber sido provocado mediante el legrado o mediante la introducción, por parte de la misma mujer, de algún tipo de objeto. Ambas llegaron a los hospitales en estado grave. Una de ellas presentaba una perforación del útero, cuya curación requirió cirugía. La otra presentó también perforación del útero, pero en este caso fue necesaria la histerectomía total y la resección intestinal. De acuerdo con el expediente, las lesiones pusieron en peligro su vida.

#### 3.4.4. Promedio de edad de la gestación

En sólo siete de los 11 expedientes de denuncias de aborto inducido analizados se incluyó información sobre la edad gestacional del embarazo. El promedio fue de 19 semanas de gestación en el momento de ocurrir el aborto.

### 3.5. Conclusión de las averiguaciones previas por abortos inducidos

Sólo cuatro de las mujeres afirmaron haberse provocado el aborto. A cada una de ellas le correspondió una de las razones siguientes:

- a) Por indigencia
- b) Por problemas económicos graves, aunque la mujer se desdijo posteriormente
- c) Por temor a perder el empleo
- d) Por temor a malformaciones en el feto, debido a la exposición a rayos X

En ninguno de los cuatro casos hubo consignación. En los primeros dos, ambas mujeres se desdijeron de su declaración y en el tercero la mujer proporcionó un domicilio falso y no fue posible localizarla posteriormente. En el cuarto resulta llamativo que el MP no haya ejercido acción penal, a pesar de tener los elementos para hacerlo. Aunque en el expediente no se registró de manera explícita, cabe inferir que el temor a malformaciones en el producto fue una razón que se consideró justificable para inducir el aborto —ello a pesar de que en 1994 aún no había sido incluida en el CPDF la causal de malformaciones genéticas o congénitas graves en el producto como causa de no punibilidad, que entró en vigor apenas a partir del año 2000.

Otras tres mujeres afirmaron que los abortos fueron espontáneos y acudieron a médicos privados para la atención postaborto. En dos de estos casos los expedientes concluyeron “en reserva”, en espera de localizar a los médicos y a los familiares que participaron en el acto. En el tercero, la averiguación estaba todavía en proceso de integración.

Dos de las mujeres proporcionaron a los médicos información sobre la ingestión de sustancias que podían interrumpirles el embarazo, pero afirmaron haberlo hecho sin la intención de provocarse el aborto. Estas declaraciones fueron tomadas como argumento de peso para no ejercer la acción penal, aunque en el segundo caso el expediente continuaba en integración.

Finalmente, estuvieron los dos casos en los cuales las mujeres presentaban perforación uterina, pero sostuvieron que el aborto había sido espontáneo. Una de ellas fue detenida, a pesar de lo cual recuperó su libertad sin necesidad de fianza. El expediente concluyó en reserva de acción penal, pero en él no se especificaron las razones por las que se tomó esta decisión. En el otro caso, el expediente concluyó “en reserva”, porque no se pudo localizar a la mujer, pues proporcionó datos falsos y dejó de presentarse en el sitio donde trabajaba.

En resumen, las averiguaciones previas por abortos inducidos terminaron de la siguiente manera:

- a) Ocho casos concluyeron “en reserva” con el fin de encontrar elementos suficientes para ejercer la acción penal
- b) Dos concluyeron en “no ejercicio de acción penal”
- c) En el caso restante, el expediente no registró el dato, pero se presume que no hubo consignación, ya que el documento tampoco registra la existencia de un juicio penal

### 3.5.1. Análisis de las denuncias de abortos inducidos

Una pregunta que surge del análisis de estos casos es: ¿por qué no se consignó a estas mujeres si se contaba con evidencias suficientes de que los abortos habían sido provocados? No hay bases objetivas para una respuesta, pero es posible hacer algunas interpretaciones. La primera es que, desde una perspectiva técnica, no es sencilla la integración de las pruebas que confirman la existencia de un hecho delictivo, conocidas como cuerpo del delito. La declaración de la mujer es considerada un elemento de peso y es difícil que las mujeres acepten haberse provocado el aborto. Sin embargo, hay algunos casos en los que las mujeres aceptaron habérselo provocado y a pesar de tener suficientes pruebas, el MP decidió no consignar a las denunciadas. Por otra parte, si la averiguación previa no se integra en el término de 48 horas a partir de que se hace la denuncia, las mujeres salen del hospital y en ocasiones no es posible localizarlas, debido a que proporcionan datos falsos, pero también, al parecer, a la ausencia de interés en darle seguimiento al caso.

Es posible también que no sólo en estos casos específicos, sino en general, que independientemente de las minucias técnico-jurídicas, no exista una voluntad real por parte de los MP del Distrito Federal de ejercer acción penal en contra de las mujeres que abortan ilegalmente porque de alguna manera son sensibles a la compleja situación que ellas enfrentan. Esto se comprueba cuando observamos que para años más recientes, como lo es el 2003, las estadísticas presentan patrones similares: en raras ocasiones las denuncias condujeron a juicios penales.<sup>77</sup>

<sup>77</sup> De enero a julio del 2003 se registraron 51 denuncias por aborto en el DF, pero sólo se consignó a tres mujeres.

Sin embargo, tanto la agente del MP como los médicos entrevistados para este estudio, señalaron que en los hospitales del DF donde existían agencias del MP,<sup>78</sup> los médicos estaban sometidos a una presión importante para denunciar cualquier delito que conocieran. No era difícil que los agentes se enteraran de los mismos por otra vía y si esto sucedía los médicos podían llegar a tener problemas. Este hecho se vio reflejado en los casos de aborto inducido de la muestra, ya que cinco de las once denuncias de aborto provocado, es decir casi la mitad (45%) fueron hechas en hospitales que contaban entonces con MP adscritos, concretamente el Hospital Rubén Leñero (donde hubo tres denuncias) y el Hospital Adolfo López Mateos (donde se hicieron dos denuncias), tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 18. Hospitales en el Distrito Federal y agencias del Ministerio Público donde se realizaron las 11 denuncias de aborto inducido

Hospital	Agencia del MP	Número de denuncias
Hospital Rubén Leñero	34ª Delegación Miguel Hidalgo, adscrita a dicho hospital	3
Hospital Adolfo López Mateos	43ª Delegación Álvaro Obregón, adscrita al hospital	2
Hospital del IMSS	54ª Delegación Iztacalco	2
Hospital Nacional Homeopático	4ª Delegación Cuauhtémoc	1
Clínica del IMSS	14ª Delegación Azcapotzalco	1
Clínica privada	20ª Delegación Iztapalapa	1
Sin dato	Sin dato	1
<b>Total</b>		<b>11</b>

<sup>78</sup> A partir del 28 de agosto del 2004 fueron suprimidas las agencias del MP establecidas en diversos hospitales del sector público, federal o local, del DF. Ver "Acuerdo A/009/2004 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, mediante el cual se suprimen las agencias investigadoras del Ministerio Público adscritas a los hospitales", en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, México, 14ª época, núm. 86, 27 de agosto del 2004, pp. 11 y 12.

Una última razón por la cual el personal de salud presenta denuncias, según indicaron algunos de los médicos entrevistados, es para protegerse de cualquier tipo de reclamación posterior por parte de las mujeres cuando es necesario efectuar intervenciones quirúrgicas mayores, tales como la histerectomía o extracción del útero.

## CAPÍTULO IV

### *LA DENUNCIA VERSUS EL RESGUARDO DE LA CONFIDENCIALIDAD*

*El interés primordial del médico es salvar la vida de las mujeres, nada más.  
Qué se hicieron y por qué se lo hicieron, no es nuestro problema.*

Enfermera retirada entrevistada

Las leyes mexicanas no establecen, de manera explícita, que el personal de salud esté obligado a denunciar los hechos delictivos que conozca durante el desempeño de sus tareas profesionales, como podrían ser los casos de abortos presumiblemente practicados de manera ilegal. Sin embargo, como se desprende de la muestra analizada, la mayor parte de las denuncias de aborto proviene de los hospitales, y específicamente, de los hospitales públicos. ¿A qué se debe que sólo las instituciones públicas de salud, y no las privadas, denuncien a las mujeres que abortan? Además de la presión que representaba para los médicos la presencia de las agencias del Ministerio Público en algunos de estos hospitales, un factor que pudo haber contribuido a ello es que los servidores públicos están legalmente más obligados a denunciar los delitos de los cuales tengan conocimiento que los ciudadanos “comunes y corrientes”. De acuerdo con el Artículo 117 del Código Federal de Procedimientos Penales (CFPP):

Toda persona que en ejercicio de funciones públicas tenga conocimiento de la probable existencia de un delito que deba perseguirse de oficio, está obligada a participarlo inmediatamente al MP, trasmitiéndole todos los datos que tuviere, poniendo a su disposición, desde luego, a los inculcados, si hubieren sido detenidos.

Cuadro 19. Denuncias de aborto, según el sector (público o privado)<sup>79</sup>

Sector	Ámbito	Número
Público	Distrito Federal <sup>80</sup>	27
	Federal	26
Privado	Distrito Federal	1
Sin dato		4
<b>Total</b>		<b>58</b>

Esta obligación, no obstante, va más allá de los servidores públicos. El Artículo 116 del mismo código también obliga a toda persona que conozca la comisión de un delito a “denunciarlo ante el Ministerio Público y en caso de urgencia ante cualquier funcionario o agente de la policía”.

A pesar de lo anterior, no queda claro hasta qué punto el personal médico de los hospitales públicos está obligado a denunciar los supuestos delitos de los que llegue a enterarse cuando realiza sus labores profesionales. En el DF es por demás evidente esta falta de claridad. Por un lado, la legislación establece la obligación de informar a las autoridades de los hechos delictivos, pero por otro, existen disposiciones legales que eximen de tal obligación al personal médico que labora en las instituciones públicas de salud dependientes del Gobierno local.

De acuerdo con el Artículo 16 Bis 2 de la Ley de Salud para el Distrito Federal, los usuarios de hospitales y clínicas adscritos a la SSDF tienen el derecho a que se les garantice la “seguridad de que la información sobre su estado de salud será confidencial y protegida”.

Esa misma confidencialidad se exige al personal médico que realice la interrupción legal de un embarazo, según lo estipulan los lineamientos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para regular tal práctica:

El personal médico y paramédico que participe en la práctica de procedimientos de interrupción legal del embarazo, deberá proporcionar un trato digno, respetar la confidencialidad del caso y dar seguridad a la paciente durante su estancia hospitalaria.<sup>81</sup>

<sup>79</sup> Véase también el Cuadro 18 que incluye el desglose por hospital, en la página 73.

<sup>80</sup> Se incluye aquí al Hospital de la Cruz Roja, como parte de las instituciones de salud adscritas a la SSDF, porque la normatividad que lo rige es la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal y no el Código Federal de Procedimientos Penales.

<sup>81</sup> “Circular/GDF-SSDF/02/02. Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal”, en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, México, 12ª época, núm. 57, 23 de abril del 2002, p. 24.

El derecho a la confidencialidad de los pacientes en los hospitales está además garantizado por la obligación de guardar el secreto profesional que tienen tanto médicos como otro tipo de profesionales, de acuerdo con lo establecido en el Código Penal Federal:

Se impondrán de treinta a doscientas jornadas de trabajo en favor de la comunidad, al que sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin consentimiento del que pueda resultar perjudicado, revele algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido con motivo de su empleo, cargo o puesto. [Artículo 210]

El castigo, indica el mismo código, deberá ser mayor si se trata de profesionistas, técnicos o servidores públicos:

La sanción será de uno a cinco años, multa de cincuenta a quinientos pesos y suspensión de profesión en su caso, de dos meses a un año, cuando la revelación punible sea hecha por persona que presta servicios profesionales o técnicos o por funcionario o empleado público o cuando el secreto revelado o publicado sea de carácter industrial. [Artículo 211]

Con relación al secreto profesional, el Código Penal para el Distrito Federal señala:

Al que sin consentimiento de quien tenga derecho a otorgarlo y en perjuicio de alguien, revele un secreto o comunicación reservada, que por cualquier forma haya conocido o se le haya confiado, o lo emplee en provecho propio o ajeno, se le impondrán prisión de seis meses a dos años y de veinticinco a cien días multa.

Si el agente conoció o recibió el secreto o comunicación reservada con motivo de su empleo, cargo, profesión, arte u oficio, o si el secreto fuere de carácter científico o tecnológico, la prisión se aumentará en una mitad y se le suspenderá de seis meses a tres años en el ejercicio de la profesión, arte u oficio.

Cuando el agente sea servidor público, se le impondrá, además, destitución e inhabilitación de seis meses a tres años. [Artículo 213]

Esta legislación podría aplicarse a los médicos que laboran en instituciones públicas de salud, no así al personal médico de las instituciones privadas, ya que se refiere sólo a aquellas personas “en ejercicio de funciones públicas”. Tal vez esto explique el hecho de que en la muestra analizada sólo se haya presentado una denuncia por parte de una clínica privada.

Con respecto a esto, es fundamental señalar que el Artículo 117 del Código Penal Federal deriva en una situación de injusticia social, ya que las mujeres que están en condiciones de costearse la atención médica en centros privados están protegidas de la posibilidad de la denuncia, no así aquellas cuya posición económica no les permite otra alternativa que atenderse en los hospitales públicos.

Esto significa que el Artículo 117 es violatorio de la garantía constitucional de igualdad ante la ley consagrada en el Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos según el cual:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

En el ámbito médico, existe además una serie de lineamientos éticos que refuerzan el secreto profesional. Por ejemplo, el Código Internacional de la Ética Médica establece que el médico debe preservar el secreto absoluto de todo lo que se le haya confiado. Esta obligación se mantiene incluso después de la muerte del paciente.<sup>82</sup>

Por su parte, códigos de ética, como el de la Asociación Mexicana de Cirugía General, también obligan a los médicos a no difundir información sobre el tratamiento que se dé a las personas que atiendan. En su Artículo 15, dicho código señala:

El cirujano general debe guardar el secreto profesional, ya que ello constituye un deber y un derecho. Un deber que debe perdurar aun después de que haya dejado de prestar sus servicios y un derecho limitado por los posibles daños a terceros.<sup>83</sup>

En resumen, tenemos entonces:

- a) Leyes que impelen a los médicos del ámbito público a denunciar los probables delitos de los que tengan conocimiento, pero no a los que laboran en el ámbito privado
- b) Leyes y lineamientos jurídicos que protegen el derecho a la confidencialidad de los pacientes y obligan a resguardar el secreto profesional, además de lineamientos éticos médicos similares

<sup>82</sup> Código Internacional de la Ética Médica adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, Inglaterra, octubre de 1949) y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial (Sydney, Australia, agosto de 1968) y por la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, Italia, octubre de 1983).

<sup>83</sup> Código de Ética de la Asociación Mexicana de Cirugía General. Disponible en <[http://www.amcg.org.mx/ce\\_2eticamed.html](http://www.amcg.org.mx/ce_2eticamed.html)> [consulta: 9 de noviembre del 2004].

Esta serie de contradicciones en las leyes podría conducir a que un profesionalista enfrente el dilema de denunciar o no a la persona a quien preste sus servicios, si sospecha que ha infringido la ley. Tal caso podría presentarse cuando un médico supone, por ejemplo, que la mujer a quien atiende se ha practicado un aborto ilegal.

Más allá de lo anterior, la legislación dista de ser precisa ante esta clase de situaciones. Así lo evidencia el hecho de que ningún artículo de la Ley General de Salud obliga al personal médico a denunciar los actos ilícitos de los que tenga conocimiento y menos aún en el caso específico del aborto.



## CAPÍTULO V

### *LA LEGISLACIÓN RESTRICTIVA Y SUS CONSECUENCIAS EN LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES POR ABORTO*

#### *1. Las dificultades de la atención oportuna*

El escaso número de denuncias de abortos en los hospitales es la “cara amable” de la problemática de la restricción legal que prevalece en México, porque demuestra que no existe una actitud persecutoria generalizada del personal médico, como tampoco de la mayor parte de la sociedad. La “cara oscura” es que la permanencia de un marco legal punitivo conlleva una serie de consecuencias negativas que afecta la calidad de la atención médica postaborto en los hospitales públicos (independientemente de que el aborto haya sido provocado o espontáneo). Entre tales consecuencias destacan:

- a) El temor de las mujeres que sufren complicaciones de aborto a recurrir a la atención hospitalaria por el riesgo de ser denunciadas
- b) La dificultad de contar con un diagnóstico oportuno, debido al ocultamiento de información por parte de las mujeres
- c) La saturación de los servicios

El primer gran obstáculo para la atención oportuna de las complicaciones de aborto es que el temor a una posible denuncia hace que las mujeres acudan a los hospitales como un último recurso, cuando, en muchas ocasiones, el dolor y las hemorragias les obligan a superar su miedo a ser denunciadas y a actuar para salvar su vida. Esto propicia que ingresen a las instituciones de salud cuando su estado físico ya es grave.

Las mujeres requieren del acompañamiento de otra persona, como cualquier persona que acude a un hospital para ser intervenida quirúrgicamente, pero el carácter clandestino del aborto dificulta encontrar la compañía y el apoyo que necesitan para acceder al hospital y esto a su vez contribuye a retrasar su ingreso al mismo.

Por otra parte, suele ocurrir que las mujeres acudan al hospital acompañadas por alguien que al momento de llegar desaparece por temor a verse involucrado en problemas legales. Esto origina que a diferencia de cualquier paciente de hospital, las mujeres con complicaciones postaborto experimenten su estado grave de salud y su estancia en los hospitales sin el apoyo de familiares o personas de su confianza.

Una vez en el hospital, saben que corren el riesgo de ser denunciadas, por lo cual suelen negar haberse practicado maniobras abortivas. De acuerdo con uno de los médicos entrevistados para este estudio:

En muchos casos esto actúa en su contra [...] porque puede retrasar la atención que reciben. El médico desconoce si las complicaciones se deben a maniobras abortivas que pueden tener consecuencias graves. Se entera cuando el mal está avanzado. Por ejemplo, si hay sangrado, el médico practica un legrado, pero no tiene la intención de identificar posibles lesiones. Avanza el tiempo y en los procesos infecciosos esto puede ser muy peligroso. Una infección grave puede ocasionar la muerte. A los tres días comienza la fiebre, el dolor abdominal, y es necesario trasladar a la paciente al quirófano. Si se sabe que hubo aborto inducido, esto puede prevenirse, para evitar, por ejemplo, la necesidad de una histerectomía.

Este punto de vista coincide con la opinión de las enfermeras entrevistadas:

Cuando llegan con un sangrado discreto el médico las pone en reposo nada más para evitar el aborto. Les preguntan: '¿Qué ha arrojado señora?'. Y ellas contestan: 'Nada, nada más estoy sangrando'. La mujer está feliz porque ya está sangrando, está pensando: 'ya la hice'. Pero no, cuando llega sangrando nada más, si no es copiosamente y si no ha arrojado nada, la ponen en reposo para evitar el aborto, porque como no confiesan que se hicieron algo, pues piensan que es un aborto espontáneo. Entonces se esperan hasta que sangra mucho y es cuando el caso se convierte en una emergencia. Todo eso es derivado de la penalización del aborto.

Un testimonio recogido por Ana Amuchástegui y Martha Rivas ilustra también esta disyuntiva que enfrentan las mujeres:

Ahí me dijeron [en el hospital]: 'La vamos a detener, pero antes nos va a decir qué cosa se hizo, porque qué tal si le ponemos una sustancia y le vaya a afectar'. La mera verdad yo tenía muchísimo miedo, pero les dije que no me había yo hecho nada. La vecina ya me había advertido que no fuera yo a decir nada porque si no se iban a ir

contra mí y luego contra ella. Son unos momentos bien desesperados, uno no sabe qué hacer, de veras.<sup>84</sup>

El testimonio incluido en el Capítulo VI ejemplifica también en forma clara una situación similar: una mujer a la que un médico le había perforado el útero cuando le practicaba un aborto, enfrentó la posibilidad de perder la vida al ser intervenida en el hospital tardíamente, pues ya habían pasado 36 horas desde que interrumpió su embarazo. La información que proporcionó a los médicos les impidió a éstos percatarse de que requería atención urgente.

Por otra parte, comunicar a los médicos que se han practicado maniobras abortivas expone a las mujeres en tal circunstancia al juicio negativo, al maltrato y a la resistencia del personal de salud. En otro testimonio recogido por GIRE, una mujer narró que cuando les hizo saber a los médicos que se había practicado un legrado, el maltrato y la indiferencia frente a la hemorragia grave que presentaba fueron mayores. Tuvo que esperar ocho horas para ser intervenida, tiempo durante el cual la hemorragia no cedió. Después de esto, los médicos le practicaron un legrado, que en lugar de contribuir a mejorar su estado de salud, propició el agravamiento de la infección que traía. La mujer estuvo a punto de tener que ser intervenida nuevamente, esta vez para que se le extrajera el útero.

Es importante enfatizar que las actitudes discriminatorias o vejatorias de quienes atienden a las mujeres con complicaciones postaborto en los hospitales, atentan contra su correcta recuperación y comprometen su integridad psíquica y su salud emocional. La ONU, a través del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, enfatiza dicho riesgo en la Recomendación General 24, en la cual exhorta a los Estados adherentes a informar en qué forma la atención médica tiene en cuenta las características y factores privativos de la mujer. El Párrafo 12 (inciso d) de esta Recomendación dice lo siguiente:

La falta de respeto del carácter confidencial de la información [...] puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esta razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para [...] atender a casos de abortos incompletos [...]

En cuanto a las consecuencias para las propias instituciones de salud, destaca que esta problemática aumenta considerablemente los costos de atención

<sup>84</sup> Amuchástegui, Ana *et al.*, "Aborté... el secreto que no queremos callar", en Adriana Ortiz-Ortega (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*, México, The Population Council-EDAMEX, 1994, pp. 227-228.

hospitalaria y profundiza los problemas de capacidad que, ya de por sí, se tienen para la atención de la salud reproductiva de las mujeres en general. Cabe mencionar que las condiciones en las que los médicos de estas instituciones laboran son verdaderamente agobiantes para ellos y desastrosas para las mujeres: frente a una demanda desbordante de servicios, hay recursos materiales y personal insuficientes. La higiene y el espacio son inadecuados, y el personal no está bien capacitado.

## ***2. La calidad de la atención***

Uno de los factores que más negativamente incide en la calidad de la atención médica de las complicaciones postaborto en los hospitales públicos es la visión ideológico-religiosa que, con frecuencia, tiene el personal ahí adscrito. Un ejemplo de ello lo constituyen los resultados de una encuesta aplicada a 180 miembros del personal de salud de hospitales públicos del DF y de otras entidades, con la finalidad de identificar sus representaciones en torno al aborto.<sup>85</sup>

La percepción de las y los prestadores de servicios médicos, de acuerdo a la encuesta señalada, mostró que el 46.66% consideraba al aborto como un evento inducido por las mujeres. Cabe señalar que, por un lado, ninguna de las preguntas hacía mención al “aborto inducido” y, por otro, que el nombre del taller era “Atención integral a las mujeres en situación de aborto”. Esto indica que cerca de la mitad creía que las causas por las cuales una mujer aborta son de carácter voluntario y premeditado; ignorando tácitamente que la mayoría de los embarazos se pierden de manera espontánea por razones de origen genético,<sup>86</sup> independientemente de la conducta de la mujer. Lo anterior evidencia la presencia de un prejuicio establecido a manera de representación, donde las y los prestadores de servicios médicos dan mayor valor a éste, que a los

<sup>85</sup> Ver Campos, Carlos y Cuautli Suárez, “Representaciones del aborto en prestadores y prestadoras de servicios médicos (PSM) en México, una evaluación cualitativa”, ponencia presentada en la *II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de Salud Pública en América Latina y el Caribe*, El Colegio de México, México, 17 al 19 de agosto del 2005 [documento no publicado].

<sup>86</sup> Ver Bolage, C., “Survival probability of human conceptions from fertilization to term”, en *International Journal of Fertility and Women’s Medicine*, núm. 35, 1990, pp. 75-94. Wilcox, A. *et al.*, “Incidence of early loss of pregnancy”, en *New England Journal of Medicine*, V. 319, núm. 4, julio de 1988, pp. 189-194.

motivos reales de un aborto o a la frecuencia con que éste se presenta de manera espontánea.

Las creencias morales y religiosas se manifestaron como referencia importante en las expresiones verbales y escritas de los prestadores de salud en respuesta a las preguntas: “¿qué piensas cuando escuchas la palabra aborto?” y “¿qué sientes con respecto de tu pensamiento?”. Algunas de estas expresiones fueron:

- “Me siento mal, porque la mujer está acabando con la vida de un ser que no pidió venir al mundo”
- “Me da coraje, porque está matando o quitándole la vida a un ser indefenso”
- “Es un crimen, una irresponsabilidad de su parte”
- “Me da coraje, porque habiendo mujeres que no pueden tener hijos, ellas se deshacen de ellos”
- “Me da tristeza, porque se interrumpió la vida de un bebé”

De acuerdo con algunas estudiosas del tema del aborto, un obstáculo para que el personal de salud tenga una visión integral del mismo tiene su origen en las escuelas de medicina del país, en las cuales generalmente están ausentes contenidos relacionados con la salud y los derechos reproductivos. El tema del aborto es abordado desde una perspectiva biomédica y sus aspectos éticos desde un punto de vista moral-religioso conservador. A esto se añade que casi nunca se consideran los referentes legales en materia de aborto, de manera que pocos profesionales médicos entienden las leyes que regulan y permiten la interrupción del embarazo bajo determinadas circunstancias.<sup>87</sup>

Otro factor que incide negativamente en la perspectiva ante el aborto de los profesionales de la salud es la ausencia de programas sistemáticos de sensibilización y capacitación en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos, bioética, género y derechos humanos, violencia de género, etcétera.

Hay que añadir también que los textos académicos de consulta en las escuelas de medicina no son los únicos que carecen de una perspectiva adecuada para tratar el tema. Existen también materiales de consulta provistos por el Gobierno que contribuyen a reforzar una visión sesgada. Tal es el caso de un

<sup>87</sup> González de León, Deyanira y Deborah L. Billings, “Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals”, en *Gender and Development*, Oxford, V. 9, núm. 2, julio 2001, p. 91.

manual de procedimientos del IMSS, comúnmente utilizado por los médicos y las médicas de la especialidad de ginecología y obstetricia,<sup>88</sup> en el cual el tema del aborto es tratado, por una parte, como una patología o enfermedad y, por la otra, el texto define y clasifica al aborto inducido como “aborto criminal” y deja fuera tanto la situación social que lo envuelve como la legislación que lo regula.

El poco conocimiento que, en general, se tiene de las leyes sobre el aborto es otro de los factores que inciden en la calidad de la atención médica. Sin embargo, el tema ha ido mereciendo una mayor atención pública en los últimos años. Por ejemplo, en una encuesta aplicada en el 2000 a 121 médicos residentes de hospitales públicos del DF se encontró que sólo el 64% de ellos sabía que en esta ciudad el aborto es legal bajo algunas circunstancias,<sup>89</sup> mientras que en un sondeo nacional de opinión, que el Population Council hizo en el 2002, el porcentaje fue del 83%.<sup>90</sup> En ambas encuestas los médicos aceptaron las circunstancias permitidas por la ley para interrumpir un embarazo, pero rechazaron que una mujer abortara por causas tales como fallas en los métodos anticonceptivos, encontrarse en una situación económica precaria, ser menor de edad, o que simplemente decidiera no llevar a término su gestación.<sup>91</sup>

Sería deseable que este tipo de cambios en la mentalidad de algunos profesionales de la salud permeen cada vez más al interior de las instituciones de salud, y adquieran nuevos matices tendientes a una mayor sensibilidad y comprensión hacia el grave problema de salud pública que representa el aborto en nuestro país.

<sup>88</sup> Matute Raffray, Manuel Mario, “Aborto”, en Eduardo Núñez Maciel (coord.), *Ginecología y obstetricia*, México, Méndez Editores, 1993, pp. 239 y 244.

<sup>89</sup> González de León, Deyanira, *op. cit.*, p. 91.

<sup>90</sup> Population Council, *Opiniones y respuestas. Resultados de una encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto*, México, 2004, p. 7.

<sup>91</sup> *Ibidem*, p. 16.

## CAPÍTULO VI

### **TESTIMONIO DE UNA MUJER DENUNCIADA POR ABORTO**

Éste es el testimonio de una mujer que fue denunciada por los médicos que la atendieron en un hospital de la Ciudad de México. Ella enfrentaba una situación económica totalmente precaria y para subsistir dependía de su cónyuge, por lo que se vio obligada a abortar cuando él la amenazó con abandonarla si continuaba con el embarazo. El médico que le practicó el legrado en una clínica clandestina le perforó el útero y tuvo que ser hospitalizada en estado de gravedad.

#### *Antes del aborto*

*Rosa*, de 27 años de edad, tenía dos hijos. En ese momento atravesaba por una situación muy inestable con el padre de sus hijos, *Jorge*, un joven de 22 años que trabajaba como chofer en uno de los taxis de su papá. *Rosa* dependía económicamente de él, pero vivía en casa de su madre.

Dos años antes, cuando tuvo su primer embarazo, *Rosa* se fue a vivir con él a casa de su familia, en donde estuvo sometida al control y al maltrato de su suegra, para quien no era aceptable que ella fuera cinco años mayor que su hijo. Esto repercutió negativamente en la relación entre ambos. *Rosa* no se sentía apoyada por él y poco a poco la tensión fue creciendo. Una noche tuvieron una riña violenta, durante la cual *Jorge* la agredió físicamente y al día siguiente su suegra decidió correrla. *Rosa* tomó algunas de sus pertenencias, salió con su hija —que para entonces ya había nacido— y regresó a casa de su madre.

Pocas semanas después se percató de que estaba embarazada nuevamente y fue a buscar a *Jorge*, pues la situación económica en casa de su madre era muy precaria, y debido a su estado de gravidez, no podía buscar trabajo. Él se negó a ofrecerle su apoyo y *Rosa* decidió demandarlo para obligarlo a darle una pensión alimenticia, pero él negó la paternidad y la demanda no prosperó, ya que la niña no estaba registrada con sus apellidos. La única forma de demostrar la

paternidad era mediante un examen de ADN que costaba diez mil pesos y *Rosa* no tenía ese dinero.

Él regresó a buscarla cuando ella tenía siete meses de embarazo. Le pidió perdón y le dijo que quería regresar con ella. *Rosa* lo aceptó nuevamente y él empezó a apoyarla económicamente y a visitarla cada semana en casa de su mamá. Ella creyó que había recuperado la relación con su pareja y empezaron a hacer planes para rentar una casa e irse a vivir juntos. En ese tiempo nació su segundo hijo.

Mi sueño era estar con *Jorge*, tener una familia bien, yo a mi hogar y él a su trabajo y pues a mis hijos. Una familia como la que siempre he querido, ¿no?, porque también en mi casa nunca estuvimos juntos con mis papás, que yo me acuerde. Y pues [...] yo nunca me cuidé, nunca tomé nada ni me puse un dispositivo. Nada ¿no? Ni él tampoco. Porque luego, él me decía: ‘Ay no, yo sí quiero tener cuatro hijos o tres hijos’.

Cuando su segundo hijo iba a cumplir seis meses, *Rosa* se embarazó de nuevo. Seguía viviendo con su mamá, y le preocupaba que ella se fuera a enterar del embarazo.

Yo no quería darle esa angustia a mi mamá, de que otra vez estaba embarazada, porque ella se enojaba mucho: ‘Yo no lo quiero ver, tú que le crees, nomás te vino a bajar las estrellas. Nada más lo único que te pido es que no te acuestes otra vez con él’. Pero yo ya lo estaba haciendo y me sentía mal, porque nunca se lo dije. Por eso quería que él me llevara, que nos fuéramos a rentar [una vivienda], antes de que se me notara, para que ella no sintiera ese golpe.

En un principio, *Jorge* le decía que iba a buscar un lugar para rentar, pero después de un mes cambió de opinión y le dijo que su situación económica no le permitía llevar a cabo esos planes, que lo mejor era que ella abortara.

Yo esa vez empecé a llorar y le dije: ‘¿Cómo voy a abortar, *Jorge*?, eso es peligroso, ¿qué tal si me pasa algo? ¿Por qué no pensaste eso antes? Si sabes que no estás para pagar renta ni para tener tres hijos, que no vas a poder, ¿por qué no lo evitamos?, ¿por qué no te cuidaste o me dijiste: cuídate?’. Y él me decía: ‘No, pues es que es la única solución, imagínate con otro, ahorita el niño va a cumplir seis meses apenas y pues no, no voy a poder’. Y yo estaba cada noche pensando. Tal vez pensé mal, pero yo veía mi situación y decía: ‘No, no voy a poder yo sola: medicinas, consulta, cuando llegue el parto, luego la operación del niño’. Se me vinieron miles de cosas.

### *En la clínica clandestina*

*Jorge* la citó un día para verse en el metro. Ella llegó muy angustiada con sus hijos y con muchas dudas acerca de la decisión de abortar. Tenía casi tres meses de embarazo. Veía a su hijo pequeño y pensaba: “Es una vida, es un ser humano que

está formado y eso". Caminaron hasta el edificio y al llegar ella sintió miedo y se arrepintió. Él intentó convencerla, pero al no tener éxito la amenazó:

Me dijo: '¿Quieres estar sufriendo en tu casa? Yo no voy a estar contigo, ¿eh? De una vez te lo estoy diciendo. Y ni llores. Ahorita no es de llorar, sino de resolver esto. ¡Tú no vas a tenerlo!', y que me avienta al niño y me dice: 'Ten, pero desde este momento yo ya no voy a ir a verte, no te voy a dar para las medicinas, ni para las consultas, ni para la niña. Yo me desaparezco. A ver cómo le haces para aliviarte, para cuando operen al niño, para comer, para todo. A mí ni me busques, de una vez te lo advierto'.

Se dio la vuelta y me dejó ahí llorando con mis hijos. Entonces en ese momento dije: 'Bueno y ¿qué voy a hacer?'. El niño empezó a llorar y me vi envuelta pensando en eso y dije: 'Sí, sí, tiene razón, no voy a poder, ¿para que este bebé venga a sufrir? ¿Para que luego lo mate de hambre? ¿Para que no les dé ni a uno ni a otros? Yo no quiero que mis hijos sufran, porque yo he sufrido y no quiero que ellos pasen por eso y no voy a traer a otro bebé a sufrir más'.

*Rosa* se fue corriendo detrás de él, le gritó y lo alcanzó. Le dijo que había cambiado de opinión y que sí iba a entrar al edificio. Él le pidió que se calmara y tocaron la puerta. Les abrió el médico, le dijeron que tenían cita y los pasó. Ella recuerda que el edificio no estaba nada mal y que la recepción era confortable. El médico le pidió el dinero a *Jorge*. Eran tres mil pesos, pero él sólo había logrado juntar dos mil. El médico contó el dinero, aceptó y le dijo a *Rosa* que pasara al consultorio.

Entonces me dijo: 'Póngase una bata, se quita las pantaletas, su pantalón, sus calcetines, sus zapatos y se recuesta aquí'. Había una camita como de fierro, tenía algo para que uno subiera los pies, como cuando una va a dar a luz. Y era todo. Yo buscaba oxígeno. Como ya me había aliviado del [segundo] niño, yo buscaba algo así, ¿no?, y decía: '¿Bueno y aquí qué?'. Y lo que me sacó de onda fue cuando vi un Cristo y una Virgen. Yo me dije: '¿Y esto qué?, si no estamos en una iglesia'. ¿No?

Me dio mucho miedo. Sentí un escalofrío. Quería salirme corriendo, pero luego se me venían a la mente mis problemas: ¿Qué iba a hacer? Y es que la verdad yo he vivido lo que es no tener para leche, para pañales, lo que es aguantarme el hambre, y decía: 'Con tres no, para qué traerlo a sufrir'.

Y ya total que me recosté y me acuerdo que además me persigné y hasta recé porque sentí mucho miedo, y luego oía cómo lloraban mis hijos. Y ya dije: 'Dios mío ayúdame, tú sabes porqué lo hago', y en ese momento decía yo: 'Ya me voy a alejar de él, porque pues no me quiere'. Ahí se me cayó esa venda de los ojos.

Me acuerdo que entró el doctor y me amarró una liga en las piernas, y ya de repente dijo: 'Ya está'. Entonces entró otro doctor mucho más joven, con una jeringa y una

agujota y me dijo: 'Va a sentir un piquete en su mano'. Y eso es todo lo que me acuerdo. Ya cuando desperté, me sentí toda mareada. Me desperté llorando y quejándome. Me acordé en dónde estaba. Cerré los ojos y ya me dije: 'Ya pasó, ya pasó, ya voy a estar bien, ya quiero reponerme para estar con mis hijos'.

Además del mareo y la debilidad, *Rosa* se dio cuenta de que tenía un dolor en el abdomen. Pensó que tal vez era normal en un aborto. También le extrañó que no estaba menstruando, porque una amiga le había contado que después de un legrado hay sangrado. Antes de irse le preguntó al médico. El doctor le contestó que era normal, que en unas dos horas vendría el sangrado y le dio un medicamento para el dolor. *Rosa* salió de ahí caminando encogida por el dolor que sentía en el vientre, que en lugar de disminuir iba en aumento. Tomaron un taxi y cuando ella le pidió dinero a *Jorge* para las medicinas, se dio cuenta de que ya no contaba con su apoyo.

Me empezó a decir: 'No, ya no tengo dinero, ¿qué crees que pagué cualquier cosa? Pagué dos mil pesos. Pídele a tu mamá, dile que me preste y yo se lo pago después'. Yo le decía: 'Es que me duele mucho, mi mamá llega hasta la noche', y él contestaba: '¡Pues consíguelo!, ¡consíguelo!'. Eso fue el jueves, y me dijo: 'Te voy a ir a ver hasta el domingo, ¿eh?, porque ahorita ya me quedé sin un quinto y tengo que trabajar para volver a tener dinero. No te puedo llevar hasta tu casa, ya se me hace tarde y tengo que trabajar'.

Nada más me dejó en las *combis* con mis dos hijos. Todo el camino me fui llorando, me dolía mucho todo porque decía: 'Después de que me hice esto, no siento su apoyo'. Me sentí como un perro, que me botó así nomás, que me utilizaba, ¿no?, que nada más me tenía cuando él quería, y hacía de mí lo que él quería.

### *Después del aborto*

Llegó a su casa dos horas después. Aguantó el dolor y le dio de comer a sus hijos. Se recostó un rato y a las seis y media de la tarde llegó su papá. Le preguntó qué tenía y ella le dijo que le dolía el estómago. El papá pensó que era un problema digestivo, le dio una pastilla y cargó al bebé. *Rosa* no dejaba de llorar y estaba arrepentida de haber abortado. Pensaba que Dios la estaba castigando por haberlo hecho. A las nueve de la noche llegó su mamá y la escena se repitió: *Rosa* le dijo que le dolía el estómago y no le contó nada.

Yo lloraba más y me decía: '¿Por qué?, ¿por qué?'. Odiaba al papá de mis hijos en ese momento. Decía: '¡Ese maldito!, ¿por qué me dejó así?, ¿por qué?'. Ésa ha sido la peor noche de mi vida.

Como a las cuatro de la mañana yo no aguantaba el dolor. Me revolcaba y apretaba mi panza para que mi mamá no se diera cuenta, pero ya no aguanté.

Le dije: 'Mamá, es que me duele mucho'. 'Pues ya te dieron medicina', me decía. Ella tenía que ir a trabajar, trabaja en una fábrica. Y ya que le dije: 'Es que me hice un legrado'. '¿Qué?, ¿cuándo?, ¡cabrona! ¡Te me vas a la chingada de aquí, ahorita bajas por tus cosas y te vas! ¡Te dije que no te metieras con ese infeliz! ¡Ya ves!'. Bueno, me empezó a decir así y también me hizo sentir así de mal y me dijo: 'Yo me voy a ir a trabajar y así como él te llevó, así ve y búscalo, que él te resuelva eso'.

Y yo le rogaba, le explicaba y le decía: 'No me dejes mamá, me voy a morir, me siento muy mal, no vayas a trabajar, me duele mucho, te lo juro que no aguanto'. Tanto le rogué y cómo me vería que me dijo: '¿Estás sangrando?'. Le dije: 'no'. '¿No estás sangrando?', repetí que no. '¿Y en dónde te fuiste a hacer eso?'. Le conté y también le dije que él me había obligado'. '¡Ay, de veras que cómo! ¡Te vas a morir!, ¡no piensas en tus hijos!, ¡y a ese infeliz, no lo quiero ver aquí!'.

Su mamá fue a conseguir dinero con una tía. Su padre salió de la casa y se desentendió del problema. A *Rosa* no le extrañó, porque ya estaba acostumbrada a no contar con su apoyo.

Mamá regresó a las ocho de la mañana y me dijo: 'Vámonos otra vez a donde te llevó él, porque a dónde más te llevo, *Rosa*, ése es un delito. Si te llevo a otro lugar no te van a recibir y hasta a la cárcel vas a ir a dar'. Yo no había parado de llorar y arrepentirme. Y ahí vamos con los niños. Yo apenas podía dar pasitos.

### *De nuevo a la clínica clandestina*

Llegaron con el médico y éste reconoció a *Rosa* al instante. Le explicaron lo que sucedió y él le pidió a *Rosa* que pasara para revisarla. El consultorio era distinto:

En éste sí tenían algodones, anaqueles con sus instrumentos, alcohol, un aparato para hacer ultrasonidos y esa cama sí tenía hasta sus sábanas. La otra no, era de fierro, ni colchoncito.

El médico le dijo que tenía unos coágulos de sangre y que el cuello de la matriz estaba apretado, que iba a tener que anestesiarla de nuevo, pero sólo por cinco minutos. De nuevo le pidió que se desvistiera y se recostara. Le amarró las piernas y le aplicó en el brazo una inyección con anestesia. Para sorpresa de *Rosa*, cuando despertó el dolor había aumentado en vez de disminuir. Se quejó con el médico pero él le aseguró que en un momento se le pasaría. Le dio a tomar tres pastillas y le dijo que ya se podía vestir.

¡Ay no!, ¡apenas si me pude parar! ¡Empeoró todo! Yo seguía llorando. Entonces me preguntó mi mamá: '¿Qué pasó?'. Le dije: '¡Me duele más!'. 'Es que su hija es muy quejumbrosa, se queja de todo', le dijo el doctor. Y le dijo mi mamá: 'No doctor, ella cuando se queja es porque le duele, porque ella no es así'. Y ya le dije yo: 'Ya vámonos,

ya vámonos'. Yo ya me quería ir, porque decía: 'Éste ni me hizo nada, nada más otra vez me lastimó y me dejó igual'. Nos salimos y agarramos un taxi, porque yo ya no me aguantaba.

*"Diles que te caíste"*

Fueron a casa de su abuela, que vivía cerca de ahí. Le contaron lo que había pasado y la abuela les advirtió que si iban al hospital la podían meter a la cárcel, pero *Rosa* se sentía tan mal que le dijo a su madre que no le importaba lo que pasara, que la llevaran al hospital porque ella se sentía muy mal. El dolor se hizo tan intenso que ya casi no podía hablar, sentía que tenía que respirar profundamente. Su mamá accedió, pero le advirtió que no dijera que se había hecho el aborto porque podría ir a dar a la cárcel y si eso sucedía —sostuvo—, ¿qué pasaría entonces con sus hijos? "Diles que te caíste, que fuiste al baño y empezaste a sangrar". *Rosa* no dejaba de llorar.

Llegamos a urgencias y me preguntaron: '¿Qué tiene?'. 'No, pues que creo que abortó', dijo mi mamá. 'Pásele', me dijeron, y ya cuando pasé con la doctora me hizo un tacto y me dijo: 'Sí, trae amenaza de aborto. ¿Cuántos meses tiene?'. 'Voy a cumplir tres'. 'Se va a tomar estas medicinas y mañana se viene a las ocho de la mañana para hacerle un ultrasonido a ver si podemos salvar al bebé'.

En ese momento yo me alegré, dije: 'Ay, todavía tengo a mi hijo', como que me arrepentí y dije: '¡Sí lo voy a tener!'. Me di valor y dije: 'Bueno, ese doctor nada más me sacó el dinero y no me ha de haber hecho nada. A lo mejor nada más lastimó al bebé y por eso me duele'. Y ya me salí a la vez contenta, con ánimos y le conté a mi mamá. Y ya me dijo mi mamá también: '¡Ay!, ¡bendito sea Dios!, ¡ya ves!'. Y ya, como que había una esperanza. Me compró las pastillas y me las tomé, ¡pero ay no! ¡Otra vez toda la noche quejándome! Dice mi mamá que me quedaba dormida y me seguía quejando.

Al día siguiente ya no pude caminar. Me llevaron en un taxi y en el hospital luego luego me llevaron a ultrasonido y cuando me lo hicieron me dijeron: '¿Qué le pasó?'. Y ya les dije: 'No, es que me caí', y como a la media hora me dieron ganas de ir al baño. Fui y empecé a arrojar sangre, así como coágulos de sangre. 'Sí —dijeron—, fue un aborto, pero un aborto incompleto. Se va a quedar porque le vamos a hacer un legrado. Si la dejamos así le va a dar una infección y se van a complicar las cosas. ¿Con quién viene?'. 'Con mi mamá', contesté. Ya me empezaron a tomar los datos.

Me dijeron: 'Se pone esta bata, se quita su ropa, sus anillos y sus aretes'. Y ya otra vez me quedé, pero en ese momento yo lloraba, porque decía: '¡Mi mamá se tiene que ir a trabajar y quién va a cuidar a mis hijos! ¡Ya perdí a mi bebé, el doctor sí me hizo algo!'.

Me metieron a otro cuarto en donde las tienen a todas antes de pasar al quirófano y dijo el doctor: 'Es legrado, tiene un aborto incompleto, se cayó y arrojó parte del bebé, hay que limpiarla bien'. Pasaban y me sumían el estómago. Me hacían tactos y todo. Yo me aguantaba el dolor porque pensaba: '¿Qué tal que me dicen: ¿y por qué le duele ahí señora?'. Nada más apretaba mis dientes y me encogía del dolor.

### *La operación y los interrogatorios*

Tuvieron a Rosa con suero durante todo el día: desde las ocho de la mañana hasta las siete de la noche, cuando la pasaron al quirófano. La perforación del útero llevaba ya más de 48 horas. Era sábado y el legrado se lo había practicado el jueves al mediodía.

Me empezó a dar mucha fiebre. Me dieron una pastilla y dijo la señorita: 'Pásala al quirófano'. Me pasaron y ya. Pero ahí sí me rasuraron y me pusieron varios desinfectantes, me pusieron suero. Yo vi luego luego la atención, la diferencia, ¿no? 'Empiece a contar del uno al diez', me dijo el doctor. Me acuerdo que conté uno, dos, tres y ya no supe nada más.

Cuando desperté, ya no sentí el dolor. Ya no sentía el dolorzazo aquél. Abrí mis ojos y dije: '¡Ya no me duele!'. Bajé mi mano para tocarme donde me dolía y me sentí cosido. Moví más mi mano y sentí abierto y el tubito de la sonda, y yo dije: '¿Qué me hicieron?'. Con un legrado pues no te abren, yo dije: '¡Ay!, ¿por qué estoy así?'. Desde ahí me sorprendí mucho, nunca me imaginé. Una doctora se acercó, me agarró la mano y me dijo: '¿Cómo te sientes?, ¿ya no te duele aquí?'. Le dije que no y le pregunté: '¿Qué me hicieron, por qué me abrieron?'. Entonces me dijo: 'Porque usted traía una perforación y a fuerzas teníamos que abrirla, para poder corregir eso. Usted tranquila, porque van a venir a platicar con usted'.

En ese momento yo empecé a dudar: 'Bueno qué, ¿se darían cuenta o no?'. Como que no me esperaba lo que iba a pasar. A los 15 ó 20 minutos llegó un doctor con dos señores y me dijo: '¿Qué le pasó, señora?'. Y ya otra vez le empecé a decir: 'Me caí', y lo mismo. Y me dijo: 'No es cierto, señora, usted ya se había ido a practicar un legrado, un aborto'.

Cuando me dijeron eso yo sentí horrible ¿no? Luego luego se me venía a la mente la cárcel. 'Ahora sí me van a encerrar. Ya se dieron cuenta'. Y yo les decía: 'No, no, yo me caí...'. Yo seguí en eso. 'No es cierto, señora, ¿sabe por qué la operaron?, porque a usted le hicieron una perforación y se estaba desangrando y la tuvimos que operar. Usted nos tiene que decir a dónde fue. Usted fue a otro lado. Usted vino aquí diciendo mentiras, así es que nos va a decir bien a dónde fue y qué se hizo, porque nosotros, como médicos, hija, ya sabemos. Eso fue un legrado y se lo hicieron mal, la perforaron, entonces tuvimos que dar parte a la procuraduría, porque eso está penado. Estos señores son de la procuraduría y hay que investigar todo eso'.

Todo lo que yo les decía lo apuntaban. ‘¿A qué horas fue?, ¿en dónde?, ¿cómo fue?, ¿por qué?’. Pero yo siempre decía que me caí, que me caí. Ese día fue la única vez que vinieron porque ya era en la madrugada, pero al otro día tempranito ya los tenía otra vez ahí haciéndome las mismas preguntas.

En un día venían como tres veces. Vinieron el sábado, una vez en la noche, y luego el domingo, el lunes, el martes, el miércoles y el jueves: cinco días seguidos.

En ningún momento le dieron a conocer sus derechos a *Rosa*: el derecho a permanecer callada o bien a dar su declaración con la ayuda de un abogado defensor o con la presencia de alguien de su confianza. Tampoco le asignaron un defensor de oficio, y si así fue, nunca se lo dijeron.

Desafortunadamente, parece ser que ésta es una práctica ilegal frecuente. Al decir de la agente del MP entrevistada:

Mire: nosotros, en el afán de sacar nuestro trabajo a veces no les informamos [de sus derechos]. ¿Por qué? Porque si yo le doy permiso al licenciado [defensor de oficio] para que hable con usted, ¿qué le va a decir? Pues niégalo. Tú no hiciste nada. Te caíste, te pegaste. Y nadie la va a sacar de eso. Y esa es la labor del abogado: sabes qué, te digan lo que te digan tú jamás vas a decir nada, porque como abogados defensores es nuestra obligación defenderlos, pero por nuestra parte tenemos la obligación de consignarlos.

### *Entre la vida y la muerte*

Durante esos días en que permaneció en el hospital, *Rosa* se vio sometida a una enorme tensión, con el temor permanente de ir a prisión y la incertidumbre por el futuro de sus hijos. Su familia también estaba preocupada. Ya habían decidido que no la iban a dejar sola y que iban a pedirle ayuda a un tío que tenía dinero. Ella lo supo hasta que habló con ellos después, porque no le permitían recibir a nadie. Incluso había dos policías preventivos custodiándola cerca de los elevadores.

Como al segundo o tercer día me dijo el doctor: ‘Señora, déle gracias a Dios que le dio una oportunidad, porque usted se vio muy grave. Estuvo entre la vida y la muerte. Échele ganas’. Y mi mamá me platicaba después también que le dijeron que yo estaba muy grave.

Le habían colocado una sonda, porque la lesión comenzó a causarle complicaciones en los intestinos. En esos días no había comido. El vientre se le estaba hinchando, porque no podía expulsar las heces y le habían colocado una sonda para drenar.

## *“Ocho años de prisión”*

La ponían a caminar y había un camillero que la molestaba y la asustaba. Le advertía que era mejor que no dijera mentiras porque le iban a dar más años de cárcel, que él había sabido de varios casos así en el hospital y que mejor dijera la verdad.

‘¡No!, son como ocho años, ¿eh?, de lo que usted hizo, si no es que hasta más, si le va bien’. Y yo me espantaba. Pensaba: ‘Sí es cierto, y mis hijos qué culpa tienen, ¿por qué los voy a castigar de esa manera?’. Bonito se va a oír este relato: ‘La mamá en la cárcel, el papá la dejó, y los hijitos, a ver qué es de ellos’.

Al tercer o cuarto día subió a verla una de las psicólogas del hospital. La trató amablemente y le aseguró que la iba a apoyar y le aconsejó decirle la verdad. Hasta ese momento nadie más en el hospital le había hecho sentir confianza. Al contrario, todo el tiempo se sentía blanco de miradas reprobatorias, no sólo por parte de los médicos y enfermeras, sino también de las trabajadoras sociales. La psicóloga le aseguró que todo lo que le dijera iba a ser confidencial. En un principio *Rosa* le dio la misma versión de la caída, pero ella le inspiró confianza y decidió cambiar de idea. Le contó todo. La psicóloga le pidió que se calmara y que así como se lo había contado a ella, que se lo contara a los agentes de la procuraduría. Le aseguró que ella la iba a apoyar y que no estaría sola. A los dos días cambió su declaración.

### *La declaración*

Esa vez me acababan de bajar para hacerme un ultrasonido y cuando me subieron ya no me llevaron a mi cama, sino que me metieron a una oficina. Había ahí como cuatro señores de traje y estaba también mi mamá. Hasta ese día fue cuando la vi. Yo me sentía bien mal, porque, pues, la había defraudado y todo, ¿no? Empezamos a llorar mucho las dos, pero yo traía sonda, me sentía toda mareada, me sentía bien mal.

Delante de mi mamá empecé a declarar la verdad: desde que él me propuso eso, cuando fui, lo que peleamos abajo, lo que pasó adentro del consultorio. ‘Describenos al doctor, el edificio, la sala donde te metió, danos horas, fechas’, me pidieron. Todo eso ellos lo supieron y también lo escribieron.

En ese momento uno de ellos habló y él era el que se veía que movía a todos. Me dijo: ‘Mira, *Rosa* —hasta me dijo por mi nombre—, no es verdad que vayas a ir a la cárcel. A ti no te va a pasar nada. Dándote de alta el hospital, te vas a tu casa y te olvidas de todo esto. Nosotros lo único que queremos es que nos ayudes a atrapar a la persona que te dejó en ese estado. Mírate, mira cómo te dejó y además estuviste a punto de morir.

Ayúdame a capturar y a arrestar a esta persona, porque si lo dejamos libre, él va a seguir haciendo lo mismo. ¿Y tú, quieres que siga lastimando a más personas igual que a ti? A ti no te va a pasar nada'. Y pues sí, yo dije: 'No, no', y pensé: 'Pues canijo doctor, ¿no? Si no sabía eso, qué tal si me mata'. Eso fue lo que se me vino a la mente.

Entonces le dije: 'Sí, yo le ayudo', y me dijo: '¿Y estás dispuesta a ir a reconocerlo?'. Le dije que sí y ya declaré todo. Después leí mi declaración y la firmé.

### *El dictamen médico-forense*

Le prometieron que no la iban a volver a molestar, pero aún faltaba el dictamen del médico forense para integrar la averiguación previa. Tenían que hacerle un examen ginecológico para comprobar la existencia de lesiones y maniobras abortivas.

Yo me sentía muy mal, muy lastimada, moralmente y todo y esa vez eran como cinco. Uno sí era doctor porque traía una bata, y el doctor del hospital también estaba con ellos. Afuera, las trabajadoras sociales no sé qué tanto alboroto traían. Me empezaron a decir: 'A ver, enséñenos la cicatriz de aquí, y enséñenos la de acá, y ¿a qué horas fue...?'. Lo mismo de siempre.

Pero esta vez le dijo un doctor a otro que me revisaba: '¿Sabe qué doctor?, no sea así, está muy lastimada la señora para hacerle eso, mejor aquí está su expediente'. Yo oía que decían: 'Sí, sí, le introducimos un espejo y sí se ve, ¿no?'. Que el pato y no sé qué tanto decían. Yo nada más pensaba: '¡Ay virgencita!'

Diosito sí me escuchó, porque ya no me hicieron nada. Nada más el doctor me dijo que les enseñara en dónde me picó el otro doctor para ponerme la anestesia porque sí se me veía, hasta tenía la costrita, y hasta la fecha todavía se me alcanza a ver, todavía está tantito negro del piquete que me dieron.

Una última visita de la procuraduría fue para que reconociera al médico que le había causado las lesiones:

Ya nada más al otro día en la mañana llegó un señor y me dijo: 'Buenos días, señora', y siguió hablando. 'Es la última vez que nos vuelve a ver, ahora sí se lo prometemos'. Dijo: 'Nada más queremos que reconozca a la persona', y sacó dos fotos. '¿Es ésta la persona que la atendió?'. 'Sí, sí es ése', le dije. '¿Segura?, porque ya lo agarramos, ya se va a ir para el reclusorio'. 'Sí', le dije. Después dijo: 'Eso es todo, señora, hasta luego'. Se dio la vuelta y se fue.

## *¿Derecho a la confidencialidad?*

Cuando los periódicos y la televisión difundieron el caso, *Rosa* aún no estaba enterada de ello.

Un día en la mañana, una de las doctoras de aquí me dijo: ‘Señora, ya mañana se va, ¿eh? ¿Qué le pasó?, a ver, cuénteme qué le pasó a usted’. Y como me preguntó en voz alta delante de todas las señoras y como las camas están muy juntas, pues yo pensé: ‘No le voy a decir’. Le dije: ‘Es que me caí y me llevaron al doctor y en una clínica me hicieron un legrado, pero no me lo hicieron bien’.

Me dijo: ‘¡Ah!, ¿se cayó o se lo hizo usted por su propia voluntad?, porque en las noticias y en el periódico dicen otra cosa, ¿eh? En las noticias y en el periódico dice que usted fue a hacérselo voluntariamente y que por eso la dejaron así’. Se dio la vuelta y se fue.

Todas oyeron en el cuarto y me voltearon a ver como diciendo: ‘O tú o la doctora’. Y también me sentí bien mal, me dije: ‘¡Ay!, ¿por qué me dijo así?’, ¿no? Me hizo sentir como bicho, ¿no? y pensé: ‘¿Ésta qué?’, ¿no? Y desde ahí me dije: ‘Que el periódico, que las noticias, ¡ay!, no creo que haya llegado a tanto’.

Cuando salí del hospital me di cuenta de que sí era cierto. Me dijo mi papá: ‘Sí, en las noticias salió’. Mi papá siempre ve las noticias, y dijo que él vio, que hasta dijeron el nombre de él. Dijo: ‘Tu nombre nunca lo dijeron, nada más dijeron el nombre de *Jorge* y el nombre del doctor’. Que salió la clínica clandestina y que hasta sacaron el consultorio, y que el médico sí se dedicaba a eso, que porque hasta tenía los fetos en frascos, que le encontraron eso ahí mismo.

Después me enseñaron el periódico y ya empecé a leer y dije: ‘¡No!, sí exageran un poco’, ¿no?, porque yo aquí pregunté y me dijeron que sí podía volver a tener hijos y ahí en el periódico decía: ‘Jamás volverá a tener hijos’, y que *Jorge* andaba prófugo de la justicia y que ‘entre la vida y la muerte’. Me sorprendí que hasta en el periódico y las noticias se hubiera sabido.

## *Después del hospital*

*Rosa* permaneció seis días en el hospital. Fue dada de alta poco después de firmar su declaración. No volvió a saber nada del proceso judicial, ni si era verdad que encarcelaron al médico, ni tampoco si detuvieron a *Jorge*. No lo volvió a buscar, ni tampoco él a ella. Después de recuperarse se enfrentó con la necesidad de buscar trabajo para mantener a sus dos hijos y de encontrar a alguien de su familia que se los cuidara.

Al reflexionar sobre lo sucedido, *Rosa* olvida la difícil situación que vivió y las amenazas de su pareja, que la obligaron a ceder y aceptar practicarse el aborto. Asume la responsabilidad total por lo sucedido, como si hubiera tenido realmente otra opción. Sin embargo, está consciente de que *Jorge* abusó de ella.

A veces todavía me siento triste, ¿no?, porque pienso que si hubiera tenido a mi bebé tal vez no hubiera pasado por todo lo que pasé. Día y noche estaban encima de mí. Porque un parto es muy bonito. Yo he tenido hijos y es bien hermoso verlos y tenerlos en tus brazos. Me duele, porque los veo y digo: '¿Por qué le quité la vida a ese bebé?'. Porque yo siempre he dicho que si Dios te da un hijo, es una bendición. Hay que aceptarlo, no hay que rechazarlo.

Pero por la otra, me sirvió mucho, porque me di cuenta de que el papá de mis hijos no me amaba como yo a él, que estaba jugando conmigo y que me engañaba, tal vez nada más para tener sexo. A veces todavía lloro y digo: '¿Por qué me lastimó de esa forma?, ¿no? ¿Por qué me hizo eso?, habiendo tantas'. Pues tan fácil: 'No te quiero, no quiero nada contigo, nada más quiero tener sexo, ¿aceptas o no?'. Pero que me hablara, ¿no?, yo me hubiera cuidado y no me habría hecho pasar por todo lo que pasé.

A veces he estado a punto de irlo a buscar, cuando me veo muy apretada de dinero, por los pañales, y luego mi hija ya me empieza a pedir, pero le digo: 'Aunque llores, hija, esto tengo, esto te vas a comer. Si quieres, si no, no comas'. Y luego digo: 'Ay, qué mala, está chiquita, tiene dos años'. Pero si la acostumbro a puro pollo o carne, pues eso va a querer, y cuando no tenga, ahí me las voy a ver buenas. Por eso hasta ahorita le he hecho así. Y me duele, me volteo y lloro. Por eso ahorita digo: 'No, tengo que trabajar, tengo que trabajar...'

## CAPÍTULO VII

### *REFLEXIONES FINALES*

El análisis de los expedientes de averiguaciones previas por aborto en el Distrito Federal durante el período 1994-1996 nos ha permitido adentrarnos de manera incipiente en el fenómeno de la denuncia contra las mujeres que abortan en esta ciudad.

Uno de los hallazgos que destaca en esta investigación es que las denuncias provienen casi exclusivamente de los hospitales públicos de la ciudad, tanto federales como locales, que atienden a las mujeres por complicaciones postaborto. No se presentaron denuncias de familiares o conocidos contra mujeres que hubieran abortado. Esto confirma que no hay una voluntad social de perseguir a las mujeres que abortan y que no son vistas como delincuentes, merecedoras de la pena de prisión ni por su familia ni por personas de su entorno social.

Por otra parte, tampoco existe un afán de encarcelar a las mujeres por parte de los médicos. Esto lo evidencia el hecho de que mientras que de 1994 a 1996 se registraron 71 997 muertes fetales y abortos en hospitales públicos de la Ciudad de México, durante ese mismo período sólo hubo 227 denuncias por aborto, apenas el 0.32% de aquella cifra.

Las distintas opiniones recogidas coinciden en que los médicos generalmente no denuncian para evitar verse involucrados con el MP. Lo hacen solamente en los casos en los que las mujeres presentan complicaciones de gravedad, para evitar cualquier problema legal, principalmente en los hospitales que contaban con agencias del Ministerio Público. Esto, sin embargo, contrasta marcadamente con el hecho de que la enorme mayoría de las denuncias registradas para el período de estudio se llevaron a cabo sin que mediaran evidencias materiales o testimoniales de que los abortos hubieran sido inducidos.

La ausencia de información completa en los expedientes de denuncias y el hecho de que éstos constituyeron nuestra única fuente documental de primera

mano, le confieren un carácter hipotético a las respuestas que hemos dado a la pregunta siguiente: ¿Por qué los hospitales presentaron las denuncias sin tener, en la mayoría de los casos, evidencias de abortos inducidos? Estas respuestas tendrán, necesariamente, el carácter de hipótesis preliminares que podrían retomarse como ejes de investigación para estudios posteriores.

Los casos, en su mayoría, fueron en realidad partos prematuros que tuvieron lugar en los domicilios de las mujeres. Aunque no se descarta la posibilidad de que en algunos casos la motivación de las denuncias haya sido la simple sospecha de la interrupción deliberada de los embarazos, los médicos entrevistados coinciden en interpretar la presentación de éstas más bien como un trámite obligatorio que siguen algunos hospitales del DF cuando los abortos —a partir del segundo semestre o las 20 semanas de gestación— se inician en el domicilio de las mujeres.

La notificación al MP tiene como finalidad dar curso al trámite de la elaboración del certificado de defunción fetal que, según lo establecido en la Ley General de Salud, requiere la SSA antes de la inhumación de los fetos. Los expedientes analizados generalmente dejan asentado que el personal de salud de los hospitales avisa al MP como una práctica médica habitual. Sin embargo, corroborar esta información requeriría una investigación de campo, que se planteara dar seguimiento a los casos en los hospitales y agencias del MP.

Con respecto a la actuación del Ministerio Público, es importante mencionar que en ninguno de los expedientes de la muestra analizada (un total de 139 averiguaciones previas) se ejerció acción penal. En gran parte se debió a que muchas de las denuncias (65) fueron por productos abandonados que se hallaron en la vía pública, pero no hubo mujeres denunciadas.

Otra parte importante de los casos provino de denuncias de hospitales en donde no había vestigios de maniobras abortivas. Sólo en un porcentaje mínimo de éstos el dictamen pericial fue positivo. Sin embargo, tampoco en tales casos se consignó a las mujeres. Esto nos indica que en el Distrito Federal no existe una voluntad manifiesta, por parte de las autoridades, de encarcelar a las mujeres que abortan.

Hasta aquí parecería que el tema de la denuncia del aborto en la Ciudad de México no tiene consecuencias importantes en el contexto de la problemática de salud pública que representa el aborto en México, porque las mujeres no son castigadas con prisión. No obstante, un análisis más detallado nos plantea que la sola existencia de la posibilidad de la denuncia en los hospitales, así sea remota, tiene implicaciones de largo alcance en la salud reproductiva y la calidad de vida de las mujeres del DF, ya que:

- a) Ocasiona que, debido al temor a ser denunciadas, muchas mujeres que abortan y presentan complicaciones posteriores esperan hasta el último momento, cuando el dolor es muy agudo y los síntomas son graves, para acudir a los hospitales públicos a recibir atención. Una vez que lo hacen, no proporcionan información sobre su estado real por la misma razón. Todo ello retrasa la atención médica urgente que se requiere en tales casos y pone en serio peligro la salud y la vida de estas mujeres
- b) Define el contexto y la calidad de la atención médica en los hospitales, pues en muchas ocasiones el personal de salud asume actitudes condenatorias que retrasan el servicio
- c) Propicia un ambiente de hostilidad hacia las mujeres con abortos espontáneos o inducidos que puede conducir a que éstas vivan una experiencia traumática. La entrevista con el médico que las atiende, por ejemplo, se convierte en ocasiones en una especie de interrogatorio policial que atenta contra la dignidad de dichas mujeres
- d) Lesiona el derecho a la salud reproductiva de las mujeres, en particular debido a la existencia de denuncias carentes de fundamento, ya que esto implica la posibilidad de que se denuncie de manera arbitraria a cualquiera de ellas que acuda a un hospital público para recibir atención médica postaborto

Por otra parte, tales denuncias violan el derecho a la igualdad y a la justicia social, en la medida en que son presentadas, en la gran mayoría de los casos, en contra de mujeres que pertenecen a los sectores sociales más desprotegidos. Llama la atención que un número significativo de las mujeres denunciadas fueran empleadas domésticas.

La vulnerabilidad económica y cultural de estas mujeres contribuye a que sean objeto de denuncia. Esto se debe, en parte, a la desigualdad que conlleva la legislación vigente, según la cual, los servidores públicos —entre ellos, el personal médico de hospitales del Gobierno—, están mayormente obligados a notificar al Ministerio Público de la probable existencia de un delito. Sin embargo, es muy difícil que ocurra lo mismo con los médicos privados. Por tal razón, las mujeres de los estratos sociales bajos, que no cuentan con recursos para atenderse en clínicas privadas, corren un riesgo mayor de ser denunciadas.

Esta desigualdad profundiza la inequidad ya de por sí existente en México, pues estas mujeres corren más riesgo de sufrir complicaciones postaborto, debido a las dificultades de acceso a una atención médica segura para interrumpir un embarazo.

Un último aspecto vinculado a todo esto es que existe una legislación contradictoria respecto a si los médicos tienen o no la obligación, o incluso el derecho, de denunciar los indicios de abortos inducidos. Mientras que por un lado existen leyes federales y locales que obligan a los funcionarios públicos a denunciar cuando tengan conocimiento de la probable existencia de un delito, por el otro existen también leyes que obligan a estos mismos funcionarios públicos —e incluso específicamente a los médicos— a guardar el secreto profesional. Aunque en otros países con legislación similar —como es el caso de Argentina— esta contradicción en las leyes ha sido objeto de jurisprudencia, en México no existen antecedentes de que el tema haya sido debatido en tribunales.

Es importante destacar que la existencia de sanciones penales para la interrupción voluntaria del embarazo en los casos no permitidos por la ley afecta los derechos, la salud y la vida de las mujeres. Y esto no sólo por los riesgos que entraña el carácter muchas veces clandestino de esta práctica, sino también por la manera negativa en que la prohibición influye en la atención médica que se brinda a las mujeres con complicaciones postaborto, particularmente a las más humildes que, por lo mismo, son las principales usuarias de los servicios de salud pública.

La penalización del aborto en México tiene como efecto más dramático que muchas mujeres sigan muriendo por interrumpir embarazos en condiciones inadecuadas y otras tantas sufran secuelas físicas irreversibles.

## *Fuentes de consulta\**

- Amuchástegui, Ana *et al.*, "Aborté... el secreto que no queremos callar", en Adriana Ortiz-Ortega (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*, México, The Population Council-EDAMEX, 1994, pp. 227-234.
- Avendaño Inestrillas, Jorge (coord.), *Diccionario breve de medicina de Blakiston*, 1ª ed. en español, México, La Prensa Médica Mexicana, 1983.
- Bankole, Akinrinola *et al.*, "Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review", en *International Family Planning Perspectives*, Nueva York, V. 25, núm. 2, junio de 1999, pp. 68-77.
- Barraza, Eduardo, *Aborto y pena en México*, México, Instituto Nacional de Ciencias Penales-GIRE, 2003.
- Barreda Solórzano, Luis de la, *El delito de aborto: una careta de buena conciencia*, México, Porrúa, 1991.
- Bolage, C., "Survival probability of human conceptions from fertilization to term", en *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, núm. 35, 1990, pp. 75-94.
- Campos, Carlos y Cuautli Suárez, "Representaciones del aborto en prestadores y prestadoras de servicios médicos (PSM) en México, una evaluación cualitativa", ponencia presentada en la *II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y El Caribe*, El Colegio de México, México, 17 al 19 de agosto del 2005, [documento no publicado].

### \* Siglas:

CRLP: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas

CONAPO: Consejo Nacional de Población

GIRE: Grupo de Información en Reproducción Elegida

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

SSA: Secretaría de Salud

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

- Cardellach López, Francesc (coord.), *El manual Merck de diagnóstico y terapéutica*, 9ª ed. en español, Madrid, Mosby-Doyma Libros, 1996.
- Casas Becerra, Lidia, *Mujeres procesadas por aborto*, Santiago de Chile, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, 1996.
- CONAPO, *Cuadernos de salud reproductiva. Distrito Federal*, México, 2000.
- CONAPO, *Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana*, México, 2000.
- CONAPO, *Diez hechos relevantes sobre el aborto en México*, México, 1998. Citado por GIRE, *Miradas sobre el aborto*, México, 2000, p. 43.
- CONAPO, *Programa Nacional de Población 2001-2006*, México, 2001.
- CONAPO, *Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico*, México, 2000.
- CRLP, *Perseguidas. Proceso político y legislación sobre aborto en El Salvador: Un análisis de derechos humanos*, Nueva York, 2000.
- CRLP-Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, *Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile: Un análisis desde los derechos humanos*, Nueva York, 1998.
- GIRE, *Las mujeres que abortan*, México, 2003, [Hoja Informativa].
- GIRE, *Leyes del aborto en el mundo*, México, 2003, [Hoja Informativa].
- GIRE, *Leyes del aborto en México*, México, 2005, [Hoja Informativa].
- GIRE, *Leyes sobre el aborto. Los avances en la Ciudad de México*, México, 2004, [Hoja Informativa].
- GIRE, *Miradas sobre el aborto*, México, 2000.
- GIRE, *Situación legal del aborto en México*, México, 1999, [GIRE Informa].
- González de León, Deyanira y Deborah L. Billings, "Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals", en *Gender and Development*, Oxford, V. 9, núm. 2, julio del 2001, pp. 87-94.
- INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997. Metodología y tabulados*, México, 1999.
- INEGI, *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*, México, 2001, [Cuaderno, núm. 17].
- INEGI-Gobierno del Distrito Federal, *Anuario Estadístico del Distrito Federal*, México, 1996.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario jurídico mexicano*, México, 9ª ed., Porrúa-UNAM, 1996, 4 Vols.
- Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud 2000. La Salud de los Adultos*, Cuernavaca, México, 2000, V. 2.
- Jiménez Huerta, Mariano, *Derecho penal mexicano*, México, Porrúa, 2000, T. II.

- Kowalski-Morton, Shannon, "Decriminalising abortion: law reform in Nepal", en *Sexual Health Exchange*, Amsterdam, marzo-junio del 2002. Disponible en <[http://www.kit.nl/frameset.asp?/ils/exchange\\_content/html/decriminalising\\_abortion-nepal.asp&frnr=1&](http://www.kit.nl/frameset.asp?/ils/exchange_content/html/decriminalising_abortion-nepal.asp&frnr=1&)> [consulta: 3 de diciembre del 2005].
- Langer, Ana, "El aborto como problema de salud pública en México", participación en la presentación de resultados de la *Encuesta Nacional sobre Aborto* del Population Council, El Colegio de México, México, 29 de marzo del 2001.
- López García, Raúl, "El aborto como problema de salud pública", en María del Carmen Elu y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, 1994.
- Matute Raffray, Manuel Mario, "Aborto", en Eduardo Núñez Maciel (coord.), *Ginecología y obstetricia*, México, Méndez Editores, 1993.
- México, Gabinete de Desarrollo Humano y Social, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005*, México, 2005.
- México, Leyes, Decretos, etc., *Código Penal para el Distrito Federal*, México, Porrúa, 1994.
- México, Leyes, Decretos, etc., *Ley General de Salud*. Disponible en <[http://www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/publica/lgs/ley\\_salud.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/publica/lgs/ley_salud.html)> [consulta: 10 de diciembre del 2005].
- México, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, "Acuerdo A/009/2004 del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, mediante el cual se suprimen las agencias investigadoras del Ministerio Público adscritas a los hospitales", en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, México, 14ª época, núm. 86, 27 de agosto del 2004, pp. 11 y 12.
- México, Secretaría de Salud del Distrito Federal, "Circular/GDF-SSDF/02/02. Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal", en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, México, 12ª época, núm. 57, 23 de abril del 2002.
- Ojeda, Norma *et al.*, "El aborto inducido de las mexicanas en el contexto transfronterizo México-Estados Unidos", en *Papeles de población*, Toluca, México, Año 9, núm. 38, octubre-diciembre del 2003, pp. 213-251.
- Ortiz-Ortega, Adriana, *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal?*, México, Population Council-EDAMEX, 2001.
- Pick, Susan *et al.*, "Abortifacientes en farmacias y mercados. Ciudad de México", en *Este País. Tendencias y opiniones*, México, núm. 8, noviembre de 1991, pp. 31-33.

- Population Council, *Opiniones y respuestas: Resultados de una encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto*, México, 2004.
- Ramyata, Limbu, "Las mujeres son víctimas de leyes arcaicas contra el aborto", en *Mujeres en Red. El portal de género en Internet*, <<http://www.nodo50.org/mujeresred/nepal.html>> [consulta: 2 de diciembre del 2005].
- Segal, María Cristina, "El aborto: ¿facultad de denunciar o violación del secreto profesional?", en Carlos A. Ghersi (coord.), *Los nuevos daños. Soluciones modernas de reparación*, Buenos Aires, Hammurabi, 2000.
- SSA, *Boletín de Información Estadística*, 1994. *Recursos y servicios*, México, agosto de 1995, núm. 14, V. I.
- SSA, *Boletín de Información Estadística*, 1995. *Recursos y servicios*, México, septiembre de 1996, núm. 15, V. I.
- SSA, *Boletín de Información Estadística*, 1996. *Recursos y servicios*, México, septiembre de 1997, núm. 16, V. I.
- SSA, *Boletín de Información Estadística*, 1998. *Recursos y servicios*, México, diciembre de 1999, núm. 18, V. I.
- SSA, *Boletín de Información Estadística*, 2001. *Recursos y servicios*, México, 2002, núm. 21, V. I.
- SSA, *Boletín de Información Estadística*, 2001. *Daños a la salud*, México, 2002, núm. 21, V. II.
- SSA, *Boletín de Información Estadística*, 2002. *Recursos y servicios*, México, julio del 2004, núm. 22, V. I.
- SSA, *Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido*, México, 1995.
- The Alan Guttmacher Institute, *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*, Nueva York, 1994.
- The Alan Guttmacher Institute, *Panorama general del aborto clandestino en América Latina*, Nueva York, 1996, [Temas en Breve]. Disponible en <[www.guttmacher.org/pubs/1997/01/01/ib12sp.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/1997/01/01/ib12sp.pdf)> [consulta: 23 de septiembre del 2005].
- Vega, Margarita, "Aborto, tema de salud pública: Frenk", en *Reforma*, México, 13 de enero del 2001, sección nacional, p. 13.
- Wilcox, A. et al., "Incidence of early loss of pregnancy", en *New England Journal of Medicine*, V. 319, núm. 4, julio de 1988, pp. 189-194.

## *Anexo*

### *Formato del cuestionario para ordenar los datos de los expedientes analizados*

#### **I. Datos generales**

1. N° de folio
2. Fecha
3. N° de averiguación previa

#### **II. Mujer**

1. Edad
2. Estado civil
3. Número de hijos / edades
4. Escolaridad
5. Ocupación
6. ¿Es derechohabiente de servicios de salud?
  - a) Sí
  - b) No
7. Procedencia
  - Rural
  - Urbana
8. Nivel socioeconómico
9. Religión
10. Colonia en la que vive
11. Número de parejas
12. Utilización de métodos anticonceptivos
  - a) Sí
  - b) No
13. Acceso a servicios de planificación familiar
  - a) Sí
  - b) No
  - ¿Cuáles?

14. Causa del aborto
15. Costo del aborto
16. Procedimiento utilizado
17. Practicante del aborto
  - a) Autoejecutado
  - b) Partera
  - c) Comadrona
  - d) Médico
  - e) Enfermera
  - f) Otro (especificar)
18. Estado de salud
19. ¿El aborto provocó daños a la salud de la mujer?
  - a) Sí
  - b) No
  - ¿Cuáles?
20. Observaciones generales

### **III. Probable ejecutante del aborto**

1. Sexo
  - a) Hombre
  - b) Mujer
2. Edad
3. Escolaridad
4. Ocupación habitual
5. Remuneración
  - a) Sí
  - b) No
6. Religión
7. Colonia en la que vive
8. Nivel socioeconómico

### **IV. Probables cómplices**

1. Relación con la mujer
2. Relación con el probable ejecutante del aborto
3. Sexo
  - a) Hombre
  - b) Mujer

4. Edad
5. Escolaridad
6. Ocupación habitual
7. Remuneración
  - a) Sí (cantidad cobrada)
  - b) No
8. Religión
9. Colonia en la que vive
10. Nivel socioeconómico

#### **V. Probable encubridor**

1. Relación con la mujer
2. Relación con el probable ejecutante del aborto
3. Sexo
  - a) Hombre
  - b) Mujer
4. Edad
5. Escolaridad
6. Ocupación habitual
7. Religión
8. Colonia en la que vive
9. Nivel socioeconómico

#### **VI. Denunciante**

1. ¿Cómo conoció los hechos?
2. ¿Por qué denunció los hechos?
3. Relación con la mujer
4. Relación con el probable ejecutante del aborto
5. Sexo
  - a) Hombre
  - b) Mujer
6. Edad
7. Escolaridad
8. Ocupación habitual
9. Religión
10. Colonia en la que vive
11. Nivel socioeconómico

## **VII. Averiguación previa**

1. Agencia investigadora del MP N°
2. Delegación regional
3. Sexo del agente del MP
  - a) Hombre
  - b) Mujer
4. Diligencias practicadas
5. Informe de la policía judicial
6. Sexo del informante
  - a) Hombre
  - b) Mujer
7. Defensor
  - a) Abogado
    - a.1) de oficio
    - a.2) particular
  - b) Persona de confianza
  - c) Sexo
  - d) Edad

## **VIII. Proceso penal**

NOTA: Aunque el cuestionario desarrolla este último apartado, ningún expediente contuvo información de que hubiera un proceso penal y, por lo tanto, tampoco hubo ningún dato al respecto.

## **Glosario**

*Abortifaciente:* Droga o agente (como pueden ser los preparados con base en “remedios” naturales) que tiene como finalidad la expulsión del producto.

*Aborto clandestino:* Interrupción del embarazo al margen de la ley, independientemente de las condiciones médicas y sanitarias en que se realice.

*Aborto espontáneo:* Expulsión prematura e involuntaria del producto, sin el empleo de ningún medio artificial.

*Aborto honoris causa:* Denominación dada al aborto practicado con el objeto de salvaguardar el honor de la mujer. Algunas legislaciones en México lo consideran una atenuante del castigo por la práctica de un aborto ilegal.

*Aborto incompleto:* Expulsión parcial del producto con parte de la placenta y/o las membranas que permanecen dentro del útero; puede tener como origen un aborto espontáneo o un aborto inseguro.

*Aborto inducido:* El que se provoca voluntariamente, empleando algún recurso o método con ese fin.

*Aborto inseguro:* Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas carentes del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde no hay un estándar médico mínimo o ambos.

*Acción de inconstitucionalidad:* Procedimiento planteado en forma de juicio ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por órganos del Poder Legislativo o por el Procurador General de la República, con el cual se pretende revertir una posible contradicción entre una norma de carácter general o un tratado internacional y la Constitución.

*Acción penal:* Es la que ejerce el Ministerio Público (Poder Ejecutivo) ante el juez competente (Poder Judicial), para que se inicie el proceso penal y se resuelva sobre la responsabilidad o no de la persona inculpada de un delito y, en su caso, se aplique la pena o la medida que corresponda.

*Agencias especializadas en delitos sexuales:* Agencias del Ministerio Público dedicadas a la atención de víctimas de delitos sexuales.

*Agente del Ministerio Público:* Funcionario del MP entre cuyas funciones destacan: recibir denuncias, integrar las averiguaciones previas y proponer las determinaciones que procedan, además de brindar orientación jurídica a los denunciados.

*Averiguación previa:* Primera etapa del procedimiento penal, durante la cual el Ministerio Público realiza las diligencias y reúne las pruebas necesarias con el objeto de determinar la responsabilidad de la persona a quien se le atribuye un delito.

*Causal de no punibilidad:* En el tema del aborto, cualquiera de las razones consideradas por las leyes para no aplicar ningún castigo, pena o sanción, aún cuando se considere al aborto un delito.

*Cianosis:* Coloración azulada de mucosas y piel que se debe a la presencia de cantidades excesivas de hemoglobina reducida en los capilares o, con menor frecuencia, a la presencia de metahemoglobina.

*Código de ética:* Conjunto de normas de determinado gremio profesional para orientar su comportamiento conforme a ciertos valores.

*Confidencialidad:* En el ámbito de la salud, el deber del personal de no divulgar información sobre el estado de salud de las personas a quienes atiendan y, por tanto, un derecho de los usuarios de servicios de salud. La llamada relación médico-paciente es, eminentemente, confidencial.

*Consentimiento informado:* Decisión de una persona, de manera voluntaria y sin presiones, para que se le realice determinado procedimiento médico, con información suficiente y pertinente sobre el mismo.

*Consignación:* Instancia a través de la cual el Ministerio Público ejerce la acción penal, por considerar que durante la averiguación previa se han comprobado la existencia del delito y la presunta responsabilidad de la persona inculpada.

*Denuncia:* Acto por medio del cual una persona pone en conocimiento del Ministerio Público un hecho que puede constituir un delito, con la intención de que éste sea investigado.

*Edad gestacional:* Duración o "tiempo" del embarazo desde el primer día de la última menstruación. La edad gestacional se expresa, generalmente, en semanas.

*Ejercicio de la acción penal:* Cuando el MP solicita al juez competente que se inicie el proceso penal y se resuelva sobre la responsabilidad del inculcado, una vez terminadas las diligencias necesarias.

*Embarazo*: Según la OMS, la ciencia médica considera que el embarazo comienza cuando se completa la implantación del huevo fertilizado en el revestimiento del útero.

*Fiscalía Central de Investigación para Delitos Sexuales*: Instancia de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal dedicada a investigar y perseguir los delitos sexuales y a la cual pertenecen las agencias especializadas en estos delitos.

*Hipoxia*: Asfixia por ausencia de oxígeno en el cuerpo.

*Jurisprudencia*: Interpretación que hacen los jueces de los preceptos legales para determinar la resolución de un caso, cuya observancia es obligatoria.

*Lugar de los hechos*: Sitio donde se consumó un delito.

*Maniobras abortivas*: Procedimiento o método manual cuyo objetivo es provocar un aborto.

*Meconio*: Masa pastosa de color verdoso, formada de moco, células epiteliales descamadas, bilis, lanugo y *vérnix* caseosa que se reúne en el intestino del feto. Forma la primera evacuación fecal del recién nacido y no se vacía totalmente hasta el tercer o cuarto día después del parto.

*Ministerio Público*: Institución del Poder Ejecutivo que posee como funciones esenciales la persecución de delitos y el ejercicio de la acción penal: la procuración de justicia.

*Misoprostol*: Fármaco para el tratamiento de problemas gástricos. También tiene un efecto abortivo debido, principalmente, a que produce contracciones del útero que pueden interrumpir un embarazo.

*Morbilidad*: Relación entre el número de personas enfermas y la población total de determinado grupo social.

*Morbimortalidad materna*: Enfermedad y muerte de mujeres por problemas relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.

*No ejercicio de la acción penal*: Determinación del Ministerio Público, una vez concluida la averiguación previa, de la inexistencia de pruebas suficientes para acreditar un delito o la culpabilidad de la persona presuntamente responsable.

*Objeción de conciencia*: Negación de una persona a realizar un acto ordenado por la ley, alegando para ello motivos de conciencia basados generalmente en creencias religiosas.

*Orden de aprehensión*: Orden de un juez (Poder Judicial), mediante la cual se puede detener y privar de la libertad a una persona a quien con fundamento legal suficiente se le responsabiliza de un delito.

*Pena:* Sanción o castigo impuesto por un juez (Poder Judicial) a la persona a quien ha encontrado responsable de un delito.

*Población abierta:* Grupo de personas que reciben atención en clínicas y hospitales del sector público de salud, sin ser derechohabientes de la seguridad social del Estado.

*Población derechohabiente:* Grupo de personas aseguradas, así como sus beneficiarios, que tienen derecho a servicios públicos de salud.

*Policía judicial:* Cuerpo auxiliar del Ministerio Público y órganos judiciales en la investigación de delitos. También ejecuta órdenes de aprehensión, cateos y otros mandamientos de la autoridad judicial.

*Policía preventiva:* Cuerpo de la seguridad pública cuyas funciones principales son vigilar el orden y prevenir delitos.

*Proceso penal:* Procedimiento judicial que concluye con una sentencia absolutoria o condenatoria; también se conoce como “juicio”.

*Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal:* Organismo del Poder Ejecutivo que tiene como función esencial la actividad del Ministerio Público en la Ciudad de México.

*Producto:* Término usado en el Derecho y la Medicina para nombrar al organismo en desarrollo dentro del útero en cualquiera de las etapas del embarazo.

*Prostaglandina:* Sustancia aislada en el líquido seminal y la próstata, así como en tejidos y órganos del cuerpo humano, dotada de propiedades fisiológicas muy diversas. También puede producirse sintéticamente. Causa contracciones uterinas que, a su vez, pueden producir abortos.

*Reserva:* Cuando el Ministerio Público decide suspender una averiguación previa, pues no se encontraron elementos suficientes para determinar el ejercicio de la acción penal.

*Sentencia:* Resolución judicial de un juez con la que concluye un proceso penal.

*Sentencia absolutoria:* La que libera a la persona inculpada de un delito, de toda sanción, pena o castigo por insuficiencia de pruebas, falta de elementos legales o por estimarlo así el juez.

*Sentencia condenatoria:* La que aplica una sanción, pena o castigo a la persona inculpada de un delito, al resolver afirmativamente sobre la existencia del mismo.

*Sistema Nacional de Salud:* Conjunto de las entidades públicas, privadas y del sector social que prestan servicios de salud en la República Mexicana.

*Suprema Corte de Justicia de la Nación:* Principal órgano del Poder Judicial del país, entre sus funciones destaca garantizar que los ordenamientos legales se apeguen a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

*Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal:* Órgano del Poder Judicial responsable de la impartición de justicia en el Distrito Federal.

Se terminó la reimpresión de  
*Persecución legal del aborto en la Ciudad de México: un atentado al derecho a decidir*  
en febrero del 2008 en los talleres de Impretei, S.A. de C.V.  
Almería 17, Colonia Postal, Delegación Benito Juárez, C.P. 03410, México D.F.  
El tiraje consta de 50 ejemplares

La prohibición del aborto ahonda la profunda injusticia social en México. Pero no sólo es injusta, también es notablemente ineficaz porque sólo un número ínfimo de mujeres son denunciadas. Sin embargo, las consecuencias de la prohibición son graves para la vida de las mujeres.

Ante el temor de ser denunciadas, muchas mujeres evitan acudir a hospitales públicos, donde se atienden —por lo general— las más humildes. Es frecuente que las mujeres acudan a dichos hospitales sólo cuando su estado de salud ya es grave, debido a complicaciones derivadas de abortos clandestinos e inseguros.

Además, las denuncias —aunque sean pocas— entrañan una dosis de subjetividad: quienes están en contra del aborto, apelan a la ley para “castigar” a las mujeres que abortan, aunque la presunción del delito sea débil o inexistente.

Éstas son algunas de las conclusiones importantes que se presentan en *Persecución legal del aborto en la Ciudad de México: un atentado al derecho a decidir*, a partir del análisis de las denuncias por aborto en esta ciudad en el periodo 1994-1996.

Lo anterior plantea una necesidad impostergable: la revisión de las leyes que restringen el acceso al aborto en México pues, además de inoperantes, resultan claramente injustas para las mujeres del país, sobre todo para las más pobres, que —lamentablemente— son la mayoría.