

SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN
MÉXICO

ACCIÓN DE INCONSTITUCIONALIDAD 146/2007 y 147/2007

Asunto: México, Distrito Federal. Decreto por el que se reforma el Código Penal del Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. No. 70. 26 de abril de 2007.

COMENTARIOS ELABORADOS POR
LA FEDERACIÓN NACIONAL DEL ABORTO

5 de febrero de 2008



National Abortion Federation
1660 L Street, NW, Suite 450
Washington, DC 20036
United States
Tel: 202-667-5881, Fax: 202-667-5890
<http://www.prochoice.org/>

ÍNDICE

I. Introducción

II. Declaración de interés

III. La despenalización reducirá el número de abortos inseguros

- A. El aborto ilegal genera elevadas tasas de mortalidad y morbilidad
- B. La despenalización del aborto puede disminuir radicalmente los riesgos a la salud materna
- C. La despenalización del aborto promueve la evaluación, capacitación e innovación en el campo de la medicina y con ello avances en la seguridad de los servicios de aborto
- D. Los efectos negativos en la salud resultado de la penalización del aborto afectan desproporcionadamente a mujeres pobres, jóvenes, de áreas rurales y grupos marginados

IV. Conclusión

I. Introducción

1. La Federación Nacional del Aborto (NAF, por sus siglas en inglés) presenta este informe amicus curiae en apoyo a las reformas legales del Decreto por el que se reforma el Código Penal del Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud del Distrito Federal (el Decreto).¹
2. El escrito examina en particular la redefinición del delito de aborto como la “interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación”, contenida en el Artículo Primero del Decreto.² Según la NAF, la reforma, que despenalizaría el aborto realizado durante el primer trimestre del embarazo, es prerequisite para la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad maternas y el mejoramiento de la salud pública en México.³

II. Declaración de interés

3. La NAF es la asociación profesional de proveedoras y proveedores de servicios de aborto en Norteamérica. Dicha asociación establece los estándares de calidad de la atención del aborto mediante *Lineamientos sobre políticas clínicas* basados en evidencia. Su libro de texto, *Guía clínica para la realización del aborto quirúrgico y con medicamentos*, y otros materiales educativos constituyen importantes recursos para profesionales de la salud del mundo entero. Asimismo, la NAF ofrece programas médicos acreditados de educación y capacitación continuas en todos los aspectos de la atención del aborto, además de otros tipos de apoyo a proveedoras y proveedores y a mujeres con embarazos no deseados. Entre los miembros de la NAF se encuentran 400 clínicas no lucrativas y privadas, centros de salud para la mujer, hospitales y personal médico privado, que atienden a más de la mitad de las mujeres que anualmente reciben un aborto en Estados Unidos y Canadá.

III. La despenalización reducirá el número de abortos inseguros

4. En escenarios donde las leyes restringen la provisión del aborto, se ha demostrado claramente que el aborto inseguro conlleva un elevado riesgo de serias complicaciones e

¹ México, Distrito Federal. Decreto por el que se reforma el Código Penal del Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud del Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. No. 70. 26 de abril de 2007 (“El Decreto”).

² Decreto, *supra* nota 1, Art. 1, adiciona el Art. 144 del Código Penal del Distrito Federal.

³ La NAF apoya también la provisión del aborto legal después del primer trimestre y que autoriza el mismo Decreto. Las mujeres requieren abortos seguros durante el segundo trimestre por muchas razones, incluyendo cuestiones de carácter médico que surgen durante el embarazo, las anomalías fetales, cambios en la situación personal como la muerte del esposo o el abandono de la pareja, o la imposibilidad de haberse sometido a un aborto seguro en las primeras semanas. Véase Marge Berer, *Making Abortions Safe: A Matter of Good Public Health Policy and Practice* (El aborto sin riesgos: Una cuestión de buenas políticas y prácticas de salud pública), REPROD. HEALTH MATTERS, 2002, 31, en 35-36; véase también Marge Berer, *National Laws and Unsafe Abortion: The Parameters of Change* (Las leyes nacionales y el aborto inseguro: Los parámetros del cambio), REPROD. HEALTH MATTERS, 2004, 1, en 6; Organización Mundial de la Salud, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Aborto sin riesgos: Orientación técnica y de políticas para los sistemas de salud) 87 (2003) (“Salvar la vida de una mujer puede ser necesario en cualquier etapa del embarazo. Un aborto sobre la base de daño fetal por lo general se realiza en el segundo trimestre, dado que muchos diagnósticos sólo pueden hacerse después de la semana décimo segunda.”)

incluso la muerte.⁴ En los países de leyes más restrictivas se registra el mayor número de abortos inseguros⁵ y por tanto, las tasas más elevadas de mortalidad y morbilidad asociadas al procedimiento.⁶ El porcentaje de defunciones atribuibles al aborto en esos países es aproximadamente de 34 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.⁷ Por el contrario, en lugares donde el aborto es legal, la proporción cae a una o menos muertes por cada 100 000 nacidos vivos.⁸ La mediana de la tasa de aborto inseguro en países que permiten el aborto es de dos muertes por cada 1000 mujeres en edad reproductiva.⁹

5. La penalización del aborto no reduce su incidencia.¹⁰ Por el contrario, el efecto principal de ese tipo de leyes son elevadas tasas de morbimortalidad materna. Una encuesta realizada en México encontró que una de las razones contra la liberalización de las leyes del aborto era el temor a que dicho esfuerzo aumentara la mortalidad materna, opinión inconsistente con el patrón observado a nivel mundial.¹¹
6. La despenalización del aborto no aumenta el número de abortos;¹² por el contrario, tiende a *reducirlo*.¹³ Las reformas de liberalización promueven la transición del aborto clandestino e inseguro al aborto legal y sin riesgos.¹⁴ Dicho resultado se ha observado en países como Estados Unidos,¹⁵ Barbados, Canadá, Sudáfrica, Tunes y Turquía, donde no

⁴ Stanley K. Henshaw, *Unintended Pregnancy and Abortion: A Public Health Perspective* (Aborto y embarazo no deseado: Una perspectiva de salud pública), en UNINTENDED PREGNANCY AND ABORTION – A PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE 11, en 19 (National Abortion Federation, 1999); PREVENTING UNSAFE ABORTION AND ITS CONSEQUENCES (Prevención del aborto inseguro y sus consecuencias) 2 (Ina K. Warriner e Iqbal H. Shah, eds., 2006).

⁵ David A. Grimes y cols., *Unsafe Abortion: the Preventable Pandemic* (Aborto inseguro: La pandemia prevenible), 368 THE LANCET, 1908, *7 (2006); véase también Gilda Sedge y cols., *Induced Abortion: Estimated Rates and Trends Worldwide* (Aborto inducido: Cálculo de tasas y tendencias mundiales), 370 THE LANCET, 1338, *3 (2007).

⁶ Véase Berer, *Making Abortions Safe*, *supra nota 3*, en 34; véase también Berer, *National Laws and Unsafe Abortion*, *supra nota 3*, en 2-3.

⁷ Grimes y cols., *supra nota 5*, en *7.

⁸ Grimes y cols., *supra nota 5*, en *7; véase también Berer, *National Laws and Unsafe Abortion*, *supra nota 3*, en 2 (“Cada vez se acumula más evidencia, obtenida de un mayor número de países, que demuestra que en escenarios donde las leyes permiten la provisión del aborto por varias causales de carácter socioeconómico y a solicitud de la mujer y donde existen servicios de aborto seguros y accesibles, el aborto inseguro desaparece y la mortalidad y morbilidad asociadas al procedimiento se reducen al mínimo. Este hecho se registró en los Estados Unidos en los años setenta; en Rumania y en Sudáfrica en la década de los noventa, y ha sido documentado por diversas fuentes.”).

⁹ Grimes y cols., *supra nota 5*, en *7 (se basa en la definición de aborto inseguro de la Organización Mundial de la Salud: “procedimiento para terminar con un embarazo no deseado que se realiza ya sea a través de personas que carecen de la capacitación necesaria, o en un ambiente que carece de los mínimos estándares médicos, o ambos.”).

¹⁰ Véase *Safe, Legal and Falling* (Seguro, legal y en disminución), ECONOMIST (Oct. 20, 2007); Henry P. David, *Abortion in Europe, 1920-91: A Public Health Perspective* (El aborto en Europa, 1920-91: Una perspectiva de salud pública), STUDIES IN FAMILY PLANNING, Ene.-Feb. 1992, 8, en 17.

¹¹ Sandra G. Garcia y cols., *Policy Implications of a National Public Opinion Survey on Abortion in Mexico* (Implicaciones Normativas de una Encuesta Nacional de Opinión Pública sobre el Aborto en México), 12 REPROD. HEALTH MATTERS, 65, 72 (2004).

¹² Grimes y cols., *supra nota 5*, en *7.

¹³ Henshaw, *supra nota 4*, en 14 (“La tendencia común es que la tasa de abortos se eleve brevemente después de la eliminación de las restricciones legales para después entrar en un periodo de lenta disminución. Algunos países han logrado grandes reducciones en sus tasas de aborto sin imponer restricciones.”).

¹⁴ Grimes y cols., *supra nota 5*, en *7.

¹⁵ Véase Willard Cates, Jr. y cols., *The Public Health Impact of Legal Abortion: 30 years later – Comment* (El impacto del aborto legal en la salud pública: 30 años después – comentario), PERSPECTIVES ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH, Ene./Feb. 2003, 25, en 25.

se registraron aumentos en las tasas de aborto después de la despenalización.¹⁶

7. De hecho, la incidencia del aborto es mayor en países que lo prohíben que en aquéllos que lo permiten.¹⁷ Por ejemplo, Holanda tiene una de las tasas de aborto más bajas de todo el mundo; las mujeres pueden recibir servicios gratuitos de aborto y anticoncepción.¹⁸

A. El aborto ilegal genera elevadas tasas de mortalidad y morbilidad

8. Cuando el aborto es ilegal, las mujeres recurren a abortos clandestinos e inseguros.
9. Los abortos ilegales se asocian a elevadas tasas de mortalidad y morbilidad. A escala mundial, 68 000 mujeres mueren anualmente por complicaciones derivadas del aborto inseguro.¹⁹ En América Latina, la tasa de mortalidad es de 119 muertes por cada 100 000 abortos.²⁰
10. Entre las complicaciones del aborto ilegal se encuentran casos de infección y de esterilidad permanente. Veinte por ciento de los abortos inseguros registrados ocasionan infecciones del tracto reproductivo y de ese grupo, 20-30% termina en infecciones del tracto genital superior y esterilidad. Aproximadamente 2% de todas las mujeres de edad reproductiva del planeta padecen esterilidad como resultado de un aborto inseguro y 5% presenta infecciones crónicas.²¹ En América Latina, los países de leyes restrictivas en materia de aborto registran “niveles epidémicos de aborto inseguro” e incluso tasas más elevadas de complicaciones que afectan de 30% a 45% de las mujeres que reciben abortos inseguros.²²
11. En México, a pesar de las actuales leyes restrictivas en materia de aborto, se calcula que al año se realizan entre medio millón y casi un millón de abortos inducidos.²³ Las

¹⁶ Grimes y cols., *supra nota 5*, en *12.

¹⁷ Henshaw, *supra nota 4*, en 14; Susan A. Cohen, *New Data on Abortion Incidence, Safety Illuminate Key Aspects of Worldwide Abortion Debate* (Nuevos datos sobre la incidencia y seguridad del aborto arrojan luz sobre aspectos clave del debate mundial), GUTTMACHER POLICY REVIEW, Otoño 2007, en 2 (“La incidencia del aborto es más elevada en países donde es ilegal, mientras que las tasas más bajas se registran en países que autorizan el procedimiento: en Europa Occidental, en particular en Bélgica, Alemania y Holanda, se registraron menos de 10 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad en 2003.”); David, *supra nota 10*.

¹⁸ Grimes y cols., *supra nota 5*, en *8.

¹⁹ Grimes y cols., *supra nota 5*, en *5.

²⁰ Berer, *supra nota 3*, en 32.

²¹ Grimes y cols., *supra nota 5*, en *6 (se citan estadísticas de la Organización Mundial de la Salud).

²² Rebecca J. Cook y cols., *International Developments in Abortion Law from 1988 to 1998* (Avances en la legislación del aborto a escala mundial, de 1988 a 1998), 89 AM. J. OF PUBLIC HEALTH, 579, 580 (1999).

²³ Carlos Brambila y cols., *Estimating Costs of Postabortion Services at Dr. Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico* (Cálculo de costos de los servicios postaborto en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México), en POST-ABORTION CARE: LESSONS FROM OPERATIONS RESEARCH (Atención postaborto: Lecciones aprendidas de estudios de investigación operativa) 108, en 108 (Dale Huntington y Nancy J. Piet-Pelon eds., 1999) (se da crédito al Instituto Alan Guttmacher) (se calcula que se realizaron medio millón de abortos inducidos al inicio de los años noventa); Yolanda Palma y cols., *Unsafe Abortion in Latin America and the Caribbean: Priorities for Research and Action* (Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: Prioridades de investigación y acción), en PREVENTING UNSAFE ABORTION AND ITS CONSEQUENCES 198 (Ira K. Warriner e Iqbal H. Shah eds., 2006) (casi 533 000 abortos inducidos en 1990); Human Rights Watch, *THE SECOND ASSAULT: OBSTRUCTING ACCESS TO LEGAL ABORTION AFTER RAPE IN MEXICO* (El segundo asalto: Obstaculizar el acceso al aborto legal por violación en México) § IV (2006) (se basa en cálculos que establecen que el número anual de

complicaciones derivadas de abortos inseguros son la cuarta causa de mortalidad materna en México²⁴ y la tercera razón principal para ingresar a las mujeres a los servicios ginecológicos de los hospitales metropolitanos del IMSS.²⁵ Simplemente en hospitales públicos, alrededor de 120 000 mujeres solicitan tratamiento para complicaciones relacionadas con el aborto.²⁶ Los abortos realizados por proveedores no calificados son responsables de aproximadamente 1500 muertes de mujeres al año en México y constituyen la tercera causa principal de muertes maternas en la ciudad de México.²⁷

B. La despenalización del aborto puede disminuir radicalmente los riesgos a la salud materna

12. Existe evidencia “incontrovertible” de que la despenalización del aborto es el principal mecanismo para mejorar la salud pública por reducir las complicaciones y muertes asociadas a los abortos inseguros.²⁸ Para garantizar la calidad de la atención médica en ese campo, se debe hablar públicamente del aborto legal.²⁹ La experiencia en Guyana en cuanto a la liberalización de las leyes del aborto constituye un ejemplo contundente. Antes de 1995, cuando al aborto se le consideraba un delito, la mayoría de los proveedores de aborto eran profesionales de la salud.³⁰ Aun así, el aborto séptico constituía la tercera causa más importante (19%) de hospitalización.³¹ Dentro de los primeros seis meses después de la despenalización del aborto, el ingreso a hospitales públicos por abortos sépticos y abortos incompletos se redujo un 41% debido a que los proveedores de salud comenzaron a proporcionar antibióticos profilácticos de manera organizada.³²
13. Otros países también experimentaron mejoras dramáticas en salud pública después de despenalizar el aborto. En Rumania, la tasa de mortalidad materna disminuyó casi 50% el año siguiente al cambio de legislación.³³ En Sudáfrica, una vez reformada la ley del aborto, las muertes derivadas de complicaciones del procedimiento se redujeron 91% de

abortos en México es de “cerca de un millón”).

²⁴ Deborah L. Billings y cols., *Comparing the Quality of Three Models of Postabortion Care in Public Hospitals in Mexico City* (Comparación de la calidad de tres modelos de atención postaborto en hospitales públicos de la ciudad de México), INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES, Sep. 2003, 112, en 112; Brambila y cols., *supra* nota 23, en 108; García y cols., *supra* nota 11, en 65; véase también Susan Pick de Weiss y Henry P. David, *Illegal Abortion in Mexico: Client Perceptions* (El aborto ilegal en México: Percepciones de las usuarias), 80 AM. J. OF PUBLIC HEALTH, 715, en 715 (Junio 1990) (se describen las complicaciones del aborto inseguro como la quinta causa más importante de mortalidad materna).

²⁵ Pick de Weiss y David, *supra* nota 24, en 715 (no se cuenta con datos confiables sobre las mujeres hospitalizadas en otras áreas.)

²⁶ Billings y cols., *supra* nota 24, en 112.

²⁷ *Mexico City Legalizes Abortion* (El Distrito Federal legaliza el aborto), AP Online, 25 de abril de 2007 (dato atribuido al Instituto de la Mujer, en el Distrito Federal).

²⁸ Cohen, *supra* nota 16, en 4 (“Con todo, existe evidencia incontrovertible de que la manera más segura de reducir la mortalidad y discapacidad asociadas al aborto inseguro es despenalizarlo y sacarlo a la luz.”); Grimes y cols., *supra* nota 5, en *10 (2006), se cita a W. Cates Jr., *Legal Abortion: The Public Health Record* (El aborto legal: Historial de salud pública), SCIENCE 1586 (1982).

²⁹ Berer, *Making Abortions Safe*, *supra* nota 3, en 39.

³⁰ Berer, *Making Abortions Safe*, *supra* nota 3, en 39.

³¹ Berer, *Making Abortions Safe*, *supra* nota 3, en 39.

³² Berer, *Making Abortions Safe*, *supra* nota 3, en 39.

³³ Cook y cols., *supra* nota 22, en 580.

1994 a 2001.³⁴

14. La despenalización es un componente crítico del mejoramiento de la salud pública. Si no se legaliza el aborto, será imposible garantizar la calidad de la atención médica correspondiente. Donde el aborto es ilegal, el personal médico que realiza el procedimiento es víctima del estigma profesional y social y corre el riesgo de chantaje y de ser objeto de demandas judiciales.³⁵ La despenalización permite reglamentar los servicios de aborto para monitorear e implantar atención médica de calidad y estandarizar los métodos más seguros y efectivos.³⁶

C. La despenalización del aborto promueve la evaluación, capacitación e innovación en el campo de la medicina y con ello avances en la seguridad de los servicios de aborto

15. La despenalización del aborto reduce significativamente las tasas asociadas de mortalidad y morbilidad maternas al permitir la realización de un mayor número de abortos en etapas tempranas del embarazo, generar investigación e innovaciones y crear oportunidades de capacitación mejorada. En los Estados Unidos, la legalización del procedimiento llevó a las mujeres a solicitar un aborto en las primeras semanas de gestación, cuando se corren menos riesgos.³⁷ En 1980, sólo uno de cada diez abortos se llevaba a cabo en la decimotercera semana de gestación o más adelante; en la década de los setenta, cuando el aborto era ilegal en la mayor parte de los Estados Unidos, ese porcentaje había sido cuatro de cada diez.³⁸

16. La legalización promueve también la investigación clínica para el desarrollo de métodos abortivos más seguros. En los Estados Unidos, en 1970, el legrado por succión era el método utilizado en 54% de los abortos y el legrado instrumental en 46% de los casos antes de la despenalización. Los hallazgos de investigación demostraron que el legrado por succión era más rápido y seguro y para 1998 se utilizaba en 96% de todos los abortos. En cuanto a los procedimientos utilizados en el segundo trimestre del embarazo, los resultados de investigación determinaron que el método de dilatación y evacuación (“D&E”) era más seguro que el anterior (uso intraamniótico de un abortivo como la solución salina para inducir el aborto) a las 13 semanas o en gestaciones más avanzadas. Para mediados de la década de los noventa, dicho método se utilizaba en 90% de todos los abortos de segundo trimestre.³⁹

17. La despenalización generó innovaciones en el desarrollo de abortivos médicos. El aborto con medicamentos como la mifepristona (también conocida como RU 486) o el

³⁴ *The Health Dangers of Unsafe Abortion* (Los riesgos a la salud ocasionados por el aborto inseguro), UNSAFE ABORTION, Agosto 2007, en 2.

³⁵ Berer, *Making Abortions Safe*, *supra nota* 3, en 40 (“Las mujeres siguen siendo vulnerables en escenarios donde el aborto no es legal, porque no se puede garantizar la calidad de la atención, no se pueden confrontar los abusos y tanto mujeres como proveedores siguen corriendo el riesgo de demandas judiciales, chantaje y estigma social y profesional.”).

³⁶ Berer, *National Laws and Unsafe Abortion*, *supra nota* 3, en 5 (“Se ha demostrado la necesidad de que todo gobierno reglamente los servicios de aborto públicos y privados para garantizar la calidad de la atención, el trato humanitario, el uso de los métodos más seguros y la provisión de servicios gratuitos o a precios accesibles aun para las mujeres más pobres.”).

³⁷ Cates, Jr. y cols., *supra nota* 15, en 25.

³⁸ Cates, Jr. y cols., *supra nota* 15, en 25.

³⁹ Cates, Jr. y cols., *supra nota* 15, en 25-26.

metotrexato en combinación con el misoprostol puede interrumpir el embarazo dentro de los primeros 63 días medidos a partir de la última menstruación, cuando se corren menos riesgos.⁴⁰ Otra ventaja de esas innovaciones es que para realizar el aborto no se requiere un médico; un proveedor de nivel medio puede administrar el procedimiento de manera segura y efectiva.⁴¹ En algunos lugares de América Latina, el mayor uso de medicamentos abortivos ha empezado a reducir la mortalidad asociada al aborto inseguro.⁴² Aunque algunos tipos de abortivos, como el misoprostol, se pueden conseguir en farmacias de México, se le utiliza y conoce muy poco.⁴³

18. En los Estados Unidos, la despenalización permitió que proveedores de salud aprendieran, se capacitaran y manejaran con mayor eficacia las complicaciones derivadas del aborto; aumentó el nivel de adiestramiento del personal médico, y mejoró los resultados de salud.⁴⁴ En los países europeos donde el aborto es legal y se efectúa bajo condiciones reglamentadas por parte de personal capacitado, el procedimiento es muy seguro y el riesgo que conlleva es menos de una muerte materna por cada 100 000 abortos.⁴⁵ En esos países, los avances en materia de seguridad también fueron resultado de la despenalización, que redundó en procedimientos mejorados, adiestramiento más adecuado y mayor experiencia en el tratamiento de complicaciones.⁴⁶
19. En México, existe un clima propicio para que esos mismos factores produzcan significativas mejoras en la salud pública. La falta de capacitación y el uso de metodologías menos modernas, por ejemplo, son dos áreas que pueden mejorar. En un estudio realizado en seis hospitales del IMSS del Distrito Federal, de 1997 a 1998, se encontró que la mayoría de los hospitales y del personal no contaban con capacitación en atención postaborto.⁴⁷ El método predominante era el legrado instrumental y no la aspiración endouterina, que es un método mucho más seguro.⁴⁸ La Organización Mundial

⁴⁰ Wendy Chavkin, *Topics for Our Times: Public Health on the Line – Abortion and Beyond* (Temas de nuestro tiempo: La salud pública en riesgo – más allá del aborto), 86 AM. J. OF PUBLIC HEALTH 1204, *3-*4 (1996).

⁴¹ Berer, *National Laws and Unsafe Abortion*, *supra* nota 3, en 6.

⁴² Deborah L. Billings y cols., *Women's Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study* (Perspectivas de las mujeres sobre el aborto con medicamentos en México, Colombia, Ecuador y Perú: Un estudio cualitativo), REPROD. HEALTH MATTERS, 2005, en *3.

⁴³ Claudia Díaz y cols., Population Council, *Mexican National Opinion Survey On Reproductive Health And Social Issues* (Encuesta Nacional de Opinión Pública sobre Temas Sociales y de Salud Reproductiva) (2006), http://www.popcouncil.org/projects/RH_MexicoRHSurvey.html (En una encuesta en la que se utilizó una muestra de representatividad nacional, se encontró que sólo 1% había utilizado misoprostol.).

⁴⁴ Cates, Jr. y cols., *supra* nota 15, en 27 (“El mejoramiento de la capacitación fue uno de los factores que ayudó a reducir la morbimortalidad asociada al aborto durante la primera década después de su legalización.”).

⁴⁵ David, *supra* nota 10, en 8.

⁴⁶ David, *supra* nota 10, en 8 (“Las más recientes técnicas de aspiración manual endouterina son en especial promisorias para la realización de un aborto temprano.”).

⁴⁷ Billings y cols., *supra* nota 24, en 112.

⁴⁸ Billings y cols., *supra* nota 24, en 112; cf. Brooke R. Johnson y cols., *Costs and Resource Utilization for the Treatment of Incomplete Abortion in Kenya and Mexico* (Costos y utilización de recursos para el tratamiento del aborto incompleto en Kenya y México), 36 SOC. SCI. MED. 1443 (1993). En un estudio comparativo de legrado instrumental y la aspiración endouterina para el tratamiento de complicaciones derivadas del aborto incompleto en cinco hospitales mexicanos del IMSS, se encontró que sólo dos estados del occidente del país habían implantado la aspiración manual endouterina. *Id.* en 1444. La conclusión del estudio fue que la aspiración manual endouterina ofrecía “significativos beneficios potenciales para las mujeres, personal de salud y el sistema de atención a la salud” y recomendaba la adopción de una política que privilegiara el uso de la aspiración manual endouterina, la

de la Salud recomienda el uso de la aspiración endouterina⁴⁹ para el tratamiento de complicaciones de abortos incompletos e inseguros para mejorar los estándares de calidad y seguridad de la atención.⁵⁰

20. La comunidad médica mexicana reconoce que carece de capacitación y respaldo legal para algunos servicios. En febrero de 2002, una encuesta aplicada a 468 proveedoras y proveedores de servicios de salud durante un taller de violencia sexual reveló una falta de conocimientos sobre el marco legal para la prestación de servicios de aborto para víctimas de violencia sexual.⁵¹ Apenas la mitad del personal médico, de enfermería y de trabajo social había recibido información sobre la violencia sexual y el aborto durante sus estudios profesionales.⁵² Menos del 25% contaba con la capacitación necesaria para ofrecer atención médica, menos del 50% había sido capacitado en el uso de la anticoncepción de emergencia y sólo 34% del personal médico había recibido capacitación en el uso de la aspiración manual endouterina para aborto y el tratamiento de complicaciones derivadas del mismo.⁵³

D. Los efectos negativos en la salud resultado de la penalización del aborto afectan desproporcionadamente a mujeres pobres, jóvenes, de áreas rurales y grupos marginados

21. Los aumentos en mortalidad y morbilidad no se distribuyen uniformemente en toda la población de mujeres que solicitan un aborto. En otras palabras, las opciones de aborto ilegal disponibles para las mujeres pobres, jóvenes, de áreas rurales y grupos marginados tienen mayores probabilidades de ocasionar mortalidad y morbilidad que las opciones disponibles para las mujeres de mayores recursos y mayor edad, de áreas urbanas.⁵⁴
22. Los tres tipos más comunes de proveedoras y proveedores de aborto en México son personal médico, de enfermería y personas no capacitadas; existe también el aborto autoinducido. Los estudios han demostrado que las mujeres de mayores recursos pueden

adquisición de instrumental médico apropiado, nueva capacitación y la implantación de protocolos clínicos y de prácticas de manejo de pacientes. *Id.* en 1452-53.

⁴⁹ El legrado por succión, analizado en ¶ 16, es un tipo de aspiración endouterina. “La aspiración vacía el contenido del útero mediante una suave succión efectuada por un dispositivo manual o con un aspirador mecánico. Cuando se utiliza el dispositivo manual, el procedimiento a veces recibe el nombre de aspiración manual endouterina o AMEU. Cuando se utiliza un aspirador mecánico, el procedimiento a veces recibe el nombre de legrado instrumental uterino o LIU.” Planned Parenthood, Procedures, <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/abortion/procedures.htm> (última visita: Enero 31, 2008).

⁵⁰ World Health Organization, *supra nota* 3, en 42. La OMS también recomienda “hacer todo lo posible para reemplazar [el legrado instrumental] por la aspiración endouterina para mejorar la seguridad y la calidad de la atención.” *Id.* en 33. Véase también David A. Grimes, *Reducing the Complications of Unsafe Abortion: The Role of Medical Technology* (Reducción de las complicaciones del aborto inseguro: El papel de la tecnología médica), en *Preventing Unsafe Abortion and Its Consequences* 74 (Ina K. Warriner e Iqba H. Shah eds., 2006) (se caracteriza al legrado instrumental como “práctica obsoleta” por existir “evidencia convincente” en su contra).

⁵¹ Deborah L. Billings y cols., *Constructing Access to Legal Abortion Services in Mexico City* (Creación del acceso a servicios de aborto legal en la ciudad de México), REPROD. HEALTH MATTERS, 2002, 86, en 92.

⁵² Billings y cols., *supra nota* 51, en 92.

⁵³ Billings y cols., *supra nota* 51, en 92.

⁵⁴ Billings y cols., *supra nota* 51, en 86; Cates, Jr. y cols., *supra nota* 15, en 25; Chavkin, *supra nota* 40, en *3-*4 (1996); Rachel Benson Gold, *Lesson from Before Roe: Will Past be Prologue?* (Lección aprendida antes del caso Roe: ¿El pasado será el prólogo?), GUTTMACHER REPORT ON PUBLIC POLICY, Marzo 2003, 8; Alan Guttmacher Institute, *An Overview of Clandestine Abortion in Latin America* (Panorama general del aborto clandestino en América Latina), ISSUES IN BRIEF, 1996, 1.

recibir servicios de aborto de parte de personal médico o de otros profesionales capacitados, mientras que las mujeres pobres y las que viven en áreas rurales reciben dichos servicios de personas sin capacitación.⁵⁵

23. Un estudio efectuado en Oaxaca, Acapulco y la Ciudad de México descubrió que las mujeres de mayores recursos, edad y educación solicitan abortos inducidos a personal capacitado porque pueden pagar por ello. Las mujeres pobres y de menor escolaridad buscan con mayor frecuencia a personal no capacitado para someterse a un aborto. El estudio encontró también que las mujeres que recurren a personas sin capacitación son más propensas a sufrir complicaciones que quienes se someten a un aborto con personal capacitado.⁵⁶ La despenalización del aborto reducirá la desigualdad de las tasas de mortalidad y morbilidad en las mujeres que se someten al procedimiento y ayudará a las mujeres marginadas a solicitar el tratamiento requerido para posibles complicaciones.⁵⁷

IV. Conclusión

24. Las reformas del Decreto constituyen importantes medidas para el mejoramiento del acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva. Como lo demuestran las experiencias de muchos otros países, la despenalización reducirá la mortalidad y morbilidad de mujeres que solicitan un aborto y por tanto, mejorará la salud pública. La comunidad médica mexicana se compromete a “incidir en la salud de la población mexicana a través de estrategias de prevención, control de enfermedades y profesionalización de los trabajadores de la salud pública.”⁵⁸ La comunidad médica requiere el consentimiento del gobierno para cumplir con éxito dicha misión. El Decreto constituye un paso importante en esa dirección.

⁵⁵ Davida Becker y cols., *Knowledge and Opinion about Abortion Law Among Mexican Youth* (Conocimientos y opiniones de la juventud mexicana sobre la ley del aborto), 28 INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES 206 (2002); Alan Guttmacher Institute, *An Overview of Clandestine Abortion in Latin America*, ISSUES IN BRIEF, 1996, 1.

⁵⁶ Pick de Weiss y David, *supra nota* 24, 715-16; véase Maria del Carmen Elu, *Between Political Debate and Women's Suffering: Abortion in Mexico* (Entre el debate político y el sufrimiento de las mujeres: El aborto en México), en ABORTION IN THE DEVELOPING WORLD (Axel I. Mundigo y Cynthia Indriso eds., 1999), en 248 (muestra que la pobreza fue un factor clave en orillar a las mujeres a solicitar un aborto inseguro en la ciudad de México) y Rachel Benson Gold, *Lesson from Before Roe: Will Past be Prologue?* GUTTMACHER REPORT ON PUBLIC POLICY, Marzo 2003, 8 (se argumenta que las mujeres pobres sufrían un impacto desproporcionadamente mayor de las complicaciones derivadas del aborto ilegal e inseguro antes de la despenalización del aborto en los Estados Unidos).

⁵⁷ Billings y cols., *supra nota* 51, en 88 (declara que “las mujeres que viven en áreas marginadas son dos veces más propensas a morir por complicaciones del aborto que las mujeres que viven en otras regiones”).

⁵⁸ Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C., abril – junio 2007, <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/viii/2/enlace/enlace.htm>

Fecha: 5 de febrero de 2008

Presentado respetuosamente por:

Kimberly A. Parker
Allison F. Murphy
Zachary D. Clopton
Wilmer, Cutler, Pickering, Hale and Dorr
1875 Pennsylvania Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20006
United States
(202) 663-6000

Cathleen M. Mahoney
Jennifer L.A. Blasdell
National Abortion Federation
1660 L Street, N.W., Suite 450
Washington, D.C. 20036
United States
(202) 667-5881