

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume **139**

Suplemento
Supplement **1**

Julio-Agosto
July-August **2003**

Artículo:

El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México

Diana Lara, * Sandra García, * Jennifer Strickler, ** Hugo Martínez, *** Luis Villanueva***

Resumen

Objetivo: Describir el procedimiento para obtener un aborto legal por violación en la ciudad de México, las características de las mujeres que se embarazan a consecuencia de la violación y su acceso a servicios de aborto legal.

Metodología: Se realizaron seis entrevistas a personal de instituciones que atienden a víctimas de violación y una revisión de 231 expedientes clínicos de mujeres que se embarazaron a consecuencia de una violación atendidas en un hospital de la ciudad de México de 1991 al 2001.

Resultados: El mecanismo para obtener la autorización de un aborto legal es burocrático. En la muestra estudiada, la tasa de embarazo a consecuencia de la violación fue de 13.9%. El 66% de estas mujeres tenía menos de 20 años. A 22.3% de las mujeres embarazadas se les practicó un aborto legal. La variable que influyó más en el acceso al aborto legal fue la duración del embarazo a la primera cita en el hospital ($p < 0.01$).

Conclusiones: El acceso al aborto legal por violación es limitado. Cuando las mujeres logran obtener la autorización para practicarse un aborto legal, muchas veces el embarazo sobrepasa el primer trimestre y la mayoría de los médicos se niegan a realizar el procedimiento.

Palabras clave: Aborto legal, embarazo, violación, abuso sexual, México

Summary

Objective: The aim of this study was to describe the process for obtaining a legal abortion as the result of rape in Mexico City, the characteristics of women who become pregnant as a result of rape, and access to legal abortion services.

Methodology: We conducted six interviews with staff from institutions that serve victims of rape and analyzed 231 medical records of women who became pregnant as a result of a rape and who sought services at a Mexico City hospital from 1991 to 2001.

Results: The process of obtaining authorization for a legal abortion is bureaucratic. Pregnancy rate as a result of a rape in this sample was 13.9%; for women 20 years of age or younger the rate was 66%. In 22.3% of cases, the woman obtained a legal abortion. The most important factor in legal abortion access was gestational age at first hospital visit.

Conclusions: Access to legal abortion in the case of rape is limited. When women are successful in obtaining authorization for a legal abortion, it is often after the first trimester and the majority of physicians refuse to perform the procedure.

Key words: Legal abortion, pregnancy, rape, sexual abuse, Mexico



* Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

** Departamento de Sociología, Universidad de Vermont, Vermont, EUA.

*** Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Diana Lara, Population Council, Panzacola 62-102 Col. Villa Coyoacan, México D.F., 04000, México. Tel.: (52-55) 5999-8663, Fax: (52-55) 5554-1226, e-mail: dlara@popcouncil.org.mx

Introducción

La violación es un acto de violencia contra la mujer que ocurre de forma frecuente a nivel mundial. Los registros de violaciones, en diferentes países, generalmente provienen del sistema judicial o de los centros que brindan atención a víctimas de violación. Sin embargo, un número importante de mujeres no acude a estas instancias a informar del evento, por lo que existe una subestimación de la frecuencia de la violación.¹

La violación sexual es un acto flagrante de violación de los derechos humanos que conlleva graves daños a la salud de la mujer. Este delito produce lesiones físicas en genitales y otras partes del cuerpo así como alteraciones psicológicas. Las mujeres que sufren una violación se encuentran en riesgo de presentar infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y embarazos no deseados.

El embarazo no deseado producto de una violación, causa daños a la salud en la mujer gestante y en el producto. Las mujeres embarazadas por violación pueden sufrir daños psicológicos severos no solo por la violación, sino también por la decisión en torno a interrumpir o continuar con el embarazo. Así mismo, presentan con mayor frecuencia complicaciones durante el embarazo y el parto, tales como abortos espontáneos, partos prematuros, deserción de los programas de control prenatal, problemas de nutrición e incluso suicidio.² Los hijos producto de un embarazo por violación sufren las características de los hijos no deseados, presentando alto riesgo de desnutrición, maltrato infantil, abandono e incluso infanticidio.²

Estadísticas sobre violación en la ciudad de México

Las estadísticas sobre violación en la ciudad de México son escasas y poco confiables. La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) organismo gubernamental encargado de registrar las denuncias de violación, informó para el año 2001 un promedio de 3.32 violaciones diarias.³ Este promedio diario de denuncias de violación se ha mantenido en los mismos niveles desde 1993 hasta la fecha. Al igual que en otros países, los niveles de denuncia del abuso sexual son muy bajos, se estima que sólo 10% de los casos son denunciados.⁴

En México, no se cuenta con resultados de una encuesta representativa a nivel nacional para medir los índices de violación y las características de las mujeres que sufren este evento. Los datos disponibles sobre las características de las personas que sufren violación, provienen de la PGJDF y de estudios realizados con la población atendida en centros de salud, hospitales u organismos que brindan servicios especializados a

sobrevivientes de violación.⁵⁻⁹

En los resultados de los estudios disponibles sobre el tema en México, es posible identificar varios puntos convergentes. En general, la violación es un evento que se presenta en mujeres jóvenes. Según estadísticas del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Abuso Sexual (CTA), dependencia de la PGJDF, casi la mitad (48%) de los casos de violación se presentan en mujeres de 13 a 24 años de edad.⁹ De acuerdo a una revisión de 50 casos de mujeres atendidas por abuso sexual en el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Abuso Sexual (PAIVSAS) entre 1994 y 1998, la edad media de estas pacientes fue de 24.5 años. Como consecuencia del predominio del evento en mujeres jóvenes, se presenta con más frecuencia en mujeres solteras (70 a 90%) que en las casadas o en unión libre.⁸ Otra característica común informada en los estudios realizados en México, es que el agresor en más de la mitad de los casos es un conocido, las cifras informadas oscilan entre 44% y 100% y de estos conocidos casi la mitad son familiares cercanos (padre, tío, hermano o primo).⁵⁻⁹

Embarazo a consecuencia de la violación

En un estudio realizado en un hospital de la ciudad de México, se diagnosticó embarazo en el 10% de las adolescentes atendidas por violación durante 1995.⁵ Igual porcentaje informó el CTA en mujeres en edad reproductiva atendidas en esa institución durante 1998.⁹

En la mayoría de las naciones de América Latina no se han realizado estudios con muestras representativas a nivel nacional para estimar la proporción de mujeres que se embarazan como resultado de una violación. Entre 1990 y 1992 se realizó un estudio en los Estados Unidos de Norteamérica con una muestra representativa a nivel nacional, el cual informó que 5% de las víctimas de violación resultaron embarazadas; así, cada año en ese país ocurren 32,101 embarazos producto de una violación. Según este estudio 32% de las mujeres violadas se dan cuenta que se encuentran embarazadas hasta que inician el segundo trimestre del embarazo, debido en gran parte a que sólo 24% recibe atención médica posterior a la violación.¹⁰

Daños a la salud provocados por la violación

Diversos estudios han documentado la asociación entre violencia sexual y problemas de salud agudos y crónicos.¹¹ En una revisión de casos de abuso sexual realizada en la India, el trauma no genital se presentó en 21% y el trauma genital en 32% de las víctimas.¹² Otras lesiones producto de la violación son las infecciones de transmisión sexual.

En México se informa que una de cada 5 mujeres violadas sufre algún tipo de ITS.⁵ En otros países se ha documentado la infección por VIH en 1 de cada 1000 mujeres violadas.⁴

Dentro de las lesiones crónicas se informan dolor pélvico, disfunción sexual, vaginitis crónica, depresión, abuso de drogas, trastornos del sueño y la alimentación, síndrome de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad, personalidad múltiple, intento de suicidio y suicidio.¹³⁻¹⁷

En el contexto de la atención integral a la salud, es un derecho de las mujeres víctimas de abuso sexual recibir en los servicios de salud atención a las lesiones físicas y psicológicas, prevención de ITS y de un embarazo no deseado. Organismos internacionales e instituciones de salud en diferentes países han promovido el establecimiento de protocolos de atención a víctimas de violencia sexual^{4,18-20} para que se brinde este servicio dentro de un marco institucional, recibiendo el apoyo de las autoridades administrativas y de los proveedores de servicios de salud.

Marco legal para el acceso a servicios de salud en caso de violación

En el Distrito Federal (D.F.), como en los restantes 31 estados de la República Mexicana el aborto por violación no está penalizado. Esta es la única circunstancia bajo la cual está permitida la práctica del aborto en todos los estados del país. Específicamente en el D.F., a partir de las modificaciones a la ley realizadas en agosto del año 2000 y finalmente aprobadas en enero del 2002, se establece que el ministerio público debe autorizar en un término de 24 horas la interrupción del embarazo cuando exista: a) denuncia por el delito de violación, b) comprobante de la existencia del embarazo en cualquier institución del sistema público o privado de salud, c) elementos que permitan al ministerio público suponer que el embarazo es producto de la violación y d) solicitud de la mujer embarazada. Este mismo artículo establece que todas las instituciones públicas de salud del D.F. deberán practicar a petición de la interesada, el examen que compruebe la existencia del embarazo, así como su interrupción.²¹

En abril del año 2002, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), emitió una circular dirigida a los servicios de salud del D.F. con el objetivo de establecer mecanismos en el sector salud para llevar a cabo lo establecido en la ley. Así, se estipuló que todos los servicios de salud públicos y privados del D.F. deben realizar el aborto en un período máximo de 10 días a partir de la primera consulta en la unidad de salud, siempre y cuando la mujer presente la autorización del ministerio

público y tenga un embarazo menor a las 20 semanas de gestación. En caso de que el médico que atiende a la paciente se declare objetor de conciencia y se niegue a realizar el procedimiento, tiene el deber de referir a la paciente con otro médico o a un hospital que realice abortos legales.²²

Aunque está establecido el mecanismo legal para acceder a un aborto legal por violación, han salido a la luz pública casos de mujeres embarazadas por violación que se han enfrentado a múltiples barreras para acceder al procedimiento; en algunos casos, estas mujeres no han logrado interrumpir el embarazo a pesar de que han cumplido con los requisitos legales.^{23, 24} La oferta de servicios de aborto legal en los hospitales públicos en la ciudad de México es escasa,²⁵ más aún, en los hospitales que brindan el servicio, no existe documentación sobre la frecuencia con la que se realizan abortos legales a las mujeres que lo solicitan y las condiciones bajo las cuales se brinda este servicio.

En este artículo se describe el procedimiento administrativo-legal seguido por las mujeres para obtener un aborto legal por violación y se presentan los resultados de una revisión de expedientes clínicos de mujeres que sufrieron violación y que fueron atendidas en un hospital público de la ciudad de México entre 1991 y 2001. Mediante la revisión de los registros se estimó la frecuencia de embarazo a consecuencia de la violación, las características de las mujeres que se embarazaron a consecuencia de la violación y el acceso a servicios de salud, incluido el aborto legal.

Métodos

Para realizar la descripción del mecanismo administrativo-legal para obtener un aborto legal en el caso de embarazo a consecuencia de una violación, llevamos a cabo seis entrevistas semi-estructuradas con personas claves que laboran en instituciones y organizaciones gubernamentales que brindan atención psicológica, médica y/o legal a las víctimas de violación en la ciudad de México. Las personas entrevistadas pertenecen a las siguientes organizaciones: Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales de la PGJDF, Unidad de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVIF) de la Secretaría de Desarrollo Social del D.F., Agencia Especializada en Delitos Sexuales (AEDS) de la PGJDF, Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (SSA) y Centro Integral de Atención a la Mujer (CIAM) del Instituto de la Mujer.

Posteriormente realizamos un estudio retrospectivo mediante la revisión de expedientes clínicos de todas las mujeres atendidas por abuso sexual en el Hospital General Dr. Manuel Gea González (HGG) en el período de 1991 al 2001 (n=1,681). Descartamos 30 expedientes de mujeres

que no presentaron penetración pene-vagina. De este universo (n=1651) seleccionamos los expedientes de 272 mujeres que sufrieron embarazo a consecuencia de la violación. El criterio de selección para el diagnóstico positivo de embarazo se basó en el resultado del ultrasonido pélvico o la nota médica que estableciera el número de semanas de gestación por fecha de última menstruación.

El protocolo de estudio se sometió a revisión y fue aprobado por el comité interno de ética del Population Council y por el comité de ética del HGG. Seguimos los procedimientos necesarios para asegurar la confidencialidad de la información.

La revisión de expedientes y recopilación de la información pertinente fue realizada por dos médicas en un formato previamente elaborado. Posteriormente construimos una base de datos en SPSS (10.0) y realizamos un análisis de cruce de variables para estimar frecuencias, diferencias con chi cuadrada y regresión logística.

Es importante remarcar que los resultados de este estudio no son representativos de la situación de las mujeres que sufren un embarazo por violación en la ciudad de México, sino que reflejan aquella de las mujeres embarazadas por violación atendidas en el HGG. Empero, el HGG es uno de los dos principales centros de referencia de las mujeres que informan una violación en las Agencias Especializadas de Delitos Sexuales del Distrito Federal.

Resultados

Pasos para solicitar un aborto legal en caso de violación en el Distrito Federal

Para tener acceso a un aborto legal en la ciudad de México, una mujer embarazada por violación debe acudir a instancias del sistema judicial y del sistema de salud. La (PGJDF) tiene cuatro Agencias Especializadas en Delitos Sexuales (AEDS) en la ciudad, a las cuales deben acudir las mujeres para denunciar la violación. Estas agencias remiten el caso al CTA de la PGJDF. El CTA (sólo existe un centro en la ciudad de México) brinda atención psicológica a la mujer y refiere los casos a uno de los tres hospitales de la Secretaría de Salud en convenio con el CTA: Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital General de México (HGM) y Hospital Benito Juárez (HBJ) donde se les realiza de forma gratuita una historia clínica completa y exámenes de laboratorio y de gabinete para detectar enfermedades de transmisión sexual y embarazo. El HGG recibe pacientes del CTA desde 1991 hasta la fecha, mientras que el HGM inició este acuerdo en 1998. El HBJ solamente brinda servicio

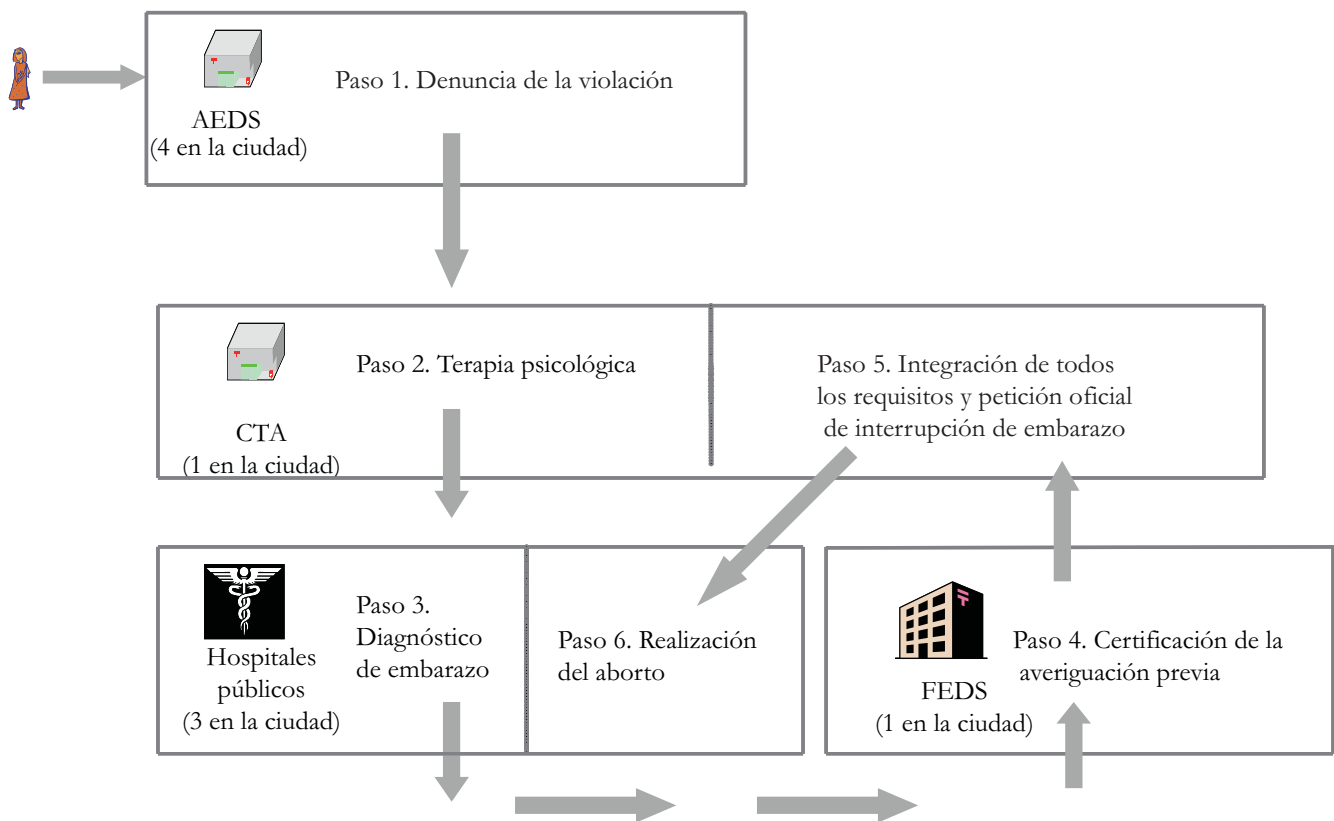
de detección de ITS y de atención de lesiones producto de la violación, pero no ofrece servicios de aborto legal, iniciando este acuerdo de referencia con el CTA en el año 2001.

El hospital envía los resultados de los exámenes al CTA, si el resultado del embarazo es positivo y la paciente no desea continuar el embarazo, es remitida nuevamente al hospital para que se le interrumpa el embarazo, cumpliendo previamente los siguientes requisitos: (1) solicitud de la víctima de interrupción del embarazo, (2) diagnóstico positivo de embarazo emitido por el hospital al que se refirió y (3) certificación de la averiguación previa. El trámite de la certificación de la averiguación previa se realiza en la Fiscalía Especializada en Delitos Sexuales (FEDS), dependencia de la PGJDF, y consiste en integrar el caso mediante la revisión del examen médico pericial y la impresión diagnóstica psicológica que se realiza en la AEDS. En ocasiones el trámite es lento y complicado, pudiendo durar más de tres meses.

Una vez cumplidos los requisitos administrativos-legales, la mujer es remitida a uno de los dos hospitales en convenio con el CTA que ofrecen servicios de aborto legal. Dependiendo del mecanismo interno de cada hospital, las interrupciones del embarazo se llevan a cabo únicamente presentando los requisitos descritos o previa valoración del caso por parte de un comité de ética del hospital. En el caso del HGG todos los casos son revisados por un comité de ética constituido por médicos de base adscritos al Servicio de Ginecología y Obstetricia.

En 1998, el gobierno del D.F. estableció organizaciones que brindan atención a mujeres que sufren violencia, como los Centros Integrales de Atención a la Mujer (CIAM) que dependen del Instituto Nacional de la Mujer y las UAVIF, dependencias de la Secretaría de Desarrollo Social del D.F. Estas organizaciones brindan atención psicológica de emergencia y asesoría legal a las mujeres víctimas de violación, sin embargo, si la mujer sufre embarazo a consecuencia de la violación deben referirla al CTA, única dependencia del Gobierno del D.F. con la autoridad para solicitar de forma legal un aborto en caso de violación.

En la Figura 1 se esquematiza el proceso que debe seguir una mujer para obtener un aborto legal, destacando las principales instancias que juegan un papel decisivo en el acceso a la interrupción legal del embarazo. Aunque existe esta red de instancias gubernamentales en la cual se resuelve de forma fragmentada las necesidades psicológicas, legales y médicas de las víctimas de violación, la referencia de una instancia a otra es lenta y requiere de trámites burocráticos. Esta segmentación en los servicios retarda la llegada al hospital de las mujeres embarazadas por violación incluso más allá de los tres meses.



AEDS: Agencia especializada en delitos sexuales, CTA: Centro de terapia de apoyo a víctimas y sobrevivientes de abuso sexual, FEDES: Fiscalía especializada en delitos sexuales (Estas instancias forman parte de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal). Los tres hospitales públicos de la Secretaría de Salud en acuerdo con el CTA son: Hospital General de México, Hospital General Dr. Manuel Gea González y Hospital Benito Juárez.

Figura 1. Procedimientos para obtener un aborto legal por violación en la ciudad de México, 2000.

Frecuencia de embarazo a consecuencia de una violación

Se revisaron 1,651 expedientes de mujeres víctimas de violación atendidas en el HGG de 1991 al 2001. La frecuencia de embarazo a consecuencia de la violación fue de 13.9% (n=231). (Cuando se considera en el denominador únicamente a las mujeres víctimas de violación en edad reproductiva, de 12-49 años de edad, la tasa de aborto a consecuencia de la violación se estima en 14.3% [227/1,586]). Cuatro pacientes menores de 12 años (una de 10 años y tres de 11 años) presentaron embarazo a consecuencia de la violación. Treinta mujeres (1.9%) acudieron a consulta con amenorrea; sin embargo, no se encontró en el expediente clínico información acerca de estudios de laboratorio y gabinete o notas médicas que confirmaran el diagnóstico de embarazo. Diez mujeres presentaron embarazos que no fueron consecuencia de la violación. Seis mujeres estaban embarazadas antes de que ocurriera la violación y dos mujeres se embarazaron después de que sucedió la violación. En dos casos no se informó en los expedientes la fecha de última menstruación,

por lo que no fue posible aclarar si el embarazo ocurrió antes o después de la violación; sin embargo, existía una nota del médico que señalaba que el embarazo no era consecuencia de la violación.

Características de las mujeres embarazadas por la violación

A partir de la revisión de expedientes clínicos obtuvimos la siguiente información de las mujeres embarazadas por violación: edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, número de embarazos, uso de métodos de planificación familiar cuando ocurrió la violación, presencia de una discapacidad, edad gestacional cuando acudió a la primera cita en el hospital y tiempo transcurrido entre la violación y el primer contacto con los servicios de salud (Cuadro I).

La edad media de las mujeres embarazadas por violación fue de 19 años (Cuadro I). Más de la mitad de las mujeres tenían entre 10 y 19 años (66%). Desglosando con más detalle esta información, encontramos que siete

por ciento de las adolescentes embarazadas tenían entre 10 y 12 años, 28% entre 13 y 15 años y 31% entre 16 y 19 años.

Casi la mitad de las mujeres cursaban preparatoria o una carrera técnica (45%). El 27% tenía seis a nueve años de escolaridad y 21% no había completado la educación primaria. Sólo 8% tenía un nivel de educación universitaria o mayor. En cuanto al estado civil, como era de esperar dado el predominio de este evento en jóvenes, la mayoría eran solteras (95%) y sólo el 5% estaba casada o vivía en unión libre. En relación a la ocupación, se encontró que no existía predominio de un grupo sobre otro, la tercera parte estaba estudiando, otra tercera parte realizaba una actividad remunerada fuera del hogar y el resto se dedicaba a los trabajos del hogar.

La mayoría de las mujeres atendidas en el hospital no se habían embarazado previamente. El 90% se embarazó por primera vez a consecuencia de la violación y sólo 5 mujeres informaron haber tenido un aborto previamente, sin especificar si fue espontáneo o inducido. Sólo cuatro mujeres estaban usando algún método anticonceptivo de forma rutinaria cuando ocurrió la violación.

Nueve por ciento de las mujeres embarazadas por violación (20/232) presentaba una discapacidad física o mental previa a la violación. La más frecuente fue retraso mental (5.6%), seguido por crisis convulsivas (1.3%), sordera (1.2%) y esquizofrenia (0.4%).

En 95% de los casos la duración del embarazo se determinó por medio de ultrasonido pélvico y en el resto de los casos por fecha de última menstruación. La duración media del embarazo fue de 16.2 semanas, con un límite mínimo de dos semanas y un máximo de 40 semanas. Más de la mitad (52%) de las mujeres presentaron embarazos mayores a las 12 semanas de gestación al acudir a su primera cita en el HGG. En la mayoría de los casos, el tiempo transcurrido entre la violación y el primer contacto con los servicios de salud rebasó los tres meses, con una media de 102 días. En el 78% de los casos, el primer contacto de la mujer con un servicio de salud se realizó en el servicio de obstetricia del HGG, en tanto que 8% fue atendida previamente en otra clínica u hospital público, 6% acudió a una clínica privada, 6% fue atendida en el CTA y 2% en alguna clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Problemas de salud diagnosticados

1. Lesiones en genitales y otras partes del cuerpo

Debido a la demora en el acceso a los servicios de salud, cuando los médicos del servicio de obstetricia del HGG realizan el examen clínico, no encuentran lesiones

en genitales y otras partes del cuerpo. Solamente siete mujeres (3%) presentaron lesiones en genitales como desgarro perianal, desgarro vulvar de primer grado, desgarro vulvo vaginal; rectorragia, lesiones condilomatosas y equimosis. A ocho mujeres (4%) se les diagnosticó una lesión en otra parte del cuerpo; los

Cuadro I. Mujeres con embarazo producto de la violación por características específicas (n=231). Hospital Dr. Manuel Gea González, 1991-2001

Características sociodemográficas	Frecuencia n = 231 n (%)	
Edad		
10-19	153	(66.2)
20-29	58	(25.1)
30-39	18	(7.8)
40-49	2	(0.9)
Nivel de escolaridad (años)		
0-5	45	(20.7)
6-9	58	(26.7)
10-12	97	(44.7)
13 años y más	17	(7.8)
Estado civil		
Soltera	211	(95.0)
Unión libre o casada	11	(5.0)
Ocupación		
Estudiante	78	(35.8)
Trabajo remunerado	63	(28.9)
Trabajos domésticos	77	(35.3)
Embarazos*		
1	205	(89.9)
2-3	16	(17.0)
4 y más	7	(3.1)
Uso de método anticonceptivo cuando ocurrió la violación		
Si	4	(1.7)
No	225	(98.3)
Discapacidad mental o física previa a la violación		
Si	20	(8.6)
No	212	(91.4)
Duración del embarazo cuando acudió a primera cita		
12 o menos semanas	110	(47.6)
Más de 12 semanas	121	(52.4)
Tiempo transcurrido entre la violación y el primer contacto en los servicios de salud (días)	221	(102.0)**

*Incluyendo el embarazo a consecuencia de la violación

**Media

diagnósticos informados fueron: hematoma supraciliar, golpe contuso en cara o en piernas, equimosis, heridas en cabeza y multicontusiones.

2. Problemas psicológicos

Los trastornos psicológicos se presentaron con mayor frecuencia (32%, 54 casos) que los físicos (3%). La depresión fue el trastorno que se presentó con mayor frecuencia (23%), seguido por insomnio y otros trastornos del sueño (7%), hiporexia (5%) y alteraciones de conducta (4%). Con menor frecuencia se diagnosticó neurosis (1%), cefalea (1%), síndrome de estrés posttraumático (0.9%) e intento de suicidio (0.4%).

3. Infecciones de transmisión sexual

Recopilamos información sobre las ITS y otras enfermedades del tracto vaginal detectadas en las mujeres que acudieron al servicio. Para fines del estudio y con base en la literatura revisada, incluimos dentro de la clasificación de infecciones de transmisión sexual las siguientes patologías: sífilis, tricomoniasis, infección por *Gardnerella vaginalis*, *Clamidia trachomatis* y virus del papiloma humano (VPH). El 70% de los expedientes clínicos (163/231) contenían resultados de cultivos vaginales y el 68% (158/231) resultados de la prueba del Papanicolau. En 18% (30/163) de las mujeres embarazadas por violación se encontró una ITS. Esta infección no fue necesariamente consecuencia de la violación, ya que la mujer la pudo haber contraído antes o después de la violación. La más frecuente fue *Gardnerella vaginalis* (10%, 16/163), seguida por el virus del papiloma humano (VPH) detectado en 8 mujeres (5%); en dos de éstos existía displasia moderada (NIC II). Con mucho menos

frecuencia se diagnosticó infección por *Trichomona vaginalis* (2%, 3/163) y por *Chlamydia trachomatis* (1%, 2/163).

En el 70% (162/231) de las mujeres embarazadas se realizó VDRL para la detección de sífilis. Setenta expedientes no contenían las notas de requisición del examen enviado por el médico al laboratorio, los resultados del examen o las notas médicas que se refirieran a la solicitud o resultado del examen. Solamente se detectó un caso positivo a sífilis.

En el 42% (68/163) de los casos se encontró una enfermedad del tracto genital. La más frecuente fue candidiasis (14%, 14/163), seguida por infección por *E. coli* (11%, 18/163); en 27 casos (17%) se detectó infección bacteriana inespecífica.

En relación con la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se encontraron datos al respecto en el 70% de los expedientes clínicos (162/231). No se informó ningún caso positivo. Estos exámenes se realizaron uno o dos días después de la primera visita. En la mayoría de los expedientes clínicos se encontró una nota médica recomendando la realización de otra prueba seis meses después; sin embargo, no se encontraron los resultados de estos exámenes en el expediente.

Aunque en la mayoría de los expedientes no se encontraron notas médicas que especificaran el tratamiento prescrito para las enfermedades del tracto vaginal e ITS, es probable que a las pacientes se les haya ofrecido un tratamiento sujeto al criterio de cada médico.

Acceso al aborto legal

De las 231 mujeres en las que se confirmó embarazo por violación, en 34 casos no se asentó en el expediente cuál fue la decisión de la mujer y/o de las autoridades del hospital respecto al embarazo. De los 197 expedientes

Cuadro II. Mujeres con embarazo producto de la violación por forma de resolución del embarazo y semanas de gestación (n=197). Hospital General Dr. Manuel Gea González, 1991-2001

Forma de resolución del embarazo	Frecuencia		Gestación a la primera visita en el hospital (semanas)*	
	n	(%)	Media (límite inferior, límite superior)	
Se practicaron un aborto legal	44	(22.3)	8.3	(4.0, 12.0)
Continuaron con el embarazo	141	(71.6)	21.7	(5.0, 40.0)
Presentaron un aborto espontáneo	5	(2.5)	8.5	(4.0, 13.0)
Presentaron un huevo muerto retenido	2	(1.0)	10.5	(10.0, 11.0)
El Comité de ética del HGG emitió un dictamen favorable para la práctica del aborto legal pero la mujer no se presentó a la cita	5	(2.5)	8.4	(5.0, 15.0)

** En 176 casos se realizó ultrasonido pélvico para diagnosticar el embarazo y establecer las semanas de gestación, en 21 casos las semanas de gestación se calcularon mediante la fecha de la última regla.

con información sobre la forma de resolución del embarazo, en 44 casos (22%) se realizó la interrupción en el mismo hospital. En un caso se realizó el aborto en una clínica privada y no fue sino posteriormente a éste cuando la paciente acudió al hospital para la detección de enfermedades de transmisión sexual. La duración media del embarazo de las 44 mujeres a las que se les practicó un aborto legal fue de 8.3 semanas y en ningún caso rebasó las 12 semanas de gestación (Cuadro II).

Siete mujeres (3.5%) se presentaron con un aborto espontáneo o un huevo muerto retenido y en todos los casos se realizó una aspiración manual endouterina (AMEU) o legrado uterino instrumental (LUI). Estos embarazos se encontraban dentro del primer trimestre.

En cinco casos el comité de ética del hospital emitió un dictamen favorable para la interrupción del embarazo; sin embargo, las pacientes no acudieron al servicio de ginecología en la fecha programada para la intervención y no se encontraron en los expedientes respectivos notas médicas posteriores al dictamen, por lo que suponemos que las pacientes, efectivamente, no acudieron a dicho servicio.

Más de dos terceras partes de las mujeres continuaron con el embarazo (72%). Este grupo de mujeres tenía en promedio 21.7 semanas de gestación cuando acudió por primera vez al hospital (Cuadro II). La mayoría (77%) de estas mujeres tomó esta decisión de forma involuntaria debido a que cuando se presentaron al hospital el embarazo rebasaba las 12 semanas de gestación y los médicos generalmente se niegan a realizar el procedimiento en esos casos. Además, el 90% (126/141) de estas mujeres no contaba con la petición oficial del CTA para la interrupción del embarazo ni con una petición personal para la realización del mismo (Cuadro III). No se encontró registrado si decidieron continuar el embarazo y dar posteriormente el hijo en adopción o si deseaban que el hijo permaneciera con ellas.

En 17 casos (12%, 17/141) el comité médico del HGG emitió un dictamen en el que se le negó el procedimiento a la mujer que lo solicitó por "falta de pruebas" que indicaran que el embarazo era consecuencia

de la violación. En los casos en los cuales se negó el procedimiento, el promedio de semanas de gestación fue de 12.2. (Cuadro III).

Dos mujeres (1%, 2/141) decidieron continuar con el embarazo a pesar de presentar un embarazo dentro del primer trimestre. Trece mujeres (9%, 13/141) no regresaron al servicio de ginecología y no se encontró ninguna nota en el expediente sobre la decisión de la mujer respecto al embarazo (Cuadro III).

Variables que determinan el acceso al aborto legal

La edad gestacional a la primera cita en el hospital es un factor crucial en el acceso al aborto legal debido a que en muchos casos los médicos no practican abortos legales cuando el embarazo rebasa las 12 semanas de gestación (Figura 2). De las 197 mujeres embarazadas por violación de las cuales se obtuvieron datos en el expediente clínico sobre la forma de resolución del embarazo, el 40% (79 casos) tenía un embarazo de 12 semanas o menos en el momento de su primera cita y el 60% (118 casos) presentaba un embarazo mayor a las 12 semanas. En el grupo de mujeres con embarazos mayores de doce semanas, sólo una obtuvo la autorización para el aborto legal; sin embargo no se presentó el día de la cita para que le realizaran el procedimiento, mientras que entre las mujeres con embarazos de 12 semanas o menos, al 58% se le practicó el procedimiento.

A cuarenta y nueve de las 197 mujeres se les concedió el acceso al aborto legal (25%). Cuarenta y cuatro mujeres obtuvieron la autorización para el procedimiento tanto de las autoridades judiciales como del comité de ética del HGG y se les realizó el procedimiento. Cinco mujeres no se presentaron a la cita programada para llevar a cabo el procedimiento a pesar de haber obtenido la autorización de las autoridades de la PGJDF y el dictamen favorable de parte del comité de ética del HGG; no se encontró información en el expediente clínico sobre la razón por la que estas mujeres no acudieron a la cita.

Cuadro III. Razón por la que las pacientes continuaron con el embarazo a consecuencia de la violación (n=141). Hospital General Dr. Manuel Gea González, 1991-2001

Razón por la cual continuaron el embarazo	Frecuencia n=141		Semanas de gestación	
	n	(%)	Media	(límite inferior, límite superior)
Embarazo mayor de 12 semanas de gestación	109	(77.3)	25.2	(12.3, 40.0)
Dictamen desfavorable del comité de ética del hospital	17	(12.1)	12.2	(6.0, 20.0)
Deseaba continuar el embarazo	2	(1.4)	14.2	(11.6, 16.2)
No informado	13	(9.2)	9.0	(5.0, 11.5)

- Edad gestacional de 12 semanas o menos
- Edad gestacional mayor a 12 semanas

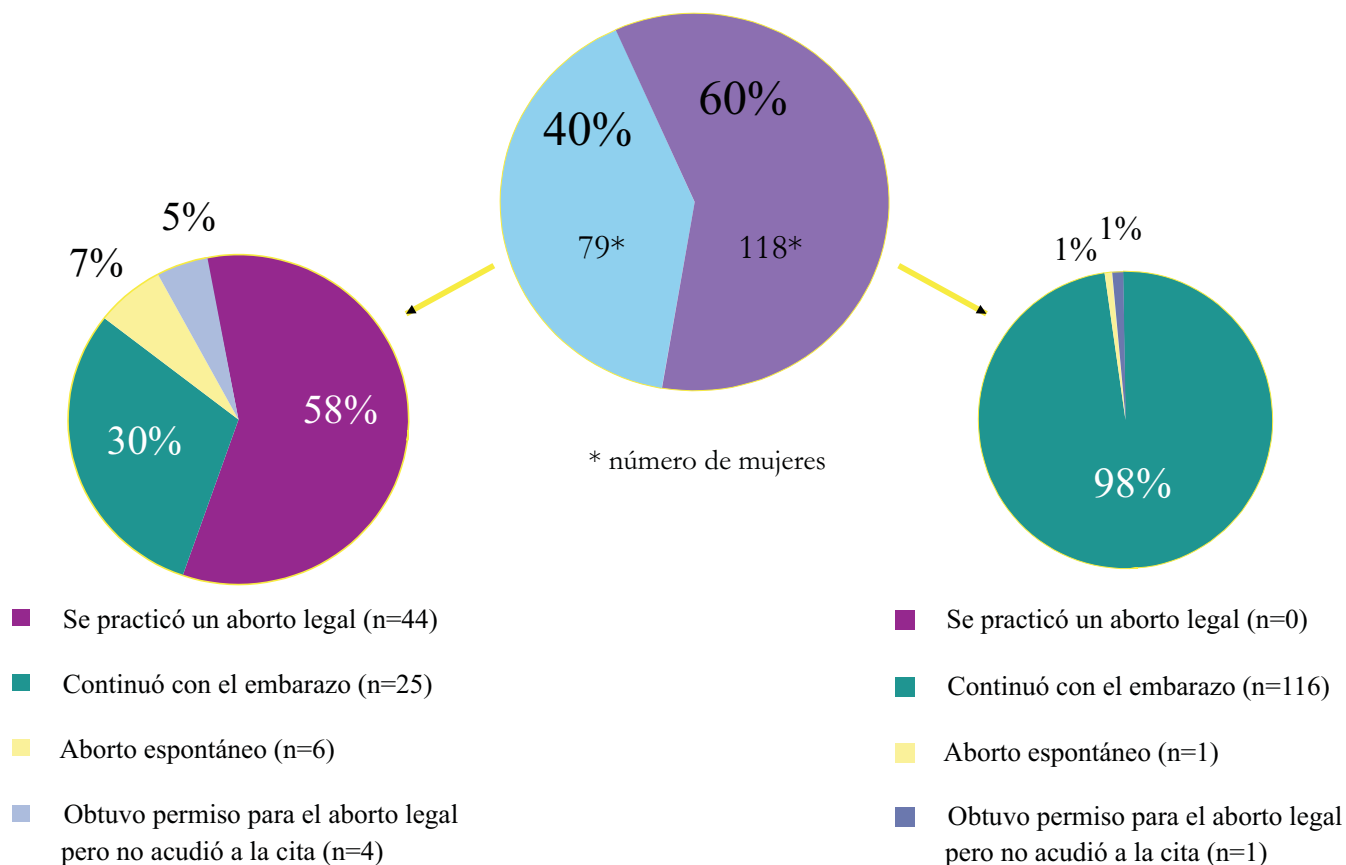


Figura 2. Embarazo según la edad gestacional a la primera visita al hospital, Hospital General Dr. Manuel Gea González, 1991-2001.

Realizamos una prueba de regresión logística para evaluar el efecto de diferentes variables sobre el acceso al aborto legal (Cuadro IV). La variable de semanas de gestación a la primera cita al hospital fue significativa, con una $P < 0.01$. Ninguna de las otras características incluidas en el modelo resultaron significativas. Las mujeres que acudieron a su primera cita con embarazos entre 9 y 12 semanas tuvieron inclusive menos acceso al procedimiento que las mujeres con embarazos menores a las 9 semanas de gestación. Resultó interesante analizar el comportamiento de otras variables en el acceso al aborto legal, aunque los resultados no hayan sido estadísticamente significativos. Las mujeres con 10 o más años de escolaridad lograron con mayor frecuencia obtener la autorización para un aborto legal que las mujeres con menores niveles de escolaridad. En cuanto al trabajo remunerado, las mujeres que tenían un empleo tuvieron más acceso al procedimiento en comparación con las mujeres que carecían de éste.

También las mujeres que habían tenido un embarazo previo al actual tuvieron más acceso al aborto legal que las mujeres que se embarazaron por primera vez a consecuencia de la violación. Las mujeres que padecían alguna discapacidad mental o física presentaron más posibilidades de obtener un aborto comparado con las mujeres que no padecían ese tipo de lesión. Por el contrario, las mujeres que sufrieron lesiones psicológicas a consecuencia de la violación tuvieron menos acceso al aborto legal que las mujeres que no sufrieron estas patologías. Por edad encontramos que todos los grupos tuvieron el mismo nivel de acceso al procedimiento.

Debido a la gran influencia que tiene la edad gestacional a la primera visita al hospital en el acceso al aborto legal, realizamos una regresión logística (Cuadro V) para determinar la asociación de algunas variables con la primera visita al hospital en los casos de un embarazo menor a las 12 semanas de gestación. Encontramos tres

Cuadro IV. Análisis multivariado (regresión logística) de los factores asociados con el acceso a un aborto legal en mujeres embarazadas como consecuencia de una violación (n= 160). * Hospital General Dr. Manuel Gea González, 1991-2001

Características	Razón de momios (95% intervalo de confianza)	
Edad		
10-19	1.00	
20-29	0.81	(0.23, 2.82)
30-50	0.95	(0.09, 9.81)
Nivel de escolaridad (años)		
0-5	1.00	
6-9	0.79	(0.12, 5.17)
10 y más	3.42	(0.59, 19.56)
Trabajo remunerado		
Sí	1.00	
No	0.35	(0.08, 1.48)
Embarazos		
Primer embarazo	1.00	
Más de un embarazo	1.83	(0.20, 16.41)
Discapacidad mental o física previa a la violación		
Sí	1.00	
No	0.26	(0.04, 1.57)
Trastorno psicológico posterior a la violación		
Sí	1.00	
No	1.72	(0.46, 6.33)
Duración del embarazo cuando acudió a primera cita		
0 a 8 semanas	1.00	
9 a 12 semanas	0.20	(0.05, 0.72)*
Más de 12 semanas	0.00	(0.00, 0.02)**

* 37 casos perdidos. Se incluyeron 160 casos en el análisis

**p < 0.05

***p < 0.001

variables que influyen de forma significativa ($P < 0.05$): la edad de la mujer, el presentar una discapacidad mental o física previa y el padecer un trastorno psicológico posterior a la violación. Se detectó que el grupo de mujeres de 20 a 29 años y el grupo de 30 a 50 años llegan con mucho más frecuencia al hospital con embarazos menores a las 12 semanas que el grupo de 10 a 19 años. Las mujeres que sufren una discapacidad mental o física acuden al hospital con embarazos más tempranos que las mujeres que no padecen este tipo de enfermedades. Las mujeres que sufrieron un trastorno psicológico posterior a la violación acudieron con más frecuencia al hospital con embarazos menores de 12 semanas en relación a las

Cuadro V. Análisis multivariado (regresión logística) de los factores asociados con la llegada de las mujeres embarazadas por violación a su primera cita al hospital, antes de sobrepasar las 12 semanas de gestación (n=231). * Hospital General Dr. Manuel Gea González, 1991-2001

Características	Razón de momios (95% intervalo de confianza)	
Edad		
10-19	1.00	
20-29	5.06	(2.26, 11.05)
30-50	4.08	(0.90, 18.45)
Nivel de escolaridad (años)		
0-5	1.00	
6-9	1.62	(0.57, 4.57)
10 y más	1.64	(0.65, 4.14)
Trabajo remunerado		
Sí	1.00	
No	1.05	(0.51, 2.19)
Embarazos		
Primer embarazo	1.00	
Más de un embarazo	1.86	(0.44, 7.77)
Discapacidad mental o física previa a la violación		
Sí	1.00	
No	0.28	(0.08, 0.98)
Trastorno psicológico posterior a la violación		
Sí	1.00	
No	0.46	(0.23, 0.89)

* 37 casos perdidos. Se incluyeron 194 casos en el análisis

**p < 0.05

***p < 0.001

mujeres que no padecieron estos trastornos. Aunque otras variables no fueron significativas, se observó que las mujeres con mayores niveles de escolaridad acudieron con embarazos de menos semanas de gestación. También las mujeres que tuvieron por lo menos un embarazo previo se presentaron con más frecuencia a su primera cita al hospital con embarazos de menos de 12 semanas en comparación con las mujeres que se embarazaron por primera vez a consecuencia de la violación.

Técnicas usadas para la interrupción del embarazo

El LUI se utilizó en 53% de las interrupciones en comparación con la aspiración manual endouterina, utilizada en 47% de los casos. En 10 expedientes clínicos no se

registró el tipo de procedimiento realizado. Sólo en un caso de los 34 en los que se informó del procedimiento, hubo referencia al uso de oxitocina previo a la realización del procedimiento. No se encontró información sobre el uso de misoprostol u otras prostaglandinas. Para la resolución de los siete casos de aborto espontáneo y huevo muerto retenido, se utilizó el LUI. Solamente se informaron complicaciones posteriores al procedimiento en dos casos (6.2%). Una de las pacientes presentó endometritis y otra sangrado por retención de restos placentarios.

Esquemas preventivos para embarazo e infecciones de transmisión sexual

Sólo en el 20% de los expedientes clínicos (47/231) se encontró información sobre el uso de anticoncepción de emergencia. En el 15% (7/47) se informó del uso de pastillas anticonceptivas de emergencia; en todos estos casos se brindó este método dentro de las 72 horas posteriores a la violación.

Únicamente 2 de 231 mujeres (0.8%) recibieron esquema preventivo para ITS, una recibió prevención para sífilis, gonorrea, *Clamidia trachomatis* y *Trichomona vaginalis* y otra paciente recibió esquema preventivo para *Clamidia trachomatis* y *Trichomona vaginalis*. En ningún expediente clínico se informó del uso de esquemas preventivos para VIH.

Discusión

Calidad de los datos

Los resultados del estudio no se pueden generalizar a la población general de mujeres embarazadas a consecuencia de una violación en el Distrito Federal. Esta muestra representa un censo de las mujeres que fueron atendidas en el HGG entre los años de 1991 y 2001 y que en su mayoría 97% (224/231) fueron referidas por el Centro de Terapia de Apoyo de Víctimas de Delitos Sexuales de la PGJDF. El HGG ha atendido el mayor volumen de mujeres violadas referidas por el CTA de la PGJDF en el período mencionado, ya que el servicio de aborto legal en el Hospital General de México se estableció en 1998 y en el Hospital Benito Juárez se atiende a mujeres víctimas de violación, mas no se brinda servicio de aborto legal.

La calidad de los registros hospitalarios es uno de los factores que debe considerarse al analizar los resultados de este estudio. La baja calidad de los registros hospitalarios es una situación que se presenta en la mayoría de los hospitales públicos de la república mexicana y de otros países de la región. Los factores que

influyen en la pobre calidad de estos registros es el reducido tiempo de consulta destinado a cada paciente, la rotación del personal médico por diferentes servicios, la elevada carga laboral asignada a cada médico, así como la ausencia de un protocolo interno para la atención de estas pacientes.

Acceso limitado al aborto legal

De acuerdo a los resultados de este estudio, el embarazo resultado de la violación es un hecho frecuente que ocurre en 14 de cada 100 mujeres que sufren una violación. Esta frecuencia es mayor a la informada por el CTA de la PGJDF (10%) en 1998⁹ y a la informada en una encuesta nacional en los Estados Unidos de Norteamérica, con una muestra probabilística de mujeres de 12 a 49 años de edad (5%).¹⁰ Además de su elevada frecuencia es un problema que afecta a grupos de mujeres vulnerables, es decir adolescentes, solteras y embarazadas por primera vez.

En México, como en otros países en vías de desarrollo, aún existen múltiples barreras que limitan el acceso a este servicio a las mujeres que lo solicitan, a pesar de que la interrupción del embarazo resultante de una violación no esta penalizada.²⁷⁻²⁹ El acceso al aborto legal en la ciudad de México se encuentra limitado por los siguientes factores:

- 1) La burocrática y fragmentada red de instancias jurídicas y de salud que no esta diseñada para que una mujer obtenga un aborto de forma fácil y expedita. El tiempo transcurrido entre la violación y el primer contacto con los servicios de salud es en promedio mayor a los tres meses, lo que provoca que en más de la mitad de los casos las mujeres acudan a su primera cita en el hospital con un embarazo que sobrepasa las 12 semanas de gestación.
- 2) La escasa oferta de servicios de aborto legal en el Distrito Federal. Solamente dos hospitales en la ciudad de México brindaron servicios de aborto legal de 1991 al 2001, a pesar de que la población femenina en edad reproductiva (15 a 49 años de edad) que reside el D.F. es de 2,546,634.³⁰ Esta oferta de servicios es muy baja comparada con la de otros países; en Brasil, por ejemplo, 40 hospitales brindan actualmente servicios de aborto legal.²⁷ A raíz de la emisión de los "Lineamientos de organización y operación de los servicios de salud en relación al aborto legal"²² por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se espera que aumente la oferta de servicios de aborto legal en la Ciudad de México.
- 3) La existencia de comités de ética en algunos hospitales. Los comités de ética tienen el poder de negar el acceso al aborto legal a algunas mujeres que

presentan una autorización de la PGJDF y que cursan con embarazos menores a las 12 semanas de gestación. Dada la importancia del dictamen emitido por estos comités, sería adecuado revisar su competencia para dictaminar el acceso a un procedimiento que ya ha sido aprobado por las instancias jurídicas. Actualmente los comités de ética están integrados por médicos adscritos al hospital y habitualmente no consideran la opinión de personal externo procedente de otras disciplinas o con amplios conocimientos en bioética que podrían aportar elementos importantes para la toma de decisiones.

- 4) El desconocimiento de una parte importante de la población acerca de la despenalización del aborto bajo la circunstancia del embarazo por violación vigente en todos los estados de México³¹, así como de los trámites necesarios para obtener el procedimiento de forma legal.

La decisión de abortar

En esta revisión de expedientes clínicos encontramos que sólo una de cada cuatro mujeres pudo obtener el permiso de las instancias jurídicas y de salud para la realización del aborto legal y un alto porcentaje de mujeres continuaron con el embarazo (72%). La mayoría de las mujeres que continuaron el embarazo lo hicieron de forma involuntaria ya que el embarazo sobrepasaba el primer trimestre. Según nuestros resultados las mujeres jóvenes, primigestas y con bajos niveles de escolaridad tienen más dificultades para acudir por primera vez al hospital en etapas tempranas del embarazo. Se desconoce si las mujeres que no logran obtener el aborto legal deciden acudir a proveedores clandestinos de abortos, continúan con el embarazo y dan el hijo en adopción o continúan el embarazo y conservan el hijo.

Estudios realizados en países que ofrecen a las mujeres mejores condiciones de acceso a servicios de aborto legal han informado que las mujeres embarazadas por violación deciden interrumpir el embarazo con una frecuencia mayor a la encontrada en nuestro estudio. Por ejemplo, en un estudio realizado en usuarias de servicios de una organización no gubernamental en Colombia, que brinda servicios de aborto legal en caso de violación, se informó que el 63% de las mujeres decidieron y pudieron interrumpir el embarazo.²⁶ En la encuesta nacional sobre violación de los Estados Unidos de Norteamérica, se informó que el 50% de las mujeres embarazadas por violación decidieron interrumpir el embarazo.¹⁰

Es probable que muchas mujeres embarazadas por violación a las que se les niega el procedimiento en las instancias jurídicas y/o de salud, decidan interrumpir el

embarazo sometiéndose a los riesgos de un aborto inseguro. Consideramos de importancia realizar estudios de seguimiento que indaguen las razones por las cuales las mujeres deciden interrumpir o continuar el embarazo y a qué tipo de servicios recurren para resolver su problema.

Prevención de embarazo e ITS

La demora en el acceso a los servicios de salud posterior a la violación además de limitar el derecho a la práctica de un aborto legal, imposibilita la prevención de un probable embarazo mediante el uso de las pastillas anticonceptivas de emergencia, las cuales sólo son efectivas dentro de las 72 horas posteriores a la violación; de hecho, se ha demostrado que su efectividad aumenta al disminuir el período entre la relación sexual y la toma de la primera dosis.³² De igual forma, este retraso en el acceso a servicios de salud limita la aplicación de esquemas preventivos para VIH. El Centro para el control de enfermedades (CDC) de la Unión Americana, recomienda el uso de profilaxis post-exposición para VIH en casos de violación, sugiriendo que se brinde un tratamiento con antivirales por un período de 28 días iniciando la primera dosis dentro de las 72 horas posteriores a la violación.³³ El esquema recomendado es el mismo que se utiliza en caso de exposición ocupacional, el cual se ha demostrado que disminuye el riesgo de seroconversión³⁴; sin embargo, para el caso específico de violación es todavía necesario llevar a cabo estudios para determinar el riesgo de infección posterior a la violación y los beneficios de la profilaxis.³⁵

Como conclusión, los autores proponen algunas recomendaciones: 1) Brindar en una sola instancia física todos los servicios (legales, médicos, psicológicos) que requiere una mujer víctima de abuso sexual. Esta integración de servicios se podría realizar en los servicios de salud o en la PGJDF; 2) Reconociendo la falta de información sobre estos servicios (lo cual se demostró en una encuesta de opinión sobre aborto realizada en el año 2000 en el que se informó que sólo 49% de los habitantes del D.F. sabían que el aborto es legal en caso de violación³⁶), recomendamos la difusión, a través de diferentes medios, de las instancias públicas y privadas que brindan servicios a las mujeres que sufren una violación y de la ausencia de penalización del aborto en casos de violación, como lo establece el Código Penal del Distrito Federal. Este tipo de información ayudaría a la mujer que sufrió una violación a tomar decisiones informadas en cuanto a la denuncia de la violación, la solicitud de servicios de salud, la prevención de ITS y un embarazo y el trámite oportuno de los requisitos para obtener un aborto legal en el caso que lo requiera; 3)

Finalmente, aunque reconocemos la labor que realizan las instancias jurídicas y de salud en la atención a víctimas de violación, es todavía necesario realizar un esfuerzo mayor en la sensibilización y capacitación del personal que brinda atención a las mujeres víctimas de violación, tanto en el sistema de salud como en la PGJDF, así como aumentar la oferta de servicios integrales de atención a mujeres víctimas de violación. En este sentido, creemos que sería adecuado retomar las experiencias exitosas de otros países, como el caso de Brasil, en donde se ha extendido el acceso al servicio de aborto legal mediante una estrategia de creación de servicios integrales de atención a mujeres víctimas de violación en hospitales públicos, que ofrecen el aborto legal como otro servicio más, disponible para las mujeres que lo solicitan.

Agradecimientos: Agradecemos su colaboración en el estudio a las siguientes instituciones: Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Hospital General de México, Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, Agencia Especializada en Delitos Sexuales número 46 y Centro de Atención Integral a la Mujer de la Delegación Coyoacán. Nuestro agradecimiento a las siguientes personas que participaron en las diferentes fases de esta investigación: Javier Arellano, Davida Becker, Deborah Billings, Claudia Díaz, Charlotte Ellertson, Lisa Goldman, Ana Langer, Olivia Ortiz, Roselia Rosales y Raffaella Schiavon. Esta investigación fue posible gracias al financiamiento de algunas fundaciones filantrópicas interesadas en la investigación en temas de salud pública.

Referencias

1. **Watts C, Zimmerman C.** Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;359:1232-1237.
2. World Health Organization. Physical, psychological and social consequences of gender-based and sexual violence. In: *Reproductive health during conflict and displacement*. Gónova: Switzerland: WHO;2002. pp. 113-115.
3. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Available from: www.pgjdf.gob.mx/estadisticas/vi.html Accessed 2002.
4. Ministerio de Salud de Brasil. Prevención y tratamiento de los agravios resultantes de la violencia sexual contra las mujeres y adolescentes. 1^{er} edición. Brasilia, Brasil: Ministerio de Salud, 1999.
5. **Martínez H, Villanueva L, Torres C, García E.** Agresión sexual en adolescentes. Estudio epidemiológico. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67:449-453.
6. **De la Garza-Aguilar J, Díaz E.** Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Publica Mex* 1997;39:539-545.
7. **Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez M, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutiérrez M, Martínez-Vélez N.** Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Publica Mex* 2001;43:182-191.
8. **González R, Rosas L, Pérez K, Emmelhainz J.** Circunstancialidad en violación por confianza. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México;1998.
9. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Manual del sistema de auxilio a víctimas. México: Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal;2000.
10. **Holmes M, Resnick H, Kilpatrick D, Best C.** Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:320-325.
11. **Campbell J.** Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-36.
12. **Malhotra N, Sood M.** Sexual assault—a neglected public health problem in the developing world. *Int J Gynecol Obstet* 2000;71:257-258.
13. **Heise L.** Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington, D.C.USA: Organización Panamericana de la Salud;1994.
14. **Ehrenfeld N.** Violencia y violación. Una reflexión sobre las mujeres jóvenes y la impunidad. *Revista Estudios Sobre Juventud* 1999;8:84-95.
15. **Molina R.** Epidemiología del abuso sexual. XII Congreso Mundial de Ginecología Pediátrica y del Adolescente. Helsinki, Finlandia, 2 de mayo 1998.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Adult manifestation of childhood sexual abuse. *Int J Gynecol Obstet* 2001;74:311-320.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescent victims of sexual assault. *Int J Gynecol Obstet* 1999;64:195-199.
18. Asociación Médica Americana. Estrategias de tratamiento y prevención de violencia sexual. AMA;1995.
19. World Health Organization. Clinical management of survivors of rape. Proceedings of the Prevention and Response to Sexual and Gender-Based Violence in Refugee Situations. Geneva, Switzerland: 27-29 March 2001.
20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana, Prestación de Servicios de Salud, criterios para la atención médica de la violencia familiar. NOM-190-SSA1-1999. En: *Diario Oficial de la Federación*, México;2000.
21. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Decreto por el que reforman y adicionan diversas disposiciones del código penal para el Distrito Federal y del código de procedimientos penales del Distrito Federal. En: *Gaceta oficial del Distrito Federal*, México 2000;148:2-3.
22. Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Salud del Distrito Federal. Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal. Circular/GDF-SSD/02/02, En: *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, México 2002;57:22-25.
23. **Lamas M, Bisel S.** Abortion and politics in Mexico: 'Context is All'. *Rep Health Matters* 2002;8(16):10-23.
24. **Poniatowska A.** Las mil y una...(la herida de Paulina). México:Plaza & Janes;2000.
25. **Billings D, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramírez R, Villaseñor L, et al.** Constructing access to legal abortion in Mexico City. *Rep Health Matters* 2002;10(19):86-94.
26. Fundación Sí Mujer. Embarazo por violación: la crisis múltiple. Cali, Colombia: Sí Mujer, ISEDER;2000.
27. **Faundes A, Leocádio E, Andalaft J.** Making legal abortion accessible in Brazil. *Rep Health Matters* 2002;10:120-127.
28. **Iyengar K, Iyengar SD.** Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. *Rep Health Matters* 2002;10:54-63.

29. **Whittaker A.** The struggle for abortion law reform in Thailand. *Rep Health Matters* 2002;10:45-53.
30. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda. INEGI. México, 2002.
31. **García S, Becker D.** ¿Qué piensan y opinan las y los mexicanos sobre el aborto? Resultados de una encuesta nacional de opinión pública. México, D.F.: The Population Council-Grupo IDM;2001.
32. **Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C.** Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1999;59:147-151.
33. **Bamberger JD, Waldo CR, Gerberding JL, Katz MH.** Postexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus (HIV) infection following sexual assault. *Am J Med* 1999;106:323-326.
34. **Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al.** A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood: clinical and public health implications. *N Engl J Med* 1997;337:1485-1490.
35. **Katz MH, Gerberding JL.** The care of persons with recent sexual exposure to HIV. *Ann Int Med* 1998;128:306-312.
36. **García S, Tatum C.** Encuesta nacional de opinión pública sobre aborto. México, 2000. The Population Council (datos no publicados).

