

Comentarios sobre causales de despenalización entre estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) ante la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Jorge Alberto Álvarez-Díaz*

* Universidad Complutense de Madrid

Comments about despenalization of voluntary interruption of pregnancy among undergraduate students of the Universidad Autónoma de Ciudad Juárez Medicine Faculty

ABSTRACT

Objective. To comment the most important situations to be considered as legal according to undergraduate students from Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) towards the voluntary termination of pregnancy. **Methodology.** The research has descriptive and cross-sectional design. The instrument used is a Likert scale structured questionnaire, designed and validated previously. A statistically representative sample of students was obtained from the universe, who answered to the instrument. **Results.** 84.3% of men and 82.0% of women agree with the voluntary termination of pregnancy, showing a statistically significant association between the attitudes and age, and religion. The situations that greater coincidence they had regarding a legal voluntary interruption of pregnancy were: unborn malformations incompatible with extrauterine life, production of serious damage to maternal health due to pregnancy, and danger of mother's death if continuing with the pregnancy. **Discussion.** These results obtained are more or less the same showed in previous researches done in Mexico (anyone in the north side of the country). It may suppose that there is certain homogeneity towards attitudes regarding the voluntary termination of pregnancy. Nevertheless, they are coincident, in some way, like a support to the liberal politics in sexual and reproductive health taken recently in the D. F.

Key words. Attitudes. Voluntary termination of the pregnancy. Abortion. Legalization.

RESUMEN

Objetivo. Comentar las causales de despenalización más importantes para estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) ante la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). **Metodología.** Investigación descriptiva transversal. Se aplica un instrumento autoadministrado tipo cuestionario estructurado con escala de respuestas tipo Likert, diseñado y validado previamente. Del universo de estudiantes se extrae una muestra estadísticamente representativa, quienes respondieron al instrumento. **Resultados.** Un 84.3% de los hombres y un 82.0% de las mujeres está de acuerdo con la IVE, mostrando una asociación estadísticamente significativa la permisividad de las actitudes en relación con la edad y la religión. Las situaciones que mayor grado de coincidencia tuvieron respecto a que fueron despenalizadas al realizar una IVE, fueron la presencia de malformaciones en el producto que imposibilitaran la vida extrauterina, la producción de grave daño a la salud materna por el embarazo, y el peligro de muerte de la madre en caso de continuar con el embarazo a término. **Discusión.** Estos resultados coinciden con los obtenidos en algunos estudios previos realizados en México (ninguno específicamente en el norte), lo que hace suponer la cierta homogeneidad respecto a posturas en torno a la IVE en todo el país; por otro lado, son coincidentes también, de alguna manera, como apoyo para las políticas liberales tomadas recientemente en el D.F.

Palabras clave. Actitudes. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Despenalización.

INTRODUCCIÓN

Existen diversas posturas en relación con el tema de la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE).¹ Las posturas más conocidas son extremas entre sí: pro-vida (o “pro-life”) y pro-elección (o “pro-choice”). En general, puede hablarse de posturas conservadoras en tanto que no aceptan la IVE, y posturas liberales en tanto que la aceptan. La dificultad en reconciliar estas posturas extremas entorno a la IVE (conservadoras y liberales) se ha hecho notar en muchas ocasiones, ya que no existe una solución “perfecta” para un embarazo no deseado.¹ Esto se debe en buena medida a que el análisis del estatus del embrión ha pasado a constituir en la sociedad contemporánea el caso paradigmático del problema que no puede ser abordado de forma objetiva.²

Las posturas tradicionales de la ética médica se encuentran en contra de la IVE.³ el Juramento Hipocrático, la Declaración de Ginebra, la Declaración de Oslo sobre el Aborto Terapéutico, la Declaración sobre los Derechos del No Nacido, etc. Por otro lado, están las posturas liberales, que asumen la posibilidad de que la mujer tome la decisión de interrumpir voluntariamente su embarazo; un intento en hacerlo accesible ha sido por la vía jurídica, despenalizando o legalizando la IVE. Desde la perspectiva jurídica, las leyes que prohíben la IVE no han logrado disminuir la frecuencia de su presentación,⁴ lo que sirve para sustentar que la despenalización de la IVE, produciría, al menos, una disminución en el número de niños no deseados (como se ha observado en países desarrollados como USA⁵). Además, supondría la conversión de una práctica clandestina e insegura, en un procedimiento seguro bajo condiciones médicas;⁶ esto podría extenderse a México, y conseguir la reducción de las tasas de mortalidad materna y a elevar el nivel de salud reproductiva.⁷ Sin embargo, aunque el concepto de “salud reproductiva” se ha incorporado en México desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, el acceso a los servicios de salud reproductiva no es equitativo aún.⁸ Otro argumento utilizado por posturas liberales para despenalizar la IVE es que el penalizarla lleva a la mujer a recurrir al aborto inseguro⁹ (IVE realizada por personas que carecen del entrenamiento necesario, y/o en condiciones sanitarias subóptimas), lo que lo convierte en una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres de América Latina y el Caribe.¹⁰

Méjico pertenece, dentro de América Latina y el Caribe, al amplio grupo de naciones donde existen causales de despenalización (se considera que la IVE es un delito, pero que bajo ciertas circunstancias no es punible). Un estudio realizado en nueve países latinoamericanos destaca que en ocho de los países analizados se realiza más de 80% de todos los abortos inducidos en América Latina y el Caribe, de los cuales, Brasil y México tienen el índice más alto de abortos clandestinos (entre 800 mil y dos millones al año).¹¹ Puede realizarse una matización a estas cifras, ya que si bien el número anual de mujeres tratadas en hospitales por complicaciones de una IVE coloca a México en segundo lugar después de Brasil (entre 1989 a 2003), la tasa por 1,000 habitantes de hospitalizaciones por complicaciones de una IVE coloca a México en el último lugar de siete naciones latinoamericanas evaluadas.¹²

Existen algunos antecedentes importantes realizados en México, pero ninguno específicamente en el norte del país. Se podrían dividir en tres grupos: estudios en población abierta, estudiantes del área de la salud, y profesionales de esta área. Sus resultados principales se contrastan con los de este estudio en la sección de la discusión de los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se toma la Escala para medir las Actitudes ante la Interrupción Voluntaria del Embarazo (EMAIVE), diseñada y validada previamente en otro estudio.¹³ La escala se construyó tomando en cuenta tres aspectos: las escalas desarrolladas en lengua inglesa, aquellas en lengua española, y conversaciones con expertos. Las escalas desarrolladas en lengua inglesa son todas ellas posteriores a 1973 (por ello, surgidas en un entorno cultural distinto al latinoamericano, diseñadas y validadas posteriormente a la sentencia *Roe vs. Wade*, que el 23 de enero de ese año sostiene que, en USA, el “derecho a la intimidad... fundado en el concepto de libertad personal de la Decimocuarta Enmienda... es lo suficientemente amplio para abarcar la decisión de una mujer si termina o no su embarazo”): abortion attitude scale de Snegroff (AAS, 1978), abortion attitude scale and abortion knowledge inventory de Snegroff (AKI, 1978), scale of favorability toward abortion de Finlay (1981), abortion attitude scale de Berne (1983), perceptions of shared responsibility: an attitude survey about abortion de-

* Se manejará indistintamente el término de aborto y el de IVE, en el entendido que se descartan todas las formas clínicas de aborto espontáneo al hablar simplemente de “aborto”. Particularmente se da en el caso de citas textuales, precisamente con el fin de no modificarlas.

cision making de Ryan y Dunn (1983), abortion delay questionnaire de Lynxwiler y Wilson (ADQ, 1994). De las escalas desarrolladas en lengua española se toman los datos que provee el Test de Actitudes ante la Sexualidad de Otr@s, validado en México por el Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX),¹⁴ el cual incluye sólo un par de ítems al respecto, pero con la sensibilización cultural propia para el mexicano. En las conversaciones con expertos se recabó la opinión de profesionales de diferentes áreas de formación, como médicos generales y especialistas en ginecología y obstetricia, psicólogos, sexólogos, sociólogos, metodólogos y bioeticistas, para la redacción inicial de los reactivos, buscando siempre no dirigir la respuesta y tener posibilidad de discriminación, teniendo en cuenta los factores socioculturales.

La primera versión de la escala para medir las actitudes ante la IVE se sometió a un estudio piloto solicitando, además de contestarlo, que se hicieran comentarios y sugerencias. Como resultado de esta etapa, se eliminaron reactivos y se hicieron más explícitos o comprensibles otros reactivos.

Se conformó la segunda versión de la escala incorporando los resultados obtenidos en una prueba piloto. El tiempo aproximado de respuesta es de una hora en promedio. Consta de 65 reactivos en total (incluida la ficha de identificación). Una vez corregido el cuestionario de acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba piloto, se procedió a aplicarlo en una muestra de alumnos de la misma universidad donde se toma el universo y la muestra posterior.

En virtud de que esta escala es de tipo Likert (por lo que obtiene respuestas de grados de acuerdo y desacuerdo con diversas situaciones), era necesario definir una dirección de las respuestas, de manera que pudiera medirse la consistencia, la congruencia de las mismas, y así obtener la validez y confiabilidad y posteriormente poder realmente identificar perfiles. Esta tarea fue realizada por tres jueces, quienes llegaron a un acuerdo en cuanto a los criterios, que basados en el marco teórico, deberían fundamentar la decisión de la calificación.

Para el proceso de confiabilidad la escala se sometió al método de jueces. Dos de ellos, hombres, lo evaluaron desde el punto de vista metodológico y conceptual (uno de ellos es experto en la elaboración y validación de instrumentos psicométricos, mientras que el otro es especialista en los temas de sexualidad humana y salud sexual, contando también con amplia experiencia en la elaboración de encuestas). Por otro lado, dos bioeticistas mujeres lo evaluaron para dictaminar la coherencia bioética, la neutralidad en cada reactivo para que no fuera di-

rectivo hacia una postura ética predeterminada y así evitar sesgos en la elaboración del instrumento.

Se utilizó análisis de frecuencias para conocer la distribución de los reactivos. Con base en este análisis fueron eliminados aquellos reactivos cuyas frecuencias en dos opciones continuas rebasaban 70% de las respuestas. Se determinó la confiabilidad de acuerdo con el coeficiente alfa de Cronbach para la escala global y para cada subescala.

Después de someter la escala a los procedimientos de validez de constructo y de confiabilidad, se pudo concluir que éste es un cuestionario que reúne las características psicométricas requeridas y que puede ser utilizado para evaluar las actitudes de estudiantes de medicina ante la IVE.

Se determinó el universo de estudiantes que corresponde a 932 estudiantes de pregrado durante el segundo semestre del 2003, tomando los datos de la Dirección General de Servicios Administrativos de la UACJ. Se determinó el tamaño de la muestra de tipo probabilístico, seleccionándose los participantes mediante muestreo aleatorio sistemático sin restitución, correspondiendo a 261 alumnos. Esto se realizó así debido a que la estructura del plan de estudios es semestral y departamental, de tal forma que no existen grupos por año de ingreso sino por asignaturas en tres niveles: principiante, intermedio y avanzado. Se utilizó el paquete estadístico computacional SPSS 10 para la codificación, tabulación y presentación de los resultados obtenidos. La escala se aplicó durante el mismo segundo semestre del 2003.

RESULTADOS

Las características cuantitativas de la muestra se resumen en el cuadro 1. La edad media fue de 21.84

Cuadro 1. Distribución de las características cuantitativas de los estudiantes.

Característica	Frecuencia	%
Edad (años)		
18-20	72	27.6
21-23	129	49.4
24-26	53	20.3
27-34	7	2.7
Género		
Masculino	133	51.0
Femenino	128	49.0
Nº de hijos		
Sin hijos	247	94.6
1 a 3 hijos	14	5.4

Cuadro 2. Distribución de las características cualitativas de los estudiantes.

Característica	Frecuencia	%
Estado civil		
Soltero	239	91.6
Casado	5	1.9
Unión libre	12	4.6
Divorciado	5	1.9
Creencia religiosa		
Sí	246	94.3
No	15	5.7
Religión declarada		
Cristiana católica	219	83.9
Cristiana no católica	27	10.3
Ninguna	15	5.7
Práctica religiosa		
Sí	220	89.4
No	26	10.6
Grado de práctica religiosa		
Abundante	85	34.4
Moderado	73	29.8
Mínimo	62	25.2
Ninguno	26	10.6

Cuadro 3. Distribución de los estudiantes por género, de acuerdo a los resultados obtenidos con la "Escala para evaluar las actitudes ante la Interrupción Voluntaria del Embarazo".

Actitud	Frecuencia		% M F	
	M	F	M	F
Acuerdo con la IVE	112	105	84.3	82.0
Desacuerdo con la IVE	21	23	15.7	18.0

F: Femenino. M: Maculino.

Cuadro 4. Asociaciones de características cuantitativas y cualitativas con respecto a las actitudes globales mediante la prueba de χ^2 .

Variables confrontadas	p
Edad y actitudes ante la IVE	0.008
Género y actitudes ante la IVE	0.215
Estado civil y actitudes ante la IVE	0.556
Hijos y actitudes ante la IVE	0.090
Practicante y actitudes ante la IVE	0.216
Religión y actitudes ante la IVE	0.009
Grado de práctica religiosa y actitudes ante la IVE	0.443

años (DE 2.55), siendo una muestra con moda y mediana en 22 años. La muestra estuvo equilibrada por género con 49% de mujeres y 51% de hombres, la gran mayoría sin hijos (94.6%). Las características cualitativas de la muestra se resumen en el cuadro

2. La gran mayoría de los participantes eran solteros (91.6%). Un 94.3% manifestaba pertenecer a una religión, y de ellos, 83.9% se asumían como católicos; sin embargo, solamente 89.4% manifestaba algún grado de práctica. Las actitudes de acuerdo con el instrumento muestran que 84.3% de los hombres está de acuerdo con la IVE, así como 82.0% de las mujeres (Cuadro 3), mostrando una asociación estadísticamente significativa la permisividad de las actitudes en relación con la edad y la religión (Cuadro 4).

Las situaciones que mayor grado de coincidencia tuvieron respecto a que fuesen despenalizadas al realizar una IVE, fueron la presencia de malformaciones en el producto que imposibilitaran la vida extrauterina, la producción de grave daño a la salud materna por el embarazo, y el peligro de muerte de la madre en caso de continuar con el embarazo a término (Cuadro 5).

Las situaciones que mayor grado de desacuerdo tuvieron respecto a que fuesen despenalizadas al realizar una IVE, fueron el abandono o muerte del cónyuge, la falla del método anticonceptivo, y la condición de madre adolescente (Cuadro 5).

Las situaciones que mayor grado de duda tuvieron en este grupo estudiado fueron la presencia de problemas psicológicos y/o psiquiátricos maternos como consecuencia del embarazo, que fuese debido a una violación, y por una inseminación artificial no consentida por la madre (Cuadro 5).

DISCUSIÓN

De las tres causas de mayor acuerdo en este grupo estudiado, la principal tiene que ver con factores relacionados con el producto y las siguientes dos con factores relacionados con la madre. El mayor porcentaje de algún grado de acuerdo con una posible causal de despenalización con 86% lo es en caso de que el producto tenga malformaciones congénitas graves que imposibiliten la vida extrauterina, porcentaje que se reduce a 56.5% de acuerdo cuando se amplía a cualquier caso de malformación congénita. Esto refleja que no se busca que toda malformación sea sinónimo de interrupción. Esta situación es mucho más compleja, ya que ¿hasta dónde sería legítimo buscar anomalías en un embrión y optar por otro que no las tenga?¹⁵ Llama la atención también que el estado donde se encuentra la UACJ (Chihuahua) no esté contemplada como causal de despenalización la presencia de malformaciones congénitas.

Las situaciones siguientes, en relación con factores maternos, son la producción de un grave daño a

Cuadro 5. Distribución de las posibles causales de despenalización de la IVE bajo las cuales los estudiantes estarían de acuerdo.

Supuestos o casos	Acuerdo %	Desacuerdo %	Duda %
• Malformaciones congénitas graves que imposibiliten la vida extrauterina	86.2	11.9	1.9
• Grave daño a la salud materna por el embarazo	77.4	4.2	18.4
• Peligro de muerte de la madre si se continúa con el embarazo a término	75.5	14.6	9.9
• Producto de una violación	60.5	18.0	21.5
• Madre con SIDA	56.7	26.1	17.2
• Cualquier malformación congénita	56.3	31.0	12.7
• Inseminación artificial no consentida por la madre	55.9	23.8	20.3
• Problemas psicológicos y/o psiquiátricos maternos como consecuencia del embarazo	45.6	32.6	21.8
• La madre tiene ya al menos tres hijos y prueba no contar con recursos económicos para mantener otro más	30.3	51.7	18.0
• La interrupción se ha originado de forma imprudencial o negligentemente	27.2	64.8	8.0
• Madre adolescente	21.5	66.7	11.8
• Falla del método anticonceptivo	16.1	70.9	13.0
• Abandono o muerte del cónyuge	12.6	75.1	12.3

la salud de la madre, y el peligro de muerte en caso de continuar con el embarazo. Situaciones, ambas, cada vez más raras gracias al desarrollo moderno de la medicina perinatal y de la mayor promoción del control prenatal, encontrándose la segunda dentro de las causales de despenalización en Chihuahua.

Las situaciones que mayor grado de desacuerdo tuvieron respecto a que fuesen despenalizadas al realizar una IVE, fueron el abandono o muerte del cónyuge, la falla del método anticonceptivo, y la condición de madre adolescente. Ninguna de estas condiciones se encuentra contemplada en el código penal para Chihuahua. Por otro lado, habría que destacar que el embarazo adolescente representa un problema de salud pública en el medio mexicano,¹⁶ que la situación particular en lo ético y en lo jurídico de las adolescentes hace que la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos sea un tema complejo,¹⁷ y que la práctica clínica en esta área se vuelva difícil¹⁸ por temas específicos como el consentimiento de las adolescentes,¹⁹ la teoría del menor maduro, etc.

Las situaciones que mayor grado de duda tuvieron en este grupo estudiado fueron la presencia de problemas psicológicos y/o psiquiátricos maternos como consecuencia del embarazo, que fuese debido a una violación, y por una inseminación artificial no consentida por la madre. En el caso de la violación, también es cierto que ocupa el cuarto sitio en el porcentaje de acuerdo, y que es una causal recogida en el código penal para Chihuahua. Llama la atención que en ciudad Juárez los índices de violencia contra la mujer son altos y dramáticos, ya que han culminado muchas de las veces no sólo con violencia o abuso, sino con violación sexual y homicidio a la

vez, es decir, un feminicidio que ha tenido alarmada a la población de la ciudad,²⁰ por lo que habría de esperarse que la población estuviera sensibilizada de alguna manera con el tema de la violación sexual.

Existen varios estudios que han explorado esta misma temática en México. Un primer grupo correspondería a estudios realizados en población abierta. En una encuesta de opinión realizada en la ciudad de México con 387 mujeres y 338 hombres, mostró que la mayor aprobación hacia una IVE se manifestó dentro de siete situaciones posibles, principalmente al derecho de la mujer a decidir, casos de malformaciones fetales, peligro a la vida de la madre y violación.²¹ Aquí nuevamente las malformaciones fetales ocupan un lugar importante, y los cambios legislativos recientes en torno a despenalizar la IVE en la ciudad de México podrían ser un reflejo real de este deseo de la población general. En otro estudio realizado en 907 jóvenes (15 a 24 años) de la ciudad de México sobre el conocimiento de las leyes en relación con la IVE, 54% reconoció no conocer el status legal de la IVE en su estado particular; de ellos, 82% creían que la IVE no es legal nunca.²² Habría por tanto que emprender acciones sociales para difundir este tipo de información entre la población. En otra encuesta, pero a nivel nacional, realizada entre 3,000 participantes (15 a 65 años) sólo 45% sabía que una IVE podría ser legal en algunas circunstancias, 79% pensaba que una IVE debería ser legal, principalmente cuando hay peligro para la vida de la madre, cuando la salud materna está en peligro, si el embarazo fue producto de una violación, o si hay riesgo de daño fetal.²³ Nuevamente malformaciones y peligro de muerte para la madre son importantes.

Un segundo grupo de antecedentes pueden ser encuestas realizadas entre estudiantes de la salud. Vega Franco analiza las actitudes ante la IVE en relación con conceptos religiosos en 479 estudiantes, concluyendo que jóvenes con firmes convicciones religiosas expresan un franco rechazo, y viceversa.²⁴ En el presente estudio es destacable en este sentido que hay una asociación estadísticamente significativa respecto a la religión, pero no a considerarse practicante o al grado de práctica de la misma. Probablemente esto sea debido a que la identificación con una religión en particular implica la aceptación del sistema creencial y moral del mismo, sin que necesariamente se considera la práctica en su totalidad de aspectos. González de León reporta que en un estudio llevado a cabo entre 96 estudiantes, tenían un conocimiento escaso de la situación jurídica de la IVE, y ésta era admitida sólo con restricciones.²⁵ Finalmente todos los estudios muestran que las condiciones que aceptan como causales nunca consiguen el 100% del acuerdo, lo que implícitamente lleva la regulación de posibles restricciones.

Un tercer grupo de antecedentes serían aquellos entre profesionales de la salud. González de León y Billings, en un grupo de 121 médicos residentes de siete hospitales públicos de la ciudad de México, muestran que si bien la mayoría creía que los sistemas de salud pública deberían de ofrecer servicios para la atención de una IVE con indicaciones legales, solamente unos pocos podrían proveer personalmente tal servicio. El mayor grado de aceptación de una indicación para una IVE corresponde con las malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, la posibilidad de poner en peligro de muerte a la madre, embarazo resultado de una violación, madre con cardiopatía severa, y madre con seropositividad para VIH o con SIDA.²⁶ En el presente estudio la madre con SIDA también ocupa un quinto puesto con más de la mitad de los entrevistados de acuerdo. Faltarían investigaciones de corte cualitativo para buscar cuáles son los motivos que les llevan a pensar en este sentido, toda vez que existen ahora posibilidades de evitar la transmisión de la madre al feto en porcentajes significativos, como el estándar del régimen ACTG 076 para evitar con la transmisión vertical,^{27,28} o combinarlo con operación cesárea. Otro tipo de cuestiones sociales y económicas, como el riesgo de que la madre no tenga acceso al tratamiento y que muera de SIDA dejando al hijo huérfano, también faltarían ser exploradas. Casanueva *et al.* reportan que en un estudio con 193 médicos, ginecólogos y neurólogos tenían menor acuerdo con una IVE si el feto era normal que inter-

nistas y pediatras; seis de cada 10 estaban de acuerdo con la IVE en caso de malformaciones fetales y ocho a nueve de cada 10 estaban de acuerdo con la IVE en casos de enfermedades genéticas severas o leves.²⁹ Esto es, también entre médicos especialistas el criterio de las malformaciones fetales es muy importante. García *et al.*, en una encuesta nacional realizada entre 1,206 médicos de instituciones públicas de salud (53% médicos generales), encuentran que mientras 84% considera que todas las instituciones públicas de salud deberían ofrecer servicios de atención de una IVE en condiciones legales, solamente 11% había llevado a cabo una IVE (es destacable la importancia del abordaje de problemática bioética y biojurídica, como sería el caso de la objeción de conciencia entre el personal de salud). Consideraban que la IVE debería ser legal cuando pone en peligro la vida de la madre, la salud materna está en riesgo, si el embarazo es producto de una violación, o si el producto tiene defectos congénitos serios.³⁰ Lisker *et al.* comunican que en un estudio realizado entre estudiantes de medicina y médicos de siete ciudades, la mayoría de los entrevistados estuvo en desacuerdo con una IVE por la solicitud de los padres solamente, mientras que más de 70% estuvo de acuerdo si el producto estaba malformado.³¹ Lisker y Carnevale también reportan que entre los genetistas mexicanos 74% no está de acuerdo con la norma legal actual respecto a la IVE, lo que se incrementa en la consideración de un feto malformado; además, esto se mantiene similar en el tiempo en dos encuestas entre 1993 y 2005.³²

En general, las causales de despenalización que se abordan son las que están plasmadas en su mayoría por los códigos penales de los diferentes estados de la república. Sin embargo, esa posibilidad de que el código penal sea estatal, hace que se dé una variación que en ocasiones resulta importante. Además, casi de inmediato el tema de la IVE interpela a la bioética. La discusión en bioderecho se ha centrado cada vez más en relacionar derechos humanos y bioética,³³ por la idea de universalidad que buscan ambas perspectivas, se han estudiado dificultades de la regulación biojurídica, entre las cuales está la influencia territorial de la posible regulación (importante en México, al contar con códigos penales estatales).³⁴ Además, el análisis de la normatividad para el caso mexicano es una actividad muy compleja por dos razones principales: la primera es nuestra estructura jurídico-estatal, que prevé la presencia conjunta de una legislación válida para toda la federación y de otra que es prerrogativa de los estados. La segunda razón consiste en la ausencia en nuestra estructura jurídica –hasta hoy– de una instancia

jurídico-normativa cuyo fin exclusivo sea el de vigilar sobre los conflictos de jurisdicción, la relativa homogeneidad del dato normativo, y la constitucionalidad de todo acto creativo de derecho que se realice dentro del territorio nacional.³⁵

Es importante finalizar resaltando que por su particular relación con la IVE, los estudiantes de medicina constituyen un núcleo profesional de enorme importancia para lograr cambios en la legislación en el futuro. Al parecer, buena parte de los profesionales de la salud en México tienen una visión limitada sobre la problemática del aborto, lo cual en gran medida obedece al tipo de formación que reciben.³⁶ Habría entonces que revisar los planes de estudio para que se aborden temas transdisciplinarios como la enseñanza de la bioética o de aspectos sobre salud sexual y reproductiva, pero con énfasis en aspectos psicosociales y no los tradicionalmente científico-biológicos que maneja el médico.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Azucena Cruceiro Vidal como tutora de la tesis de maestría de la que deriva la elaboración final de este manuscrito y al Departamento de Relaciones Internacionales de la Oficina en México de la OPS/OMS quien otorgó una beca que posibilitó realizar los estudios del autor en la Maestría Internacional de Bioética organizada por la Unidad de Bioética de OPS/OMS, dirigida académicamente por el Dr. Diego Gracia Guillén en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima, Perú; 2002-2003). Asimismo, a las valiosas opiniones de los revisores anónimos acerca el manuscrito original. No existieron conflictos de interés de ningún tipo para realizar la investigación.

REFERENCIAS

1. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Con la conciencia tranquila. Guía para enfrentar un embarazo no deseado. México: GIRE; 2001, p. 45.
2. Callahan D. The abortion debate: can this chronic public illness be cured? *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35: 783-91.
3. Scorer G, Wing A. Problemas éticos en medicina. Madrid: Doyma; 1983, p. 244-55.
4. Espinoza H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11: 148-9.
5. Bitler M y Zavodny M. Did abortion legalization reduce the number of unwanted children? Evidence from adoptions. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34: 25-33.
6. Cates W, Grimes DA. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspect Sex Reprod Health* 2003; 35: 25-8.
7. Garza FJ, Vázquez EL. El aborto. En: Antología de la Sexualidad Humana. Tomo III. 2a. Ed. México: Porrúa; 1998, p. 105.
8. Bernal GE, Bissell S, Cortes A. Effects of globalization on the efforts to decriminalize abortion in Mexico. *Development* 1999; 42: 130-3.
9. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11: 192-205.
10. Espinoza H, López-Carrillo L. Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. *Gac Med Mex* 2003; 139: S9-S15.
11. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP). Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe. USA: CRLP; 1997.
12. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368: 1887-92.
13. Álvarez DJA. Elaboración de un instrumento para evaluar las actitudes ante la interrupción voluntaria del embarazo. Un estudio de validación. *Arch Hispanoamer Sexol* 2007; (en prensa).
14. Álvarez-Gayou JJL, Bonilla MMP, Vera LNJ. Instrumento para la evaluación de actitudes ante la sexualidad de otr@s. Un estudio de validación. *Arch Hispanoamer Sexol* 2002; 7: 181-95.
15. Lamas M. Aborto: viejos problemas y nuevos dilemas. *Perinatal Reprod Hum* 2004; 18: 34-43.
16. Ahued-Ahued JR, Lira-Plascencia J, Simón-Pereira LS. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. *Cir Ciruj* 2001; 69: 300-03.
17. Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. *Gac Med Mex* 2003; 139: S23-S28.
18. Mejía SG. El pediatra ante la adolescente que decide abortar. *Acta Pediatr Mex* 2002; 23: 316-23.
19. Berro RG. El consentimiento del adolescente: sus aspectos médicos, éticos y legales. *Arch Pediatr Urug* 2001; 72: 45-9.
20. Álvarez DJA. Las muertas de Juárez. Bioética, género, poder e injusticia. *Acta Bioethica* 2003; 9: 219-28.
21. Núñez-Fernández L, Shrader-Cox E, Benson J. Encuesta de opinión sobre el aborto en la ciudad de México. *Salud Pública Mex* 1994; 36: 36-45.
22. Becker D, García SG y Larsen U. Knowledge and opinions about abortion law among mexican youth. *Int Fam Plann Perspect* 2002; 28: 205-13.
23. García SG, Tatum C, Becker D, Swanson KA, Lockwood K, Ellertson E. Policy implications of a national public opinion survey on abortion in Mexico. *Health Mat* 2004; 12: 65-74.
24. Vega FL, Rosales SVH. Conceptos religiosos y actitudes acerca del aborto. *Rev Mex Ped* 1997; 64: 68-74.
25. González de León AD, Salinas UAA. Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. *Cad Saude Pública* 1997; 13: 227-36.
26. González de León D, Billings D. Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals. *Gender Develop* 2001; 9: 87-94.
27. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-80.
28. Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW, et al. Maternal viral load, zidovudine treatment and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. *N Engl J Med* 1996; 335: 1621-9.
29. Casanueva E, Lisker R, Carnevale A, Alonso E. Attitudes of mexican physicians toward induced abortion. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 56: 47-52.
30. García S, Lara D, Goldman L. Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: resultados de una encuesta nacional. *Gac Med Mex* 2002; 139: S91-S102.
31. Lisker R, Carnevale A, Villa A. Acceptance of induced abortion amongst medical students and physicians in Mexico. *Rev Invest Clin* 2006; 58: 305-12.

32. Lisker R, Carnevale A. Changing opinions of mexican geneticists on ethical issues. *Arch Med Res* 2006; 37: 794-803.
33. De Oliveira BJA. Vida humana e ciencia: complexidade do estatuto epistemológico da bioética e do biodireito. Normas internacionais da bioética. *Cuestiones Constitucionales* 2004; 10: 111-68.
34. Díez-Picazo LM. Bioética y legislación (Dificultades de la regulación jurídica en materia de bioética). *Revista de Occidente* 2002; 214: 5-11.
35. Rentería DA. El aborto. Entre la moral y el derecho. México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2001, p. 55-6.
36. Karchmer KS. Consideraciones sobre las indicaciones médicas para la interrupción del embarazo. *Gac Med Mex* 2003; 139: S37-S46.

Reimpresos:

Dr. Jorge Alberto Álvarez-Díaz

Universidad Complutense de Madrid,
Ciudad Universitaria, Facultad de Medicina,
Plaza de Ramón y Cajal s/n,
Pabellón IV, Sótano, Despacho 3.
28040 Madrid, España.
Tel. (+34) 91394-1521, Fax. (+34) 91394-1803.
Correo electrónico:
bioetica_reproductiva@hotmail.com

Recibido el 22 de enero de 2007.

Aceptado el 28 de agosto de 2007.