



**En México** existen más de veinticinco millones de jóvenes entre 15 y 24 años, es decir, 28.3% de toda la población, franja que seguirá creciendo en la pirámide poblacional hasta el fin de la primer década del siglo presente. En el último lustro su tasa de crecimiento fue del 3.3%, en promedio anual, mientras que la tasa de la población

total que fue de 1.8%. Respecto a la diferenciación por género, 48.8% de los jóvenes son hombres y 51.2% son mujeres.

En cuanto a la composición de la población joven por grupos de edad, 26% tiene entre 12 y 14 años, 40% entre 15 y 19 años y 34% entre 20 y 24 años.

# Situación actual del

La disminución en la base de la pirámide de edad de la población mexicana, se debe al descenso en la fecundidad como consecuencia de la práctica anticonceptiva que se ha extendido durante las últimas décadas. Así en 1973, 30.2% de las mujeres usaban métodos anticonceptivos, mientras que en 1992 la cifra pasó a 63.1%; esto se reflejó en la disminución de la tasa global de fecundidad, que es el número medio de hijos que tiene una mujer en su periodo fértil; en 1974 era de 6.1 hijos y en la actualidad es de 2.4 hijos.

Actualmente, el embarazo y el parto entre la población adolescente son fenómenos que en casi todo el mundo se manifiestan con mayor frecuencia y cuyos efectos adversos se reflejan de inmediato en las condiciones de vida de los mismos jóvenes.

Los cambios en la fecundidad son resultado de la relación entre las variables socioeconómicas y la fecundidad, y el efecto de las variables intermedias o determinantes próximas; de tal manera que “la fecundidad tiende a descender como resultado de circunstancias que limitan la exposición de las relaciones sexuales a la concepción o a la gestación o al éxito del parto, es decir la fertilidad de la mujeres” como reportan CEPAL y CELADE en 1993. Respecto a las variables que afectan a éstas últimas se consideran las muertes fetales, que comprenden el aborto y el mortinato.

Respecto a los factores que afectan la exposición al riesgo de concebir se tiene que la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales es de 20 años, según CONAPO en 1995 y en lo que se refiere a los factores que afectan, es diferencial en el uso o no uso de métodos anticoncep-

tivos. Las mujeres jóvenes inician su vida sexual a muy temprana edad: 17.2 años; sin embargo, el uso de medidas de regulación de la fecundidad al inicio de la vida sexual es inexistente, ya que casi nueve de diez mujeres jóvenes tuvieron su primera relación sexual sin protección, a pesar de que 66% inició su sexualidad sin la intención de embarazarse. En 1997, la gran mayoría de las mujeres jóvenes de 15 a 24 años conocía algún medio de regulación (66%), a pesar de lo cual no recurren a la práctica anticonceptiva, ya que sólo 45% de las mujeres unidas de 15 a 19 años usan estos métodos y 59% de las de 20 a 24 años, valores inferiores a los que registran las mujeres de 30 a 44 años (75%).

Entre los temas ligados a la fecundidad, el aborto inducido es uno de lo más debatidos, pero menos estudiado. Su cuantificación enfrenta serias dificultades por la marcada tendencia que existe a no reportar cabalmente su ocurrencia. Datos recientes indican que cerca de 20% de las mujeres alguna vez embarazadas habían tenido un aborto (6% con dos o más). El número anual estimado es de cerca de seiscientos mil, lo que implica una tasa de aproximadamente diecisiete abortos por cada cien embarazos. El aborto, frecuentemente realizado en condiciones precarias y peligrosas, constituye un riesgo para la salud materna.

¿Qué es el aborto?

Etimológicamente, la palabra aborto procede del latín *abortus* o *aborsus*, derivados de *ab-orior* opuesto a *orior*, nacer. Es la muerte del no nacido en cualquier momento del embarazo. Desde el punto de vista demográfico, se

# aborto

MA. TERESA VELÁZQUEZ URIBE

Existen diferencias internacionales, ya que en países como Chile y El Salvador está prohibido; otros lo autorizan (doce países) cuando se trata de salvar la vida de la madre, como en el caso de México, en donde el aborto también se permite en caso de violación, aunque existen diferencias en las leyes de los estados.

Las leyes en cuanto al aborto en México han sido modificadas para proteger la salud de la mujer y éstas se han hecho en dos sentidos: a) Permitir el aborto cuando el embarazo pueda poner en peligro la salud de la mujer. Son ocho estados los que permiten el aborto cuando está en peligro la vida de la mujer o cuando hay peligro para su salud (Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Tlaxcala), con algunas variaciones en relación con las circunstancias y los requisitos. Esto significa que 24% de la población femenina en edad fértil de México está protegida por esta legislación, mientras que al restante 76% aún no se les reconoce este derecho.

b) Restringir el tiempo en que se puede realizar un aborto cuando el embarazo fue causado por una violación. La opinión de los médicos indica que para evitar peligro en la realización de un aborto éste debe llevarse a cabo antes de cumplir tres meses de embarazo, por ello siete estados (Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Oaxaca y Veracruz) limitan a este tiempo el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación.

Con excepción del estado de Chihuahua (que estipula un plazo para el caso de violación y no permite el aborto por alteraciones genéticas o congénitas) todos los estados mencionados en el inciso b también permiten el aborto cuando el producto tenga alteraciones genéticas o congénitas, al igual que Puebla, Quintana Roo y Yucatán, mientras que Chiapas incluía esta razón como otra atenuante del delito. Alrededor de 29% de la población femenina en edad fértil habita en los estados donde se permite el aborto por esta causa.

Asimismo, Colima, Chihuahua y Guerrero permiten el aborto cuando el embarazo es causado por "inseminación artificial no querida ni consentida por la mujer". Las mujeres en edad fértil protegidas por este derecho es de apenas 6%. Sólo Yucatán no sanciona el aborto cuando éste obedece a "causas económicas graves y justificadas y siempre que la mujer embarazada tenga ya cuando menos tres hijos". En este estado vive 1.6% de las mujeres en edad fértil.

En países como Polonia, Costa Rica, Perú, entre otros, se permite por salud física mientras otros seis también lo admiten por razones de salud mental, como España, Suiza y Jamaica; otros por razones socioeconómicas: Finlandia y Gran Bretaña y finalmente veintisiete países de Europa, dentro de los que se encuentran Suecia y Dinamarca no tienen restricciones; se establece un límite gestacional de doce a catorce semanas.

#### Situación legal del aborto

define como aborto a las muertes fetales de menos de veintiocho semanas de gestación y a las de más de veintiocho se les llama mortinatos.

Se estima que los abortos anuales en el mundo son aproximadamente sesenta millones. Por tanto, se ha denominado "industria del aborto" a una variedad de métodos que se utilizan con este fin.

#### Cifras en México

¿Cómo se calcula el número de abortos que se practican en México? La medición de la magnitud del aborto inducido se ve afectada por variables imposibles de controlar —como el peso del estigma de la mujer que aborta y el miedo a la ilegalidad—, lo que ha llevado a algunos especialistas a sostener que la única opción es desarrollar una "tolerancia a la ambigüedad" frente a cifras que no pueden ser exactas.

Es común recurrir a los registros de hospitalización de mujeres con complicaciones derivadas del aborto clandestino, pero se ha encontrado que esa información subestima el problema y con frecuencia está mal clasificada. Muchas instituciones privadas y públicas de salud registran sólo parte de la información o, en ocasiones, ninguna. Los registros hospitalarios tienden a identificar los abortos inducidos como espontáneos o inespecificados. Otros cálculos tentativos se basan en entrevistas y encuestas. En América Latina, estas técnicas han sido aplicadas a mujeres hospitalizadas, a grupos representativos de mujeres en edad reproductiva y a grupos seleccionados de mujeres. No obstante, el subregistro y la falta de confiabilidad persisten. Junto al temor a las posibles consecuencias legales, existen tabúes éticos, morales, religiosos y sociales que desalientan a las mujeres consultadas a admitir que han tenido un aborto. En estas condiciones, algunas personas han llegado a cuestionar si es o no ético buscar información sobre aborto cuando muchas mujeres no quieren revelarla.

La información disponible acerca del aborto inducido en México muestra que, como se dijo antes, es sumamente difícil establecer con precisión su número efectivo. Una revisión documental muestra que las cifras varían dependiendo de la fuente. El Consejo Nacional de Población registra la cantidad más baja de abortos inducidos en el país mientras el Instituto Alan Guttmacher estima un número mucho mayor para la década de los noventa (cuadro 1).



Es importante señalar que en ambos casos se trata de estimaciones realizadas por cada una de las instituciones; aunque, evidentemente, los resultados son muy diferentes entre sí. En 1996 el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática publicó un cuaderno, en el cual se resume la cantidad de abortos registrados en las instituciones mexicanas de salud. Sus cifras adolecen del

subregistro señalado al principio y no distinguen entre abortos espontáneos e inducidos, pero aun así siguen siendo un indicador importante.

Si resulta difícil saber el número de abortos que se realizan en la clandestinidad, mucho más complicado es conocer el número de mujeres que muere a raíz de intervenciones con las que buscaban terminar su embarazo. En estos casos los familiares hablan de “hemorragia” o “infección”, pero rara vez de aborto.

El Consejo Nacional de Población reconoce que existe evidencia de un subregistro de la mortalidad materna y de una incorrecta asignación de ciertas causas de defunción, en particular del aborto, y ha estimado que el aborto es la tercera causa de muerte materna en nuestro país.

Mientras el aborto se practique de manera clandestina no se podrá tener un registro fidedigno del número de mujeres que han pasado por esta experiencia y la can-

Fuente	Año	Número de abortos inducidos
CONAPO <sup>1</sup>	1995	110 000
Instituto Alan Guttmacher <sup>2</sup>	1990	533 100

<sup>1</sup> Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar. CONAPO, México, 1996.  
<sup>2</sup> Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana. Instituto Alan Guttmacher, Nueva York, 1994.

Cuadro 1	Número de abortos inducidos en México.
----------	--

idad de ellas que mueren por complicaciones del embarazo y el parto como son las toxemias y las hemorragias que se encuentran relacionadas con el aborto. Para 1994 y 1995 las cifras e información oficial sobre aborto y mortalidad materna señalaban que “los datos disponibles indican que en la actualidad aproximadamente una de cada cinco mujeres entre 15 y 49 años de edad ha experimentado algún aborto y 6% ha tenido más de uno”. No obstante lo elevadas que resultan estas cifras, los datos de

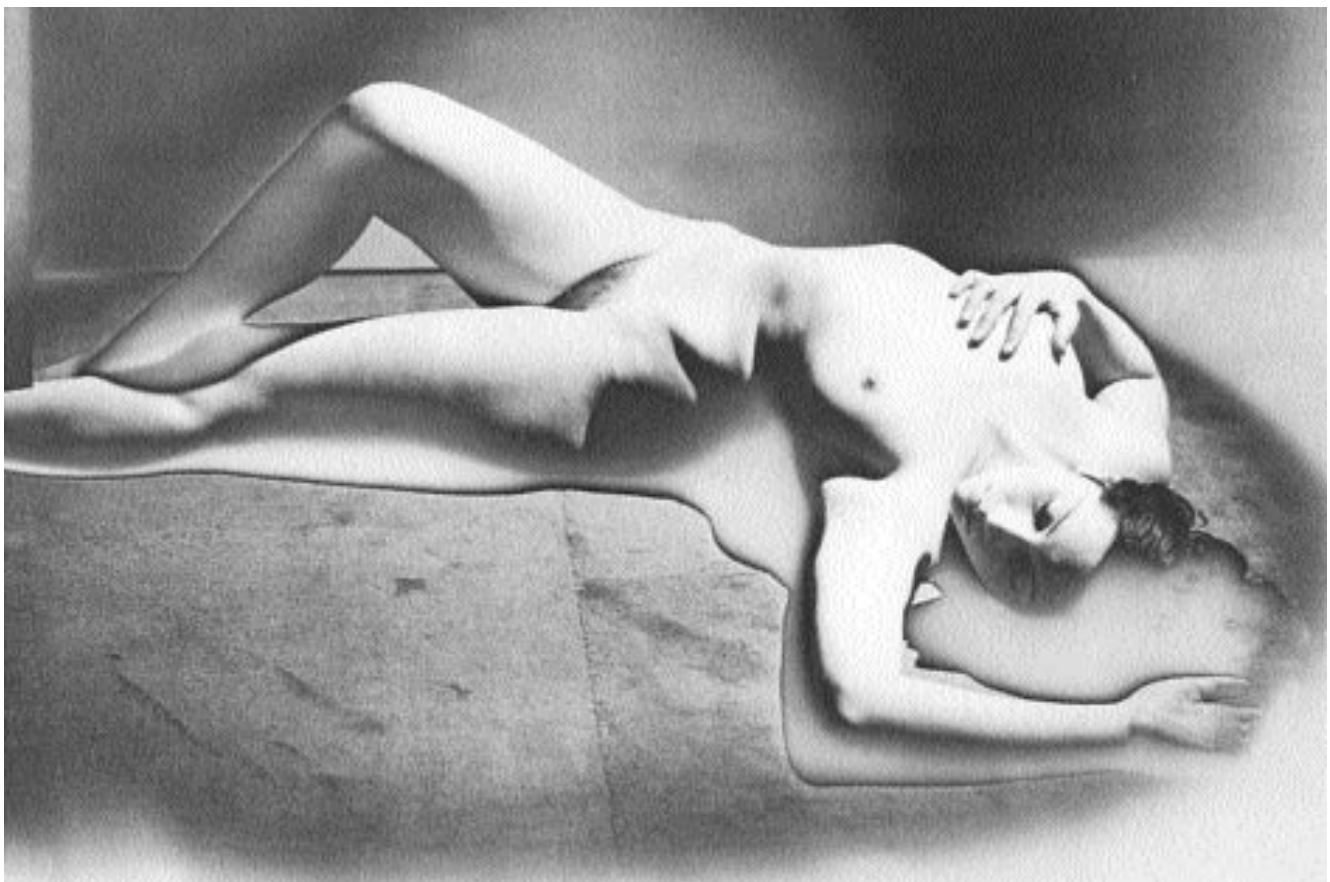
las encuestas apuntan hacia la disminución, con el tiempo, de la práctica del aborto.

En cuanto a las causas de mortalidad, dentro de la publicación *Mujeres y Hombres en México*, editada en marzo de 1997 por el INEGI con el fin de “apoyar con información estadística actualizada al Programa Nacional de la Mujer 1995-2000”, informaba que las principales causas de mortalidad materna por diez mil nacidos vivos, indicaban los siguientes datos (ver cuadro 2).

Hemorragia en el embarazo	24.1%
Toxemia del embarazo	27.4%
Complicación del puerperio	10.4%
Aborto	6.7%
Causas obstétricas indirectas	2.7%
Otras	28.7%
Cuadro 2	Causas de mortalidad materna en 1997.

#### Jóvenes y sexualidad

Los embarazos a edad temprana reducen las oportunidades de educación e impiden mejorar la calidad de vida de las adolescentes. El problema de salud reproductiva representa un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido y conlleva a mayor mortalidad materna e infantil. Parte importante de estos embarazos terminan en aborto y muchos de ellos se efectúan en condiciones de inseguridad, además de que las adolescentes embaraza-



das suelen recurrir al aborto en etapas avanzadas, lo cual aumenta el riesgo de la salud de la mujer.

Otro problema de salud reproductiva en los adolescentes y jóvenes es que 64.8% de los hombres y 65.1% de las mujeres de entre 12 y 24 años no tienen acceso al servicio de salud.

Incluyendo el que las enfermedades de transmisión sexual han aumentado de manera importante entre los jóvenes, evidentemente, por el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos y el acceso limitado a los mismos.

Para la generación nacida en los sesentas, 23.3% de las mujeres tuvo relaciones premaritales y sólo cuatro de cada cien mujeres de entre 15 y 19 años sugieren a su compañero el uso del condón como método preventivo en su primera relación sexual.

En cuanto a la salud perinatal, durante 1997 en la Secretaría de Salubridad y Asistencia se atendieron un poco más de 1.1 millones de consultas prenatales; en las cuales una de cada cinco gestantes en control tenía menos de 20 años.

El número de atenciones prenatales que recibe cada mujer durante la gestación permite detectar a tiempo embarazos de alto riesgo y evitar que se presenten complicaciones durante el parto. Para 1997 se registró un promedio de 2.8 consultas prenatales por embarazada, de las que alrededor de 20% eran menores de 20 años.

La tasa de mortalidad materna muestra una ligera tendencia a la baja; en 1998 se estimaron cuarenta y siete defunciones maternas por cien mil nacidos vivos registrados.

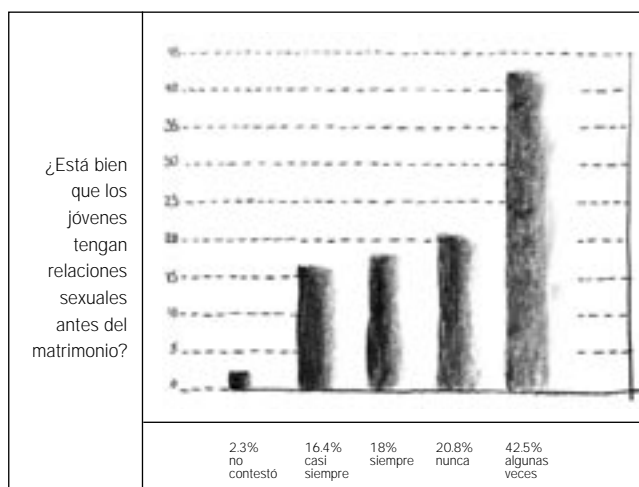
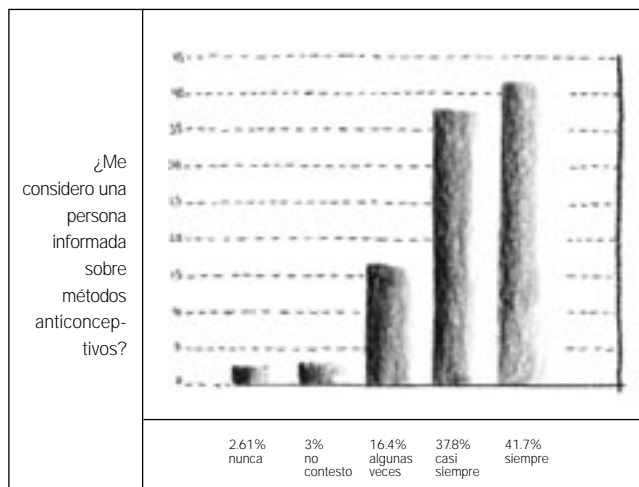
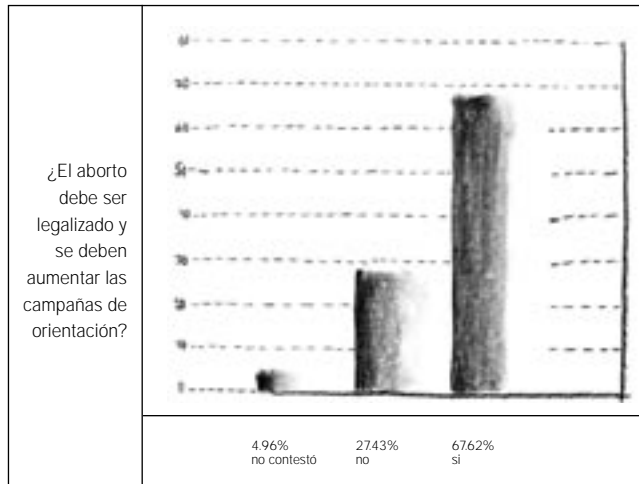
El CONAPO junto con el DIF tienen un programa que se denomina "De joven a joven", que consiste en una línea telefónica abierta las veinticuatro horas del día en el área metropolitana de la Ciudad de México, a la que los jóvenes puedan llamar para hacer todo tipo de consultas, para pedir servicios o consejos. Este programa inició en noviembre de 1994, y en ese año 28.7% de quienes llamaron tuvo interés por el tema de las relaciones interpersonales, es decir, con su propio novio o novia, pretendientes, amigos cercanos, etcétera; siguieron en orden de importancia los consejos en torno a las relaciones sexuales (12.1%) y relaciones familiares (10.7%); hubo casos de suicidios y violaciones, pero sin ser tan frecuentes.

Para abordar otro elemento que configura la mentalidad juvenil, resulta importante analizar la edad que se considera más conveniente para que los jóvenes se casen. Tanto hombres como mujeres afirman que la edad ideal



femenina para casarse es de 22.8 años, consideración bastante más elevada a la que en realidad se casan, que se estima en 25 años, lo cual puede indicar un cambio futuro. En cuanto a la edad en que los hombres deberían contraer matrimonio, las mujeres piensan que deben unirse más tarde de lo que ellas consideran para sí mismas.

Una encuesta realizada en 1990 reveló que 60% de los suecos tienen su primera relación sexual a los 16 años, igual que en América Latina, pero se casan o deciden vivir juntos hasta los 25 o 30 años, entre cinco y diez años después que en América Latina y durante este periodo tienen un promedio de 3.2 parejas. La mitad de los jóvenes utilizan el condón desde la primer vez, el segundo método más utilizado es la píldora y sólo 25% reporta haber tenido experiencias sexuales desprotegidas, mientras que en México ese porcentaje es superior a 80%. De las menores suecas de 17 años con vida sexual activa 6% han resultado embarazadas y prácticamente ninguna de éstas ha dado a luz, ya que en la actualidad se realizan veinte abortos legales por cada mil mujeres menores de 19 años,



En el Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM se llevó a cabo en el mes de mayo del año 2000 una encuesta que tuvo como objetivo conocer algunos aspectos de la forma de pensar, inquietudes y expectativas de los estudiantes del Colegio. Los tópicos que se consideraron fueron los siguientes: autopercepción y sociabilidad, hábitos de estudio, ocupación del tiempo libre, familia y escuela, sexualidad y cultura política.

Se trabajó con novecientos cuarenta y ocho alumnos, divididos en un grupo de primero, tercero y quinto semestre, de los cinco planteles y de ambos turnos. Dentro del apartado de sexualidad se formularon ocho reactivos sobre su opinión en los temas de orientación sexual, legalización del aborto, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, de enfermedades de transmisión sexual, relaciones sexuales antes del matrimonio y personas con quienes comentan sus experiencias y dudas de vida sexual.

Al realizar el análisis de estos tópicos, se encontró que alrededor de 67% de los alumnos está a favor del aborto y la extensión de pláticas de orientación sexual.

En el apartado de conocimiento de métodos anticonceptivos, alrededor de 80% de los encuestados se considera informado. Sin embargo, 58% de los alumnos opina que debe tener y buscar más información sobre enfermedades de transmisión sexual y que en la escuela se les debe dar orientación para prevenir las adicciones y la enfermedades de transmisión sexual, ya que 54.9% manifiesta no tener dicha orientación.

En lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos, incluyendo el condón, más de 80% opinó que evita riesgos en las relaciones sexuales.

En el apartado de relaciones sexuales antes del matrimonio, 75% estuvo de acuerdo en tenerlas.

En cuanto a con quién comentan los temas de la vida sexual, 77% consulta sus dudas con sus padres y 64% habla de sus experiencias de la vida sexual con sus amigos.



tasa que ha descendido 10% en el último lustro. La proporción de abortos por mujer es por lo menos cuatro veces menor que en México, tomando en cuenta las estimaciones más conservadoras. Las mujeres suecas tienen su primer hijo a los 27 años y los hombres a los 32, y en todo el país se han reportado 3 703 contagios del SIDA, menos de la mitad de los que hay en México.

En México, durante 1985, por cada catorce hombres infectados de SIDA, había una mujer; para 1997 de cada seis hombres existía una. Nuestro país ocupa el tercer lugar en América Latina después de Estados Unidos y Brasil. De continuar las tendencias, para el año 2010 habrá un enfermo en cada familia mexicana. La mayoría de los casos de SIDA en etapa final tienen entre 25 y 35 años de edad, es decir, que los 18 años es la edad promedio de infección. En el Distrito Federal el SIDA es la cuarta causa de muerte entre hombres y mujeres.

### Conclusiones

La población adolescente y joven de 15 a 24 años de edad constituye un grupo prioritario de la población, ya que las decisiones que tomen en esta etapa de su vida contribuirán a forjar su destino, de hecho, conformarán el grueso de la población en edad laboral durante las próximas décadas.

Es necesario responder a los desafíos derivados de los cambios en la estructura por edad, ya que los adolescentes y jóvenes tienen gran relevancia por factores demográficos (uno de cada cinco mexicanos está en este grupo de edad) y por estar en una etapa de la vida en que se toman decisiones que contribuyen a determinar sus logros como adultos. Entre las transiciones que llevan a cabo, las principales son seis, dos de ellas vinculadas a la vida pública —dejar la escuela e incorporarse al primer trabajo—



y las otras cuatro se refieren al contexto familiar: tener la primera relación sexual, abandonar el hogar paterno, casarse o unirse, y tener el primer hijo.

Es necesario llevar a cabo una serie de acciones que contribuyan a elevar su desarrollo y bienestar, mediante la ampliación de sus capacidades y opciones, y a través del fomento de actitudes y prácticas de previsión y planeación con perspectiva de género enfocadas a: 1) Fomentar actitudes y prácticas de prevención y planeación.

2) Promover conductas sexuales y reproductivas informadas y responsables, para evitar la maternidad precoz en las jóvenes.

3) Incluir contenidos de educación en población en los libros de texto de educación media formal y no formal.

4) Dar acceso a oportunidades educativas, principalmente a las mujeres.

5) Lograr una inserción laboral y social más adecuada.

6) Diseñar, producir y difundir una política de comunicación sexual.

7) Reducir la demanda insatisfecha de métodos anti-conceptivos.

Todo esto sin olvidar que el apoyo, material, afectivo y motivacional para los jóvenes en su formación es prioritario tanto en el ámbito familiar como en el social. 🌐



Ma. Teresa Velázquez Uribe  
Dirección General del Colegio de Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México

#### AGRADECIMIENTOS

A Felipe Oropeza Martínez, de la Secretaría de Informática del CCH, por el apoyo técnico.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anika Rahman, Laura Katzive y Stanley K. Henshaw. 1998. "A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997", en *International Family Planning Perspectives*, vol. 24, núm. 2. The Alan Guttmacher Institute, Nueva York, p. 60.

Barrón Martínez, Claudia Isabel y Minerva Nájera Nájera. Investigación sobre "El tratamiento legal del aborto en América Latina". Informe Nacional de México. Comité de América Latina y El Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (CLADEM), México.

Bongaarts. 1 marzo de 1978. "A framework for analyzing the proximate determinants of fertility in Population and Development Review", vol. 4.

CEPAL y CELADE. 1993. Población, equidad y transformación productiva. Santiago de Chile.

Consejo Nacional de Población. 1995. Bases de datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar. México.

Consejo Nacional de Población. 1998. III Informe de Avances del Programa Nacional de Población 1995-2000, México.

Consejo Nacional de Población. 2001. La población de México en el nuevo siglo. México.

Consejo Nacional de Población. 2001. Programa Nacional de Población 2001-2006. México.

Consejo Nacional de Población. 1998. Proyecciones de la población de México 1996-2050. Serie: Escenarios prospectivos, México.

Cordera, Rafael, José Luis Victoria y Ricardo Becerra (coordinadores). 1996. México joven, políticas y propuesta para la discusión. UNAM, México.

Davis, K. y J. Blake. 1956. Social Structure and Fertility: an Analytic Framework, en *Economic Development and Cultural Change*, vol. 4, núm. 4.

García, Brígida (coordinadora). 1999. Mujer, género y población en México. El Colegio de México, México.

Gómez de León, José (editor). 1994. Retos y propuestas, Población y desarrollo. Fundación Mexicana Cambio XXI Luis Donaldo Colosio, México.

Hernández Bringas, Héctor, Irma y Catherine Menkes (coordinadores). 1998. La población de México al final del siglo xx (v Reunión nacional de investigación demográfica en México). vol. I, UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Cuernavaca, México.

Hill, Kenneth, José B. Morelos y Rebeca Wong (coordinadores). 1999. Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina. El Colegio de México, México.

INEGI. 2000. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno número 16. Aguascalientes, México.

Lerner, Susana (editora). 1998. Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación. El Colegio de México, México.

Muñoz García, Humberto (compilador). 1996. Población y sociedad en México, col. Las ciencias sociales, UNAM, México.

Muñoz García, Humberto y Luz Ma. Valdés. 2000. "Educación" en Luz Ma. Valdés. cap. iv, "Educación en población. Retos del tercer milenio". Curso interactivo introductorio a la demografía. Porrúa UNAM, México.

Salas y Villagomez, Guadalupe. 1999. Incidencia del Aborto en México. Tesis de licenciatura de Derecho, UNAM.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. México. Dirección General de Planificación Familiar. Subsecretaría de Servicios de Salud. 1987.

<http://www.cch.unam.mx/lab/aborto/index.htm>

#### IMÁGENES

P. 42: Bill Brandt, Desnudo con el codo doblado, 1952. P. 45: Johnny Alterman, Savannah's Place 1, 1981. P. 46: Man Ray, Primacia de la materia sobre la mente, 1929. P. 47: René Verdugo, Desnudo en azul, 1979. P. 48, 49: Jerry N. Uelsmann, sin título, 1980; p. 50: Paisaje con desnudo, 1972.