

*marta  
lamas*

**manuel mateos  
cándano:  
un problema  
de salud  
publica**

M. L. Doctor ¿cómo empezó a interesarse en el problema del aborto? A la mayoría de los ginecólogos no les gusta hablar de ese problema y lo tachan de "anti-vida" y de inmoral.

M. M. C. Yo no escapé, en mi formación, de tener un concepto de la práctica del aborto como algo criminal, inmoral. No escapé a toda esa tradición y estructura donde se pensaba que el ginecólogo honesto y ético era el que atendía partos, enfermedades, esterilidad, etc., y que el inmoral, fracasado y mercenario era el que resolvía, además, el problema del aborto de sus pacientes. Yo me formé en la Escuela Nacional de Medicina de 1948 a 1954, pero sin embargo defendía el aborto terapéutico desde preparatoria, con todos los problemas que implicaba hacerlo en el clima del Colegio Francés de Morelos.

Después, el ejercicio profesional nos hizo confrontarnos, más que con el problema del aborto, con el de control de fecundidad; máxime que en esas épocas no existían métodos contraceptivos de elevada eficacia. Además, la gente que nos confiaba su salud no se atrevía a comentárnoslo y nos enterábamos a posteriori o en las complicaciones.

Lo que realmente nos vino a meter en el problema del aborto valiente y abiertamente fue haber iniciado los programas de planificación familiar, porque entonces empezamos a cobrar una cercanía y una complicidad con nuestras pacientes, en función de que el embarazo sobreviniera cuando fuera deseado. Al no ser deseado se abría la puerta franca al aborto.

M. L. Debe haber sido toda una responsabilidad cuando se les presentaron mujeres que, con dispositivo intrauterino, habían quedado embarazadas. Si ellas habían seguido sus instrucciones, lo menos que podían pedir era interrumpir ese embarazo no deseado.

M. M. C. Pienso que los programas de planificación familiar sensibilizaron a los médicos y seguirán sensibilizándolos más, en lo que se refiere al problema del aborto. Esa fue la razón por la cual nos hemos interesado. Nos ha costado trabajo y seguramente le va a costar mucho trabajo al gremio médico aceptar el hecho. Seguramente el proceso seguirá el mismo camino que siguió la anestesia obstétrica o el control de la fecundidad. Yo recuerdo todavía en 1948 la lucha monstruosa en las academias médicas por la anestesia obstétrica, cuando se violaba el anatema original de "parirás con

dolor". Hubo necesidad de etiquetar de liberales o radicales a los que pugnaban por la analgesia, mientras que después vino un camino inverso de naturalización del proceso.

M. L. Usted ha sido frecuentemente tachado con esas etiquetas, pues además de ser uno de los pioneros en México en cuestiones de control natal y psicoprofilaxis, se ha destacado por tener una actitud clara, abierta y médicamente documentada sobre el problema del aborto. Yo considero que esas razones hicieron de Ud. un sujeto idóneo para participar en el "Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México" que organizara el Consejo Nacional de Población. Cuénteme un poco de su participación en este grupo.

M. M. C. Durante el mes de junio el Consejo Nacional de Población (CONAPO) invitó a 80 personas, que por sus especialidades, conocimientos y funciones pudieran asesorar al Consejo y que elaboraran un trabajo con información científica, seria y actualizada. De 80 invitados participamos 62. Estuvimos divididos por grupos de especialidades, el grupo médico, el jurídico, el psicológico, el demográfico, el económico, el filosófico, el antropológico, y el de ciencias de la comunicación. Se presentaron 44 ponencias, que fueron leídas cuidadosamente y después hubo un debate muy amplio. Luego se rindió un informe final elaborado por una comisión redactora. Este informe se presentó la última semana de noviembre.

M. L. Como es de suponerse usted participó en el grupo médico, ¿no?

M. M. C. Sí. Nosotros presentamos el aborto como un problema de salud. El concepto universal de salud quedó incrustado en ese documento. La salud como el completo estado de bienestar físico, emocional y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Este es un concepto de la Organización Mundial de la Salud. Se acepta que es un fin individual y un medio de la comunidad, pues la comunidad no puede operar mientras no tenga salud. Este estado de bienestar es un derecho y no un privilegio. De aquí surgió la posibilidad de participar en el debate jurídico, a partir del concepto "salud" como derecho. Claro que también se manejó el concepto del derecho moral o ético, esto lo hizo fundamentalmente una gran mujer y filósofa: Graciela Hierro.

También participaron un sacerdote católico, un rabino judío y un ministro protestante que, junto con la maestra en filosofía, elaboraron el capítulo de Ética y Aborto. La conclusión principal a la que se llegó en ese capítulo fue de que el acto de abortar voluntariamente

debe nacer de una decisión libremente tomada, tanto por la mujer embarazada como por el practicante del aborto, que es un problema de moral individual. Además se subrayó que el aborto es un problema de derechos humanos, una cuestión que debe ser decidida fundamentalmente por la mujer, que ni la Iglesia ni el Estado pueden disponer. Se dijo que el Estado debería ser imparcial, no tomarlo como un delito y aceptar que es una cuestión de moral individual; de la misma manera que el Estado no puede obligar a las mujeres a ir a misa tampoco debería convertir un problema de moralidad personal en un delito.

M. L. ¡Caray! Entonces casi no hubo oposición.

M. M. C. Eso no; oposición sí hubo, pero las opiniones fueron modificándose en el transcurso de las discusiones. Al principio había muy pocas personas abiertamente en favor de un cambio de la legislación y al final acabó aprobándose por unanimidad, con excepción del grupo de sanitaristas mujeres.

M. L. ¿No me diga que las que más se opusieron fueron mujeres?

M. M. C. Pues sí le digo, el grupo de sanitaristas mujeres se opuso.

M. L. ¿Y por qué se oponían estas mujeres, qué razones aducían?

M. M. C. Muy sencillas: que al no poderse cuantificar el problema, al no poder hacer un estudio epidemiológico adecuado, había que diferir toda decisión seis años, mientras pudiera hacerse un estudio de alto nivel para cuantificar adecuadamente. La epidemiología es una rama de la salud pública que tiene metodología muy concreta y habiendo sido el problema del aborto un tabú no abordado, faltan esos estudios evaluativos numéricos como existen para el cáncer, la diabetes, etc. Pero los mismos epidemiólogos, estudiando los aspectos sociales, nos dieron razones fundamentales al señalar como las dos causas primeras por las que las mujeres abortan: la carencia económica y el número elevado de hijos. Esto ya implicaba un problema humano demasiado serio. Además, lo determinante fueron los estudios de complicaciones y secuelas comparativos con otros países. Aunque se pensó que el problema del aborto en México no se podía comparar con el mismo en los países desarrollados.

Por ejemplo, el aborto en los países desarrollados es básicamente un problema de solteras, mientras que en los países subdesarrollados es un problema básicamente de casadas, los datos que recabamos del Seguro Social son de una mortalidad del 8% por shock bacteriémico, es decir por pacientes infectadas en elevado grado, y

que de un 15 a un 30% se infectan. Extrapolando estos datos nos daba un porcentaje de riesgo de muerte de un 2%, mientras en los países desarrollados la mortalidad es de 4 a 6, pero por cien mil. O sea que aquí son aproximadamente 2,000 mujeres contra 4 ó 6 allá. ¿Para qué hacía falta un estudio epidemiológico valuativo en estas condiciones? Es evidente que el marco jurídico, el social y el religioso están ocasionando la catástrofe. Diferir la resolución de un problema seis años para tener datos es como diferir la defensa en la guerra mientras se tiene para comprar cañones. Razón por la cual, los argumentos epidemiológicos no fueron aceptados.

M. L. Pero, entonces, sí estuvo duro el debate. Y el hecho de que fueran mujeres las que se opusieron es significativo. ¿Se manejaron argumentos emocionales?

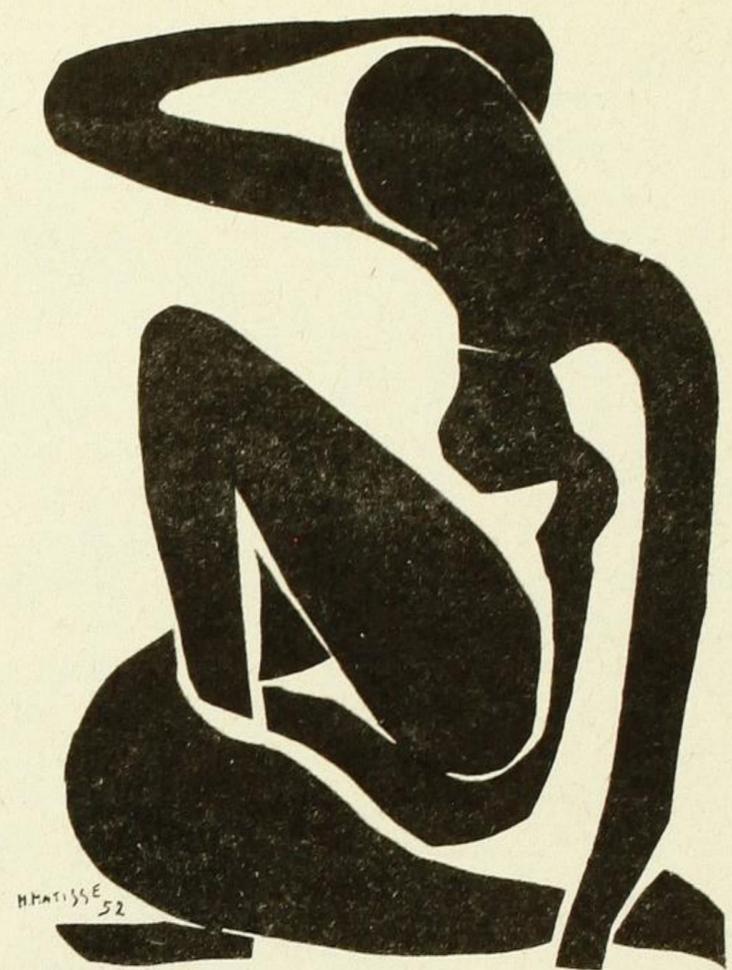
M. M. C. Nadie escapó a sus móviles emocionales al debatir el problema; nadie, ni los que estábamos a favor, ni los que estaban en contra. Todos estábamos movidos por un factor humano, por una comprensión de que, medible o no, el problema era de una gran magnitud y de graves implicaciones. Ese fue el consenso general. Hubo gente de una honestidad exquisita, como José Manuel Septién, director de atención médica Materno-Infantil, que siendo de ideas religiosas aceptó el consenso general y ayudó a la elaboración del documento. Carlos Gual también participó de manera honesta y positiva, al igual que Ramón y Amparo Parrés, el doctor Gamiochipi, y otros más.

M. L. ¿Quiénes fueron las personas que desde el principio se mostraron claramente por un cambio en la legislación?

M. M. C. Que yo me acuerde fueron Rafael Ruiz Harell, Carlos Gual, el doctor Gamiochipi, el doctor Parrés, Graciela Hierro, la licenciada Martínez Ruaro, el doctor Roberto Robles Gardinez, el licenciado Fernández Doblado, la licenciada Clara Elena Molina y otras personas más. Por supuesto el CONAPO, que ya había percibido el problema como una necesidad, tenía una actitud favorable, no por solidarizarse con nosotros, sino genuinamente. A mí me llamó la atención lo bien que funciona el Consejo. Está fuera de todo marco burocrático, actúa muy académicamente, en forma muy abierta.

M. L. Y los demás grupos, ¿cómo funcionaron en el debate?

M. M. C. El debate fue muy interesante. Los demógrafos dieron buenos datos e hicieron una evaluación numérica interesante comparando algunas cifras, tanto de los censos nacionales como de las cifras de vida de hombres y mujeres y haciendo una evaluación de las cifras



de mortalidad materna. Hicieron una correlación y sumándole la abortabilidad fisiológica, que oscila entre un 9 y un 11% se encontraron con cifras que se debatieron entre los 600,000 y 1.200,000 abortos. Por esta razón se etiquetó el problema en forma general como de 800,000 casos al año, aunque todos nos inclinamos por las cifras mayores. También se extrapoló la cifra de mortalidad, que dado el análisis de secuelas y complicaciones da alrededor de 18 mil casos al año. México tiene una de las tasas de fecundidad más alta del mundo (44 x 1,000) y la mortalidad por embarazo, parto y puerperio es también de las más altas del mundo. El aborto ocupa el tercer lugar como causa de mortalidad materna.

En México mueren más mujeres por aborto complicado que por diabetes o por cáncer uterino o mamario. Los economistas y los antropólogos tuvieron muy buenas intervenciones, pero una intervención que destacó fue la de la licenciada Molina que planteó que el problema del aborto era un problema de la mujer y analizó todas sus consecuencias e implicaciones. Su participación fue constructiva. El trabajo de Octavio Paz fue un alegato de una belleza literaria muy grande y de una intensidad fuertísima.

M. L. ¿Y el grupo jurídico?

M. M. C. Todos los puritanos jurídicos, importadores

del derecho romano del siglo V y sus antecedentes, y del derecho canónico fueron francamente rebatidos. No tuvieron posibilidad, principalmente por la presencia del licenciado Fernández Doblado. Cuando él llegó yo me espanté, pues es un gran abogado, con una gran facilidad de palabra y por ser hombre de mi generación yo supuse que estaría en contra. Pero no, fue de una liberalidad superlativa. Pero por ejemplo el licenciado Magallón fue verdaderamente imposible, aunque ya ante la pérdida de la discusión no tuvo más que recobrar la modestia y salir adelante. El fue director de la Escuela Superior de Derecho. El debate jurídico fue muy importante, pues no todos los aspectos están contemplados en la legislación. Por ejemplo, el aborto por defectos genéticos no es tomado en cuenta como aborto terapéutico. Una mujer a la que le da rubeola tiene un 30% de posibilidades de que el niño se afecte en alguna forma en su sistema nervioso. O también la toxoplasmosis puede producir defectos graves. Pero en el aspecto jurídico un elemento verdaderamente encantador fue que se argumentó que no había que modificar el espíritu del legislador de 1931, sino suplir la incapacidad que tenía en esa época de prever todas las circunstancias. Si el legislador de 1931 aceptó el aborto por violación, automáticamente está minimizando lo que, en el derecho romano y canónico, se argumenta como derecho a la vida. Entonces no es problema modificar la legislación. Se acepta que México es un país que tiene liberalizado el aborto en mínima escala, en muy pocos renglones, por lo tanto sólo hay que ampliar las indicaciones de acuerdo a nuestro contexto actual. No se trata de que sí o si no, sino de que sí, pero más.

M. L. Además al ampliar las indicaciones y hacerlo legal, se acabaría con el problema del aborto clasista; pues se reconoce que el problema del aborto es un problema solo para algunas mujeres, pues otras, las burguesas, siempre han tenido la posibilidad de abortar en clínicas privadas o en consultorios particulares, con todas las facilidades y cuidados. Mientras que las que se meten agujas de tejer o recurren a pócimas y a aborteros clandestinos, sin las mínimas condiciones de asepsia y seguridad, son las que no tienen para pagar los 5,000 pesos. Las mujeres de clase media baja y baja, las marginadas, son las que tienen secuelas y complicaciones y las que nos dan las cifras de mortalidad.

M. M. C. Eso es lo que atacaba al concepto universal de salud. El aborto ha sido un privilegio y no un derecho de quien quiere tenerlo. Solamente las privilegiadas gozan de la posibilidad de salud, mientras que se supone

que todas las mujeres tienen derecho a ella.

M. L. Por eso es que habría que ampliar las razones para poder abortar e incluir las socioeconómicas, que suelen ser las que impulsan a la mayoría de las mujeres a abortar.

M. M. C. Sí, realmente estas razones son las que determinan a la mayoría de las mujeres a abortar. En el Reino Unido se plantea que si la continuación del embarazo supone un peligro mayor para el estado físico o mental de la mujer o de cualquier otro hijo de la familia, el aborto es permitido. En Japón y Yugoslavia se permite cuando se puede prever en forma razonable que el embarazo o nacimiento de un hijo afectará la salud de la madre y la conducirá a situaciones difíciles, de índole personal familiar o económica grave. Estas razones son las que ocupan el primer lugar en México.

En China se plantea que las fallas en el uso de medidas anticonceptivas ocasionan períodos muy cortos entre un hijo y otro, o numerosos embarazos con dificultades de orden económico o de trabajo, por lo que se permite el aborto. En China, Alemania Democrática, Hungría, la Unión Soviética, y algunos estados de E.U.A. se permite a la mujer legalmente la terminación de un embarazo no deseado sin dar pruebas de cualquier motivación. En cambio en Suecia se eleva paradójicamente



M. L. S. S. E.

el número de abortos ilegales al liberalizar la legislación, probablemente por los comités que enjuiciaban su legitimidad y a los cuales la mujer evadía ser sometida.

M. L. Pero sin embargo la liberalización en las legislaciones ha traído una serie de consecuencias benéficas, ¿o no? Creo que el número de muertes maternas ha bajado notablemente.

M. M. C. ¡Claro que sí! Nosotros hemos elaborado una serie de consideraciones médicas generales, y también psiquiátricas y psicológicas que se podrían esperar como resultado de la práctica legal del aborto en los embarazos no deseados. Le voy a decir unas cuantas:

- Habría una disminución de la morbilidad y mortalidad materna.
- Se proporcionaría a la población recursos médicos y técnicos más eficaces y seguros.
- Se podría prevenir la repetición de abortos, pues se extendería el conocimiento de la vida sexual y se facilitarían medidas anticonceptivas. Complementando educación sexual y programas de planificación se llegaría a una disminución en la incidencia del aborto inducido.
- La práctica del aborto legal por personal médico y para médico calificado aumentaría inicialmente el número de abortos.

M. L. ¿Lo aumentaría realmente tanto? O es que como no se tienen datos reales de los abortos clandestinos, al salir los legales a la luz parecen más. . .

M. M. C. Las dos cosas, por un lado tendríamos datos reales, pero el otro es evidente que muchas mujeres recurrirían a él. Otro de los resultados sería el evitar el nacimiento de hijos no deseados; situación que genera conductas muy conflictivas en las madres, en las parejas, en el grupo familiar y en la sociedad. Estos conflictos se objetivan en el nivel económico, en el de sobrepoblación y en la intimidad de la madre o de la pareja. Y algo más, muy importante: que la mujer pueda ejercer con dignidad su capacidad de decisión y que se respete su decisión. Esto conduce a la disminución o desaparición de los sentimientos de indignidad y culpa de la mujer frente a este problema. Pero no debe olvidarse que el aborto no es un método de control de la fecundidad, sino un complemento a los programas de contracepción.

M. L. ¿Y cuáles fueron las conclusiones de los diversos grupos?

M. M. C. Bueno, la conclusión final y el consenso general fue que se debe reglamentar el aborto, que es ne-

cesario liberalizarlo en función de una garantía individual, de un derecho propio de las mujeres, de toda persona para escoger libremente su número de hijos, como lo señala la Constitución. La reglamentación tiene formas jurídicas que no están discutidas, pero la penalización del aborto debería persistir, no quedar una despenalización absoluta, sino mantener 2 incisos. El primero es el que trata del aborto que se practique en contra de la voluntad de la mujer. Estos casos se ven con cierta frecuencia. En la práctica médica nos lo proponen: "Tengo una amiga que quiere tener el hijo, es una mujer que está enamorada de mí, pero yo no quiero tenerlo, así que la voy a traer para que le ponga un poco de anestesia y sin que se de cuenta se lo practique."

Este aborto debe castigarse, aún tratándose de un chantaje de parte de la mujer, pues va en contra de la libertad y de la voluntad.

M. L. En todo caso, si la mujer quiere al hijo que ella lo asuma, sabiendo de antemano que el cuate no lo desea. ¿Cuál es el segundo?

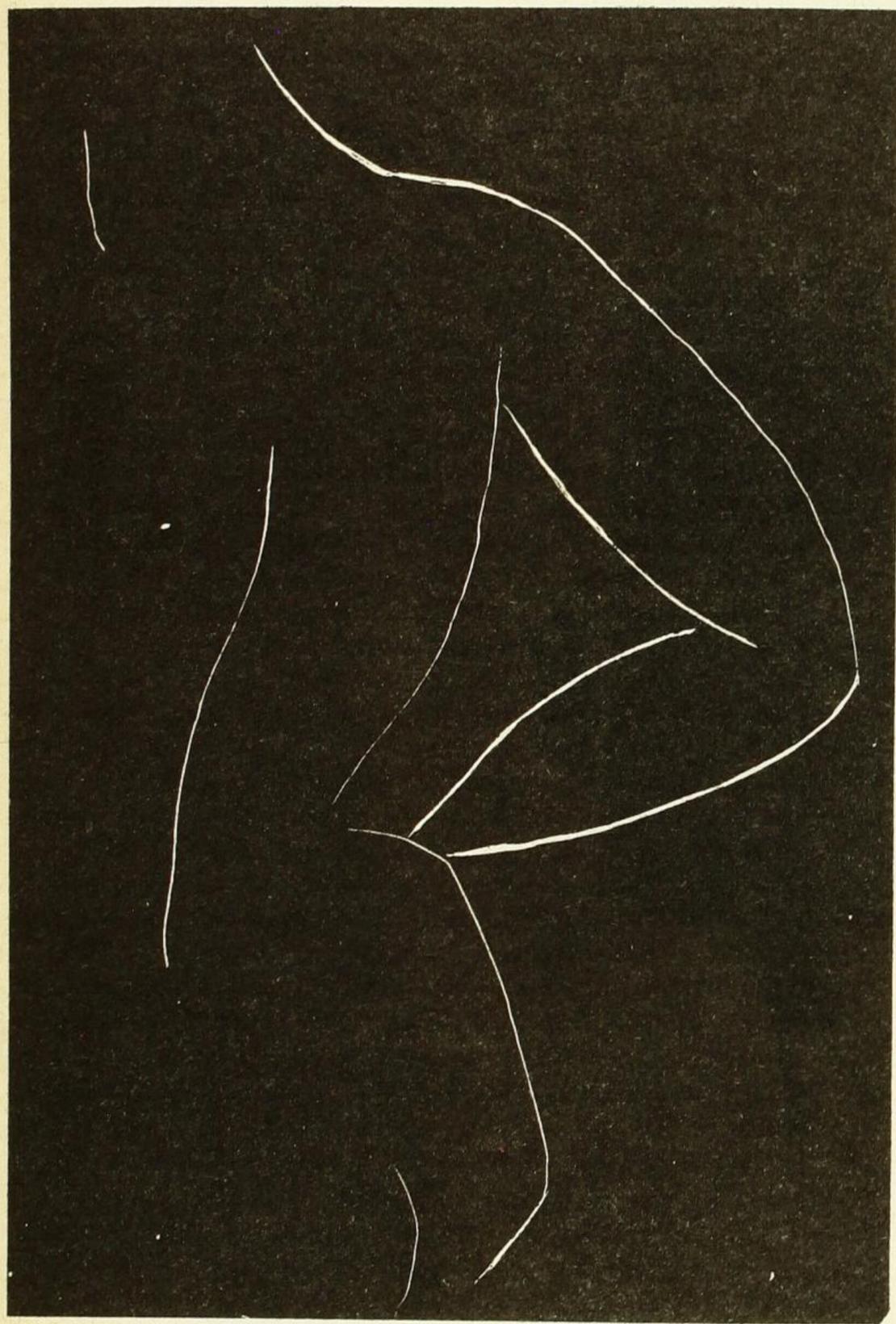
M. M. C. El segundo es aquél que se practica sin los recursos médicos adecuados. Es decir, si alguien practica un aborto metiendo una aguja de tejer, liberalizado el aborto, eso es punible.

M. L. Pero para poder exigir esto es necesaria toda una campaña intensiva de difusión a escala nacional, informando a las mujeres de sus derechos y a los médicos de sus obligaciones. Si toda mujer tiene la posibilidad de ir a un centro de salud a practicarse un aborto legal, dudo mucho que recurran a inexpertos. Lo que no sería justo es que en un pueblo perdido una comadrona que lo hace como puede, sea acusada o encarcelada por ello.

M. M. C. El mecanismo operacional tendrá que ser debatido y claro que habrá atenuantes, pero si la paciente está en Zacazonapan, que se venga a Toluca.

M. L. De acuerdo, pero surge otra cuestión. ¿El Estado va a proporcionar libre y gratuitamente abortos a todas las mujeres que lo soliciten? Es evidente que cualquier mujer preferiría ir al Seguro que pagar de 3,500 a 5,000 por un aborto clandestino. Sólo que el Estado no pueda atender a las mujeres, éstas tendrán que recurrir a otro lado.

M. M. C. Ese es otro problema importante. Nosotros ahora planteamos el derecho al aborto y la meta es que todas las mujeres tengan acceso libre a él. Por eso es necesario dejar sentado en el marco jurídico que esto debe realizarse con todos los recursos. Es bastante sencillo, ya que la succión temprana la pueden practicar el personal paramédico y las comadronas capacitadas. Esto,



MATIAS

en relacion con el segundo parámetro de tipo jurídico.

Lo que no hay que olvidar es la reglamentación dentro de la Ley Federal del Trabajo, para proteger a la mujer obrera y trabajadora. El problema del aborto también debe tener implicaciones de derecho como tienen el embarazo y el parto. Es como plantear ¿por qué el parto grandote sí y el chiquito no? Esto debe meditar-se seriamente.

M. L. Doctor tengo entendido que al hablar de los requerimientos mínimos y las bases para reglamentarlos se está de hecho planteando la reglamentación en el Código Sanitario, ¿no es así?

M. M. C. Sí, efectivamente, allí están las bases, el fundamento para el Código Sanitario.

M. L. Y estos requerimientos o requisitos mínimos ¿cuáles son, quién los hizo, en qué consisten?

M. M. C. Pues permítame no ser modesto y confesarle que yo tuve el honor de elaborarlos. Estos requisitos mínimos surgen, porque, al cambiar la legislación, el aborto deja de ser un acto criminal y se convierte en un servicio de salud, que deberá otorgarse en las mejores condiciones médicas. Esto no implica más que un poco de adiestramiento. No se requieren instalaciones nuevas, solamente se adaptará la infraestructura ya existente, ampliando los servicios gineco-obstétricos y de medicina general, y utilizando las clínicas de campo para solución de casos de antifertilidad postovulatoria e inducción de la menstruación.

M. L. ¿Qué es la antifertilidad postovulatoria?

M. M. C. Una mujer que se ha expuesto a un coito sin anticonceptivos puede haber sido fecundada; hacerle la succión del endometrio, sin saber si está o no embarazada, vale la pena. El procedimiento de inducción de la menstruación destruye toda la concepción tremenda del aborto pues no hay ninguna seguridad de que el diagnóstico sea embarazo. Lo único seguro es que se succiona el endometrio, con la posibilidad de que un huevo esté implantado. Esta succión se le hace a la mujer que duda de haber quedado embarazada, pero que no quiere confirmarlo.

M. L. Doctor, en estos requisitos mínimos se mencionan los procedimientos adecuados para cada etapa del embarazo, ¿me los enumeraría por favor?

M. M. C. La succión temprana se usa desde el primer retraso hasta la séptima semana. Estos abortos antes se etiquetaban de ovulares. Luego viene el cuidadoso legrado, entre la octava y la duodécima semana. Después viene la imposibilidad de practicar un aborto entre la decimotercera y la quinceava semana; y posterior-

mente el manejo adecuado de las soluciones intraamnióticas.

M. L. ¿Qué es eso doctor? Explíquemelo un poco...

M. M. C. Cuando un embarazo ya está grande, cuando tiene un producto que puede etiquetarse como feto, que de acuerdo con las definiciones médicas es a partir de 500 grs. o de las veinte semanas de gestación, ya no se debe hacer una raspa. Lo adecuado sería no llegar al aborto fetal, sino utilizar la succión temprana, eso sería lo ideal. Pero muchas mujeres llegan con el problema ya en una etapa más avanzada, entonces, hay que hacer la aplicación de solución intraamniótica o microcesárea. Es preferible una microcesárea que un procedimiento vaginal. Con éste no se efectúa el aborto bien, sino que muchas veces se rompe el huevo, se viene una gran cantidad de agua y la placenta queda adentro. La microcesárea se utiliza mucho, pero lo más adecuado es la aplicación de solución intraamniótica. Esto funciona así; se introduce una aguja gruesa por punción abdominal y se inyecta en el líquido amniótico una solución salina u hormonal, como las prostaglandinas, que estimulan la contractividad uterina, logrando una expulsión con muy bajas complicaciones. Pero le repito una vez más, se trata de evitar al máximo el aborto fetal.

M. L. ¿Por qué no debe practicarse el aborto entre la treceava y la quinceava semana?

M. M. C. El aborto entre la decimotercera y decimoquinta semana es muy peligroso por que ni se puede puncionar desde arriba, ni se debe sacar el embrión por vía vaginal. Los abortos que se intentan hacer durante este período tienen un índice de mortalidad muy alto, del tres por ciento. Esta reglamentación es la que debe implantarse, un médico debe saber que no hay que practicar aborto entre la 13 y 15 semana; que lo haga antes de la 12 o después; que se espere y le ponga la solución salina por el vientre, y en un hospital. Hay un mínimo de precauciones que tomar.

M. L. ¿Cuánto tiempo de hospitalización requieren los otros procedimientos?

M. M. C. Una mujer que tiene un aborto fetal requiere 3 ó 4 días de hospitalización; la que tuvo legrado, requiere 12 horas de hospitalización; y una succión temprana solo exige 8 horas y la inducción de menstruación, un máximo de 4 horas o el procedimiento ambulatorio; es decir, que la mujer llega a la clínica, se le hace la inducción y se regresa a trabajar.

M. L. ¿Y hay en México equipo para las succiones o inducciones?

M. M. C. Sí, si hay equipo; sólo que con el mismo ma-

tiz de clandestino y mercenario. Hay quién compró su maquinita, la trajo a escondidas o con mordida, y dice: "No se lo platiques a nadie, pero te voy a resolver tu problema porque eres mi amiga y me vas a pagar 5,000 pesos". Lo ideal sería tener muchos aparatos y practicar la succión temprana como elemento de control de fecundidad para aquellas mujeres que lo deseen y eliminar por completo el aborto fetal. Es muy importante recalcar que médicamente el aborto debe considerarse como un hecho indeseable, que lo ideal sería su prevención y no su tratamiento. Ahora que sí no se pudo prevenir, pues que se haga en buenas condiciones.

M. L. Y regresando al informe presentado por el grupo médico, cuéntame cómo fue recibida esta ponencia.

M. M. C. Fue la primera ponencia que se presentó y nos llevó todo un día presentarla. Es evidente que el aspecto médico era central, lo demás, aunque importante, era bordar alrededor del problema. Los psiquiatras estaban a favor de un cambio en la legislación pues conocen el problema desde el punto de vista del conflicto psíquico. Claro que no se plantea que el aborto sea beneficioso, sino que lo beneficioso radica en que si la mujer no desea al hijo, es mejor que no lo tenga, mejor para ella, con todo el trauma de abortar, y mejor para el hijo no deseado.

Curiosamente los psiquiatras operaron más tranquilizando a los asistentes que con sus concepciones y puntos de vista. Como ellos no tienen parámetros evaluativos y su casuística es muy limitada, sus puntos de referencia son más bien cualitativos. Por ejemplo un epidemiólogo estudio un muestreo de 2,000 casos en un área de 100,000 gentes, mientras un psiquiatra ha visto 26 casos del problema. Pero su mecanismo operante en el debate fue muy bonito, tranquilizando, de vez en cuando agrediendo las cosas ilógicas generadas por emociones y además aportando indiscutiblemente. El doctor Parrés volcó su experiencia de un tercio de siglo.

M. L. ¿Quiénes eran los psiquiatras?

M. M. C. El doctor Ramón Parrés y el doctor Gamiochipi. Gentes de una formación totalmente distinta, de escuelas diferentes, sin embargo, coincidieron respecto al problema con puntos de vista básicamente humanísticos.

M. L. Pero dentro del grupo médico, hubo personas que no compartían esta posición, ¿verdad?

M. M. C. Sí, la jefatura del ISSSTE, con la doctora Campuzano, o el grupo de epidemiólogos siguiendo la línea de la jefatura del ISSSTE. En lo que se refiere al IMSS, realmente el jefe de medicina preventiva jugó un

# el problema existe y hay que enfrentarlo

papel importante a favor de la liberalización. El doctor Roberto Robles Gardinca es un hombre que conoce bien los problemas de salud pública y antagonizó fuertemente las posiciones de las sanitaristas, pues el IMSS sentía el problema como una modificación necesaria en función de la seguridad social, y así se expresó.

M. L. ¿Y Salubridad?

M. M. C. Salubridad quiso armar un grupo de representantes, pero por fortuna el CNP escogió a las personas en función de la capacidad que les concedía frente al problema. No hubo representación oficial, aunque vinieran gentes de organismos oficiales, pues era un grupo académico de trabajo. Salubridad manejó parte del trabajo médico, estableció la metodología, los capítulos, nos asignó comisiones y coordinó muy bien, con una gran ética, porque, en realidad, creo que el documento fue antagónico a la manera de pensar del "capitán", y sin embargo el "capitán" asumió la responsabilidad de decir: "Está bien, yo en mi vida le voy a entrar al problema porque pienso diferente, pero tienen mucha razón y voy a acatar la decisión del grupo".

M. L. Sí, realmente es de admirarse el respeto de este hombre, y el hecho de aceptar que un trabajo interdisciplinario plantee algo contrario a la manera de pensar de uno, es verdaderamente muy ético. ¿Quién era este "capitán"?

M. M. C. Era el doctor Septién, director de atención materno infantil de Salubridad. Realmente era un problema moral de muy alto nivel, aceptar la razón; además aceptó formar parte del comité de redacción final.

M. L. Sabe una cosa doctor, a mí me extraña mucho que no se hayan publicado noticias respecto al informe del GIA. Yo recuerdo cuando se planteó que una comisión interdisciplinaria iba a estudiar el problema y que luego rendiría el informe, eso salió en los diarios y la tele. ¿Cómo es que ahora que está listo el informe no se dá a conocer? ¿Será acaso porque, según se desprende de esta entrevista, por unanimidad se recomienda un cambio en la legislación?

M. M. C. Mire, no sé... Lo que sucedió en realidad es que, el Estado Mexicano, a través de su organismo oficial CNP y a través del poder ejecutivo quedó informado de puntos concretos... 1. Que el aborto es un problema grave de salud física y salud mental, 2. Que no puede ser sustituto de los programas de planificación familiar, 3. Que debe ser considerado como una medida extrema y complementaria de estos programas, 4. Que el marco jurídico represivo es el que genera el grado de problema de salud pública y la clandestinidad y 5. Que es un derecho individual y que las modificaciones deben ser inherentes al código penal, a la Constitución y al código sanitario, es un aspecto de ampliación y liberalización del problema... Esta información ya la debe tener el Estado Mexicano.

M. L. ¿Pero cuándo la va a tener el pueblo mexicano?

M. M. C. No sé, lo nuestro es un informe técnico; el Estado tiene que evaluarlo en función de las decisiones políticas y de la percepción que el ejecutivo tenga de las condiciones estructurales del pueblo para pasar una iniciativa, en donde se supone estarán los representantes del pueblo, que van a hacer la ley.

M. L. Lástima que casi siempre los representantes del pueblo son más reaccionarios que el propio pueblo. ¿Oiga doctor y esta entrevista no le causará problemas? Esta información es muy importante y "política".

M. M. C. No, espero que no. En realidad si alguna vez he soñado con ser político y hacer política es para que las cosas mejoren, hacer política de a de veras. Se le pone el tabú de político a muchas cosas, y no se quiere manejar como político lo que realmente es político. Se le pone la etiqueta de político a la educación sexual, por ejemplo, pensando que el clero va a protestar; y precisamente, hacer política es modificar a las grupos de retaguardia, como se modificaron los conceptos sobre anestesia obstétrica, psicoprofilaxis, anticoncepción, y como se está modificando el concepto sobre el aborto y se van a modificar cosas que ni nos imaginamos.

M. L. Entonces doctor, para ustedes lo más positivo de este encuentro sería que se ventilaron una serie de tendencias y que se llegó a unificar un criterio en torno al problema, ¿no?

M. M. C. Sí, aunque persistió la inconformidad de un grupo minoritario, como de cinco personas, que consideraron el resultado como una pérdida del debate. No consideraron como éxito llegar a la razón por consenso general; si la razón la hubieran tenido ellos, la razón hubiera privado. La realidad es una sola: el aborto existe y hay que enfrentarlo.