



CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER

*Dándole voz a las vivencias y las significaciones de
médicos, orientadoras y cuatro mujeres que
interrumpieron legalmente su embarazo en una
Organización Civil en la Ciudad de México.*

Tesis que presenta

Georgina Yemara López Hernández

Para obtener el título de

Maestra en Estudios de Género, procesos políticos y culturales

Directora: Dra. Ivonne Szasz Pianta

Lectora: Dra. Joaquina Erviti

Lector: Dr. Minor Mora

México Distrito Federal, agosto de 2009.

A las mujeres silenciadas, a las invisibles, a las muertas, a las encarceladas, a todas, a las que están cambiando el curso de la historia, a las que las mujeres de las generaciones futuras agradecerán por el disfrute a sus cuerpos y al goce de sus sexualidades.

Ángeles Cabria

Corrientes de ríos sagrados fluyen hacia atrás, y los hábitos universales se han trastocado. Mi reputación puede cambiar, mi forma de vivir es bien recibida. La estima hacia el sexo femenino ha de llegar. Los maliciosos rumores no sujetarán por más tiempo a las mujeres.

Eurípides, Medea.

Agradecimientos

Para la realización de este trabajo, agradezco a las mujeres y varones que aceptaron participar en las entrevistas y me compartieron su experiencia de vida con paciencia. Gracias por tener el tiempo y la disposición para este estudio. Sin duda, su vivencia abre puertas para el debate y la reflexión, y sobre todo deja plasmada su experiencia de vida que puede inspirar a otras mujeres y parejas a vivir la decisión de interrumpir un embarazo como una experiencia positiva en sus vidas, “*vivable y recordable*”. El haber conocido a estas mujeres no hubiera sido posible sin el apoyo de la organización civil que amablemente me abrió sus puertas. Agradezco especialmente el apoyo de los médicos y las orientadoras que aquí trabajan porque día a día hacen posible que las mujeres sin distinción, sean sujetos *con derecho a tener derechos*. A ellos, mi admiración infinita.

A todas las personas que me brindaron parte de su tiempo para escuchar mis ideas y aportar comentarios quiero expresarles mi admiración académica y mi reconocimiento. Especialmente a la Dra. Ivonne Szasz por haberme guiado atentamente en todo este largo proceso y por haber abierto conmigo su experiencia de vida. A la Dra. Joaquina Erviti por ser *el alma* de este estudio y haber compartido conmigo su claridad como especialista en el tema, siempre desde una mirada humana. Al Dr. Minor Mora que con su precisión orientó la mirada teórica y el trabajo de campo, alentándome siempre con preguntas interesantes.

Gracias a la beca y a todas las facilidades que me brindaron el *Centro de Estudios Sociológicos (CES)* y el *Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM)* de El Colegio de México. En especial a Ana María Tepichín, *Coordinadora del PIEM* y a Karine Tinat, *Coordinadora Académica del PIEM*. También mi agradecimiento a todas las personas que con sus comentarios pusieron un granito de arena para la elaboración de esta investigación, en especial a: Ana María Tepichín, Karine Tinat, Gisela Zaremborg, Adriana Ortiz-Ortega, Mercedes Barquet, Guadalupe Huacuz y Rocío Mejía.

Gracias a mis padres Jorge López y Ángeles Hernández por su cariño y su apoyo constante. A mi hermana Kathia por ser una mujer valiente que enfrentó los retos que se le presentaron en la vida. A Pablo por escucharme y vivir conmigo los sentimientos y reflexiones, derivados de conocer a estas mujeres maravillosas. A mi amiga Marta Subiñas por su amistad y cariño. Sólo me resta decirles: ***Gracias a todos por confiar en mí.***

Índice

<i>I. Introducción</i>	6
1.1 Una primera mirada al problema. Dimensiones desde las cifras.....	9
1.2 Contexto del estudio: el Distrito Federal.....	12
1.2.1 La salud en el Distrito Federal. Avances y retos en la prestación pública del servicio de interrupción legal del embarazo a partir del 2007	12
<i>II. Construcción del problema de investigación</i>	14
2.1 Objetivos	15
2.1.1 Objetivo general	15
2.1.2 Objetivos específicos y preguntas de investigación	15
2.2 Justificación del problema de investigación.....	16
2.3 Viabilidad.....	17
<i>III. El marco metodológico</i>	17
3.1 Condiciones favorables para el estudio en el ambiente inicial.....	18
3.2 Técnicas de investigación.....	18
3.3 Selección del universo de estudio	20
3.4 Entrevistas semi-estructuradas	20
3.5 El análisis y la interpretación	22
<i>IV. Estado del arte, antecedentes teóricos y empíricos</i>	24
4.1 Una mirada a la prestación de servicios y a las opiniones de los médicos antes de la despenalización	25
4.2 Desde la experiencia vivida: las mujeres como sujetos de investigación y su relación con algunos prestadores de servicios	27
4.3 Derechos sexuales y reproductivos. Elementos para poder concebir a las mujeres como sujetos <i>con derecho a tener derechos</i>	33
<i>V. Posicionando la mirada: el marco teórico</i>	39
5.1 Consideraciones iniciales	40
5.2 Claves para deconstruir la “neutralidad” y la construcción social del género en el discurso médico	44
5.3 Control social. Anticoncepción y la medicalización de los cuerpos femeninos.....	51
5.4 La lucha feminista por el aborto y el control social sobre las mujeres que interrumpen sus embarazos.....	54
5.5 El origen de un cambio: El movimiento feminista y la sensibilización de algunos prestadores de servicios médicos sobre el derecho a decidir.....	61

5.6 Cambio de coordenadas frente a la medicina hegemónica: las mujeres como sujetos con derechos.....	66
<i>VI. Los hallazgos de la investigación.....</i>	<i>69</i>
6. Desde la mirada de los prestadores de servicios que trabajan en una asociación civil: médicos y orientadoras	69
6.1 Un modelo de atención centrado en las necesidades de las mujeres.....	71
6.2 Presentación de una organización civil que se propone hacer posible el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres	73
6.2.1 Posicionamiento organizacional y servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen en este espacio a las mujeres y las parejas	76
6.2.2 La perspectiva de los prestadores de servicios sobre el modelo de atención con el que trabajan día a día	77
6.3. Reconstruyendo experiencias desde la voz de sus protagonistas: médicos y orientadoras	86
6.3.1 Experiencias que definieron caminos profesionales y de crecimiento personal de los médicos	86
6.3.2 Experiencias de vida y de crecimiento personal y profesional de las orientadoras.....	89
6.3.3 Retos profesionales y personales de los médicos pioneros en la construcción de esta organización civil	91
6.4 Una mirada a las tensiones, contradicciones y retos	93
6.4.1 La reafirmación de un orden de género. Control social, estigma y ética médica laica	93
6.4.2 Hegemonía, normalidad y autocensura en la formación de redes de prestadores de servicios.....	102
6.4.3 Claroscuros a partir de la despenalización del aborto en el Distrito Federal. Matices desde la experiencia de esta organización civil y sus prestadores de servicios.....	108
<i>VII. Experiencias de las consultantes y sus parejas.....</i>	<i>117</i>
7.1 Dándole voz a cuatro mujeres concretas “de carne y hueso”	120
7.1.1 Daniela, “Yo ya estaba segura de ello”	121
7.1.2 María, “Porque cuando uno dice no, es no”	125
7.1.3 Renata y José, “Nosotros estábamos decididos a hacerlo”	131
7.1.4 Lorena e Ismael, “Yo nunca dudé, yo sabía lo que quería”	136
<i>VIII. Conclusiones y reflexiones finales</i>	<i>145</i>
Bibliografía	158
Anexo 1	168
Anexo 2	168

I. Introducción

Esta investigación es parte de los requisitos indispensables para la titulación de la *Maestría en Género, Procesos Políticos y Culturales* del Centro de Estudios Sociológicos (CES) y el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) de El Colegio de México. La naturaleza de este proyecto responde a intereses personales e intelectuales que se desprenden de un compromiso con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la posibilidad de constituirnos como ciudadanas plenas en una democracia plural e incluyente. La relación entre los derechos sexuales y reproductivos y la ciudadanía, está vinculada con la preocupación personal de ampliar los márgenes de la conexión entre la ciudadanía y la sexualidad, tanto a nivel conceptual como político, y pugnar para que desde el Estado mexicano se garanticen las condiciones económicas, sociales e institucionales favorables para disponer del cuerpo, de la sexualidad y de buenas condiciones reproductivas. Consideramos que en un marco democrático, plural e incluyente, es imperativo que se deje en libertad de conciencia a las mujeres para decidir sobre sus cuerpos, su reproducción y su vida, lejos de visiones autoritarias y patriarcales que tratan de imponer una sola visión sobre las demás.

Desde la teoría, partimos de que el género está presente en los sujetos sociales y sus relaciones, y nos ayuda a comprender la realidad social, cultural y política que existe entre mujeres y hombres. El orden social generizado, se basa en relaciones de poder que les asigna a las personas, a partir de su biología, una serie de comportamientos, actitudes, configuración de subjetividades y expectativas diferentes en condiciones de desigualdad. Lagarde (2003) lo denomina, un reparto de poderes que se concretan en maneras de vivir, en oportunidades y restricciones diferenciales que son a su vez *instrumentos de dominio*. Como toda práctica social, la interrupción voluntaria del embarazo está imbuida en la organización genérica de la sociedad y en la cultura en la que viven las mujeres tocadas por la necesidad de practicarlo y la configuración de las instituciones y las personas que intervienen en su definición (Lagarde, 2003). Pensamos que en tanto las prácticas individuales y sociales no son *naturales*, sino que son construidas social y culturalmente, existe la posibilidad de transformarlas, y que esa transformación puede servir para

apuntalar hacia un discurso de derechos sexuales y reproductivos, en un marco ciudadanía plena tanto para las mujeres y los hombres.

La presente investigación es un estudio de caso que tiene como objetivo comprender si se observan cambios en la organización civil a estudiar con respecto a la medicina hegemónica, y si las mujeres que acuden a este espacio se experimentan a sí mismas como sujetos con derechos sexuales y reproductivos. El énfasis está en conocer: a) las visiones de género que expresan los médicos y orientadoras a estudiar, y b) las vivencias de algunas mujeres que solicitaron los servicios de esta organización civil, buscando en todo momento, darles voz a ellas y a sus parejas.

Las experiencias sobre el modelo de atención analizado, narrado por médicos y orientadoras sensibles a la protección de la vida de las mujeres y a sus necesidades de salud sexual y reproductiva, nos permiten conocer y reconstruir vivencias desde la voz de sus protagonistas. Queremos conocer: ¿Cuáles son, a nivel discursivo, las visiones de los prestadores de servicios de este modelo con respecto a la visión de la medicina?, ¿Son semejantes o diferentes a los postulados de la medicina hegemónica?, ¿Existen contrastes discursivos entre las narraciones de los prestadores de servicios a estudiar y el discurso médico hegemónico respecto de la condición de sujetos de las mujeres, a sus derechos sexuales y reproductivos?, ¿Cuál es el significado que le atribuyen los prestadores de servicios y las mujeres a este modelo de atención? y ¿Cómo difiere ese significado del que le asignan a otras experiencias previas?

Reconocemos que el camino emprendido por estos prestadores de servicios hace más de diez años, ha sido sinuoso y ha implicado una serie de retos personales y profesionales en la construcción de una organización no gubernamental que presta servicios de interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal. Estos médicos pioneros han experimentado múltiples tensiones, contradicciones y retos en un contexto restrictivo que constantemente los enfrentaba a la reafirmación de un saber médico hegemónico, a un orden de género y a ciertos mecanismos de control social dentro y fuera de su esfera profesional. Queremos saber: ¿A qué tensiones, miedos y contradicciones los enfrentó el contexto legal, social y cultural a estos profesionales en su práctica profesional? Pensamos que el compromiso, con la salud y la vida de las mujeres, de estos médicos y orientadoras fue reconocido en la Ciudad de México, a partir de la despenalización del aborto y el

pronunciamiento de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Estos cambios en el contexto legal, nos llevaron a preguntarnos si ¿Las tensiones generadas por el contexto socio-cultural cambiaron su labor cotidiana al modificarse el marco legal?

Por otra parte, las experiencias de cuatro mujeres que decidieron interrumpir legalmente sus embarazos en la organización analizada, nos permitieron reflexionar en torno al papel que juegan las condiciones personales y el contexto legal, social y cultural en el Distrito Federal. Estos elementos son esenciales para comprender las diferentes experiencias, la variedad de significaciones, imaginarios, las distintas formas y capacidades de las mujeres y de las parejas para tomar la decisión de interrumpir un embarazo. En este trabajo queremos comprender: ¿Cómo experimentan las mujeres, en cuanto sujetos, la toma de decisiones sobre su cuerpo y sus derechos sexuales y reproductivos?, ¿Cómo vive cada una de ellas el tener un espacio de orientación para expresar sus necesidades, dudas y decisiones?, ¿Tienen experiencias con otros prestadores de servicios, que les permitan comparar la atención que recibieron en esta organización civil?

La presente investigación, se estructura en ocho secciones y apartados que se desglosan a continuación. En los primeros tres apartados, se presenta una visión general del problema de estudio, y en el cuarto, se desarrolla la visión teórica desde la que enfocamos nuestro estudio. En la primera sección, *I. Introducción*, se dimensiona la práctica del aborto desde las estimaciones indirectas para calcular su incidencia en América Latina, México y el Distrito Federal. Ubicamos el contexto de la salud en el Distrito Federal, enfatizando en las ventajas y los retos que enfrenta la prestación pública del servicio de interrupción legal del embarazo. En el segundo apartado, *II. Construcción del problema de investigación*, nos abocamos a definir los ejes de investigación y se mencionan los objetivos y las preguntas que guían nuestro estudio. En el tercero, *III. El marco metodológico* precisa que nuestra investigación es de tipo cualitativo. Se explicitan los elementos que tomamos en cuenta para la selección del universo de estudio, las técnicas de investigación, las consideraciones para la realización de las entrevistas semiestructuradas y detallamos cómo se llevó a cabo el análisis e interpretación de los resultados.

En la cuarta sección, *IV. Estado del arte, antecedentes teóricos y empíricos*, hacemos una revisión de estudios previos en la literatura relacionada con la interrupción del embarazo y los derechos sexuales y reproductivos, para identificar aquellos conceptos

útiles para la investigación y poder visualizar desde un panorama más amplio cómo ha sido descrito y definido el tema por otros investigadores (Hernández *et al.*, 2008). En el apartado, V. *Posicionando la mirada: el marco teórico*, se especifican nuestros puntos teóricos de partida: el pensamiento feminista y la sociología médica crítica. Estas corrientes teóricas analizan las relaciones de poder y el poder médico desde una posición crítica, la cual concibe a la medicina hegemónica como una forma de control social.

En la sección central, presentamos VI. *Los hallazgos de la investigación*, nos centramos en comprender si existen variaciones con respecto a la visión médica hegemónica en el modelo de atención con el que trabaja la organización civil estudiada. Nuestro análisis se basa en la narración de las experiencias de los prestadores de servicios: médicos y orientadoras. Posteriormente, en la sección VII. *Experiencias de las consultantes y sus parejas desde su propia voz*, dirigimos nuestra mirada hacia las vivencias, los significados y subjetividades de cuatro mujeres concretas, “*de carne y hueso*”, que acudieron a esta organización para solicitar los servicios de interrupción legal del embarazo. Y finalmente en el apartado VIII, se presentan *las conclusiones y reflexiones finales* de esta investigación.

Una vez definido el mapa que seguiremos, entremos en materia y veamos las estimaciones que dimensionan desde una visión cuantitativa la interrupción del embarazo.

1.1 Una primera mirada al problema. Dimensiones desde las cifras

En esta investigación, los médicos, las orientadoras y las mujeres son nuestro centro de estudio. Sin embargo, consideramos pertinente presentar algunas cifras que nos ayuden a dimensionar el problema de salud pública que enfrenta América Latina, México y en específico el Distrito Federal. En Latinoamérica es una constante la falta de datos sobre las interrupciones del embarazo, dado que en los países donde la práctica es penada por la ley, incluso su divulgación puede tener serias consecuencias para la mujer y para el profesional de la salud que lo realice.

Desde los años setenta, las investigaciones se concentraron en la cuantificación del número de abortos. El objetivo en esos momentos era mostrar la magnitud del problema y evidenciar sus consecuencias en la salud de las mujeres y así, poder sensibilizar a los legisladores y políticos ante un problema que se veía reflejado en una proporción

importante de las muertes maternas en América Latina. Es decir, en ese momento, los esfuerzos se centraron en llevar a lo público el tema del aborto como un tema que merecía ser escuchado y sacado de lo privado, por sus grandes impactos en la salud y la vida de las mujeres en edad reproductiva. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Latinoamérica se tienen las tasas de aborto riesgoso más altas en el mundo. En el año 2000, Guillaume, Lerner y Salas (2005) afirman esta tendencia y mencionan que en América Latina y el Caribe se presentan las tasas de abortos más altas de los cinco continentes (29 abortos anuales por cada 1,000 mujeres de 14 a 44 años).

En México, las estimaciones varían. En el año 2003, según datos de GIRE, en el Distrito Federal se concentraba el 14% del total de las muertes por aborto a nivel nacional. En el 2006, el Instituto Alan Guttmacher estimó que se llevaron a cabo 874,747 abortos inducidos, lo cual indica que cada año un número aún mayor de mujeres mexicanas tienen embarazos no planeados. La reciente investigación de Juárez *et. al.* (2008), *Estimates of Induced Abortion in Mexico: What's Changed Between 1990 and 2006?*, mostró que entre 1990 y 2006, las tasas de aborto en México aumentaron de 25 a 33 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva. De esta manera, la tasa de abortos en México está por arriba de la media mundial (29 por cada 1,000) y la media en América Latina y el Caribe (31 por cada 1,000).

El Instituto Guttmacher calculó en 2008 que en México, ocurren anualmente 44 abortos por cada 100 nacidos vivos. En el Distrito Federal en el 2006, el aborto representaba la tercera causa de muerte materna, mientras que a nivel nacional representaba la quinta causa. Se calcula que anualmente mueren en México 100 mujeres por abortos inseguros. Al respecto, el promedio de muertes por abortos inseguros en la capital del país era de 7 mujeres al año -hasta antes del 2007-, lo que equivalía a 1 defunción cada 52 días (Instituto Alan Guttmacher, 2008).

Consideramos que esta breve revisión de las cifras nos da un panorama de la importancia y las probables dimensiones de aborto en América Latina, México y el Distrito Federal. Aunque también vale la pena enfatizar que cuando este fenómeno se da en la clandestinidad, es mucho más complicado saber el número de mujeres que muere por interrumpir sus embarazos. En ese sentido, los estudios que trabajan con fuentes de información secundarias han intentado superar los problemas del subregistro o de

clasificaciones erróneas (Singh y Wulf, 1994), debido a que las mujeres acuden a los hospitales por complicaciones de aborto, plantean que éste fue espontáneo. Así, el personal de salud opta por clasificar los ingresos y las muertes de mujeres con “otras causas relacionadas” y no directamente con las consecuencias de un aborto inseguro. Al respecto, la OMS diseñó una forma de clasificación de los abortos hospitalarios. Sin embargo, en la literatura se menciona que esta forma de clasificación tiene una serie de errores que es importante tomar en cuenta. Otra dificultad para llegar a la magnitud del problema en contextos de penalización, es que no se cuenta con información acerca de los registros de los hospitales privados, ni tampoco sobre la atención de los abortos inducidos en el extranjero.

En la dimensión del problema, la investigación cuantitativa necesita de conceptos operacionalizables así como de estrategias precisas que permitan identificar cuándo un aborto fue provocado, diferenciándolo del aborto espontáneo. De tal forma, las mediciones existentes en un contexto de clandestinidad, son sólo una aproximación al fenómeno ya que la información que se obtiene es parcial, incompleta y fragmentaria. Por otra parte, las estimaciones sobre el número de abortos presentan serios problemas de subregistro, clasificación errónea, desfase temporal y por lo general, sólo se refieren a los casos que terminan con complicaciones en los servicios de salud (Zamudio *et al.*, 1999; Llovet y Ramos, 1998). Por ejemplo, en México en el año 2006, un número estimado de 149,700 mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto. Esto refleja un incremento del 40% en comparación con las cifras reportadas en 1990¹.

A pesar de que las cifras son sólo una aproximación a la dimensión del problema, lo que sí se sabe con certeza es que el carácter clandestino del aborto lo hace más riesgoso para la vida de las mujeres en América Latina y en gran parte del territorio mexicano. Este problema afecta sobre todo, a las mujeres más pobres y en situación de mayor vulnerabilidad. Esto propicia que ellas traten de interrumpir el embarazo en condiciones inadecuadas, que pueden conducir las a un estado de salud crítica, con consecuencias irreversibles, e incluso a la muerte. En resumen, como bien mencionan Ortiz-Ortega, Salas y Meza (2008), estas cifras deben ser tomadas como una aproximación pues la práctica del

¹ De acuerdo con el Instituto Guttmacher (2008), la tasa de hospitalización asociada al aborto en México, en el año 2006, fue aproximadamente igual al promedio reportado para el mundo en desarrollo y un poco menor al promedio estimado para América Latina (aproximadamente ocho por cada 1,000 mujeres).

aborto viene acompañada del estigma sociocultural, moral y religioso, además de ser penalizado en muchos países. Todas estas situaciones hacen que sea prácticamente imposible contar con cifras confiables sobre esta práctica. Nosotros pensamos que el énfasis está en centrar nuestro estudio en los prestadores de servicios de una organización civil concreta y en conocer la experiencia de las mujeres y sus parejas en este espacio, “porque más allá de las estimaciones de las cifras de aborto, las mujeres experimentan formas específicas, socialmente condicionadas a la vivencia del aborto” (Erviti, 2005:122).

Finalmente, no podemos pasar por alto que la despenalización del aborto ha permitido contar con cifras que dimensionan esta práctica con mayor exactitud en el Distrito Federal. Veamos entonces el contexto de la salud, los avances y los retos en la prestación del servicio de interrupción legal del embarazo, que se inició a partir de las modificaciones legales en la capital del país a partir del 2007.

1.2 Contexto del estudio: el Distrito Federal

1.2.1 La salud en el Distrito Federal. Avances y retos en la prestación pública del servicio de interrupción legal del embarazo a partir del 2007

De acuerdo con el INEGI (2008), la población derechohabiente a nivel nacional se incrementó en los últimos cinco años en poco más de 261,000 personas, al pasar la cobertura de 51.3% a 53.6%. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) brindan la mayor cobertura de servicio médico a los capitalinos. Aunque también existen otras instituciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal e instituciones que atienden a los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y a los militares de la Secretaría de la Defensa (SEDENA). En el Distrito Federal, se concentran un gran número de hospitales de especialidades con cobertura nacional pero también existe un porcentaje de la población que no tiene acceso a estos servicios, ni a través del Seguro Popular ni del Seguro para una nueva generación².

INEGI (2008), señala que el Distrito Federal tiene los primeros lugares del país en varios rubros: el gasto público en salud, que es el gasto per cápita más alto del país (\$6,045.9 por persona), el promedio más alto de médicos por cada mil habitantes y el

² El seguro para una nueva generación fue parte de las promesas de campaña de Felipe Calderón y que inició en el año 2006 para todos los niños y niñas nacidos a partir de esta fecha.

promedio más alto de camas censables por cada mil habitantes (1.84 camas). Sin embargo, también tiene los últimos lugares en indicadores de eficiencia como: en el promedio diario de consultas por consultorio (16.11) y el promedio diario de cirugías por quirófano (2.42 cirugías). Adicionalmente, la capital del país tiene la tasa más alta de mortalidad por cáncer mamario. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud (2005), la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer de mama en la ciudad fue de 25.7% por 100 mil mujeres de 25 años o más. La mortalidad materna en el Distrito Federal es una de las más bajas del país, pero a pesar de las reducciones, la maternidad se sigue viviendo con riesgos -y más aún para niñas y jóvenes- pues la posibilidad de morir entre adolescentes embarazadas es 1.2 veces más alto que para el resto de las mujeres (INEGI, 2008). Una vez presentado el panorama de la prestación de los servicios de salud en la capital del país, veamos lo referente a la interrupción del embarazo.

Para conocer las opiniones de los capitalinos en 2007, se realizó la Encuesta *sobre las reformas del Distrito Federal para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE³)*. Este estudio mostró que el 82% de la población sabía de la nueva ley y el 63% estaba de acuerdo. El 66% pensaba que la ley evitaría que las mujeres recurran a abortos clandestinos e inseguros. Basado en los resultados anteriores, consideramos que si bien existía un alto conocimiento en la opinión pública sobre la interrupción legal del embarazo dos tercios manifestó estar de acuerdo.

A partir de la aprobación de esta ley, los hospitales del Gobierno del Distrito Federal han ofrecido servicios para la interrupción del embarazo dentro de las 12 primeras semanas de gestación. De acuerdo con el *Diagnóstico de los Derechos Humanos en el Distrito Federal 2008*, algunos avances en materia de interrupción legal del embarazo son: a) la realización de diversas reformas legislativas al *Código Penal del Distrito Federal*, b) adiciones a la ley para incluir mecanismos para la impartición de servicios de salud adecuados y c) la mejora de los mecanismos para la protección a una maternidad libre, informada y responsable. En este punto, cabe subrayar que los servicios de salud tienen “la obligación de fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, otorgar atención a las solicitantes de la ILE y brindar consejería médica y social” (CDHDF, 2008:301). En este proceso de adecuación y prestación de los servicios de interrupción del embarazo, la

³ Ipsos-Bimsa a solicitud del Population Council, realizó esta encuesta de opinión del 5 al 14 de abril de 2008.

participación de la sociedad civil ha sido importante ya que “Católicas por el Derecho a Decidir, GIRE e IPAS-México capacitaron al personal de salud en aspectos relacionados con la prestación de servicios de Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal” (CDHDF, 2008:308).

En la prestación de servicios de interrupción del embarazo, de acuerdo con dicho diagnóstico “del 24 de abril de 2007 al 23 de enero de 2008, se realizaron 5,200 procedimientos sin derivar ningún caso en complicaciones médicas” (CDHDF,2008:31). De las mujeres que decidieron interrumpir sus embarazos en los hospitales del Distrito Federal⁴ en el año 2007 y 2008, en su mayoría se trató de mujeres de 18 a 24 años (45%), solteras (53%) y con una escolaridad de secundaria (33%) y preparatoria (30%). El 80% son defensas y el 20% vienen de otra entidad federativa.

A pesar de los avances, basados en el informe de la CDHDF (2008), algunos de los obstáculos más importantes son: a) la falta de sensibilización de funcionarios públicos para que las mujeres accedan a la interrupción del embarazo, b) una deficiente aplicación de programas de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva dirigida a grupos específicos, como mujeres indígenas, jóvenes y personas adultas mayores y c) la falta de monitoreo en la calidad del servicio. Finalmente, consideramos que la prestación de estos servicios enfrentó retos importantes, sobre todo en el monitoreo de la calidad de los servicios, el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud y la presencia de los grupos de presión de Pro Vida, que tratan de *convencer* a las mujeres de continuar con un embarazo. Una vez desarrollado el contexto en el que se centra nuestro estudio, pasemos entonces al diseño de la investigación.

II. Construcción del problema de investigación

En el presente capítulo se desarrolla la *construcción de nuestro problema de estudio*, que nos permite fijar el mapa que conduce nuestra investigación. En primer lugar, se presentan los objetivos generales y específicos, seguido de las

⁴ Cabe señalar que las mujeres están acudiendo a los hospitales en etapas tempranas de gestación, lo que permite que no haya riesgos para su salud.

preguntas de investigación, la justificación y la viabilidad para la realización de este estudio.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Comprender si existen diferencias respecto de la visión médica hegemónica en el modelo de atención del Dr. Villareal en una organización civil, y si las mujeres que acuden a este espacio se experimentan a sí mismas como sujetos con derechos.

2.1.2 Objetivos específicos y preguntas de investigación

1. Mostrar los contrastes discursivos entre las narraciones de los prestadores de servicios en la organización civil estudiada y el discurso médico hegemónico.

- ¿Cuáles son las visiones, a nivel discursivo, de los prestadores de servicios de esta organización civil?, ¿Son diferentes respecto a la visión de la medicina hegemónica?
- ¿Existen contrastes discursivos entre las narraciones de los prestadores de servicios a estudiar y el discurso médico hegemónico respecto a la condición de sujetos de las mujeres, su capacidad para tomar decisiones y a sus derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Cuál es el significado que le atribuyen los prestadores de servicios y las mujeres a este modelo de atención y cómo difiere ese significado del que le asignan a otras experiencias previas?

2. Observar las tensiones y contradicciones que experimentaron estos profesionales de la salud en un contexto no favorable para la interrupción del embarazo, previo al año 2007.

- ¿A qué tensiones, miedos y contradicciones enfrentó el contexto legal, social y cultural a estos profesionales en su práctica profesional, en la formación de redes y en las relaciones con otros profesionales de la salud?

3. Conocer cómo impacta en la prestación de servicios de esta organización, un contexto legal, social y cultural mucho más propicio.

- ¿Cambiaron esas tensiones y su labor cotidiana al modificarse el contexto legal?

4. Vislumbrar si las consultantes que acudieron a esta organización son, en la práctica, sujetos con la posibilidad de decidir libremente lo que es mejor para ellas y su vida.

- ¿Estas mujeres se experimentan a sí mismas como sujetos?, ¿Cómo ellas describen la toma de decisiones y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos?
5. Conocer las experiencias sexuales, reproductivas y de atención de algunas mujeres y parejas que fueron atendidas en esta organización no gubernamental.
- ¿Cómo experimenta cada una de ellas el tener un espacio de orientación para expresar sus necesidades, decisiones y para hacer preguntas?
 - ¿Tienen experiencias con otros prestadores de servicios que les permitan comparar la atención que recibieron en la organización estudiada?

2.2 Justificación del problema de investigación

Hasta el momento, pocos estudios se han realizado en el Distrito Federal a raíz de la despenalización del aborto y ninguno ha retomado la experiencia y las voces de los prestadores de servicios en organizaciones sin fines de lucro, con posterioridad a las modificaciones en el contexto legal. La literatura disponible se concentra en las circunstancias en las que las mujeres interrumpían sus embarazos en un marco de clandestinidad tanto en el Distrito Federal como en otros estados del país. Por ello, la pertinencia de esta investigación, reside en que aun no se ha realizado ningún estudio de caso para documentar si existen diferencias respecto de la medicina hegemónica y el modelo de atención del Dr. Villareal, ni se ha indagado si las mujeres que acuden a estos espacios alternativos se experimentan a sí mismas como sujetos con derechos.

Utilizaremos el prisma teórico del feminismo y el de la sociología crítica para conocer la mirada de los médicos y orientadoras que prestan sus servicios en esta organización civil, y la contrastaremos con la vivencia de las mujeres y las parejas que acuden a estos servicios. Indagamos: a) si cuando llegan a la organización ya han sido capaces de alguna autonomía decisoria, aunque hayan llegado a ella por diferentes caminos, b) si en esta organización se sienten o no protagonistas de su propia atención y si esto es diferente a otras experiencias. Por ende, nos interesa captar el punto de vista y la lógica de los prestadores de servicios, médicos y orientadoras, y la de las mujeres en su interpretación de aspectos objetivos y subjetivos, para comprender los mecanismos por los

cuales el sujeto hace una construcción de su realidad en un mundo intersubjetivo compartido con los otros (Berger y Luckmann, 1997. Cit. Erviti, 2005).

2.3 Viabilidad

Sólo contamos con dos años como máximo (de agosto del 2007 a agosto del 2009) para llevar a cabo la investigación en su totalidad. Los recursos para la realización de este estudio provienen íntegramente de la beca de la maestría en *Estudios de Género, procesos políticos y culturales*, perteneciente al Centro de Estudios Sociológicos (CES) y el Programa Interdisciplinario de la Mujer (PIEM) de El Colegio de México. El estudio de caso en la organización seleccionada fue viable sobre todo por su tamaño y porque nos interesaba estudiar a la totalidad de médicos (2) y orientadoras (3) que allí laboran. También queremos conocer la vivencia y las significaciones subjetivas de cuatro mujeres consultantes, para esto participamos en la escucha de las sesiones de orientación. Finalmente, cabe decir que si bien en esta organización se han atendido a muchas más mujeres, el tiempo disponible para la realización de este estudio nos llevó a seleccionar un grupo reducido de participantes. Una vez desarrollado el planteamiento de la presente investigación, veamos a continuación el apartado metodológico que marcó el curso de nuestra investigación.

III. El marco metodológico

En el presente capítulo, se detalla el marco metodológico que guió nuestro estudio cualitativo. Consideramos que el tipo de investigación cualitativa es el más adecuado para nosotros, ya que nos permite el estudio del individuo concebido como actor e indagar sobre los significados de la acción y comprender cuáles son algunas de las estructuras latentes del comportamiento social. Inicialmente, presentamos las condiciones que hicieron posible la presente investigación. A continuación, se mencionan los elementos que tomamos en cuenta para la selección de nuestro universo de estudio. En el siguiente apartado, se mencionan las técnicas de investigación que seguimos y las consideraciones para la realización de las entrevistas semiestructuradas. Y Finalmente, detallamos cómo se llevó a cabo el análisis e interpretación de los resultados.

3.1 Condiciones favorables para el estudio en el ambiente inicial

En 2007, la Asamblea Legislativa aprobó los cambios al *Código Penal para el Distrito Federal* que se adicionaron a la *Ley de Salud del Distrito Federal* y a los *Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción Legal del Embarazo*. Adicionalmente, el fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en 2008, ratificó desde una lectura legal y social, la preeminencia a la defensa de la vida de la mujer y su consagración como sujeto de derechos capaz de tomar decisiones sobre lo que ocurre en su propio cuerpo (Ortiz-Ortega, 2008b). Estas condiciones favorables en el contexto, nos permitieron considerar la posibilidad de estudiar el trabajo de las organizaciones no gubernamentales que prestan servicios de interrupción del embarazo.

Tomamos en cuenta que en el escenario de prestación de servicios públicos, están los 14 hospitales que pertenecen a la red del Gobierno del Distrito Federal, además de algunas clínicas privadas, ciertos médicos particulares y contadas organizaciones no gubernamentales. Se decidió seleccionar a una organización civil en específicos porque se tenían algunos contactos y la inmersión inicial en este espacio sería mucho más factible -por recursos humanos y de tiempo-. El primer criterio de selección para el estudio, se basó en considerar a algunas organizaciones sin fines de lucro que llevaran a cabo su trabajo desde antes de la despenalización. Este ambiente legalmente permisivo, abrió la posibilidad para que algunas de estas organizaciones estuvieran dispuestas a compartir sus experiencias. La organización que finalmente se seleccionó abría preguntas interesantes y poco exploradas para la investigación, ya que tiene una trayectoria de prestación de servicios de aborto legal por más diez años y nos permitiría comparar sus experiencias antes y después de la despenalización.

3.2 Técnicas de investigación

Definimos que la presente investigación sería de tipo cualitativo porque “la opción cualitativa involucra un gran conocimiento de la teoría, pues ahí se encuentran las claves para desentrañar el significado de las observaciones derivadas de las palabras, narraciones o comportamientos que recoge el investigador” (Tarrés, 2001:12). Consideramos que el análisis cualitativo es “un estilo de acercamiento metodológico propio de las ciencias sociales interpretativas, que buscan el sentido subjetivo de la acción humana, concibiendo

al investigador como narrador que es parte de su propio relato” (Szasz y Amuchástegui, 1996:24).

La investigación cualitativa nos permite la búsqueda de los significados, ideas y sentimientos latentes en la palabra narrada de las personas o en las conductas observadas, como un elemento crucial para responder a las preguntas que nos planteamos en el apartado del diseño de la investigación. Se optó por la metodología de *investigación-acción* porque nos permitió tomar a las personas y a la entidad participante no como simples objetos de estudio, sino como *sujetos-actores* que interactúan con la realidad y son parte integral del proceso de investigación. Coincidimos con Szasz y Amuchástegui (1996), en que la realidad humana se construye socialmente, así como en los supuestos epistemológicos de que esta realidad se configura en función del contexto y el discurso que se usa. De tal manera, al concebir el orden social generizados como un entramado de negociaciones interindividuales y la dimensión subjetiva de las personas, el análisis cualitativo favorece la comprensión de un nivel microsociedad que nos permite comprender las particularidades interpretativas de los procesos sociales. En tanto, el presente estudio tiene el corte de un *estudio de caso* de naturaleza micro, descriptiva y particularista. Consideramos que aquí se presenta la tensión entre particularización y generalización del conocimiento adquirido a partir del análisis de los datos, puesto que se basa en un caso individual como unidad empírica (Tarrés, 2001).

Con estas ideas en mente, nos dimos a la tarea de comenzar el trabajo de campo en esta organización civil. En una primera reunión le entregamos a la Dra. Ana Cárdenas⁵, como responsable de la *Dirección General*, la propuesta de investigación. Posteriormente, tuvimos varias charlas informales y cuando se aceptó la realización del proyecto, este acuerdo se formalizó a través de: a) una carta institucional del Centro de Estudios Sociológicos (CES) y el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) de El Colegio de México, b) una carta del comité de tesis y c) una carta compromiso de confidencialidad por parte de la investigadora.

⁵ Con la finalidad de proteger a nuestros entrevistados, utilizamos pseudónimos.

3.3 Selección del universo de estudio

En un paso previo a la selección del universo de estudio, consideramos necesario ingresar al campo para saber qué dimensiones debíamos incorporar en la investigación. En la medida en la que no disponíamos de ningún tipo de estudio publicado sobre el trabajo de los prestadores de servicios en esta organización civil, nos reunimos con la Dra. Ana Cárdenas, el Dr. Joel Méndez y la orientadora Juana de Asbaje. Una vez en el campo, realizamos entrevistas exploratorias con los médicos y las orientadoras que nos permitieron conocer el trabajo de la organización, el modelo de atención y el perfil del personal que aquí trabaja. Estos elementos nos permitieron definir con mayor precisión el universo de estudio de la investigación y de los posibles participantes.

A partir de las preguntas exploratorias, definimos que nuestro universo de estudio estaría constituido por el total de los médicos (2) y orientadoras (3) que aquí trabajan. Dado el tamaño de la organización, nos sería posible por tiempo y capacidad, aplicar las técnicas propias de la investigación cualitativa. En la práctica, el universo de estudio se delimitó en base a las siguientes razones: primero, si bien en la organización laboran además de médicos y orientadoras, personal de recepción (2), administrativo (1), enfermeras (2), anestesista (1) y de servicios generales (2), para los objetivos de nuestra investigación, nos interesaba centrar nuestro análisis en los médicos, las orientadoras y las mujeres a las que les prestan sus servicios. Segundo, en cuanto al número de mujeres seleccionadas para el estudio, no se buscó abarcar una muestra representativa de un grupo de mujeres, sino que deseábamos conocer las experiencias, valoraciones y sentimientos de un pequeño grupo de 4 mujeres, y de ser posible, contar con las vivencias de sus parejas.

3.4 Entrevistas semi-estructuradas

Con el objeto de poder abordar la dimensión subjetiva de las expresiones, de las tensiones y contradicciones profesionales y personales a las que se enfrentan los médicos y orientadoras, y poder escuchar la vivencia de las mujeres en esta organización, se optó por la realización de entrevistas semiestructuradas. Tomamos en cuenta que en los estudios cualitativos sobre el aborto, se ha hecho referencia a la importancia del género de la persona que realiza la entrevista, así como el momento y el escenario en donde se lleva a cabo. Nosotros tuvimos la facilidad de que la investigadora es mujer, joven y trató en todo

momento de establecer un clima de confianza y privacidad que le permitiera a las entrevistadas, hablar de sus temores, su sexualidad y otros aspectos íntimos cargados de emociones.

Las entrevistas nos permitieron comparar y analizar las respuestas del personal entrevistado con base en las dimensiones previamente definidas y profundizar en un plano más informal e íntimo con las personas. Adicionalmente, la escucha en las sesiones de orientación y las entrevistas nos permitieron conocer la vivencia de las mujeres y sus parejas, siendo ellas el centro del análisis. En el caso de los dos médicos, se realizaron dos entrevistas con cada uno para tener una mayor profundidad en la comprensión de su labor. En total se realizaron 13 entrevistas, 8 con los prestadores de servicios⁶, 2 con mujeres y 2 con parejas. Y se llevó a cabo el acompañamiento en 5 sesiones de orientación, de las cuales fueron 3 con mujeres y 2 con parejas. Un aspecto fundamental para concertar la agenda de entrevistas, fue contar el apoyo de Juana de Asbaje. Consideramos que el contar con esta interlocutora, nos facilitó enormemente agilizar el proceso y concluir a tiempo con el cronograma establecido para la realización de las entrevistas.

El día acordado para la entrevista, se les dio a los médicos y las orientadoras el formato de consentimiento informado para su firma y se pidió permiso a cada una de las personas para grabar el audio de la entrevista. Así mismo, para facilitar la apertura y confianza de los informantes, se les solicitó a los participantes que nos proporcionaran un pseudónimo para referirnos a ellos. Las entrevistas se llevaron a cabo en una sala de orientación que nos permitió tener un espacio de confianza y privacidad con cada uno de nuestros informantes. En el diseño de la entrevista semiestructurada, se incluyeron preguntas que exploraban las siguientes dimensiones: *I. Perfil y trayectoria; II. Identificación de su experiencia. Relaciones con profesionales dentro y fuera de la organización y relaciones personales; III. Relaciones con otras organizaciones. Redes y posibles obstáculos; IV. Dificultades y retos en la aplicación del modelo; V. Ventajas del modelo frente a otros y VI. Satisfacciones profesionales y personales.*

En cuanto a las vivencias de las mujeres y parejas, inicialmente se les informó de la realización del estudio y se les solicitó su permiso para que la investigadora estuviera

⁶ Con la Dra. Ana Cárdenas, el Dr. Joel Mendoza y la orientadora Juana Asbaje, se realizaron 2 entrevistas con cada uno. Con las orientadoras Lucía Juárez y Elvira Acosta se realizó 1 entrevista respectivamente.

presente durante su sesión de orientación, y posteriormente se les dio a conocer los pormenores del estudio. Cabe mencionar que durante la sesión de orientación, la investigadora estuvo haciendo solamente acompañamiento. Al finalizar, se les pidió a cada una de las mujeres y parejas, su autorización para realizar la entrevista en privado y se les dio a firmar el formato de consentimiento informado. Las preguntas de la entrevista semi-estructurada dirigida a las mujeres y sus parejas, abarcaron las siguientes dimensiones: *I. Aspectos sociodemográficos, trayectoria de vida, perfil y motivos para la toma de decisión; II. Su vivencia en la organización; III. Otras experiencias como punto de comparación y IV. Percepciones acerca del aborto.* La entrevista se realizó en una sala de orientación que nos facilitaron y nos permitió tener un ambiente de total confidencialidad entre la investigadora y cada una de las mujeres y parejas que accedieron a compartir su vivencia. Finalmente, el trabajo de campo tuvo una duración de aproximadamente un año y se finalizó en el mes de abril de 2009.

3.5 El análisis y la interpretación

El proceso de análisis e interpretación de los datos estuvo acompañado de una segunda reflexión conceptual y personal que dio paso a los resultados que se presentarán en el capítulo de los hallazgos de la investigación. Conforme se fueron realizando las entrevistas, se transcribieron las grabaciones, al tiempo que se escribían las notas personales en un diario de campo que fue de suma utilidad para registrar ideas, emociones y cuestionamientos que posteriormente se podrían repensar e incorporar. Las historias que los sujetos construyeron durante las entrevistas implicaron un trabajo mucho más fino para poder hilarlas, y en ocasiones “la experiencia era difusa y vaga, asociada con las sensaciones, los pensamientos y las emociones, que no siempre pueden ser traducidos en palabras” (Amuchástegui, 2001:146).

Después de la transcripción, cada entrevista fue revisada para verificar posibles errores y se realizó un resumen de la misma. Esta revisión implicó una primera lectura cuidadosa de cada transcripción que ofrecía en conjunto un panorama general de la forma en la que médicos, las orientadoras y las mujeres hablaron durante la entrevista con mayor o menor detalle. En ese sentido, “el análisis de contenido actuaría como una suerte de filtro epistemológico que constriñe el conjunto de las interpretaciones posibles en relación con un

determinado *hábeas* textual, dentro de un cierto marco teórico” (Navarro y Díaz, 1999:181). Se imprimió cada entrevista y se relevaron numerosas veces para ubicar temáticas similares y diferentes.

Esta fase del análisis Taylor y Bogdan (1990) la denominan la *fase de descubrimiento en progreso* que permite identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones. Esta lectura fue de gran utilidad para identificar los grandes temas y los puntos principales de cada entrevista. Se inició una primera codificación de los temas y subtemas que se abordaron en las entrevistas. Posterior a la codificación de las entrevistas, se dio paso a la organización los códigos en temas con sus respectivos subtemas. Se trataba de una codificación a nivel descriptivo en el que se identificaron temas y subtemas pero también preguntas, inconsistencias respecto a lo que se hablaba y profundizaba, y de lo que no.

Adicionalmente, nos apoyamos en el programa de análisis cualitativo *Atlas-ti* para definir cada una de *las familias* de nuestro estudio. Esta codificación descriptiva es lo que Glaser y Strauss (1967) denominan codificación de categorías y propiedades acompañada de la escritura de notas, identificando posibles categorías analíticas. En la segunda fase, llamada por Taylor y Bogdan (1990) *fase de codificación de los datos*, se identificó como nuestros entrevistados hablaban de los temas y subtemas a la largo de la charla. Durante la codificación de las entrevistas, en la sección I. *Desde la mirada de los prestadores de servicios: médicos y orientadoras*, se ubicaron cuatro temáticas: 1. Un modelo de atención centrado en las necesidades de las mujeres, 2. Reconstruyendo experiencias desde la voz de sus protagonistas: los médicos y las orientadoras, 3. Una mirada a las tensiones, contradicciones y retos, y 4. Los claroscuros para esta organización a partir de la despenalización.

En la sección II. *Desde la experiencia de las mujeres*, se identificaron dos temas principales: 1. Si cuando llegan a la organización ellas ya tienen tomada la decisión de interrumpir un embarazo y 2. Si el trato que reciben en la organización les hace sentir que ellas son las protagonistas de su propia atención y si es posible que puedan compararlo con otras experiencias. Dichos ejes temáticos nos sirvieron para definir los grandes ejes en los que se redactaría cada uno de los apartados de resultados, en los que se retoman los

referentes desarrollados en *El marco teórico* y los fragmentos de las narraciones de las entrevistas y de escucha en la sesiones de orientación.

Finalmente, a cada entrevistado se le asignó un nombre ficticio para proteger su identidad. Las entrevistas se identificaron de la siguiente manera: la (E) se refiere a entrevista, (D) de doctor, (O) de orientadora, (OR) sesión de orientación, (M) de mujer, (P) de pareja y por el número correspondiente del 01 al 18. Una vez desarrollado el planteamiento de la presente investigación, daremos paso al siguiente capítulo que consiste en el *Estado del arte, los antecedentes teóricos y empíricos*.

IV. Estado del arte, antecedentes teóricos y empíricos

La realización del *Estado del arte, antecedentes teóricos y empíricos* tiene como propósito la revisión de estudios previos para: a) identificar conceptos útiles y b) poder visualizar desde un panorama más amplio cómo ha sido descrito y definido el tema por otros investigadores (Hernández *et al.*, 2007). En ese sentido, la revisión de la literatura sobre la interrupción del embarazo y los derechos sexuales y reproductivos, busca revisar las bases teórico-metodológicas pertinentes para la presente investigación, con la finalidad de establecer las relaciones entre constructos que describan y expliquen el fenómeno desde la mirada feminista.

El presente capítulo se estructura en tres partes. En el apartado *4.1. Una mirada a la prestación de servicios y las opiniones de los médicos antes de la despenalización*, se muestra que los médicos en general están poco dispuestos a practicar un aborto cuando es decisión de la mujer. Posteriormente, en la sección *4.2 Desde la experiencia vivida: las mujeres como sujetos en la investigación*, se delinean los conceptos pertinentes para este estudio, que parten de la visión del aborto desde la experiencia personal de las mujeres. La revisión de la literatura que realizamos, se basa en trabajos llevados a cabo a partir de la década de los noventa que ponen a las mujeres en el centro del análisis como sujetos que actúan, deciden y toman decisiones diferentes a la ideología y los valores predominantes en un marco de censura y condena social (Erviti, 2005). En la tercera sección, *4.3 Derechos sexuales y reproductivos, centrados en la mujer como sujeto con derecho a tener derechos*, se aborda el contexto en el que se va gestando paulatinamente el trabajo del movimiento

feminista. Con el transcurso del tiempo, las conferencias de la ONU marcaron un giro importante que va desde el control de la natalidad al paradigma de los derechos sexuales y reproductivos. Este cambio de coordenadas implica que el centro de la atención estaban las mujeres con *el derecho a tener derechos*. Así, hablar de interrupción voluntaria del embarazo, es también hablar de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres bajo el enfoque de los derechos humanos.

4.1 Una mirada a la prestación de servicios y a las opiniones de los médicos antes de la despenalización

En la revisión de la literatura que se realizó para el presente estado del arte, se privilegiaron los trabajos que estudian: a) las opiniones de los médicos y la prestación de servicios y b) la experiencia vivida por las mujeres como sujetos de la investigación. Consideramos que el tema de la interrupción del embarazo y sus múltiples aristas lo hacen un tema social que puede ser estudiado desde varias dimensiones. Nosotros haremos una revisión de los estudios centrados en la experiencia de las mujeres como sujetos de la investigación, desde una multiplicidad de voces y enfoques que nos permitan poder ubicar, desde diferentes puntos de análisis, a las mujeres como sujetos activos y capaces de tomar decisiones sobre su cuerpo y su proyecto de vida.

En la revisión de los estudios previos tomamos en cuenta que “los productos del pensamiento llevan la marca de sus creadores colectivos o individuales y a su vez, los creadores están marcados de forma característica por su género, clase social, raza y cultura” (Harding, 1996:15). Nosotros consideramos que en un orden social genérico, fundado en una visión patriarcal de la sexualidad y la reproducción, se condicionan los discursos médicos y sociales sobre la interrupción del embarazo, y esto tiene un impacto en la forma en que los prestadores de servicios y las mujeres experimentan su vivencia. Algunos autores han criticado las estimaciones y las encuestas que sólo muestran la magnitud del problema de salud pública, pero no hacen socialmente aceptable el aborto. Por el contrario, se culpabiliza y estigmatiza a la mujer, como una forma de ejercicio de control social (Filc, 2004; Waitskin, 1986; Zola, 1999). De esta manera, generalmente a las mujeres que interrumpen un embarazo se les ve como “desviadas sociales” o “transgresoras” y el estigma recae sobre ellas, haciendo a un lado una serie de responsabilidades a nivel micro y

macro. Micro, en relación al papel activo que juegan los varones en la reproducción; y a nivel macro, de la responsabilidad pública y social. Pero ¿Cómo lo perciben algunos médicos mexicanos? y ¿Cómo vivieron su aborto algunas de mujeres atendidas en hospitales públicos en México?

En el nivel de las opiniones de los médicos, los resultados de las encuestas aplicadas en el país sustentan la necesidad de ampliar las perspectivas de la educación médica en relación con el aborto (González de León *et al.*, 2008). El Population Council dio a conocer en el 2004, la *Encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto*, dirigida a médicos que laboran en clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud. En los resultados, las circunstancias bajo las cuales los médicos estarían dispuestos a practicar un aborto están: cuando la mujer corre peligro de muerte (93%), graves daños a su salud (87%), resultado de violación (86%) o el producto tienen alteraciones genéticas o congénitas graves (83%). Mientras que sólo una minoría practicaría el aborto en los casos en que la mujer así lo decide (11%). Y sólo el 11% dijo que en el transcurso de su vida profesional había hecho *alguna vez un aborto legal*. Como se puede observar, en el momento que se realizó la encuesta, la interrupción del embarazo como un derecho no tenía eco en la mayoría de los médicos mexicanos entrevistados. Consideramos que para un número importante de galenos, la interrupción del embarazo es un servicio que pocos estarían dispuestos a prestar cuando es una decisión de las mujeres, y en parte, esto responde a los mecanismos de control social que se ejercen dentro de los espacios de salud.

En el nivel de la atención a las mujeres en contextos restrictivos, “en América Latina está bien documentado el tratamiento poco atento y los insultos por parte del personal de los servicios de salud hacia las mujeres que demandan tratamiento por complicaciones de aborto” (Berer, 2006:124). La atención que reciben las mujeres con complicaciones del aborto es un ejemplo de la influencia que ejercen los estigmas morales en las posturas personales de los médicos frente a la interrupción del embarazo. Para muchas mujeres “la experiencia suele ser negativa y en ocasiones francamente traumática, ya que frente a la sospecha, no siempre fundada, de que el aborto fue intencional, es común que sean objeto de actitudes hostiles y punitivas por parte de quienes las atienden” (González de León *et al.*, 2008:264).

De acuerdo con González de León *et al.* (2008), estos comportamientos son propiciados y legitimados a partir de toda una estructura institucional y profesional en la que los individuos asumen y reproducen sistemas particulares de valores que se transmiten en la relación docente-estudiante y que más tarde se reflejan en la relación médico-paciente. Así, el maltrato hacia las mujeres en estos casos, se relaciona con la subordinación genérica de las mujeres y con las relaciones de poder que se establecen entre médicos y pacientes:

“El aborto pone en funcionamiento una serie de reacciones *profundamente enraizadas en la subjetividad de los agentes de salud, fundadas en modelos ideológicos referidos a la maternidad y la sexualidad*, a la vez que reactualiza *prejuicios de clase y refuerza relaciones de poder* propias de la atención médica en nuestra sociedad. En este sentido, la intervención médica está ligada a *una función de control social*, de modo que la función punitiva no ha sido ni es ajena a la práctica médica” (González, 1995. Cit. González de León *et al.*, 2008:264).

Consideramos que a pesar de los mecanismos de control social que se ejercen sobre las mujeres en ciertas instituciones públicas y privadas de salud, también existen otros espacios en donde las mujeres y sus parejas pueden recibir un trato digno y respetuoso, centrado en las necesidades de la mujer y sus derechos sexuales y reproductivos. Veamos con mayor detenimiento la experiencia de las mujeres como sujetos de la investigación y cómo ellas experimentan su relación con algunos prestadores de servicios.

4.2 Desde la experiencia vivida: las mujeres como sujetos de investigación y su relación con algunos prestadores de servicios

Como se mencionó anteriormente, haremos una revisión de la literatura centrada en la experiencia de las mujeres como sujetos de la investigación desde una multiplicidad de voces y enfoques. Estas investigaciones nos permiten poder ubicar desde diferentes puntos de análisis, sin reducirlas a ser “siempre secundarias, siempre objeto y recipiente sin voluntad” (Lagarde, 2003:36). De acuerdo con Lagarde (2003), el aborto transita por la *experiencia personal* de las mujeres. Esto significa que su contenido no es universal. La interrupción del embarazo está inserta en la organización genérica de la sociedad, en un contexto específico en el que existen numerosas variantes de acuerdo al país, la región, la edad, la clase social, el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral, la religión y la tradición cultural. Todos estos elementos se conjugan y producen una gran heterogeneidad en las formas de vivir y asumir un aborto desde la subjetividad femenina individual. Así, el

aborto depende del “significado que se le asigne en el orden simbólico y político, de su calidad y ubicación jurídica, del peso real de su práctica, de su relación con los métodos y recursos de control de la fecundidad y prevención de embarazos no deseados, así como de las condiciones de su atención médica, higiénica y sanitaria” (Lagarde, 2003:31).

Desde la década de los noventa, estudios pioneros dentro y fuera de nuestro país se han interesado por estudiar la experiencia de las mujeres que viven un aborto para comprender el *sentido de la acción*, donde las ellas son sujetos para la investigación. Varios académicos han explorado el aborto inducido en diversos sectores sociales. Entre ellos están: Ortiz-Ortega (1995); Rivas y Amuchástegui, 1996; Amuchástegui, 1998; Rance, 1999; Erviti, 2005; Castro y Erviti (2003), entre otros. Uno de los aportes más importantes de esta corriente de estudios, muestra a las mujeres que abortan como *agentes sociales activos* que son capaces de tener una posición diferente con respecto a la ideología y los valores morales predominantes en una sociedad influenciada por valores católicos, que pueden decidir de manera individual abortar, a pesar del estigma social y el riesgo que implica para su salud llevarlo a cabo en servicios clandestinos, mediante remedios tradicionales, o por ellas mismas. Acertadamente, Llovet (1996), ha subrayado un sesgo universalista que visualiza al aborto y el embarazo como una experiencia percibida y vivida de igual manera por todas las mujeres, mientras que la investigación cualitativa advierte una lógica individual como motor que guía el proceso de decisiones para recurrir al aborto.

No hay mejor manera de entender las razones de las mujeres que escuchando sus historias, ya que “el relato de cada mujer es único y sirve para ilustrar la diversidad de circunstancias que las llevan a poner fin a su embarazo” (Faúndes y Barzelatto, 2005:29). Las mujeres saben exactamente desde su experiencia personal y su subjetividad, por qué toman la decisión de interrumpir un embarazo. Dichos estudios abordan la experiencia de las mujeres desde los procesos que viven en su contexto sociocultural específico. Las mujeres son consideradas como sujetos que actúan, deciden, sufren y enfrentan una responsabilidad de pareja muchas veces en solitario (Erviti, 2005). Así, “la decisión de abortar afecta directa y exclusivamente a la mujer que vive el embarazo, ubicada en el marco de una cultura patriarcal que sistemáticamente ha expropiado el cuerpo de las mujeres y se ha dado a la tarea de reelaborar la experiencia femenina” (Castañeda, 2003:19). En esta corriente de investigación centrada en las mujeres, los discursos sobre sus

experiencias, sus percepciones y sus significados son las unidades de análisis (Erviti, 2005). De tal forma, estos estudios nos permiten contrastar las identidades de estas mujeres con los estereotipos de la mujer que aborta, y así la identidad femenina emerge en un discurso en el que la mujer es un sujeto responsable, capaz de decidir y elegir la mejor opción para ella como un medio para llegar a la propia madurez (Cardich, 2000).

El conocimiento y la comprensión de los diversos discursos, vivencias y experiencias de las mujeres han permitido mostrar tanto las similitudes como las diferencias al enfrentar una misma situación, explorar porqué ocurren los embarazos no deseados y los abortos, y sobre todo, cuales son los significados que tienen éstos para las mujeres. Algunos estudios han mostrado la multiplicidad de respuestas de las mujeres frente a embarazos no planeados, de acuerdo a las situaciones de vida particulares y contextos socioculturales específicos (Erviti, 2005; Rivas y Amuchástegui, 1996). En la vivencia de las mujeres frente a un aborto influye de manera determinante la situación socioeconómica, la relación de pareja, las expectativas creadas en el ambiente familiar hacia las mujeres, el momento en el desarrollo del proyecto de vida y la capacidad de hacer frente a la maternidad. Todos estos elementos juegan un papel crucial en la toma de decisión de las mujeres de continuar o no un embarazo. En ese sentido, con el término de *toma de decisiones*, nos referimos al proceso de carácter racional y voluntario en el cual se hace una evaluación de la situación con el fin de desarrollar una acción determinada, lo cual implica renunciar o postergar otra opción. En relación con la intencionalidad del aborto, las mujeres enfrentan problemas y toman acciones no siempre desde un proceso de *toma de decisión racional* a través de la reflexión sobre las opciones y la valoración de lo que es más positivo para ellas (Erviti, 2005).

En la vida cotidiana, generalmente las decisiones no son estratégicas, en el sentido de que no se pueden seleccionar cursos alternativos de acción ni tampoco es posible identificar determinados resultados de acuerdo con las intenciones de los actores (Erviti, 2005). Cabe resaltar que en las decisiones relatadas por las mujeres que abortaron, intervienen otros registros de la subjetividad, como fantasías, expectativas, creencias, frustraciones, mandatos y valores culturales. De esta manera, “la decisión no siempre está basada en razonamientos sistemáticos y argumentados, sino en *actos de significación*” (Rivas y Amuchástegui, 1999:22). Por tanto, muchas veces los resultados tienen

consecuencias no intencionadas, y a menudo los objetivos estratégicos de la acción son preferencias reveladas por los actos y no por tener intenciones previas. En otras palabras, los objetivos de acciones como el embarazo y el aborto son elaborados después de la acción.

Otra vertiente de investigación, ha mostrado *la influencia del contexto, de la sanción moral, social y legal, en la experiencia del aborto* en su relación con los prestadores de servicios y cómo, frente a esto, es difícil que las mujeres admitan o reconozcan para sí mismas su deseo de interrumpir un embarazo. Aunque ante la situación de embarazo no deseado, algunas mujeres no se plantean siquiera la posibilidad de decidir continuar o interrumpir. “Las creencias que operan impidiendo esta reflexión tienen que ver con la concepción del feto como una persona con derechos y con el aborto como crimen, asesinato o pecado irreparable” (Rivas y Amuchástegui, 1999:24). Rance (1999) mostró en sus estudios que un aborto provocado se considera “anormal” y conlleva sentimientos de estigma, culpabilidad, miedo al castigo y angustia. Es decir, cuando una mujer decide abortar no lo hace de la nada o en el vacío, cada mujer lo hace desde su posición personal, emocional, económica y social, en la que un embarazo no deseado presenta una disyuntiva entre su proyecto de vida inmediato y a futuro. Estas mujeres cuestionan la continuación del embarazo por diversas razones relacionadas con sus condiciones de vida.

Un embarazo no deseado generalmente tiene que ver con: a) la imposibilidad de mantener y criar al niño, b) la gravidez como la evidencia de la existencia de una vida sexual que transgrede directamente las normas y valores culturales que prevalecen en las familias y sociedades, y c) rara vez el embarazo no deseado se relaciona con el proyecto personal de la madre (Rivas y Amuchástegui, 1999). Así, “esta difícil decisión se encuentra teñida de desesperación ante las consecuencias que traería el nacimiento del niño, o en caso contrario, los efectos morales de un aborto. Estas condiciones, aunadas a la prisa que significa el tiempo de la gestación, provocan que la decisión de continuar o interrumpir el embarazo no siga al parecer una ruta racional, sino que obedezca a la necesidad imperiosa de ocultar el embarazo” (Rivas y Amuchástegui, 1999:25).

La recurrencia al aborto puede ser en ocasiones el único y último recurso para muchas mujeres ante un embarazo no deseado, ya sea debido a barreras legales, socioculturales, institucionales o de otra índole, como serían, por ejemplo, las relacionadas

con el acceso a la anticoncepción, el reconocimiento o no de los embarazos fuera del matrimonio, el ejercicio de la sexualidad independiente de los fines reproductivos, o la aceptación o trasgresión de las prescripciones morales que correspondan a tal práctica (Guillaume, Lerner y Salas, 2005). Se ha documentado que el hecho de que las mujeres internalicen las concepciones morales y éticas de la sociedad que condena el aborto *no evita* que aborten en caso de decidirlo así, ya que pesa más el hacer frente a un embarazo no deseado que las normas abstractas que existen ante estas circunstancias. De esta forma, puede suceder que legitimen para ellas mismas el aborto, pero al mismo tiempo apoyen públicamente el discurso represivo que existe sobre el mismo. Por ejemplo, mujeres entrevistadas tras la interrupción de un embarazo declararon que estaban en contra del aborto, hasta el momento en el que ellas mismas se vieron en la situación (Bengtsson y Wahlberg, 1991. Cit. Erviti, 2005).

Otras investigaciones parecen apuntar que las mujeres comparten esa opinión de ambivalencia tanto en contextos restrictivos como favorables a esta práctica. Por ejemplo, en un trabajo realizado en Cuba, donde el aborto no está penalizado, se realiza en hospitales públicos y tiene una alta prevalencia, se mostró que el 78% de quienes se habían sometido a este procedimiento mantenían una opinión negativa o eran ambivalentes en su actitud hacia el aborto, y sólo pocas expresaban un juicio positivo (De la Osa, 2008). De manera similar, un estudio llevado a cabo en Brasil, comprobó que una proporción significativa de las mujeres que habían abortado en alguna ocasión seguían manifestando su oposición al aborto inducido en cualquier circunstancia (Osis *et al.*, 1994). La información disponible parece confirmar que las razones para interrumpir un embarazo son múltiples. Esta vertiente de investigación, ha buscado comprender *cómo se articulan acciones, actores, normas, valores, creencias y recursos emocionales* en la vivencia de los procesos de aborto. Esta corriente ha elaborado explicaciones para entender porqué aunque a) las mujeres saben que está penado, que corren riesgos y lo consideren inmoral e incorrecto, lo llevan a cabo, y b) sin importar las situaciones de crisis individual, condena social y costos económicos, se toma esta decisión.

Algunos investigadores han profundizado en el impacto que tienen los discursos sociales en contextos restrictivos y su relación con los prestadores de servicios, en el que a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo son consideradas como “transgresoras” y

se detona el incremento de los riesgos para la salud de las mujeres, así como del dolor y del sufrimiento (Rivas y Amuchástegui, 1996). En algunos estudios cualitativos está documentado que durante la entrevista, las mujeres resaltaban que la primera vez que podían decir lo que habían sentido y vivido, ellas sentían un gran alivio. Así, “al hablar, se logra historiar la experiencia vivida, se saca del paréntesis en que habían permanecido y se ubican en el torrente de sentido que tiene la propia vida” (Rostagnol, 2007:211).

En un contexto de clandestinidad, el silencio de “la cosa no hablada” es producto de la censura social que presiona a que el aborto se esconda en la historia individual y colectiva de las mujeres. En ese sentido, el alto número de mujeres que abortan y la manera en que lo ocultan puede interpretarse desde una lectura feminista como un indicador de la subordinación en que se encuentran. De tal forma, cuando las mujeres hacen algo en secreto y en privado, deben de guardarlo en la intimidad para que no llegue a lo público, porque es algo que “conlleva a la culpa como experiencia subjetiva, funciona como crítica, control y acusación social que legitima la subordinación de las mujeres y el poder sobre ellas” (Lagarde, 2003:45). Así, la culpa se erige como un *mecanismo de poder* que mantiene a las mujeres aisladas (que viva cada una su propio aborto) y sometidas porque “hicieron algo malo y deben pagarlo, ocultándolo”. Desafortunadamente, esta es una forma en la que las sociedades latinoamericanas y la sociedad mexicana, tramita y hace frente a sus abortos. *La censura y la condena social* silencia a las mujeres y las obliga a actuar en soledad, y en este juego de apariencias, la clandestinidad juega un papel crucial, ya que se busca reducir al máximo las posibilidades de ser descubierta o denunciada.

En esta relación perversa entre la censura, la culpa y la condena social, no podemos pasar por alto el uso del misoprostol⁷. En Brasil se cuenta con una variedad de estudios que documentan cómo los empleados de las farmacias y algunos médicos y enfermeras, han tradicionalmente vendido o recetado el más variado tipo de medicamentos para “bajar”, “inducir” o “regular” la menstruación” en casos de “atraso”. El conocimiento acerca de una variedad de medicamentos y su efectividad para inducir abortos por la mujer misma en el hogar, se difundió rápidamente en la población a fines de la década de 1980. De tal forma, “una elevada proporción de los abortos clandestinos en Brasil eran inducidos con

⁷ El misoprostol es un análogo de prostaglandina, éste comenzó a ser vendido en las farmacias de México desde 1980 con el nombre comercial de Cytotec de la farmacéutica Pfizer.

misoprostol” (Faúndes y Barzelatto, 2005:8). El uso y la autoadministración del misoprostol permite obtener la interrupción del embarazo de manera no quirúrgica, y es en definitiva una posibilidad para lidiar con la falta de acceso legal a la interrupción del embarazo y la condena social que experimentan algunas mujeres a través del mecanismo de control social de la culpa.

Finalmente, se legitiman las normas ante la mujer que las transgrede, provocando su culpabilidad y, al mismo tiempo, su acatamiento de estas normas. De esta manera, “la transgresión individualizada tiene un alto componente socializador” (Juan, 1993. Cit Erviti, 2005). La censura acompañada de la sanción social está detrás de los silencios y las soledades. De modo que vale la pena develar algunos de los mecanismos que sostienen a la censura como un *mecanismo de micropoder*, en el cual el orden social patriarcal establece una homologación de la mujer como igual a madre. Así, “la categoría madre correspondiente al orden simbólico patriarcal contiene cuatro implícitos: la pérdida real de libertad para la mujer, su subsunción al producto, la intervención legítima del poder en la definición de lo prioritario para ella y la subordinación de su voluntad a cualquier voluntad con poder” (Lagarde, 2003:43). En esta lógica patriarcal, se invisibiliza la idea de la maternidad como un fenómeno personal, histórico, afectivo y voluntario. Por tanto, abortar implica transgredir con la propia construcción de la identidad femenina y materna. Una vez retomados diversos estudios en el tema, se procederá a hacer un enlace con el tema de los derechos sexuales y reproductivos, como parte del segundo eje de este capítulo.

4.3 Derechos sexuales y reproductivos. Elementos para poder concebir a las mujeres como sujetos *con derecho a tener derechos*

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como parte constitutiva de los derechos humanos de tercera generación, marca un avance en la conceptualización de los derechos individuales y sociales. Partimos del punto que los derechos reproductivos se refieren al ejercicio de la facultad reproductiva y se basan en el derecho básico fundamental de todas las personas para decidir de manera libre e informada sobre:

“El número de hijos, el ejercicio de la sexualidad, las responsabilidades del cuidado de los hijos y la posibilidad de interrumpir un embarazo cuando no se desea el producto del mismo. También se habla del acceso a los medios para poder influir sobre la reproducción y para tomar decisiones [...] pero sobre todo del respeto a las decisiones de las personas

en el nivel de las relaciones de pareja, de las relaciones institucionales y de las relaciones sociales” (Figueroa, 1995:3).

Aunque ambos son diferentes, los derechos sexuales y los derechos reproductivos comparten el fijar la atención en las personas y en sus cuerpos, y hacen referencia a los derechos de las personas sobre sus cuerpos en la sexualidad y en la reproducción. Privilegian la autodeterminación de las mujeres, tomando en cuenta que el cuerpo es la primera y única posesión ciudadana real.

Como un primer momento, es pertinente conocer los antecedentes y el contexto en donde se comienzan a gestar tales derechos. En América Latina, durante la década de los sesenta, estaba en boga el debate de los problemas del desarrollo y las alternativas de los países latinoamericanos para salir del subdesarrollo y controlar “la explosión demográfica”. Este panorama planteó las necesidades de desarrollar políticas de planificación y control poblacional como una vía para aliviar los problemas de la pobreza y el subdesarrollo. El objetivo era controlar la fecundidad de las mujeres -sobre todo de las mujeres pobres porque eran “las que más hijos tenían”-. Así, el uso de anticonceptivos se consolidó como “un freno al crecimiento desmedido”. Con el paso de los años, los programas de control de la natalidad entraron en declive en América Latina y México, fundamentalmente porque “ignoraron las necesidades de las mujeres que pasaban a ser meros objetos de estas políticas, medibles sólo como usuarios reales o potenciales de anticonceptivos” (Checa, 2007:2). Además, comenzaron a generarse fuertes críticas desde el movimiento feminista y la demografía por el carácter coercitivo que tenían estas políticas en los cuerpos de las mujeres. De tal manera, la *conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo*⁸ marca un cambio sustancial, al poner el énfasis en la salud reproductiva y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos básicos (Checa, 2007).

El cambio desde el control de la natalidad a los derechos sexuales y reproductivos no hubiera sido posible sin la incidencia del movimiento feminista y el aporte conceptual que introdujo la categoría de género como explicativa de estos nuevos cambios. Los derechos sexuales y reproductivos fueron abordados por las feministas y algunas organizaciones de la sociedad civil que llevaron al terreno de lo público el ejercicio de una

⁸ En esta conferencia, se acuña el término de *salud reproductiva* -que posteriormente será retomado por la OMS- como “el estado general de bienestar físico mental y social, y no sólo como ausencia de dolencias o enfermedades en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y a sus funciones y procesos”.

sexualidad responsable y la posibilidad de decidir sobre el propio cuerpo desde un enfoque de derechos. Estos derechos de última generación, reconocen la responsabilidad colectiva de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En este nuevo paradigma:

“El eje está colocado en los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva integral, desde la cual se propone *el control sobre el cuerpo y la sexualidad*, como parte de la apropiación de los derechos de las mujeres, *la libertad y autonomía en las decisiones acerca de la sexualidad y la procreación*, sin verse sujetas a coerción, discriminación o violencia” (Checa, 2007:4).

La década de los noventa también vio surgir nuevas conceptualizaciones construidas durante décadas de trabajo feminista y establecieron la(s) sexualidad(es) y las formas posibles de reproducción como parte de los derechos humanos concebidos como una herramienta para la expansión y el arraigo de los derechos civiles, políticos y económicos (Szasz, 2008). Diversos movimientos sociales se apropiaron del marco de los derechos humanos para renovarlos y reinterpretarlos⁹. Surgió un renovado interés por el tema de los derechos humanos que coincidió también con “décadas de trabajo feminista que establecieron la(s) sexualidad(es) y las formas posibles de reproducción como áreas del derecho, la ética y el ejercicio de la ciudadanía [...] que trabajaron en la concepción de estos derechos como agentes de cambio social [...], y que era también necesario concebir estos derechos como parte de los derechos humanos” (Ortiz-Ortega, 2006:3). Consideramos que gracias al impulso de las conferencias de Naciones Unidas, “la necesidad de trabajar el adelanto de las mujeres desde el marco de los derechos humanos se hizo obligatoria, al evidenciarse que las mismas características del Derecho Internacional de Derechos Humanos y sus procedimientos lo hacían así” (Facio, 2008:20).

De acuerdo con Hinojosa (2008), se buscaba construir un consenso al incorporar la perspectiva de género en la teoría y práctica de los derechos humanos y su impacto en la vida de las mujeres ya que “los derechos humanos de las mujeres no atañen a *un sector* de la población sino a todos los sectores, pues hay personas del sexo femenino en todos y por lo tanto, la expansión de los derechos humanos hacia las mujeres y significa la más inclusiva ampliación que han sufrido los derechos humanos en su dinámica historia”

⁹ La apropiación de los derechos sexuales por parte de diferentes actores sociales surge en el vacío legal en el que se mueven los juristas y las organizaciones civiles. Las organizaciones que promovían la defensa de los derechos sexuales no habían recurrido aun a las herramientas conceptuales, metodológicas e institucionales del sistema internacional de derechos humanos.

(Facio, 2008:19). El desarrollo conceptual y político de los derechos sexuales impulsó el reconocimiento institucional, por parte de los organismos internacionales y los Estados, como derechos humanos. El reto era lograr articular e integrar plenamente los derechos sexuales al universo de los derechos humanos y también de la sexualidad. Sin duda, “los derechos humanos sobre sexualidad comprenden demandas de protección individual. Pero también son parte de movimientos más amplios de promoción de derechos y justicia social, de los que ninguna persona o grupo debía quedar excluida” (Szasz, 2008:10).

En el ámbito internacional, las conferencias de las Naciones Unidas celebradas en Viena, El Cairo, Beijing y Copenhague tuvieron un carácter vinculante pero no obligatorio de los acuerdos y los Planes de acción establecidos en dichas conferencias. *La Conferencia Mundial de derechos humanos en Viena* abrió un espacio político para comenzar a definir la salud sexual y reproductiva de las mujeres como parte de sus derechos humanos. El movimiento internacional de mujeres logró posicionarse y apropiarse de esta demanda como propia. Consideramos que *La Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo*, sentó los principios, a escala internacional, del derecho de las mujeres a su sexualidad como un valor en sí mismo, con capacidad para controlar su reproducción y decidir el curso de sus vidas. Además, reconoció que “la salud reproductiva y sexual tenía que entenderse en el marco de los derechos humanos desde *una perspectiva de género*” (Facio, 2008:20). Esta conferencia marca un avance importante en el debate sobre población y desarrollo, superando el énfasis en objetivos demográficos y reconociendo que los seres humanos son el eje central del desarrollo¹⁰. En este contexto, se reconoce que los derechos reproductivos contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas.

La Conferencia de El Cairo retomó las aportaciones de Petchesky en el tema de la conexión entre las necesidades y los derechos, ya que la autora establece: “los derechos no pueden divorciarse de las necesidades, la salud sexual y reproductiva, así como de otras necesidades básicas, tales como educación, sanidad, agua limpia y nutrición, porque están interconectadas, son importantes y por tanto son derechos humanos (Petchesky, 2000). Correa y Petchesky (1994) convirtieron el campo del ejercicio de la sexualidad en uno de derecho, al enunciar desde la academia los principios éticos que debían regir y que

¹⁰ El Programa de Acción de Cairo, señala que “los seres humanos son el elemento central del desarrollo sostenible. La población es el recurso más importante y más valioso de toda nación”.

consistían en: 1. El respeto a la identidad corporal, 2. El respeto a la autodeterminación, que incluye el respeto a las decisiones propias sobre la sexualidad y reproducción, 3. La igualdad en el acceso a los servicios de salud y a todos los recursos sociales en general, 4. El respeto a la diversidad, entendido como el derecho a las afinidades grupales o las diferencias mientras fueran elegidas libremente y las mujeres se sintieran con el derecho para hablar y ser escuchadas en sus propios términos. Los planteamientos de Correa y Petchesky, “ilustran el puente que va desde el movimiento de mujeres hasta las Naciones Unidas” (Ortiz-Ortega, 2008:379) y se consolidó la noción de los derechos sexuales como parte de los derechos humanos. Así, en su artículo 96 de la *Plataforma de Acción de Beijing* se establece: “los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control y a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo su salud sexual y reproductiva, libre de coerción, discriminación y violencia”.

Nosotros partimos del punto que la interrupción voluntaria del embarazo está ligada con los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las parejas. En ese sentido, las *Conferencias de El Cairo y Beijing* reconocieron al aborto inseguro como un problema de salud pública y definieron la prestación de estos servicios de salud como un elemento en la atención de la salud reproductiva. La *Plataforma de Acción de El Cairo* hacía referencia al aborto inducido pero no se le consideró como uno de los métodos de regulación de la fecundidad más comúnmente utilizados y como la causa principal de mortalidad materna (Berer, 2006). Si bien la *Plataforma de El Cairo* planteó la obligación de los Estados a ofrecer servicios de aborto, privilegió en gran medida la planificación familiar y sugiere que el aborto debe ofrecerse sólo cuando lo permitan las legislaciones locales.

Los avances de la *Conferencia de Beijing* se dieron gracias a la inclusión explícita de la *noción de derecho*, derivado del trabajo realizado por las feministas con antelación. En ese contexto, los derechos reproductivos y sexuales lograron abrirse hacia la institucionalización, al formar parte de la Plataforma de Acción (Ortiz-Ortega, 2008). Desde la teoría, Silliman (1997) enriqueció la *noción de derechos sexuales*, al plantear que era necesario concebirlos tomando en cuenta las diferencias de clase, etnia, raza, poder y acceso a recursos. Ortiz-Ortega (2008) menciona que el ingreso de los derechos sexuales en el marco de los derechos humanos requirió del trabajo académico, político y del

activismo realizado en las tres décadas previas y finalmente se consolidó durante las conferencias celebradas a mediados de los años noventa. Consideramos que esta década significa un momento histórico de escalada de logros feministas internacionales al acceder al campo de los derechos humanos. En los noventa, se transita al lema *el derecho a tener derechos*.

Los derechos sexuales y reproductivos son “un concepto en pugna por su autonomía intelectual y política. Sin embargo, prevalece un uso limitado de los conceptos por parte de los distintos actores y actrices sociales que aún no encuentran la forma de integrar el respeto a los derechos sexuales dentro de un manejo más amplio del lenguaje” (Ortiz-Ortega, 2006:28). Consideramos que estamos en “un nuevo umbral donde se reconstruyen las múltiples conexiones entre los derechos, la noción del individuo, los límites de la participación política, las obligaciones y la legitimidad del sistema político dentro del cual se ejerce la ciudadanía” (Ortiz-Ortega, 2006:18).

Finalmente, los derechos sexuales implican todavía retos importantes para el futuro, pero quisiera retomar dos puntos planteados por Petchesky (2006) y Ortiz-Ortega (2006). Por una parte, se precisa la consolidación de alianzas y acciones que garanticen la creación de mecanismos nacionales e internacionales capaces de poner en vigor el respeto a los derechos sexuales y reproductivos; y por otra articular en una propuesta elementos legales, éticos, de justicia social, de derechos humanos, de transformación personal y cultural. Estos derechos como un recurso conceptual y político, están en proceso de ser concatenados por la academia, las organizaciones internacionales, las organizaciones no gubernamentales y el movimiento feminista, e implica para los diversos actores sociales un aprendizaje político que ha significado diversas formas de razonar y de intervenir en el espacio público, así como el descubrimiento de agentes movilizadores para emprender nuevas acciones colectivas. Estas tareas pendientes nos permiten enfocar la mirada hacia un actor en particular: las organizaciones de la sociedad civil, que nos permitan seguir avanzando en la consolidación de acciones que le permitan a las mujeres, sin distinción alguna, acceder y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Una vez que desarrollamos el *Estado del arte*, desarrollaremos a continuación el *Marco teórico* que nos permite plantear nuestro punto de partida teórico.

V. Posicionando la mirada: el marco teórico

En el posicionamiento de nuestra mirada de investigación, consideramos la existencia de un orden social generizado. Nosotros partimos de la premisa que “como sistema simbólico, la diferencia de género es el origen más antiguo, universal y poderoso de muchas conceptualizaciones moralmente valoradas de todo lo que nos rodea [...]. Hemos organizado nuestro mundos social y natural en términos de significados de género, en cuyo contexto se han construido instituciones y significados raciales, de clase y culturales históricamente específicos” (Harding, 1996:17).

El presente capítulo está integrado por seis secciones. La primera consta de las 5.1 *Consideraciones iniciales*, en donde se especifican como puntos teóricos de partida: el pensamiento feminista y la sociología médica crítica. A continuación, en el apartado 5.2 *Claves para deconstruir la “neutralidad” y la construcción social del género en el discurso médico*, el interés está en poder comprender por qué en el pensamiento científico, desde la antigüedad hasta el siglo XXI, el cuerpo femenino ha sido un espacio de intervención médica y de asignación del lugar que ocupan las mujeres socialmente. En la sección, 5.3 *Control social. Anticoncepción y medicalización de los cuerpos femeninos*, se desarrolla la importancia del control de la natalidad como mecanismo de medicalización y la opresión hacia las mujeres como sujetos de intervención en el sistema médico.

En el apartado, 5.4 *La lucha feminista por el aborto y el control social sobre las mujeres que interrumpen sus embarazos*, se muestra que las feministas mexicanas también participaron en el debate de la planificación familiar y la medicalización de los cuerpos de las mujeres. En ese tenor, el control poblacional abrió la puerta a la discusión pública del aborto como uno de los ejes del Movimiento Feminista en México, desde la década de los setentas hasta la actualidad. Adicionalmente, se aborda cómo los prestadores de servicios generalmente tratan a las mujeres que deciden abortar, como parte de un grupo sobre el cual los médicos ejercen el control social a través de la penalización de conductas y comportamientos que desde su perspectiva hegemónica son considerados como “desviados” o “inadecuados”.

En este panorama, en la década de los setenta se da 5.5 *El origen de un cambio: El Movimiento feminista y la sensibilización de algunos prestadores de servicios médicos sobre el derecho a decidir*. En esta sección, se presenta cómo el contexto permitió que se

gestaran algunas posiciones críticas frente al ejercicio de la medicina hegemónica y las estrategias de control social sobre las mujeres que decidían abortar. Entre estas posiciones críticas se destaca el Dr. Villareal. El interés se centra en mostrar que este modelo de atención se ubica en una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos. Y finalmente, en el apartado 5.6 *Cambio de coordenadas frente a la medicina hegemónica: las mujeres como sujetos de derechos*, se desarrollan las características que hacen, a este modelo distinto en la prestación de servicios de salud, pues se orienta desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos. Se fundamenta porque es un cuestionamiento en la práctica, a las estrategias de control social sobre las mujeres y su destino “natural” para la maternidad. Una vez aclarado el camino que se seguirá en el presente marco teórico-metodológico, partamos entonces a explorar las consideraciones iniciales que nos permiten marcar nuestro punto de partida teórico.

5.1 Consideraciones iniciales

Los enfoques teóricos de los que partimos son la teoría feminista y la sociología médica¹¹, en la corriente que analiza las relaciones de poder y el poder médico desde una posición crítica, la cual concibe a la medicina como una forma de *control social*. Consideramos que ambas perspectivas se retroalimentan a sí mismas y comparten una posición crítica ante las concepciones del cuerpo femenino en la medicina hegemónica¹² y la supuesta naturalización de la maternidad como destino de las mujeres. Ambos enfoques critican que la medicina sea un depositario de la verdad, en donde expertos, objetivos y moralmente neutros, emiten juicios absolutos que se hacen, “no en nombre de la virtud o de la legitimidad, sino en nombre de la salud” (Zola, 1999:23).

Por su parte, la teoría feminista ha intentado al mismo tiempo, construir y deconstruir la femineidad. De tal forma, existe una “importante tensión en la necesidad de destruir la categoría “mujer” y despojarla de su historia excesivamente sólida, tensión que se materializa en la línea común que permanece activa tanto en el pensamiento como en la

¹¹ La sociología médica es definida como “el análisis del ambiente médico desde una perspectiva sociológica” (Cockerham, 1986. Cit. en Turner, 1992:153).

¹² Cuando nos referimos al concepto de “medicina hegemónica” nos basamos en la conceptualización de Filc (2004). Este autor, usa el concepto de hegemonía como un marco para la *distribución de poder y de recursos*, en el que la concepción médica dominante está articulada con el *proyecto hegemónico de sociedad* a través de la desocialización de la enfermedad y la afirmación de las relaciones de poder.

acción feminista” (Ergas, 2003:602). Consideramos que el panorama del pensamiento feminista dista mucho de ser homogéneo, e incluso Celia Amorós se cuestiona si el término feminismo puede ser usado en un sentido unívoco. El feminismo, a pesar de su complejidad, tiene su propia lógica interna y puede ser cartografiado¹³ ya que las “feministas ni pensamos ni vivimos solas: compartimos al fin, un mundo social, cultural, intelectual y académico con los varones” (Amorós, 2000:11). Sin embargo, a pesar de sus múltiples vertientes, el feminismo en sus entrañas es político porque cuestiona continuamente las relaciones de poder dentro y fuera del ámbito privado para que estas sean visibilizadas, debatidas y politizadas. De acuerdo con Mary Nash, esta forma de pensar femenina devela las trampas que confunden lo masculino con lo universal y por tanto el feminismo es una conciencia crítica que resalta las tensiones y contradicciones que encierran esos discursos. Es decir, “sin la investigación feminista sería imposible percibir e interpretar la articulación de las múltiples opresiones que han caracterizado a los seres humanos como opresores de otros seres humanos” (Castañeda, 2003:13).

El feminismo abrió la puerta a la posibilidad de crear y recrear una nueva forma de ver y entender el mundo, una nueva ciencia y una reconceptualización del conocimiento que toma en cuenta la existencia de un orden social de género. Este orden toma a la diferencia sexual como base de la desigualdad y la diferencia social. Así, la investigación feminista, ha generado “la necesidad de comprender los fundamentos y las formas en que han operado y operan los complejos procesos de dominación masculina, que transforman la diferencia en inferioridad” (Castañeda, 2003:11). La vertiente radical del feminismo que retomamos, se ancla en una dominación de género en la que lo femenino ha sido completamente ignorado por la ciencia y la medicina, construidas por y para hombres. Desde esta postura feminista, se sostiene que “las epistemologías, metafísicas, éticas y políticas de las formas dominantes de la ciencia son androcéntricas y se apoyan mutuamente [...] en sus modos de construir y conferir significados no sólo sexistas, sino también racistas, clasistas y coercitivos en el plano cultural” (Harding, 1996:11).

Desde el enfoque de la sociología crítica, esta distribución desigual del poder en la sociedad contemporánea es reflejada y reproducida en la ideología médica hegemónica. Por

¹³ Algunas vertientes de pensamiento: el feminismo liberal, sufragista, comunista, socialista, radical, de la igualdad, de la diferencia, institucional, ecofeminismo, ciberfeminismo, entre otros.

tanto, en la teoría y la práctica médica, se reproducen las relaciones de dominación y de poder a través del género, la clase y la etnia (Filc, 2004). Al respecto, McCormack menciona que la primera generación del pensamiento feminista, se centró en: a) evidenciar el sesgo masculino de la literatura científica que se presenta a sí misma como objetiva y con validez universal, y b) documentar la discriminación contra las mujeres en los espacios de salud (McCormack, 1984. Cit. en Castro y Bronfman, 1998). La teoría feminista del conocimiento hace referencia a una forma alternativa de conocer desde un prisma femenino y de la experiencia femenina en el mundo en el que existe un orden de género capaz de ser modificado.

La producción de una forma feminista de conocer y pensar no se refiere únicamente a la idea de teorizar acerca de las desigualdades de género. Parte de una renuncia a las categorías analíticas y científicas establecidas por la ciencia y deja de justificar la teoría y la práctica feminista ante la ciencia convencional dominada por una perspectiva masculina que reproduce una estructura social predominante de relaciones desiguales de poder entre los sexos (Castro y Bronfman, 1998; Erviti, 2005). En ese sentido, Emily Martin (1990) analizó las metáforas ideológicas en la medicina que reproducen y perpetúan la manera masculina de mirar al mundo, al cuerpo femenino y al proceso de la reproducción. El pensamiento feminista argumenta que la producción del conocimiento se vincula estrechamente con la construcción de una determinada estructura social, en el que las mujeres son oprimidas y por tanto, los cambios sociales pueden resultar en la emergencia de un nuevo conocimiento. En esta apuesta de transformación social del feminismo es en la que anclamos el análisis del modelo de atención del Dr. Villareal, como una posibilidad de atención en la que las mujeres no son juzgadas ni oprimidas por desear interrumpir sus embarazos, sino que son tomadas en cuenta como personas capaces, que tienen el derecho de poder decidir sobre su cuerpo y su vida.

Durante la segunda ola de desarrollo del pensamiento feminista en la década de 1970, el movimiento de mujeres realizó una crítica a las formas en las que la biomedicina diferenciaba a los grupos sociales. Desde la perspectiva feminista y de la sociología médica, la biomedicina reproduce una *ideología hegemónica* que reafirma las desigualdades de género, de raza y de clase (Filc, 2004). La crítica se centró en las formas en las que el discurso médico había construido históricamente la diferenciación de las

mujeres frente a los hombres de acuerdo con bases biológicas y anatómicas “evidenciadas científicamente”, que les impedía participar a las mujeres en la vida pública. En esta corriente de pensamiento feminista, desde diversas posturas, se encuentran: Sherry Ortner (1979), Adrienne Rich (1986), Ann Oakley (1986), Gayle Rubin (1986), Fausto-Sterling (1987), Catherine Mackinnon (1989), Ehrenreich e English (1990), Thomas Laqueur (1990), Deborah Lupton (1994) y Joan Scott (1999).

En el enfoque de la sociología médica crítica, consideramos que la ciencia médica es un instrumento de dominación y control social¹⁴ que vigila especialmente a los cuerpos de las mujeres. De acuerdo con Turner (1992), la sociología médica amplía sus alcances a través del estudio del cuerpo y para lograr esto, retoma la “resurrección del cuerpo” hecha por los aportes de la teoría feminista y su crítica a la construcción social del cuerpo. En ese sentido, la sociología médica se ha nutrido de las ideas feministas. Ambos enfoques han trabajado el tema de la medicina como *un agente de control y de construcción social del género en el discurso médico* (Waitzkin, 1986; Zola, 1999 y Filc, 2004). La sociología médica en sus inicios, comenzó a estudiar a la medicina con altos niveles de criticismo al enfoque de la profesión y la figura del médico, planteando que regulaban la sociedad desde la salud¹⁵. Adicionalmente, la medicina ha intervenido en la definición de roles de género que penalizan ciertas conductas y comportamientos.

Queremos reiterar que el foco de atención a lo largo de este capítulo está en: a) poder comprender por qué desde las bases del pensamiento médico en la antigüedad, el cuerpo femenino ha sido un espacio de intervenciones en la ciencia médica hegemónica. Y cómo en función de esto, a las mujeres y se les ha asignado un lugar social en función de sus características “biológicas”, y b) explorar brevemente, cómo la medicina hegemónica ve actualmente a las mujeres que deciden abortar, ya que especialmente ellas siguen siendo un grupo sobre el cual los médicos ejercen el control social y la dominación de múltiples formas. Lo anterior, nos permitirá poder indagar en capítulos siguientes, si el pensamiento

¹⁴ El control social se refiere a los mecanismos a través de los cuales se promueve la adherencia a las normas sociales. El control social se observa a través de la medicalización de los problemas sociales que involucran la expansión de las actividades de los profesionales de la salud que incluyen el control sobre áreas mucho más amplias de la vida social y la vida personal (Waitzkin, 1986).

¹⁵ La salud y la medicina son consideradas parte de la creación de una nueva moralidad secular y de una nueva forma de control social. Autores como Foucault y Turner (1992) han enfatizado en las relaciones que existen entre las prácticas médicas y las instituciones, así como en la distribución de poder y de recursos en las sociedades contemporáneas.

hegemónico en una parte importante de los servicios de atención a mujeres en situación de aborto, se enmarca en esta visión de control social que penaliza conductas y comportamientos “desviados” o “inadecuados” por parte de las mujeres que interrumpen sus embarazos. De tal forma, la mirada de la medicina hegemónica, del control social, y de los médicos como “*empresarios morales*” (Zola, 1999), nos permitirá abrir la puerta a la posición crítica del modelo de atención del Dr. Villareal y sus prestadores que servicios, y el análisis de la posibilidad de que se considere a las mujeres como sujetos con *derecho a tener derechos*. Veamos con mayor profundidad en qué consiste la construcción social del género en el discurso médico.

5.2 Claves para deconstruir la “neutralidad” y la construcción social del género en el discurso médico

En la comprensión de la ciencia médica, nosotros partimos de la idea que “las mujeres han quedado excluidas de los procesos de definición de la cultura, concibiéndoselas como lo “otro”, en contraste con lo cual determinan sus proyectos *los hombres quienes tienen el poder*” (Harding, 1996:11). En este apartado, el énfasis está comprender por qué desde las bases del pensamiento médico-científico en la antigüedad, el cuerpo femenino ha sido un espacio de intervenciones en la medicina. Y cómo en función de esto, se contribuyó en la fundación de un orden social generizado, en donde a las mujeres se les ha asignó un lugar social, comportamientos, subjetividades y expectativas sociales en función de sus características “biológicas”.

La construcción médica de los cuerpos femeninos tiene un largo proceso a lo largo de los siglos y las épocas. Desde el lente teórico del feminismo, los cuerpos de las mujeres han sido históricamente representados y tratados en la medicina como “una amenaza al orden moral y la estabilidad social debido a la naturaleza incontrolable y peligrosa de la sexualidad femenina” (Lupton, 1994:143). Por siglos, los cuerpos femeninos fueron definidos y entendidos en el discurso médico como lo Otro, lo no masculino, lo débil o lo imperfecto. El pensamiento feminista muestra que la desigualdad entre hombres y mujeres, no es un efecto de la naturaleza, es parte de una construcción social generizada, fundada en un orden de poder patriarcal que se instauró desde tiempos inmemorables a partir de asignaciones simbólicas hechas por lo masculino que distingue a uno del otro sexo por sus

características corporales. De tal forma, “la construcción simbólica del sexo depende del contexto y de la cultura en la que se nutre, de las necesidades y las opiniones de su momento y con esta materia se conforman los géneros sexuales” (Tuñón, 2008:13). La ciencia y la medicina emergen con una función institucionalizada, en la que el médico asume el papel de definir el lugar que le correspondía a cada uno de los sexos en la estructura social. Nosotros consideramos que las dicotomías de masculino/femenino, “desempeñan funciones importantes en las estructuras intelectuales y sin duda, están relacionadas con proyectos de identidad sexual y de géneros. Y a su vez, el proyecto de la ciencia ha configurado el género y la sexualidad humana” (Harding, 1996:110).

En la época clásica, el cuerpo femenino era visto como algo inferior, defectuoso y peligroso respecto al del varón. Galeno argumentaba que los órganos sexuales femeninos eran semejantes a los masculinos si se les volteaba al exterior. Las ideas galénicas se expresaron en las bases filosóficas del pensamiento racional que se desarrolló en la antigua Grecia y Roma. Uno de los pensadores occidentales más sobresalientes fue Aristóteles, quien argumentaba que las mujeres eran como un hombre imperfecto, una “versión potencial” o “un ser incompleto”. La representación de la diferencia sexual se remitía solamente a una realidad corpórea estable: la masculina. Presumimos que la importancia de las ideas de Galeno y Aristóteles, es que toman hechos “naturales” o “biológicos” para legitimar y reproducir una jerarquía social en la que los hombres están “naturalmente” por encima de las mujeres en todos los ámbitos: biológico, mental, emocional, social, político y económico. De esta manera, se instaura el principio de la diferencia, y de acuerdo con Hérítier (2007), la valencia diferencial de los sexos está presente en el origen de lo social, ya que sin este enlace, las otras condiciones de lo social no habrían podido instaurarse. Así, se comienza a apuntalar desde los inicios de la ciencia médica una visión del mundo androcéntrica.

Laqueur (1990) interpreta el “modelo de un solo sexo” como un ejercicio para preservar al Padre como el eje del ordenamiento social, así como de la existencia de la civilización misma. Los griegos, a través de su pensamiento desarrollaron argumentos filosóficos y empíricos acerca de la superioridad masculina sobre lo femenino, así como de la absoluta necesidad del Padre y de todo un ordenamiento social. Estas ideas modelaron la discusión científica sobre los cuerpos en Occidente desde el siglo IV A.C hasta el siglo

XVIII D.C. El cuerpo femenino fue visto desde una mirada androcéntrica, con base en relaciones de poder y de dominación de un sexo sobre otro. En ese sentido, Laqueur observa “una tensión entre dos modelos de la diferencia sexual coexistentes, uno que considera que sólo existe un sexo organizado en dos formas, que dominó desde los griegos clásicos hasta la Ilustración, y otro que privilegia la idea de dos sexos diferentes” (Tuñón, 2008:46).

La modernidad dio paso al “modelo de los dos sexos” que consideraba superior a lo masculino, “con la preeminencia del pensamiento científico, se esgrime un discurso para enjaular a los cuerpos femeninos” (Tuñón, 2008:44). Después del siglo XVII, el sexo se construyó como una categoría sociológica de alta plasticidad. Laqueur (1990) llama al proceso de construcción de esta categoría social “el descubrimiento de los sexos”, en el que los órganos reproductivos tomaron el lugar que definía y explicaba la jerarquía social entre hombres y mujeres. En este proceso, los órganos que en el “modelo de un solo sexo” compartieron nombres y funciones, empezaron a tener un nombre específico por primera vez en casi siete siglos. El apuntalamiento del “modelo de los dos sexos”, de acuerdo con Laqueur (1990), se llevó a cabo en dos arenas: la arena epistemológica y la arena política. En la epistemología, la ciencia y la razón estaban en el centro de todo, se justificaba la jerarquía social en función de la racionalidad del sexo masculino y se redefinió lo que significaba ser hombre o mujer. Nosotros sugerimos que la ciencia médica se encargó de darle coherencia a estas ideas, por medio de las explicaciones que se formularon en torno al hecho de que la “naturaleza femenina” residía en el útero. En la arena política, se dieron acalorados debates en la esfera pública, en los que se determinaban los roles sociales en función de la “naturaleza” masculina y femenina. El objetivo era reafirmar las diferencias corporales entre los hombres y las mujeres como opuestos, y argumentaban cómo ambos estaban destinados a desarrollarse en la esfera de lo público o de lo privado, según su “naturaleza”.

La ciencia médica se enfocó, por primera vez en la historia occidental, a “descubrir” los aspectos de la diferencia sexual que habían sido ignorados a lo largo de casi setecientos años. En el campo de la medicina, se llevó a cabo la batalla para darle a los cuerpos femeninos una concreción racional, analizando a detalle la naturaleza de sus huesos, nervios, y sobre todo de los órganos reproductivos que ahora cobraban mayor importancia.

Nosotros retomamos de Laqueur (1990) que el modelo de los dos sexos creó una nueva base fundante para ver y entender el género. Por ende, hasta a finales del siglo XVII y principios del siglo XVIII, se hace científicamente aceptable una “nueva epistemología” que toma las categorías de masculino y femenino como sexos opuestos. Ideas que a lo largo del siglo XIX, fueron un argumento para decretar la inferioridad social de las mujeres.

En el marco de la Ilustración, se apuntala en el pensamiento un nuevo modelo de “dimorfismo radical” o de “divergencias biológicas”. En este nuevo modelo, la nueva anatomía y la fisiología remplazaron paulatinamente a la forma anterior en la que se había representado a la mujer en relación con el hombre, y fue hasta el siglo XVIII que la “naturaleza sexual cambió”. En este punto han coincidido varios teóricos importantes como: Michel Foucault (1980), Laqueur (1990), Lupton (1994) y Scott (1999). De tal suerte, no resulta fortuito que el discurso médico dominante construyera los cuerpos masculinos y femeninos jerárquicamente y ordenara sus significados de forma vertical en extremos opuestos. En este nivel se ubican una amplia variedad de “descubrimientos”, que a un nivel ideológico más profundo, tienen como propósito controlar la tan temida “naturaleza” femenina (Lupton, 1994). Consideramos que esta “creación de tipos humanos a partir de un subconjunto de conductas fue una hazaña teórica y tuvo un resultado satisfactorio, al desarrollar formas amenazadoras de control social de quienes no estuviesen dispuestos a aceptar las modalidades de conducta y las formas de expresión personal deseadas por el incipiente capitalismo industrial” (Harding, 1996:133).

Foucault (1980) menciona que la “experiencia de la carne” se ha constituido desde ciertas formas de comportamiento en momento histórico específico y de acuerdo con sistemas de *saber-poder* que definen las reglas de “lo que *es* y *no es natural*”. La ciencia médica se convierte en el espacio legítimo de poder que norma el comportamiento sexual y socialmente esperado. Por ejemplo, Foucault (1980) distingue desde inicios del siglo XVII como un eje de *saber-poder*, la histerización del cuerpo femenino, que debe ser controlado por el saber médico y dirigido a lo socialmente esperado: la maternidad y la vida doméstica. Se trata entonces de “un dispositivo que abarca cuerpos, placeres, discursos, controles y resistencias, que implica el saber y el poder, y que penetra los cuerpos para controlar poblaciones. La sexualidad se centra en el núcleo familiar” (Tuñón, 2008:48).

Laqueur (1990) muestra que las supuestas diferencias “naturales” de los sexos son producciones culturales y simbólicas en las que “el poder de la cultura se manifiesta [...] en el cuerpo, al que golpea como si estuviera en un yunque hasta darle la forma requerida” (Laqueur, 1992. Cit. Tuñón, 2008:49). Este autor coincide con las aportaciones que ya Gayle Rubin (1986) había hecho en relación al sistema sexo-género, en el que los cambios en las ideas biológicas sobre la sexualidad pueden ser también entendidas como productos de la actividad humana. Ortner (1979) y Fausto Sterling (1987) están en la misma corriente argumentativa cuando dicen que el género es lo que los hombres y mujeres son, no sólo desde los “hechos” biológicos sino, como producto de procesos culturales y sociales. En la corriente histórica, Joan Scott (1999) analiza desde el post-estructuralismo y la teoría del lenguaje, la construcción de toda una serie de significados acerca de la diferencia sexual y “el lugar natural” de las mujeres. De tal manera, se crean representaciones de las diferencias sexuales que son codificadas en la lengua. Esta autora evidencia que la construcción de sujetos generizados, se realiza a través de retomar y reafirmar las categorías que han sido construidas como “naturales, fijas e inevitables”. Para Scott (1999) el género no es una categoría fija de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, es más bien un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en la percepción de las diferencias entre los sexos, como una forma esencial que representa relaciones de poder.

Catherine MacKinnon (1989) argumenta que la división clara entre hombres y mujeres se debe a los requerimientos sociales de la heterosexualidad, que institucionaliza el dominio sexual masculino y la sumisión femenina. El sexo deviene entonces en el paradigma de las relaciones sociales, como la vía a través de la cual los hombres dominan y en el que las mujeres son dominadas. Como observan Duby y Perrot (2003), el cuerpo de las mujeres es al mismo tiempo público y privado. Es decir, toda una corriente teórica feminista deconstruye las ideas del “sexo opuesto” y la maternidad como destino, producto de los siglos XVIII y XIX, y develan que no hay nada “natural” en ello, ya que estos “descubrimientos” están estrechamente relacionados con *dinámicas y mecanismos de poder* que incentivan la producción de conocimientos científicos que privilegian las nuevas formas de constituir sujetos generizados en contextos sociales específicos.

El siglo XX y XXI, están atravesados por múltiples significados y luchas a nivel simbólico y político, a raíz de la agitación que ha sacudido al mundo de las mujeres. Ambos

siglos, son testigos de un proceso de transformación profunda y permanente en lo económico, social, cultural y científico-tecnológico. En efecto, las condiciones de vida de algunas mujeres cambiaron significativamente¹⁶ a partir del acceso a la educación, su mayor participación en el mercado laboral, la creciente incidencia del divorcio, el control de la fecundidad, la interrupción legal del embarazo, hasta el ejercicio unilateral de la patria potestad que permiten las nuevas tecnologías de fecundidad. En el siglo XX, uno de los legados históricos de la profesión médica fue la medicalización y necesidad de control de los cuerpos femeninos. Las mujeres y sus cuerpos eran entendidos desde la ciencia médica y el orden social como “naturalmente” designadas para la maternidad y su rol social como madres. Estas “verdades” de la medicina hegemónica serán fuertemente cuestionadas por parte del pensamiento feminista y la sociología médica, porque ambos enfoques estudiaron a la ciencia médica como un agente de control y de construcción social del género en el discurso médico (Waitzkin, 1986; Zola, 1999 y Filc, 2004).

La revisión de la construcción de los cuerpos femeninos a lo largo del tiempo, nos lleva a presumir que “el orden social crea las concepciones biológicas, las cuales sirven para satisfacer las necesidades de quienes tienen el poder, aspiran a él o lo defienden; y la disciplina biológica devuelve con intereses el apoyo que recibe del orden social” (Harding, 1996:112). Por ende, la ciencia médica hegemónica ha contribuido a la dominación de social de género, en la que lo femenino ha sido completamente ignorado por la historia de la medicina. En este sentido, Ehrenreich e English (1990) tuvieron la lucidez teórica para articular el feminismo, la medicina y la política, ya que tal pareciera que los peligros reales para las mujeres se situaban en que la ciencia médica no entendía y exageraba la experiencia femenina, como la menstruación, el embarazo y el parto. Por ejemplo, las autoras argumentan que la visión médica acerca de la menstruación como dolorosa y desequilibrante para las mujeres, justificaba que se les alejara de ocupaciones que requirieran una alta responsabilidad, ya que los más aptos para dichas ocupaciones siempre serían los varones. En cuanto al embarazo, Oakley (1984) analizó el proceso histórico en el que el parto y el embarazo dejaron de ser una forma común de conducta social para convertirse en espacios exclusivos de la medicina. La autora argumenta que desde

¹⁶ Me refiero específicamente a algunas mujeres de clase media y alta que vivieron, sobre todo en el siglo XX y XXI. Sin embargo, cabe resaltar que estas mujeres son todavía una minoría en el mundo.

principios del siglo XX, el embarazo y el parto fueron paulatinamente definidos como fenómenos biológicos, lo cual creó las condiciones para justificar el dominio de la medicina en este campo.

En concordancia, Treichler (1990) menciona que en el discurso médico, el parto es definido como un evento en el que el papel activo es llevado a cabo por los médicos obstetras y el pasivo por la mujer que pare. Martin (1990) analiza el sesgo masculino que prevalece en los textos de medicina, en específico en la forma “objetiva” y “científica” en la que están escritos. Tales textos están repletos de metáforas ideológicas que reproducen y perpetúan la manera masculina de mirar al mundo, al cuerpo femenino y al proceso de reproducción. La autora observó “cómo el cuerpo femenino es descrito como un sistema burocrático de control organizado jerárquicamente, lo cual tiene implicaciones directas en la forma en que diversas funciones femeninas son percibidas” (Martin, 1990. Cit. en Castro y Bronfman, 1998:227). Martin desmitifica la supuesta objetividad y neutralidad de la ciencia médica, y muestra que no existen términos neutrales en los textos científicos. De esta manera, evidencia el valor diferencial y patriarcal incrustado en el discurso médico. En palabras de Rich (1986), el feminismo estudió cómo la medicina tomó aspectos de la experiencia femenina para manipularlos por el pensamiento patriarcal y convertirlos en algo siniestro o perjudicial.

En síntesis, los estudios feministas y sociológicos críticos, aportan una serie de luces e ideas sobre la construcción social del género y de la sexualidad, directamente relacionados con la ciencia médica y los cambios en los significados y las conductas relacionadas con el carácter de la masculinidad y la feminidad a lo largo de los siglos. La medicina se ha aliado con el predominio masculino y el androcentrismo, y ésta “conjunción de la función de la ciencia en la construcción social del género y de la sexualidad con la función del orden social, ha legitimado la autoridad científica, con el fin de aumentar su poder social” (Harding, 1996:118). Así, la comprensión del cuerpo femenino como una construcción humana histórica, responde a un cierto orden social.

Sugerimos que la inestabilidad de la diferencia y de la similitud, están en el corazón de la búsqueda del conocimiento biológico, científico y médico, las cuales están estrechamente relacionadas con los cambios epistemológicos en la esfera política, económica y social. O en palabras de Nietzsche, “*la sexualidad es un trabajo artesanal*”

que inició con la modernidad y el ascenso de la ciencia médica como un espacio de legitimidad. Así, uno de los legados históricos de la ciencia médica fue que las mujeres y sus cuerpos fueron construidos en función del lugar que “naturalmente” les correspondía en el orden social generizado. Nosotros consideramos que uno de los aportes del feminismo y la sociología médica, radica en deconstruir estas “verdades”, y mostrar a la ciencia médica como un agente de control y de construcción social del género (Waitzkin, 1986; Zola, 1999 y Filc, 2004). Veamos a continuación cómo la anticoncepción se relaciona con la medicalización de los cuerpos femeninos.

5.3 Control social. Anticoncepción y la medicalización de los cuerpos femeninos

Entre los temas de estudio del feminismo y la sociología médica están: a) la medicalización de los cuerpos, b) la forma en la que se entendía el cuerpo femenino en el discurso médico y c) la opresión hacia las mujeres en el sistema médico. En un marco en el que la ciencia médica se consolida como un agente de control y de construcción social del género (Waitzkin, 1986; Zola, 1999 y Filc, 2004), el tema de la anticoncepción y el aborto son puntos de inflexión en relación con los roles femeninos, porque apuntan a la posibilidad de que las mujeres puedan controlar su cuerpo y su reproducción.

En la década de los veinte y los treinta, en el marco de políticas de crecimiento de la población, la anticoncepción era considerada como “peligrosa para la salud” porque podía provocar esterilidad y degeneración mental. En gran parte de los médicos, existía un marcado rechazo a la anticoncepción porque se le asociaba con las ideas del siglo XIX de sobre promiscuidad, vicio y prostitución (Lupton, 1994). La anticoncepción en el fondo, despertaba incógnitas a las viejas de ideas de control sobre la “peligrosa” sexualidad desbordante de los cuerpos femeninos. Externamente, desde la década de los cincuenta, el Estado mexicano comenzó a ser presionado para permitir el control de la natalidad para frenar la “explosión demográfica”, bajo el nombre de la planificación familiar (De Barbieri, 1999). Desde entonces, el problema del crecimiento de la población comenzó a ser visto como contrario al desarrollo económico y social. Podemos decir entonces, que a partir de la década de los setenta, la sexualidad comenzó lentamente a desvincularse de la reproducción en la sociedad occidental, gracias al acceso y la distribución masiva de las nuevas tecnologías anticonceptivas.

La medicalización de la reproducción de los cuerpos femeninos en México, cobró fuerza en los setentas, cuando se modificó la *Ley General de Población* que prohibía abiertamente el uso de anticonceptivos. En 1974, inician las políticas para el control de la natalidad a raíz de la modificación al artículo 4to constitucional que buscaba promover la igualdad entre hombres y mujeres. “Como resultado, hubo más acceso a métodos anticonceptivos, a pesar de que el aborto permanecía penalizado. La magnitud de esta modificación constitucional representó una maniobra del Estado para atraer directamente a las mujeres a través de las campañas de planificación familiar” (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008:6). La nueva ley de población abrió la posibilidad de distribuir masivamente a la población femenina, las nuevas tecnologías anticonceptivas llamadas los “métodos modernos”. Estas políticas tuvieron lugar bajo la dirección de la Secretaría de Gobernación que creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) con la finalidad de dar respuesta a las demandas de las mujeres y se reafirmaba el compromiso del gobierno mexicano de lograr la disminución de la tasa de fecundidad como una prioridad nacional (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008). Así, en 1976, se creó la *Coordinación para la Política de la Población*, como uno de los ejes de las políticas de planificación familiar. Su objetivo era promover nuevas normas y valores de comportamiento reproductivo así como distribuir gratuitamente métodos para controlar la fecundidad. Los sectores de la población a las que se dirigían estos esfuerzos eran las mujeres en edad reproductiva. Pero, cabe mencionar que “los contextos sociales, culturales y geográficos, así como las características sociodemográficas individuales, los ideales, percepciones y preferencias reproductivas condicionaron la demanda y uso de estos servicios” (Erviti, 2005:92).

Las feministas mexicanas participaron en el debate sobre la planificación familiar y la medicalización de los cuerpos de las mujeres. En este tema, existían opiniones feministas que mostraban los pros y los contras. Una de las corrientes a favor de la medicalización, argumentaba que los avances en la medicina habían generado cambios positivos en la vida de las mujeres, por los cuales por primera vez en la historia, ellas podían controlar su fecundidad, al poder disponer del propio cuerpo a través de las tecnologías anticonceptivas. Sin embargo, varios estudios de feministas e investigadores desde diversas ramas de estudio, cuestionaron esta premisa ya que en una cultura machista las mujeres no son siempre quienes controlan el uso de las tecnologías anticonceptivas. Una

gran variedad de estudios, han denunciado la falta de respeto a la libertad reproductiva de la mujer, entendida como el acceso a la anticoncepción acompañado de una libre elección individual (Figuroa, 1995; Erviti, 2005).

Esta nueva política gubernamental le dio un papel importante a los prestadores de servicios de salud, sobre todo a los galenos. De Barbieri, enfatiza que los médicos se consolidaron como agentes de dominación y control entre los géneros, ya que “el esposo, la suegra y la madre fueron sustituidos por los prestadores de servicios de salud. Y son éstos quienes ejercen una verdadera tutela para mujeres en edad de procrear” (De Barbieri, 1999:139). Lamas (2001) menciona que en las políticas que tienen que ver con la reproducción en México y en muchos países más, las mujeres no tienen derecho a decidir sobre sus cuerpos, derecho fundamental para decidir sobre sus vidas. Desde esta concepción, hay un claro desprecio hacia la mujer como persona, ya que no cuenta como fin en sí misma, sino que sólo importa como un medio para un fin. Al respecto, Cervantes plantea “el proceso de medicalización de la reproducción, como uno de los obstáculos para el ejercicio de los derechos reproductivos, a lo cual atañe el carácter jerárquico y autoritario de las instituciones de salud” (Cervantes. Cit. en Figuroa, 1995:10).

Figuroa ha destacado “el gran poder que se le atribuye a los prestadores de servicios, en particular referido a los programas de planificación familiar, dentro de un marco de políticas de población y salud” (Figuroa, 1995:5). En este entorno de relaciones de poder desiguales, se identifica al prestador de servicios que *quiere y debe* incidir sobre la población, con base en ciertas expectativas de lo “deseable” socialmente. Así, en relación a la reproducción, la medicina juega el papel de transmitir y reafirmar mensajes ideológicos hegemónicos que tienen como función dirigir el comportamiento del paciente hacia *canales seguros, aceptables y no disruptivos* (Waitzkin, 1986). En ese sentido, va también la propuesta de Figuroa de “desmitificar el trabajo de los prestadores de servicios de salud [...] y darle un papel más activo a la población en el autocuidado de su salud y su reproducción” (Figuroa, 1995:10). En cuanto a desmitificar el trabajo de los prestadores de salud, veamos a continuación, la lucha de las feministas en México por despenalizar el aborto y el poder que ejercen los médicos sobre las mujeres que son “sospechosas” de haberse interrumpido un embarazo.

5.4 La lucha feminista por el aborto y el control social sobre las mujeres que interrumpen sus embarazos

En este apartado se retoma la lucha feminista para despenalizar el aborto en México, y se explora brevemente cómo algunos médicos, desde una visión hegemónica, perciben actualmente a las mujeres que deciden abortar, ya que especialmente ellas, siguen siendo un grupo sobre el cual algunos médicos ejercen control social a través de mecanismos como la penalización de conductas y comportamientos, que desde su perspectiva, son considerados como “desviados” o “inadecuados” al *deber ser* de las mujeres.

En México, “el feminismo tiene una larga trayectoria en la que han estado presentes las demandas en torno a la salud y el derecho al control sobre el propio cuerpo” (González, 1999:20). En el *Primer Congreso Feminista* en 1916, Hermila Galindo exigió igualdad para las mujeres. Uno de los antecedentes de esfuerzos encaminados hacia la despenalización del aborto desde la década de los treinta, con las conocidas activistas marxistas-feministas fundadoras del Frente Único Pro-Derechos de la Mujer, Matilde Rodríguez y Ofelia Domínguez, quienes presentaron una propuesta de despenalización del aborto en el año de 1935 que fue ignorada. Con el transcurso de los años, “en el plano del activismo de las mujeres, no fue sino en el inicio de los setenta que incorporaron a su discurso las especificidades de su posicionamiento como mujeres dentro de la sociedad mexicana” (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008:4).

En este contexto, las feministas, tanto académicas como activistas, lucharon con mayor fuerza en la década de los setenta para desafiar la idea que se había acuñado desde la ciencia médica, de la maternidad como destino “natural” de las mujeres. En los setenta, como ya se mencionó anteriormente, estaba en boga la planificación familiar, pero no podemos pasar por alto que un factor que también ha intervenido en el control de la fecundidad en México ha sido el aborto. Las feministas trajeron el tema al espacio público al afirmar que la incidencia de éste explicaba en parte, la incapacidad de los programas de Planificación Familiar para aportar información suficiente sobre reproducción y anticoncepción a todas las mujeres, y como el elemento necesario para tomar una decisión libre.

Las críticas se dirigían en evidenciar que “las mujeres se convertían en objeto de intervención, en vez de ser sujetos con capacidades para elegir y decidir. No se cuestionaba la exigencia del cumplimiento de metas en un contexto de relaciones desiguales entre el

personal de salud y las mujeres [...]. Lo que da como resultado la imposición de métodos desde la “autoridad técnica” de la profesión médica” (Erviti, 2005:96). En ese sentido, las feministas mexicanas argumentaban que eran necesarios cuatro requisitos mínimos para tener una *maternidad voluntaria*: 1) educación sexual amplia en todos los niveles sociales, 2) un fácil acceso a anticonceptivos seguros y baratos, 3) acceso al aborto legal y accesible para todas las mujeres y 4) la no esterilización de las mujeres sin su consentimiento (Lamas, 2003).

El tema del aborto resurge con la segunda ola feminista en los setenta y la creación del Movimiento Feminista en México, que hizo emerger al espacio público cuestiones sobre la sexualidad y la reproducción. La lucha de las feministas mexicanas se basó en la premisa “mi cuerpo es mío” y “maternidad voluntaria”. Así, la Maternidad voluntaria, es “un término que abarcaba las demandas de las mujeres para tomar la voz y el control sobre sus capacidades reproductivas, así como para expresar su sexualidad en sus propios términos, que emergía como un articulador crítico de las demandas feministas” (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008:5). Cabe resaltar que uno de los logros de las feministas mexicanas fue vincular la necesidad de justicia social con la demanda del aborto seguro y legal (Ortiz-Ortega, 2001).

Durante la segunda mitad de los setentas, “el feminismo fue capaz de ampliar la conciencia pública concerniente al aborto y de crear una cohesión interna alrededor de esta cuestión” (Ortiz-Ortega, 2001:162). Mujeres en Acción solidaria (MAS) y el Movimiento Nacional del las Mujeres (MNM) plantearon públicamente la necesidad de modificar la legislación vigente sobre el aborto en las primeras conferencias sobre el tema en 1972, 1973 y 1974. En ese sentido, “la crítica feminista a las maneras en que la prohibición del aborto implicaba un control legal sobre la capacidad reproductiva de las mujeres, este fue el principal antecedente del estado para legalizar la anticoncepción en 1974” (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008:5).

En 1976, había seis grupos feministas organizados en la Ciudad de México, los cuales se unieron para formar la Coalición de Mujeres Feministas. En este mismo año, se realizó la *Primera Jornada sobre Aborto*. “En ella participaron como aliados, el Dr. Armando Valle Gay, un ginecólogo que atendía en el Hospital General y que fue de los primeros médicos en hacer un registro de las mujeres que llegaban con abortos provocados

al hospital público” (Lamas, 2003:86). De 1976 a 1981, la campaña por conseguir la legalización del aborto se volvió en el eje que articuló a todos los grupos feministas. El año de 1976 fue:

“crucial en la historia de las mujeres debido a la atención que el aborto demandaba. En este contexto, se constituyó por iniciativa del Estado el *Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto* (GIA), el cual no sólo era el responsable de proporcionar, por primera vez en la historia de México, argumentos legales, éticos, filosóficos, económicos y sociales para la legalización del aborto, sino que era un grupo formado por feministas que tenía como tarea hacer recomendaciones sobre las políticas públicas” (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008:6-7).

El 1° de diciembre de 1977, este grupo presentó un proyecto de ley feminista sobre el aborto, que fue llevado con una manifestación a la Cámara de Diputados, pero “según recuerda Esperanza Brito: pasó lo mismo que con todos nuestros documentos: nada” (Ortiz-Ortega, 2001:159). Aunque, “el proyecto de ley se “congeló”, su presentación dio pie a una tremenda campaña de la derecha contra el Partido Comunista y sus aliados” (Lamas, 2003:88). Sin duda, el poco éxito de estas iniciativas se le atribuyó al gran peso de la Iglesia católica, las condiciones sociales y políticas, los cambios presidenciales y la red de relaciones político-institucionales donde se insertaron los grupos de mujeres (Erviti, 2005). A pesar de lo anterior, lo que las feministas sí lograron fue “jugar un rol importante para el reconocimiento de cuestiones relativas al espacio privado y a la integridad del cuerpo, a la salud y a la reproducción, lo cual provocó cambios legales e institucionales” (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008:6).

En contraste, la consecuencia de esta derrota del Movimiento Feminista fue la desmovilización al interior del movimiento y su virtual desintegración a principios de los ochenta (Ortiz-Ortega, 2001). Esta desarticulación del Movimiento Feminista se hizo patente cuando “en la década de los ochenta, el gobierno presentó una propuesta de despenalización del aborto que no fue aprovechada debido a la desunión de los grupos que la promovían” (Tarrés, 1994. Cit. en Erviti, 2005:113). Adicionalmente a la fragmentación del movimiento, coyunturalmente, los costos de las políticas de ajuste estructural y el sismo en la Ciudad de México en 1985, condujeron a las feministas mexicanas¹⁷ a incursionar en nuevos temas como: el movimiento urbano popular, el apoyo a mujeres de escasos recursos que habían perdido sus casas en el temblor y su derecho a la vivienda y la propiedad, el

¹⁷ Cuyas reivindicaciones se articularon principalmente a la maternidad voluntaria, la libre elección sexual y la lucha en contra de la violencia hacia las mujeres (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008).

caso de las costureras y sus condiciones laborales y salariales, y la violencia doméstica. Así, “con la reivindicación *del derecho a tener derechos*, las mujeres organizadas asumieron que la búsqueda de derechos por sí mismos, separada de amplios cuestionamientos a la democracia y a la justicia social, tenía poco significado si no estaban acompañados por las condiciones que hacían posible su reivindicación” (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008:11-12).

A finales la década de los ochenta y principios de los noventa, uno de los logros del movimiento internacional de mujeres -desde la academia y el activismo- fue la revisión crítica de: a) los conceptos biologicistas y naturalistas de la ciencia médica, b) la identidad y roles sociales de mujeres y hombres, para resaltar y analizar sistemáticamente los marcos sociohistóricos en los que se producen y reproducen, y c) la vinculación con las relaciones de poder sociales y sus riesgos y necesidades específicas en materia de salud (Cátedra UNESCO-FLACSO, 2008). Sin duda, las contribuciones del feminismo se sustentan en la larga historia de movilización de las mujeres por sus derechos, tanto en el ámbito internacional como nacional. Consideramos que fueron las presiones ejercidas por estos movimientos las que obligaron a los organismos multilaterales a tomar en cuenta e incorporar las demandas de las mujeres (González, 1999).

Las conferencias internacionales organizadas por las Naciones Unidas, El Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo e importantes agencias y fundaciones estadounidenses como la Fundación Ford y la Fundación MacArthur, contribuyeron para consolidar un paradigma o enfoque de salud reproductiva¹⁸. Se redimensionó el tema del aborto y se validó en la comunidad internacional el concepto de los derechos sexuales y reproductivos.

“Tales conferencias trajeron asuntos de género de todo el mundo, produciendo un cambio paradigmático, y a nivel local, estos eventos dieron a las organizaciones de mujeres la oportunidad de negociar internamente por sus derechos, los cuales estaban siendo reconocidos, así como los significados se que esperaba que estos alcanzaran: políticas de igualdad y equidad de oportunidades, acciones afirmativas y representación política” (Ortiz-Ortega y Barquet, 2008:14).

El impulso de las diversas agencias internacionales fue fundamental para avanzar en la discusión internacional y nacional del aborto. En México, a medida que las “feministas

¹⁸El enfoque de salud reproductiva intenta superar las limitaciones de los enfoque demográficos reduccionistas y se propone lograr un compromiso entre los gobiernos y la sociedad ara mejorar la salud reproductiva en la capacidad de la población de reproducirse y regular su fecundidad. (González, 1999).

recibieron mayores recursos financieros y conceptuales, se encontraron mejor equipadas para participar [...] y aprovecharon su nuevo estatus para difundir información y participar en negociaciones con diputados, médicos y legisladores interesados en la defensa del aborto legal” (Ortiz-Ortega, 2001:208). En este contexto, las Organizaciones No Gubernamentales¹⁹ también funcionaron como una plataforma de acción para las mujeres cuya participación había sido negada. Entre dichas organizaciones que lograron construir una voz importante en el tema del aborto sobresalen: El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Salud Integral para la Mujer (SIPAM), Católicas por el Derecho a Decidir, IPAS México, el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos y el Grupo de Educación para Mujeres (GEM). Estas organizaciones, ocupan actualmente un espacio importante en la demanda pública del reconocimiento del aborto como parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Aunque cabe mencionar que el énfasis que las organizaciones feministas ponen no necesariamente es compartido por otras organizaciones civiles e instituciones (González, 1999).

En los años de 1999 y el 2000, los argumentos expuestos por las feministas tuvieron eco a nivel nacional con el caso emblemático de Paulina que llegó a GIRE. En palabras de Marta Lamas, este caso va *del drama personal a la batalla política* porque da cuenta de las múltiples obstrucciones burocráticas por parte del personal del Hospital General de Mexicali y el Procurador de Justicia del Estado de Baja California; así como de la imposibilidad de Paulina para ejercer su derecho a interrumpir un embarazo por violación. Al respecto, Ismael Ávila, director del hospital, se negó a practicar el aborto por objeción de conciencia. “El manejo político del caso se hizo evidente en la medida que las autoridades del hospital permitieron que integrantes de *Pro vida* se presentaran en la habitación de Paulina para persuadirla de que no abortara [...]; o bien, cuando el director del hospital le da información a la madre de que su hija moriría o quedaría estéril si abortaba” (Ortiz-Ortega, 2001:220).

El caso de Paulina mostró, entre otras cosas, que era responsabilidad del Estado mexicano “garantizar la atención médica, expedita y confidencial, a las personas que

¹⁹“El escenario público fue politizado al extremo y la respuesta de las mujeres a tales condiciones estuvo marcada por un cambio definitivo hacia la ciudadanía: la mayoría de las organizaciones existentes o las que habían sido formadas recientemente, incluyeron o añadieron de manera estricta y específica actividades políticas y demandas en el centro de sus inquietudes” (Barquet 1997. Cit. Ortiz-Ortega y Barquet, 2008: 12).

acudieran a las instituciones de salud solicitando un aborto legal” (Lamas, 2001: 6). Los puntos más importantes que defendieron las feministas mexicanas fue el derecho a decidir y las nociones de responsabilidad moral ante una maternidad que no se puede asumir socioculturalmente o económicamente. “Paulina quiso interrumpir ese embarazo y tenía derecho a hacerlo. Ella tenía derecho a elegir cuándo y con quién ser madre, y no que se impusiera una maternidad conflictiva y sin compañero a los catorce años [...]. Su drama personal se ha convertido en una batalla política” (Lamas, 2008:7-8). *La herida Paulina*, como la llamó Elena Poniatowska, abrió el debate nacional en torno al aborto y sensibilizó a una parte de la población. Esto sentó el terreno para que el 18 de agosto de 2000, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobara la llamada *Ley Robles* que ampliaba las causales de aborto legal. Adicionalmente, la reforma también precisó la obligación de las instituciones de salud de proporcionar información objetiva, veraz y suficiente para que las mujeres pudieran tomar una decisión de manera libre, informada y responsable.

Las reformas de 2000 y 2003 al *Código Penal* y a la *Ley de Salud del DF* en materia de aborto sentaron las bases para que las mujeres que así lo decidieran pudieran acceder a una Interrupción Legal del Embarazo (ILE) que contemplaban las causales hasta ese momento. Sin embargo, el estudio realizado por *Human Rights Watch* (2006), muestra que en los casos en los que una mujer embarazada víctima de violación denunciaba la agresión sufrida e insistía en su decisión de realizarse un aborto, se iniciaba una serie de obstáculos que limitaban sus posibilidades para acceder a un aborto legal. Tanto en la Ciudad de México como en Morelos, la prestación de servicios de aborto legal por violación se alejaba de los procedimientos²⁰; y a pesar de dichos lineamientos, el personal de salud y los funcionarios públicos optaron por “esconder” los servicios de aborto legal.

De esta manera, consideramos que existe en la literatura evidencia de que los médicos tienden a reforzar el control social y de género, aunque no sean completamente conscientes de ello. No podemos olvidar que en el ejercicio profesional, “el médico se rige no sólo por sus conocimientos sino también por sus valores latentes” (Zola, 1999:38). Al tratar al aborto como un simple hecho individual, se “despolitiza” (Waitzkin, 1986) y sólo se trata de mujeres “desviadas sociales” o “transgresoras” que son objeto de intervención,

²⁰ El Ministerio Público debe de autorizar la interrupción legal del embarazo en un periodo máximo de 24 horas y los hospitales deben de practicar el aborto de manera gratuita en un tiempo máximo de 5 días.

en vez de ser consideradas como sujetos con capacidades para elegir y decidir (Erviti, 2005).

Como todo orden institucional, “el sector salud está atravesado por un orden de género desigual y discriminatorio, que se refleja en la modalidad de organización del sistema de salud, sus jerarquías, la distribución y promoción de recursos humanos, los discursos y las prácticas” (Cátedra UNESCO-FLACSO, 2008). En el nivel de las mujeres que reciben el servicio, “en América Latina está bien documentado el tratamiento poco atento y los insultos por parte del personal de los servicios de salud hacia las mujeres que demandan tratamiento por complicaciones de aborto” (Berer, 2006:124). En la atención que se da a las mujeres en hospitales públicos, ellas son estigmatizadas y son objeto de “sospecha” que abarca el aborto espontáneo e inducido (Erviti, 2006).

Desde una perspectiva de la medicina hegemónica como una forma de control social, en el nivel de la prestación y el acceso de servicios salud, “en tanto agentes sociales [...] los médicos están activamente involucrados en la producción y reproducción de una estructura médica de dominación cuyas estrategias de reproducción impactan más allá del campo médico, pues involucran a la sociedad en su conjunto” (Erviti *et al.*, 2006:659). De tal suerte, de acuerdo con Erviti *et al.*, los médicos que practican abortos se convierten también en sujetos sobre los que se ejercen acciones de condena moral y de segregación profesional, como parte de una estrategia de control social. Por tanto, los médicos²¹ que aprueban y realizan abortos viven en su entorno un castigo²² simbólico y cultural porque cargan con la “culpa”. Sin duda la condena social y legal sobre el aborto en México, así como las normas y los valores sociales en torno a la sexualidad y la reproducción, impactan en la vivencia del aborto de las mujeres.

Finalmente, las restricciones legales a la interrupción del embarazo cambiaron en el Distrito Federal cuando el 24 de abril de 2007, la Asamblea Legislativa despenalizó el aborto con 46 votos a favor, 19 en contra y 1 abstención. Este día, se concretó una de las

²¹ Generalmente le dejan “la tarea” a los residentes o la mujer recién egresada. Es decir, quienes realizan los procedimientos de aborto son los médicos de menor en jerarquía.

²² El mito de la “objetividad” y la “neutralidad” se debe, de acuerdo con Zola (1999) a dos puntos ciegos culturales e históricos. Uno de ellos se relaciona con nuestras nociones de castigo, y el segundo con las ideas de responsabilidad moral. El castigo no puede verse solamente en términos físicos ni desde quien lo administra ya que los pacientes pueden ver su enfermedad como un castigo. El segundo tiene que ver con la condena a la enfermedad misma debido a que se piensa que el criminal es responsable y que por tanto se le puede culpar (o castigar) por sus actos.

luchas históricas del feminismo en México y abrió la posibilidad para todas las capitalinas, sin distinción alguna, pudieran elegir si desean continuar con un embarazo o no. Este acontecimiento de gran importancia, abre las posibilidades para retomar uno de los ejes del movimiento feminista desde una mirada fresca y poco explorada: el trabajo de una organización civil en la Ciudad de México que presta servicios de interrupción legal del embarazo.

5.5 El origen de un cambio: El movimiento feminista y la sensibilización de algunos prestadores de servicios médicos sobre el derecho a decidir

En este apartado, se retomará la importancia de las ideas feministas en la sensibilización de ciertos prestadores de servicios sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo y su reproducción. Posteriormente, se hará una contextualización del momento en que las organizaciones feministas y algunos prestadores de servicios de salud iniciaron sus esfuerzos para involucrarse en *el derecho de las mujeres a tener derechos* y disponer de servicios de atención seguros; y cómo esos modelos se ubican en una posición diferente frente al ejercicio de la medicina hegemónica y las estrategias de control social sobre las mujeres. En términos teórico-conceptuales, nos centraremos en el modelo de atención del Dr. Villareal. Nosotros presumimos que el modelo analizado parte desde otras coordenadas con respecto a la medicina hegemónica, debido a que tiene como rasgo la defensa de la vida de las mujeres desde una perspectiva de derechos.

Los aportes de la teoría y el movimiento feminista dejaron una huella importante en la sociedad mexicana y Latinoamericana, a raíz de traer a la escena pública un tema que se había considerado como un problema netamente privado y de alto rechazo social: el aborto. Como mencionamos anteriormente, la lucha feminista en nuestro país se articuló desde la década de los setenta bajo la premisa “mi cuerpo es mío” y “maternidad voluntaria”²³. Esta lucha sembró la semilla para pensar que las mujeres debían de tomar una voz activa sobre el control de sus capacidades reproductivas y expresar su sexualidad en sus propios términos. Por primera vez, la maternidad fue enfocada como un deseo personal, en el que cada mujer debería de tener la capacidad de elegir. Subrayamos que estas ideas fueron articuladas gracias a los aportes del feminismo, el énfasis estaba en que “la salud

²³ De acuerdo con Marta Lamas (2001), no es casualidad que el movimiento feminista en México fuera identificado por grupos conservadores como abortista.

estaba mediada por la posición subordinada de las mujeres y los obstáculos a su autonomía, que provenían de ideas retomadas de las principales banderas del feminismo que han estado ineludiblemente ligadas a la reproducción, por el peso y significado de la maternidad en la condición femenina” (González, 1999:19). Otra de las grandes contribuciones del feminismo es que le otorga a las mujeres la posibilidad de ser actrices de su propio destino. Así, la decisión de continuar un embarazo o no, recae en la mujer como un sujeto capaz de tomar sus propias decisiones. Sin duda, la terminación de embarazos indeseados ha sido una “reivindicación central y permanente en el movimiento feminista, junto a las que se refieren a los derechos cívicos de las mujeres” (González, 1999:19).

En el caso de la medicina hegemónica, desde las voces disidentes de algunos médicos y prestadores de servicios, nosotros sugerimos que se dio un cambio de coordenadas. Paulatinamente, estos profesionales disidentes generaron cambios en la relación jerárquica médico-paciente marcada por el control social y el ejercicio del poder a través de *su saber-poder*, hacia una relación en la que la mujer es un agente moral capaz de tomar sus propias decisiones y es sujeto de derechos. En estas nuevas coordenadas, se considera a la mujer, su salud y su vida, como el centro de la atención y cada una de ellas es un sujeto capaz de decidir. De tal forma, desde esta mirada, la maternidad es una elección y no una imposición biológica y social. La interrupción del embarazo, desde estas nuevas coordenadas, es una opción que algunos prestadores de servicios sensibles hacen posible a las mujeres. En esta posición, ellas tienen todo el derecho a decidir sobre su cuerpo, sus capacidades reproductivas y su sexualidad.

De estas ideas es de las que se nutre un profesional de la salud: el Dr. Jorge Villareal²⁴. Él parte desde estas nuevas coordenadas para la práctica profesional, que a diferencia de la medicina hegemónica, tiene como tema específico la defensa de la vida de las mujeres desde una perspectiva de los derechos que implica -entre otras cosas- prestar servicios de calidad, percibir las como sujetos con derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida, y aceptar que ellas son agentes morales capaces de tomar sus propias decisiones.

En la década de los setenta, coinciden los esfuerzos de las feministas con las inquietudes del Dr. Villareal, en el sentido que las feministas mexicanas vincularon la

²⁴ No fue el único, existieron también esfuerzos similares en Uruguay, encabezados por los médicos Faúndes y Barzelatto.

necesidad de justicia social con la demanda del aborto seguro y legal, y ampliaron la conciencia pública concerniente al aborto. En su práctica profesional el Dr. Villareal, como médico-obstetra en los servicios de emergencia en hospitales públicos en Bogotá, observó: a) la muerte y los enormes costos físicos y emocionales de las mujeres que decidían abortar –ellas mismas con remedios caseros o llevados a cabo por personal no calificado-, y b) el maltrato y el estigma vivido por estas mujeres debido al abuso y maltrato de ciertos profesionales de la salud. Este médico no se ajustó a la posición hegemónica y fue crítico al orden social y el rol de la institución médica en el tema del aborto. De tal forma, respondió específicamente a las necesidades de las mujeres que llegaban con complicaciones por abortos mal practicados a los hospitales públicos. Esta experiencia fue semejante en la Ciudad de México y en el trabajo de algunas organizaciones feministas.

El Dr. Villareal parte desde una posición crítica a la medicina hegemónica y del control estigmatizador que se ejercía, por parte de algunos profesionales de la salud, a las mujeres en esta situación. El fundamento conceptual de este modelo crítico partió de la valoración de la vida de las mujeres desde una perspectiva de los derechos humanos y del derecho a la salud. Los principios fundamentales del enfoque de la salud basado en los derechos humanos se anclan en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que consiste en: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Cit. en Cátedra UNESCO-FLACSO, 2008). Desde esta perspectiva, se contempla respetar la dignidad humana, prestar atención a los grupos socialmente vulnerables, garantizar el acceso al sistema de salud, adoptar una perspectiva de género, garantizar la igualdad y la no discriminación, garantizar la participación y promover y proteger el derecho a la educación (Cátedra UNESCO-FLACSO, 2008).

En ese tenor, en 1977 se pone en marcha el primer modelo de atención integral²⁵ a mujeres en situación de aborto en América Latina²⁶ basado en esta orientación crítica. Así, “desde su creación, Oriéntame ha sido la única institución de su género en América Latina especializada en la investigación y prevención del embarazo indeseado y en el tratamiento

²⁵ En Bogotá, el 7 de septiembre de 1977, nació la Unidad de Orientación y Asistencia Materna, reconocida por el Ministerio de Salud como entidad privada, de carácter social, sin fines de lucro.

²⁶ De acuerdo con las causales de que la ley colombiana permitía en ese momento.

ambulatorio del aborto incompleto” (Oriéntame, 2008). La prestación de servicios médicos inicialmente consistía en: a) dar servicios de forma oportuna, la realización de intervenciones ambulatorias²⁷ con anestesia local y técnicas mucho menos riesgosas para la salud de la mujer, y b) el tratamiento ambulatorio del aborto incompleto. Oriéntame vinculó su trabajo con la necesidad de justicia social en la prestación de servicios de aborto seguro y legal, al establecer “tarifas al alcance de todas las usuarias y parejas, independientemente de su capacidad económica o condición social” (Oriéntame, 2008). Esto es de suma importancia en América Latina, ya que el aborto es un problema de justicia social, puesto que las mujeres de ingresos altos y medios pueden acceder a servicios de aborto seguro a través de viajes al extranjero o en sus países mediante la medicina privada, aunque legalmente esté penalizado.

Si bien, el contenido del modelo del Dr. Villareal no tiene explícitamente un contenido feminista, sí comparte algunas de las premisas del movimiento feminista como: a) vincular la necesidad de justicia social con la demanda del aborto seguro y legal, b) el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y c) la posibilidad de todas las mujeres de poder acceder a servicios de aborto seguro. Y sobre todo, desde este modelo de atención se toma a las mujeres como sujetos morales y capaces de tomar sus decisiones. En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, en la vanguardia de los noventa, el desarrollo conceptual y político impulsó el reconocimiento de estos derechos por parte del gobierno mexicano gracias a las presiones por parte de los organismos internacionales. En la prestación de servicios de salud, el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos también implicó un reajuste de coordenadas para la medicina hegemónica en la práctica ya que se comienza a considerar las pacientes con capacidad moral y con derechos que deben de ser respetados por el profesional de la salud.

Correa y Petchesky (1994) enfatizaron que era importante tomar en cuenta las condiciones materiales con que cuentan las personas, particularmente las mujeres. Los planteamientos de estas autoras, son citados como ejemplos del esfuerzo por articular las ideas emanadas desde el movimiento internacional de mujeres a un contexto analítico más amplio. Cabe destacar que el trabajo de ambas autoras sobresale no sólo por su desarrollo

²⁷ Es decir, no es necesario llevarlo a cabo en un hospital ya que la anestesia local, le permite a la paciente recuperar a las pocas horas del procedimiento su vida normal.

teórico-conceptual, sino por su capacidad para colocar estas ideas en el ámbito de referencia internacional. De tal manera, el surgimiento de los derechos sexuales está estrechamente entrelazado con el movimiento internacional de mujeres como interlocutor con el Estado y los organismos internacionales, ya que esta redefinición vino acompañada de una mirada diferente en el debate sobre la ciudadanía, el desarrollo y los derechos humanos con una perspectiva de género.

En este contexto, con los derechos sexuales y reproductivos en boga en la década de los noventa, el modelo de atención del Dr. Villareal experimenta una fase de expansión con el surgimiento de la Fundación de la Educación para la Salud Reproductiva (ESAR) que da una respuesta a la conciencia pública de los prestadores de servicios de salud en su práctica profesional. ESAR tiene el objetivo de capacitar a profesionales de la salud en Colombia y otros países de Latinoamérica en el modelo del Dr. Villareal. Y a los trabajadores de la salud interesados, se les capacita “en la prevención y manejo integral del embarazo indeseado y el tratamiento ambulatorio del aborto incompleto, como la estrategia central con la cual ESAR cumple su cometido de llevar servicios oportunos al mayor número posible de mujeres en América Latina” (Oriéntame, 2008).

De esta forma, son capacitados por ESAR algunos profesionales de la salud mexicanos que fundan en la Ciudad de México una organización civil para prestar servicios de interrupción legal del embarazo de acuerdo con este modelo de atención. Sin embargo, cabe mencionar que el modelo del Dr. Villareal no es el único esfuerzo en América Latina y México que presta servicios para la interrupción legal del embarazo. Existen otros esfuerzos importantes como: el modelo de Marie Stopes International (Reino Unido)²⁸; el modelo de la organización Iniciativas Sanitarias del Dr. Faúndes y Barzelatto²⁹ (Uruguay); el modelo de la organización Whole Women’s Health (Estados Unidos); el modelo de IPAS (Estados Unidos), el modelo de Madreselva (Costa Rica), entre otros. En la Ciudad de México además de la organización que trabaja con el modelo del Dr. Villareal, también tiene presencia Marie Stopes México. Veamos con más detalle a

²⁸ Iniciaron prestando servicios en el estado de Chiapas y posteriormente en el Distrito Federal.

²⁹ El modelo de atención con el que trabaja Iniciativas Sanitarias, comparte con el modelo del Dr. Villareal que ambos surgen del compromiso de profesionales de la salud que al ver en su práctica profesional en hospitales públicos la muerte y el sufrimiento de las mujeres por complicaciones de aborto, deciden actuar y salvar vidas.

continuación, en qué consiste el cambio de coordenadas del modelo del Dr. Villareal con respecto a la medicina hegemónica.

5.6 Cambio de coordenadas frente a la medicina hegemónica: las mujeres como sujetos con derechos

Tenemos indicios de que el cambio de coordenadas del modelo de atención a estudiar con respecto a la medicina hegemónica, tiene dos momentos importantes: 1. en sus inicios, en la década de los setenta y ochenta, que buscaba salvar la vida de las mujeres, y 2. el nuevo paradigma de los derechos sexuales y reproductivos, que introduce la visión de las mujeres como sujetos con derechos.

Inicialmente, los esfuerzos del Dr. Villareal se dirigieron a dar respuesta al problema práctico de prestación de servicios de interrupción del embarazo, en un contexto completamente restrictivo en Colombia, a finales de la década de los setentas. El modelo de atención del Dr. Villareal parte desde un cuestionamiento y una postura crítica a algunos preceptos de la medicina hegemónica, en el que las mujeres y sus cuerpos son entendidos desde la ciencia médica hegemónica y el orden social como “naturalmente” designados para la maternidad y su rol social como madres³⁰.

En cambio en el modelo de atención estudiado, la protección de la vida de las mujeres consistía en prestar servicios de calidad y de forma oportuna, sin importar su capacidad económica o su condición social. Este modelo y sus prestadores de servicios son sensibles, al tomar en cuenta las determinantes sociales de la salud, en las que el acceso o no a los servicios de aborto seguro, se interrelaciona con la posición socioeconómica de las mujeres y su posibilidad material y emocional de asumir o no la maternidad.

A partir de la década de los noventa en adelante, en la teoría y la práctica, el reto era lograr articular e integrar plenamente los derechos sexuales al universo de los derechos humanos (Hinojosa, 2008). En estos esfuerzos pioneros de articulación de los derechos de las mujeres, es que se ubica la prestación de servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México por parte de la organización civil fundada por médicos y profesionales de la salud capacitados por la Fundación ESAR. Pensamos que esta organización civil en el Distrito Federal parte desde una perspectiva de género, porque considera que los grupos a

³⁰ Quisiera precisar que este cuestionamiento no se da en la teoría, pero sí en la práctica profesional de prestación de servicios a mujeres en situación de aborto.

los que dirige sus acciones deben ser los protagonistas de su salud, en lugar de recipientes pasivos (González, 1999).

En la práctica profesional, este modelo de atención retoma del movimiento internacional de mujeres y los organismos internacionales, el discurso de los derechos sexuales y reproductivos en la prestación de servicios de interrupción del embarazo, desde tres de los principios que formularon Correa y Petchesky (1994): 1. el respeto a la autodeterminación sobre la sexualidad y la reproducción, 2. la igualdad en el acceso a los servicios de salud y 3. el respeto a las diferencias, en el que se reconoce a las mujeres el derecho a hablar y ser escuchadas en sus propios términos.

Sugerimos que el respeto a la autodeterminación de las mujeres sobre su sexualidad y su reproducción, se observará en los servicios de orientación como el espacio en el que las mujeres deciden si es mejor para ellas interrumpir o continuar con el embarazo. En la orientación, presumimos que se reconocen las diferencias y la pluralidad de mujeres que solicitan los servicios de salud de esta organización civil, ya que se les brinda la posibilidad de hablar y ser escuchadas. Así, estos profesionales de la salud podrían dar una respuesta específica a las necesidades individuales de las mujeres desde un ambiente de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos. Y en cuanto a la igualdad en el acceso a los servicios de salud, tenemos indicios de que en la prestación de los servicios se tiene una diferenciación de tarifas, y ésta se define de acuerdo a las posibilidades de pago de las consultantes.

En el tema de la autodeterminación, consideramos que la orientación tiene como foco de atención a la mujer y sus necesidades, en el que los prestadores de servicios asumen un papel de escucha que les permite tener una idea y responder a las necesidades específicas de cada mujer y pareja. En la orientación, tenemos conocimiento de que se le presenta a la mujer una serie de posibilidades acerca de su vida futura y si desea continuar o interrumpir un embarazo. En contexto, se daría la toma de decisiones, en el que la mujer es acompañada y decide voluntariamente su maternidad o su deseo de postergarla. En este modelo a estudiar, presumimos que es un derecho de las mujeres decidir sobre su propio cuerpo y tener un servicio de orientación que las escuche, basado en la no coerción, el respeto y la responsabilidad. Desde esta postura, sugerimos que estamos hablando de un cambio de coordenadas con respecto a la medicina hegemónica en: la relación médico-paciente.

Desde la reflexión teórica, consideramos que este modelo de atención sienta precedentes importantes. Por una parte, en el caso de las mujeres, ellas reciben servicios de aborto basados en el respeto, la protección de sus derechos sexuales y reproductivos, y en percibir las como sujetos con capacidad moral. Y por otra, desde la práctica médica, se desmitifican las nociones de conocimiento médico presentadas como verdades incuestionables y “objetivas”. Se genera un cambio de coordenadas hacia el acompañamiento, como una vía para validar la experiencia propia de las mujeres sobre sus cuerpos y sus sentimientos. En ese sentido, el foco de atención de los servicios estaría en las mujeres como sujetos morales. Pensamos que este modelo implica un cambio de coordenadas con respecto al ejercicio de la medicina hegemónica. Estos cambios operarían en: a) la relación médico-paciente y b) en las actitudes de los profesionales de la salud con respecto al aborto. En la relación médico-paciente, el prestador de servicios tiene un diálogo más abierto y sensible con la mujer durante toda la atención. Y en las actitudes de los médicos y orientadoras, suponemos que se parte de un trato respetuoso y de no coerción que toma en cuenta tanto las necesidades físicas como emocionales de las mujeres. Así, la maternidad sería vista por estos prestadores de servicios como voluntaria y no como parte del destino “natural” y del “deber ser” de las mujeres.

Finalmente, los nuevos retos para el futuro de este modelo de atención y sus prestadores de servicios, están en la capacidad de Oriéntame y ESAR de seguir expandiendo su alcance en Latinoamérica. Sin duda, los esfuerzos de capacitación tienen un efecto multiplicador que permite que pueda ser replicado y adaptado a otros países. Por ende, este modelo de atención ha sido un ejemplo y un referente importante para otras organizaciones civiles en México y en América Latina. Lo anterior, lo pudimos constatar en la *III Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe*, realizada por el Population Council en 2008, en donde se expusieron los avances, retos y la trayectoria (31 años), que dan muestra de la permanencia de estos servicios. Pasemos entonces al siguiente capítulo en el que se desarrollará con profundidad los hallazgos en el trabajo de campo y el análisis de las entrevistas con médicos, orientadoras, mujeres y parejas.

VI. Los hallazgos de la investigación

6. Desde la mirada de los prestadores de servicios que trabajan en una asociación civil: médicos y orientadoras

En el presente capítulo, el énfasis está en poder vislumbrar el objetivo general de nuestra investigación que consiste en *comprender si existen diferencias entre la visión médica hegemónica y el modelo de atención del Dr. Villareal en una organización no gubernamental en el D.F.; y si las mujeres que acuden a este espacio de la sociedad civil, se experimentan a sí mismas como sujetos con derecho a tener derechos.* Con esta finalidad, se recurrió a dos estrategias diferentes, la primera es directa y corresponde a los significados que los médicos y orientadoras estudiados, le dan al modelo de atención del Dr. Villareal y a su labor en la organización en torno a diversos temas de nuestro interés. Y la segunda, es indirecta y corresponde a la observación de prácticas y relaciones sociales que tienen lugar en la rutina cotidiana de las personas que aquí trabajan durante las sesiones de orientación. A continuación, se retoma el material transcrito de las entrevistas que corresponde a un discurso hablado, con una extensión variable, según como lo ameritó el análisis de los testimonios.

Este capítulo se estructura de la siguiente manera: en primer lugar se desarrolla, en la sección *6.1 Un modelo de atención centrado en las necesidades de las mujeres.* Lo haremos desde la visión de los médicos y orientadoras que prestan sus servicios en la organización civil en la que se centra nuestro estudio. Consideramos que esto nos permitirá *mostrar los contrastes discursivos entre las narraciones de los prestadores de servicios estudiados y el discurso médico hegemónico.* En la sección *6.2 Presentación de una organización que hace posible el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.* Tratamos de comprender el funcionamiento de dicho modelo de atención, debido a que surge en un contexto legal restrictivo. Posteriormente, en el apartado *6.2.1 Posicionamiento organizacional y servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen a las mujeres y a las parejas,* ponemos el énfasis en el cuestionamiento: *¿Cuáles son las visiones de los prestadores de servicios de este modelo con respecto a la visión de la medicina hegemónica?* A continuación, se desarrolla el apartado *6.2.2 Rasgos de un modelo de atención centrado en las necesidades de las mujeres desde la perspectiva de los prestadores de servicios.* Pensamos que para conocer el significado que le atribuyen estos

prestadores de servicios a su labor, es importante escuchar a los médicos y las orientadoras, con la finalidad de construir un mosaico en el que tengan cabida todas las voces.

La sección, *6.3 Reconstruyendo experiencias desde la voz de sus protagonistas: médicos y orientadoras*, se integra por tres partes: *6.3.1 Experiencias que definieron caminos profesionales y de crecimiento personal de los médicos*, seguido de *6.3.2 Experiencias de vida y de crecimiento personal y profesional de las orientadoras*, y *6.3.3 Retos profesionales y personales de los médicos pioneros en la construcción de la organización*. Queremos darles la palabra a los dos médicos que con su compromiso y empeño lo hicieron posible. Nos adentraremos en comprender de dónde proviene su compromiso de prestar servicios de interrupción del embarazo a las mujeres en dos temáticas: a) porqué ellos decidieron estudiar medicina y b) algunas de las experiencias que les marcaron en su trayectoria profesional previa y los motivaron a involucrarse en este tema. Sugerimos que conocer sus experiencias, nos permitirá adentrarnos en nuestro objetivo de investigación que pretende *mostrar los contrastes discursivos entre las narraciones de los prestadores de servicios y el discurso médico hegemónico*.

Posteriormente, nos adentramos en explorar *6.4 Una mirada a las tensiones, contradicciones y retos*. Este apartado se compone de tres secciones que tratan, desde diferentes momentos, los miedos, las tensiones y contradicciones de los prestadores de servicios en un contexto restrictivo. Seguido de los retos que enfrentan actualmente a partir de la despenalización. En la sección *6.4.1 La reafirmación de un orden de género. Control social, estigma y ética médica laica*. Veremos las dificultades personales y los retos a los que hicieron frente los pioneros de la organización en un marco de control social y de estigma. La finalidad es *observar las tensiones y contradicciones de estos profesionales de la salud frente a las restricciones médicas, legales, sociales y culturales en un contexto no favorable para la interrupción del embarazo*. En el apartado *6.4.2 Hegemonía, normalidad y autocensura en la formación de redes de prestadores de servicios*. Nos centramos en observar a qué dificultades se enfrentaron estos médicos pioneros con las visiones de la medicina hegemónica, la normalidad y la autocensura en la formación de redes de prestadores de servicios capacitados. Y finalmente, en el apartado *6.4.3 Claroscuros a partir de la despenalización del aborto. Matices desde la experiencia de una organización y sus prestadores de servicios*, nos adentramos en los cambios del trabajo en la

organización civil donde centramos nuestro estudio así como sus prestadores de servicios, a partir de la despenalización del aborto en el Distrito Federal en el 2007. Aquí nos interesa *conocer cómo impacta en la prestación de servicios en esta organización, un contexto legal, social y cultural mucho más favorable*. Una vez trazado el mapa que vamos a seguir, sigamos los pasos.

6.1 Un modelo de atención centrado en las necesidades de las mujeres

Como un primer momento para ubicar la mirada de los hallazgos de la investigación, recordemos que en el marco teórico, se mencionó que paulatinamente se han dado cambios en la percepción social del tema de la interrupción del embarazo, producto del trabajo del movimiento feminista internacional, que ha logrado posicionar a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el marco de los derechos humanos. En México, desde la década de los setenta, la interrupción del embarazo tiene la mirada feminista de la “maternidad voluntaria” y la ética feminista que considera la protección de la vida porque “los fetos están alojados en los cuerpos de las mujeres” (Sherwin, 1996:112). En contraste, en la defensa de la vida, también están otros que defienden la vida desde la concepción. Sin embargo, en esta posición “no se considera que una mujer sea una persona con la capacidad y el derecho de tomar decisiones morales sobre el cuerpo y el producto de éste, lo que le confiere su posición de ser humano moral, libre y digno que elige con base en sus valores y creencias” (Hierro, 2003:63). En ese sentido, si las mujeres no pueden separar su sexualidad de la procreación, entonces son esclavas de sus maternidades.

Las ideas en torno a la defensa de la vida han nutrido a algunos prestadores de servicios conscientes de los derechos humanos, así como de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Entre ellos está el Dr. Jorge Villareal. Nosotros sugerimos que él partió de nuevas coordenadas en el ejercicio de la medicina, con la finalidad de defender y proteger la vida de las mujeres desde una perspectiva de derechos que implicó: prestar servicios de calidad, respetar que las mujeres son sujetos con derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida, y aceptar que ellas son agentes morales capaces de tomar sus propias decisiones. Tenemos indicios de que en este posicionamiento, se están gestando reconfiguraciones en el eje conceptual: *poder médico, control social y género*.

Inicialmente, el Dr. Villareal buscaba dar respuesta a las necesidades de salud de las

mujeres colombianas, pero su actuar implica “rebasar ciertos límites” (ED01)³¹. La idea de límite nos refiere a una línea a la vez real e imaginaria que separa dos terrenos. En el caso del Dr. Villareal, la línea de ruptura de lo real estaba ubicada en el contexto y las restricciones legales, médicas y sociales en torno al aborto. Y la línea imaginaria estaba en la dimensión de la subjetividad de este médico. Él se basó en escuchar a su conciencia, enfrentarse a sus propios miedos y actuar al respecto porque “él debía de hacer algo” (ED01) y sentía la obligación moral de hacerlo. El Dr. Villareal tomó como propia la causa de proteger la vida de las mujeres a través de la prestación de servicios seguros de atención post-aborto y de aborto legal. En ese sentido, el Dr. Villareal es un profesional médico que no se ajustó del todo a la posición de la medicina hegemónica y fue crítico al rol de la institución médica en el tema del aborto.

En 1977 puso en marcha el primer modelo de atención integral a mujeres en situación de aborto en América Latina, basado en una práctica crítica a la medicina hegemónica, las actitudes punitivas de los profesionales en la relación médico-paciente y en la posición de las mujeres. Consideramos que el modelo de atención del Dr. Villareal fue pionero en su trabajo porque se llevó a cabo en la realidad Latinoamericana, ya que incursionó tempranamente en la prestación de servicios a las mujeres con complicaciones derivadas del embarazo fuera de un marco hospitalario normalizador. Este modelo estaba centrado en responder a las necesidades médicas, emocionales y sociales de las mujeres, tomando en cuenta su capacidad de pago y la atención incluyente a las personas que las acompañan y que están involucradas emocional y afectivamente como: pareja, familiares y amigos.

En síntesis, sugerimos que el modelo de atención del Dr. Villareal implicó una serie de cambios frente a la medicina hegemónica en la relación médico-paciente, la posición de las mujeres y la maternidad como una elección. El eje principal es la protección de la vida de las mujeres desde un marco de derechos. Consideramos que este fue el primer modelo latinoamericano que contempló a las mujeres como personas capaces de tomar sus propias decisiones, centrado en las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres, pero con una mirada incluyente. Veamos a continuación, con mayor detalle, la presentación de la

³¹A cada entrevistado se le asignó un nombre ficticio para proteger su identidad. Las entrevistas se identificaron de la siguiente manera: la (E) se refiere a entrevista, (D) de doctor, (O) de orientadora, (OR) sesión de orientación, (M) de mujer, (P) de pareja y por el número correspondiente del 01 al 18.

organización y los servicios que ofrecen. Esto nos permitirá afinar la mirada y ubicar el espacio en donde médicos y orientadoras trabajan cotidianamente con el modelo de atención a estudiar.

6.2 Presentación de una organización civil que se propone hacer posible el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Esta organización que presta servicios médicos, tiene diez años de trayectoria³² y es una de las organizaciones no gubernamentales pioneras en este rubro, no sólo en la Ciudad de México, sino también en el resto del país. Se ubica en el Distrito Federal, en la delegación Venustiano Carranza. Cabe decir que está localizada en una zona bien comunicada por una avenida principal y de fácil acceso por tener a unos cuantos pasos una estación de metro. Antes de llegar a esta organización, el trabajo de las recepcionistas es importante porque las mujeres tienen su primer contacto por teléfono. En este encuentro inicial, se les pregunta su nombre y el motivo de su llamada. A partir de ese momento, no se trata de una paciente más, son llamadas por su nombre. Se les da una serie de instrucciones previas a la cita. El hecho de que a cada consultante se le llame por su nombre, le da un sentido más cercano y de confianza en la atención, e incluso en casos de crisis, existe la posibilidad de prestar servicios de contención a las mujeres y a sus parejas.

Una vez que las mujeres hicieron su cita, se les da la dirección y las instrucciones para llegar a la organización. Cabe decir que a las afueras de ésta, si no se tiene conocimiento de su existencia, es casi imposible localizarla, ya que no cuenta con letreros visibles para los transeúntes y tal parece que quisiera confundirse discretamente con el resto de las construcciones de alrededor. Consideramos que el lugar y la forma de trabajo de esta organización “de boca en boca”, es una estrategia para manejarse en un contexto lleno de presiones, tanto para los prestadores de servicios como para las consultantes.

Lo anterior, nos recuerda el difícil contexto en la Ciudad de México antes y después de la despenalización en el 2007 para los prestadores de servicios de interrupción del embarazo. Grupos de presión de derecha como Pro Vida, realizan *operativos* que incluyen la conformación de *células* integradas por grupos de 4 a 10 personas, cuya misión

³² A la fecha.

es ubicar a mujeres que deseen hacer uso de la legislación para evitar que consumen la interrupción del embarazo.

Ante tales presiones y los antecedentes en Estados Unidos del asesinato³³ de 8 médicos y las lesiones a 16 trabajadores de las clínicas, es un hecho que *el ser prestador de servicios de aborto legal es un peligro* (Católicas por el Derecho a decidir, 2001). Estos antecedentes en otros contextos, explican por qué esta organización no es visible al exterior ya que desean proteger tanto la seguridad de los profesionales de la salud como el derecho a la intimidad³⁴ de las mujeres que aquí acuden. Queremos enfatizar que a pesar del contexto único en el país del Distrito Federal, la despenalización no resuelve la condena moral ni las actitudes violentas dirigidas hacia las mujeres que solicitan los servicios, así como hacia los prestadores de servicios.

Al respecto, cabe recordar que en Madrid, España, en el mes de junio de 2008, estalló el escándalo en el que se violó el derecho a la intimidad de mujeres cuando la Guardia Civil se presentó en las casas de varias de ellas porque habían interrumpido un embarazo en las clínicas que estaban siendo investigadas por supuestos abortos ilegales, irrumpiendo en su vida y lesionando su intimidad (*El País*, 2008). Estos antecedentes en otros contextos, nos permiten comprender por qué esta organización no hace visible su presencia. Sin embargo, una vez que se llega a la clínica, a través de un monitor de seguridad se ve quien llama a la puerta y desde la recepción, se pregunta el nombre de la persona y el motivo de su visita. Se abre la puerta. El primer lugar al que se tiene acceso es la sala de espera y finalmente cuando le llaman a la mujer para la consulta médica, se abre una puerta al final del pasillo. Se entra a uno de los tres consultorios en los que la consultante le hace saber al médico el motivo de su visita. En caso de un embarazo no deseado, se procede a la revisión ginecológica y la realización del ultrasonido para saber en qué fase está el embarazo y se le pregunta a la mujer o la pareja qué desea(n) hacer al respecto. Posteriormente, se le(s) sigue(n) que pase(n) a la sesión de orientación para tomar una decisión.

³³ Como también se muestra en el filme *Si las paredes hablaran*, en el que un fanático asesina a la doctora que está realizándole en la clínica la interrupción del embarazo a una mujer.

³⁴ Cabe decir que en México mientras no exista una ley que proteja especialmente el derecho a la intimidad de las mujeres que interrumpen su embarazo, las mujeres se ven expuestas a la invasión de la intimidad y al acoso por parte de grupos Pro Vida.

La orientación tiene un espacio propio, en el pasillo del lado derecho está una sala de orientación, aquí es donde hace su labor la orientadora con la mujer, y se puede invitar a los acompañantes que pasen, siempre y cuando la consultante así lo desee³⁵. El acompañamiento consiste, en palabras de Lucía Juárez, “en escuchar cómo la mujer -o la pareja- se siente y se informa en qué consiste el procedimiento de interrupción del embarazo” (EO06). O en palabras de Juana de Asbaje, este es un momento en el que “la mujer puede reflexionar consigo misma, así como con las personas que la apoyan en su contexto” (EO08). En todo momento, las mujeres son quienes tienen la capacidad de decidir si desean que esté presente su pareja o acompañante; y que ellas conduzcan la sesión a sus necesidades y preguntas específicas. En palabras de las orientadoras, existe una flexibilidad para escuchar cómo se siente cada consultante y para que reflexionen consigo mismas. En ese tenor, nosotros tenemos indicios de que esto marca un contraste con el discurso médico hegemónico, en el que quien decide por la consultante es el médico porque “él sabe qué es lo mejor para ellas”.

Por otra parte, al final del pasillo están dos pequeños quirófanos. En la parte de arriba, subiendo las escaleras a mano derecha está otra sala de orientación, un consultorio y una zona de recuperación en donde están numerosos sofás y sillones cubiertos con una delgada tela de algodón color azul, para mayor comodidad de las mujeres con posterioridad a la intervención. Cabe decir que en este espacio, la mujer puede tener la privacidad necesaria para recuperarse de la anestesia, y sobre todo puede conocer y charlar -si lo desea- con otras mujeres que están viviendo el mismo proceso.

Las consultantes no están solas en ningún momento, y de ser necesario, las orientadoras pueden acudir a este espacio para brindarles acompañamiento o servicios de contención. Un contraste interesante es que, en esta organización civil, tanto los médicos como las orientadoras están pendientes de cualquier necesidad de las mujeres -ya sea médica o emocional- y están dispuestos a responder a ella. En esta organización se tiene la disposición y el tiempo para hacerlo, a diferencia de otros espacios públicos y privados en los cuales se tiene un tiempo máximo para *la consejería*. Una vez que fue descrito el

³⁵ Durante mi observación y escucha en las sesiones de orientación, a cada mujer se le pregunta si desea que su pareja o acompañante esté presente con ella. Y en dado caso que ella no lo desee así, se respeta su decisión.

espacio, las características físicas de la organización, veamos con más detalle el posicionamiento y los servicios que se ofrecen al público en general.

6.2.1 Posicionamiento organizacional y servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen en este espacio a las mujeres y las parejas

En relación a la organización, cabe decir que hasta la fecha no cuentan con documentos escritos que den cuenta de los objetivos, la visión o la misión de la misma. Esto se debe a que el trabajo de la organización “ha sido demasiado cuidado y sólo es dado a conocer en redes con organizaciones no gubernamentales de salud sexual y reproductiva, con médicos cercanos y *de boca en boca*” (ED04).

Durante varios años, con un contexto legal restringido, era complicado e incluso riesgoso dar a conocer a la población sus servicios de manera abierta. En ese sentido, ante la falta de documentos e información escrita, se procedió a preguntar a la Dra. Ana Cárdenas, encargada de la *Dirección General*, al Dr. Joel Méndez responsable de la *Coordinación Nacional* y a Juana de Asbaje del área de *Proyectos y evaluaciones*, acerca de las líneas que guían el trabajo de la organización. Esta organización civil se dedica principalmente a “prestar servicios de atención integral” (ED01). Antes de la *Ley Robles*, la misión de la organización era “la atención al aborto incompleto, pero era muy difícil por las restricciones legales” (ED01). Con posterioridad a dicha ley, se comenzaron a atender los casos de interrupción del embarazo legal en casos de violación, malformaciones genéticas, cuando corría peligro la vida de la madre y en casos de inseminación artificial no consentida. Esta organización tenía vínculos con otras organizaciones civiles, así como con médicos “relacionados con los derechos sexuales y derechos humanos que les canalizaban los casos de las mujeres en esta situación” (EO03). En esos momentos, la organización daba a conocer sus servicios en espacios que ellos consideraban seguros y con médicos cercanos.

A partir de la despenalización, el posicionamiento actual de esta organización civil es la atención a la salud sexual y reproductiva. Su objetivo, es hacer posible que las mujeres tengan una opción en la interrupción legal del embarazo bajo el paradigma de los derechos humanos y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, porque ellos están convencidos de que “las mujeres pueden tomar decisiones sobre sus cuerpos, basadas en su

propia conciencia” (EO03). De tal manera, a las mujeres “se les hace saber en todo momento que tienen derechos” (EO03). El contraste discursivo entre el discurso médico hegemónico y estos prestadores de servicios es importante, ya que esta organización parte del paradigma del respeto y la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres. Así, en todo momento, se tiene claro que las consultantes tienen todo *el derecho y la capacidad* para decidir una maternidad voluntaria.

Adicionalmente a la interrupción legal del embarazo, también se ofrecen otros servicios de salud sexual y reproductiva como: realización del papanicolaou, revisión de mamas, control anticonceptivo, estudios de laboratorio, detección de VIH y pruebas de embarazo. Esta gama de servicios le permite a la organización “ir más allá de la interrupción del embarazo y poder brindar servicios de prevención, relativos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres” (EO03).

En resumen, podemos vislumbrar que esta organización se posiciona como un espacio en el que se prestan servicios de salud sexual y reproductiva integrales, cuyo objetivo es hacer posible que las mujeres tengan “una opción” en la interrupción legal del embarazo. Aquí, se percibe a las consultantes como *sujetos con derechos* ya que: a) se respeta el derecho de las mujeres y las parejas a decidir sobre cuándo, el número y el espaciamiento para tener hijos, b) se le pregunta en todo momento a la mujer qué es lo que ella desea hacer con respecto a un embarazo y c) existe el espacio para que la consultante reflexione desde su subjetividad lo que es mejor para ella y su vida. Veamos a continuación con mayor detalle, las características del modelo de atención del Dr. Villareal desde la visión de los prestadores de servicio, para saber si es posible confirmar tales inferencias.

6.2.2 La perspectiva de los prestadores de servicios sobre el modelo de atención con el que trabajan día a día

Para entender la relevancia del modelo de atención a estudiar en esta organización no gubernamental, nos centraremos en la perspectiva de los prestadores de servicios, y posteriormente en el *capítulo II. Desde la mirada de las mujeres y sus vivencias*, se explorará con detalle el significado que las mujeres le dan al modelo de atención y cómo difiere ese significado a otras experiencias previas.

De forma solamente esquemática, el modelo está integrado por seis momentos en el proceso de atención: la llamada telefónica a la organización, la revisión médica, la sesión de orientación, el procedimiento de interrupción legal del embarazo, precedido del misoprostol, la recuperación y la cita de revisión quince días después. Desde una mirada alternativa, estos prestadores de servicios no ejercen sobre las mujeres mecanismos de penalización expresados a través de recriminaciones, reproches, rechazo y regaños en el proceso de atención. Tales conductas, responden a prácticas normalizadoras, a las normas y a los estereotipos de género relacionados con la sexualidad y la reproducción que permean un número importante de los médicos en México desde su formación profesional. (Erviti *et al.*, 2006). En general, cuando los profesionales laboran en instituciones médicas, éstas moldean los condicionamientos, las normas y los valores de los médicos; y por otra parte, trabajar en estas instituciones, también define las normas y las formas de moverse en la institución³⁶

Consideramos que la visión y el funcionamiento de este modelo de atención, frente a la medicina hegemónica en la relación médico-paciente y las actitudes frente a la maternidad, es uno de los ejes que conduce nuestra investigación. Cuando les preguntamos a los médicos y orientadoras acerca de 2.3 *¿Cuál es el significado que le atribuyen al modelo de atención?* La Dra. Ana Cárdenas, piensa que se parte de “dar una atención de excelencia, ética y cálida” (ED02) porque “*aquí la mujer es el centro y lo más importante*” (ED01. Al respecto, desde el trabajo colectivo en la agenda internacional se destaca que:

“Una atención de calidad es aquella que responde a las necesidades de salud integral de las usuarias, con alternativas de alto nivel y respetuosa de su dignidad; que garantiza la resolución del motivo de consulta en el momento oportuno y a un costo accesible, que toma en cuenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre su proceso de salud; que propicia su autoestima, autonomía, percepción y ejercicio de del derecho a la salud y a decidir informada mente; y que promueve la participación consciente y equitativa de los hombres en los procesos de salud sexual y reproductiva” (Elú, 1997. Cit. Sánchez, 2008:97).

Si nos apegamos a dichos elementos de una atención de calidad, podemos presumir que en el caso de esta organización sí responden a estos estándares básicos, debido a que: a) atienden a las necesidades de salud integral de las mujeres, b) en todo el proceso de atención se le presentan alternativas a las consultantes, en un marco de respeto a su

³⁶ Como se verá con mayor detalle en próximos apartados donde se exploren los miedos y las tensiones a las que se enfrentaron el Dr. Joel Méndez y la Dra. Ana Cárdenas.

dignidad, c) se le da una respuesta al motivo de su consulta de manera oportuna, d) se tienen contempladas cuotas diferenciales de acuerdo a la capacidad de pago de cada usuaria, e) durante la orientación se tratan algunos elementos que pueden dañar su autoestima y se les brinda un espacio de reflexión personal para que éste sea un evento de crecimiento en sus vidas, f) se les brinda toda la información que ellas y sus parejas -o acompañantes- requieran en relación al procedimiento y al uso de algún método anticonceptivo y g) se promueve la participación e involucramiento de los hombres en los procesos salud sexual y reproductiva de él y de su pareja.

Enfatizamos que los servicios de atención en esta organización civil promueven: 1) la participación de las mujeres desde un *rol activo* en las decisiones que afectan su salud porque ellas definen sus propias necesidades; 2) el poder tener una respuesta a sus dudas o inquietudes acerca del procedimiento, recuperación y cuidados en todo momento; 3) la solicitud de evidencia científica a los profesionales de la salud acerca de la posibilidad de éxito o riesgo del procedimiento y d) el uso de la información para que cada mujer y pareja pueda tomar sus propias decisiones en torno a su salud y su proyecto vida (AHRQ³⁷, 2005).

De la mano con este concepto de atención de calidad, está la posibilidad del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las parejas. En ese sentido, la *praxis* de un derecho pone en el centro la capacidad de decidir de los sujetos, su capacidad y su determinación. De tal forma, los derechos sexuales y reproductivos se nombran y visibilizan en el cuerpo como el espacio en el que se concreta la práctica ciudadana (Sánchez, 2008). En el marco del ejercicio de un derecho, es importante el respeto, por parte de los prestadores de servicios de esta organización, hacia las decisiones de las mujeres³⁸. De acuerdo con Celia Amorós, el cuerpo es suyo y sobre él deciden ellas, lo que implica el reconocimiento de su capacidad -en primera persona- del *derecho a tener derechos*, práctica que supone un trabajo de sensibilización, toma de conciencia y posibilidad de constituirse como ciudadanas plenas (Sánchez, 2008).

³⁷Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), es parte del Departamento de Salud de Estados Unidos. Esta agencia se dedica a investigar desde hace varios años la calidad en los servicios de salud.

³⁸ Esta afirmación la hacemos de acuerdo a lo que se observó en repetidas ocasiones en la organización. Tales observaciones fueron anotadas en nuestro diario de campo.

Este proceso de reconocimiento del *derecho a tener derechos*, parte sin duda de las mujeres pero también de profesionales de la salud sensibles que parten desde otras coordenadas con respecto a la medicina hegemónica. En este espacio, a) las mujeres toman *un rol activo* en el cuidado a su salud y b) “no se hacen juicios, no se les acusa, no se intimida, no se les recrimina por sus decisiones, no se hacen comentarios lascivos, incisivos e insultantes. En este espacio, se les da la libertad de hablar de su situación” (ED02). Aquí, las mujeres son vistas como seres autónomos con *derechos* porque “los seres autónomos son capaces de acciones libres, autodeterminadas, voluntarias, deliberadas y responsables, y tienen la conciencia necesaria para ver este tipo de acciones como esencial para su bienestar y desarrollo como individuos” (Fox, 1996. Cit. Pérez Tamayo, 2005:189).

En este caso, sugerimos la presencia de un modelo de atención alternativo a la visión hegemónica de la medicina, porque está abierto a la posibilidad de que sean las mujeres quienes tomen decisiones de manera activa y autónoma sobre su propio cuerpo. Coincidimos que en el trabajo de esta organización civil, “*el eje son las mujeres y sus decisiones, ellas son el centro y lo más importante*” (ED04). Desde el significado que el Dr. Joel Méndez le da al modelo, se sientan precedentes en el tipo de atención que las mujeres merecen como sujetos con derechos sexuales y reproductivos, porque a diferencia de otros espacios, aquí ellas reciben servicios de interrupción del embarazo basados en el respeto y el ejercicio de una ciudadanía plena que comienza desde el cuerpo mismo.

En consecuencia, el personal de esta organización “*no influye* para que la mujer tome una *decisión de uno u otro lado, sólo se escuchan sus necesidades*” (ED04). Tomar en cuenta las necesidades específicas de las consultantes como agentes activos, marca a la relación de poder entre médico-consultante, orientadora-mujer, y es sin duda, una de las características más importantes de este modelo de atención. En otras palabras, presumimos que este modelo “*no es utópico*” (EO07) e implica un cambio de coordenadas con respecto al ejercicio de la medicina hegemónica debido a que parte: a) da un marco que hace posible el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las parejas, b) la visión de las mujeres como seres autónomos y capaces de tomar decisiones sobre su salud y su vida, y c) tiene lugar una relación de poder más equilibrada entre el prestador de servicios y la consultante, en un marco de respeto y no coerción.

De acuerdo con el significado que le atribuye la orientadora Elvira Acosta al modelo de atención, este “*no es una utopía*” (EO07), es una realidad desde hace más de 10 años a pesar de haber funcionado en un contexto con restricciones legales. Esta organización prestaba servicios donde las mujeres “podíamos ser atendidas como merecemos, de manera respetuosa y digna” (EO07). En este espacio, se tiene la posibilidad de solicitar la interrupción del embarazo sin artificios y las mujeres no tienen consecuencias negativas porque “aquí no se juzga ni condena” (EO04). Se parte de la premisa de que ellas tienen el derecho a decidir sobre su propio cuerpo. “A las mujeres se les respeta” (EO07), o dicho en otras palabras, se les considera sujetos con derechos.

Por otra parte, el castigo y la condena hacen referencia a una relación de poder jerárquica y desigual, en la que el médico que comparte una visión hegemónica, tiene la autoridad sobre la mujer o la pareja para deliberar acerca de su culpabilidad y darle una “sentencia” o un castigo por su “mal actuar”. Sin duda, esta es la expresión de un mecanismo de control social (Erviti *et al.*, 2006). Lejos de los mecanismos de control social sobre el cuerpo y la vida de las mujeres, en el modelo del Dr. Villareal, se parte de una perspectiva de respeto, comprensión y acompañamiento.

El significado que le atribuye la orientadora Lucía Juárez al modelo de atención, “va más allá de una interrupción del embarazo porque les permite a las mujeres *mirar este momento como vivible y recordable*” (EO06). Para lograr esto, es importante el trabajo de las orientadoras porque les posibilita a las mujeres clarificar mitos y reflexionar que esta decisión no necesariamente está en contra de sus valores o sus creencias. Este espacio de orientación le permite a las consultantes “mirar su experiencia desde sus propios elementos y no desde lo que le dijeron de cómo debía vivir esta experiencia” (EO06).

Cabe decir nuevamente que los servicios de orientación no son excluyentes, existe también un espacio de reflexión para las parejas, familiares o acompañantes. En la organización, -si la consultante desea que su pareja esté presente-, ellos tienen cabida porque son parte del embarazo no esperado de su compañera. Las orientadoras intervienen en explorar el contexto de la pareja y cuando existen conflictos de intereses y de decisión. El énfasis está en incorporar a los hombres y en manejar la vivencia de cada pareja para que resulte enriquecedora en sus vidas. Pero siempre teniendo en cuenta que “ella es el centro de la atención y que la decisión está acotada sólo a un momento de su vida” (EO08).

Desde la construcción de significados de las orientadoras, el modelo de atención del Dr. Villareal acompaña en todo el proceso a las mujeres, escuchando sus necesidades y sentimientos en la toma de decisión de continuar o no con un embarazo porque “nadie mejor que ellas saben lo que *necesitan y quieren*” (EO03). El trabajo de las orientadoras –al igual que el de los médicos- parte de un marco de respeto, confianza y privacidad. Esto implica que los prestadores de servicios en esta organización civil tienen claro que “su labor *no es convencer a las mujeres* hacia una u otra decisión” (ED04). Su labor consiste en que la mujer “pueda vivirlo como parte de un proceso de crecimiento, que le permita reflexionar sobre su propia vida, así como también de dignificación” (EO08) como ciudadanas con el derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida.

La ciudadanía es un eje que concentra muchas de las tensiones del pensamiento político y social actual. Uno de estos ejes es la universalidad de los derechos, las diferencias y las desigualdades entre los géneros. Lo cual nos enfrenta también a superar una ciudadanía *restringida o pasiva* en aras de lograr una ciudadanía *activa y plena*, capaz de incorporar las múltiples dimensiones y derechos de las mujeres (Sánchez, 2008). En este caso, podemos decir que en esta organización se promueve una ciudadanía activa y plena de las mujeres en todo el proceso de atención a su salud. Este acompañamiento y respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las parejas no se limita solamente a la atención de la interrupción voluntaria del embarazo. Está también presente en otros momentos de la atención a la salud, como en la detección de enfermedades de transmisión sexual, exámenes de menopausia, pruebas de embarazo, pruebas de VIH, asesoría para elección de algún método anticonceptivo y exámenes de papanicolaou, entre otros.

Esta percepción de las mujeres como sujetos con *el derecho a tener derechos*, se plasma en el trabajo diario de esta organización civil³⁹ desde un enfoque de derechos y de acompañamiento en “todas las temáticas de la salud sexual y reproductiva de manera integral porque *aquí la mujer es el centro y lo más importante*” (ED04). Sin embargo, no podemos olvidar que un elemento en el acceso -o no- a los servicios de salud, es desafortunadamente la capacidad de pago de las personas. Cabe decir que un elemento clave en la calidad de los servicios es el reconocimiento de que las mujeres tenemos

³⁹ Esto lo pudimos constatar con la observación del trabajo de las orientadoras con las consultantes y con las opiniones de las mujeres en relación a la forma en la que fueron tratadas por los médicos.

derecho a servicios de salud que no produzcan desigualdades (Sánchez, 2008). Veamos con detenimiento el tipo de mujeres a las que esta organización presta sus servicios de salud y la forma en la que se definen las cuotas.

Las mujeres a las que se dirigen los servicios de salud reproductiva parten del “ideal de poder atender a todas las mujeres sin distinción alguna porque *no se va a dejar de atender a nadie por razones económicas*” (EO03). A diferencia de otras organizaciones que tienen precios únicos, aquí “sí se atiende a todas las mujeres, *a las que tienen y a las que no tienen [dinero]*” (EO03) y se abre la posibilidad de que las mujeres pobres tengan acceso a servicios seguros de interrupción del embarazo. A grandes rasgos, la mayor parte de las consultantes son de clase media, principalmente estudiantes de nivel medio y profesional. Pero también se han atendido a “obreras, trabajadoras domésticas, indígenas, empleadas del sector comercio, trabajadoras sexuales, sector informal y profesionales” (EO03). En este marco de diversidad de mujeres, no podemos pasar por alto que “la construcción por los derechos sexuales lleva en su seno la exposición de dos conceptos: poder y recursos. Poder para realizar decisiones informadas sobre la propia actividad sexual; y recursos para llevar a la práctica esas decisiones de manera efectiva y segura en términos de derechos humanos” (Sánchez, 2008:107).

En esta organización se tiene una visión sensible en cuanto a los recursos económicos ya que se prestan servicios de salud sin distinción de clase, raza, etnia, religión, empleo u orientación sexual. Los precios de los servicios varían de acuerdo a las posibilidades de pago de las mujeres y las parejas. Van desde \$60 hasta la cuota máxima de \$4,521 por el procedimiento de interrupción legal del embarazo⁴⁰, \$500 por la colocación del DIU, anticonceptivos a mitad de precio comercial⁴¹ y \$300 pesos por consulta ginecológica⁴². Estos módicos costos le permiten a “la organización generar sus propios recursos y ser autogestionados” (ED01).

El costo de los servicios se define de acuerdo a cada caso y “se valoran aspectos generales como: dónde viven, qué escolaridad tienen, cómo vienen vestidas, si van a escuela privada o pública, si tienen el apoyo de la pareja, si son estudiantes...” (ED02).

⁴⁰ Desde US \$6.00 hasta US \$450 aproximadamente.

⁴¹ Por ejemplo, en la compra de una caja de pastillas anticonceptivas o el parche, te regalan otra.

⁴² Costos obtenidos del pizarrón de precios que está a la vista del público en la recepción de la organización y en volantes informativos.

Una vez que se evaluó su situación económica, se propone a la mujer una cuota, y entre el médico y la consultante se llega a un acuerdo que parte del entendimiento de la mujer –o la pareja- y su situación económica específica. Dicho acuerdo es flexible en función de las necesidades particulares y se puede renegociar, por lo que existe una corresponsabilidad entre el prestador de servicios y la consultante.

A partir de la despenalización, existe una mayor oferta de servicios en el mercado y se están haciendo por parte de esta organización trabajos de difusión de los servicios de salud sexual y reproductiva en zonas populares. Esto les permitirá “*bajar todavía más los costos* de la atención y aumentar el volumen de sus servicios” (ED05). El objetivo de estos esfuerzos, es llegar principalmente a estudiantes de instituciones públicas de nivel medio y superior con precios sumamente accesibles como: “\$50 consulta ginecológica, \$80 toma de papanicolaou, \$100 consulta y papanicolaou, \$50 orientación psicológica y pruebas de embarazo gratuitas”⁴³. En ese sentido, esta organización cumple con “el mandato de dar atención aun a aquellos que no tengan recursos para pagarla y desincentivar fijar costos excesivos por los servicios prestados” (Pérez Tamayo, 2002:99). Consideramos que en las tarifas establecidas para la prestación de los servicios, resulta claro que esta organización es sin fines de lucro y que “continuamente están revisando las cuotas para hacerlas cada vez más accesibles a la población” (ED05).

Por otra parte, de acuerdo con la visión de la Dra. Ana Cárdenas, algunas de las ventajas más importantes del modelo de atención son: la posibilidad de que “el modelo *exista*” (ED04), preste servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, seguros para las mujeres y con servicios de orientación. Tales servicios de acompañamiento, le permiten a las mujeres “acomodar en su vida los elementos que son ajenos a su persona y que les hacen daño, porque no se puede desligar que las mujeres interrumpen sus embarazos por lo que sucede en su entorno” (ED04). Desde la visión del Dr. Joel Méndez, él piensa que las ventajas que ofrece el modelo de atención es hacer accesible a mujeres de todas las posiciones sociales, “un servicio de primera calidad, donde ellas no son dañadas y donde no tienen consecuencias emocionales o psicológicas graves” (ED05). Es decir, ambos médicos coinciden en enfatizar la importancia de la orientación como parte de la

⁴³ Esta información fue obtenida a través de carteles informativos que estaban pegados en la sala de espera de la organización.

integralidad de sus servicios centrados en la mujer y sus necesidades. Ya que en esta organización, “están en el mismo nivel, tanto los servicios médicos como los de orientación, como parte de una atención integral” (ED04).

Desde la visión de las orientadoras, Juana de Asbaje menciona que las mayores ventajas del modelo de atención están en que no se pierde la dimensión humana de las consultantes y las parejas porque cada uno “no es un número. Tiene un contexto específico y necesidades de acuerdo a su situación social que le posibilita o le dificulta la decisión y su ciudadanía” (EO08). Es decir, no hablamos de un grupo homogéneo de mujeres, nos ubicamos en un espacio de diversidad que supone “el respeto por las diferencias entre los hombres y las mujeres, como son los valores, la cultura, la religión, la orientación sexual y la condición familiar y médica, entre otras; lo que significa que, al tiempo que se defiende la universalidad de los derechos reproductivos, también se debe reconocer que tales derechos tienen significados o diferentes puntos de prioridad en entornos socioculturales distintos” (Sánchez, 2008:108).

La orientadora Lucía Juárez considera que lo más importante de la orientación “es construir la posibilidad de que esta experiencia sea *recordable y vivible*” (EO06) y le permita a las mujeres reflexionar sobre otros aspectos de su vida para “fortalecer proyectos o sueños” (EO06). Y finalmente, de acuerdo con Elvira Acosta, la mayor ventaja que ofrece esta organización, es que el modelo con el que trabajan “no es una utopía y realmente existen espacios en los que las mujeres somos atendidas como nos merecemos, de manera respetuosa y digna” (EO07).

En síntesis, podemos decir que desde la perspectiva de estos prestadores de servicios, los rasgos más importantes del modelo de atención con el que trabajan, son: 1) ofrecer servicios de interrupción del embarazo seguro a todas las mujeres y parejas sin distinción social, 2) tener cuotas diferenciales que se ajustan a las posibilidades de pago de las consultantes, 3) escuchar, respetar y acompañar a las mujeres en sus necesidades de salud desde el momento de su llamada a la organización hasta la revisión quince días después del procedimiento y 4) ofrecer servicios de orientación que le permitan a cada mujer manejar lo que está sucediendo en ese momento en su vida y su entorno. Una vez que se ha revisado el modelo de atención del Dr. Villareal centrado en las necesidades de las mujeres desde la visión de los médicos y orientadoras que aquí trabajan, a continuación,

nos enfocaremos en reconstruir las experiencias desde la voz de sus protagonistas que definieron caminos profesionales y de crecimiento personal.

6.3. Reconstruyendo experiencias desde la voz de sus protagonistas: médicos y orientadoras

6.3.1 Experiencias que definieron caminos profesionales y de crecimiento personal de los médicos

En este apartado consideramos pertinente conocer las experiencias de estos profesionales, en ese sentido, frente a las restricciones médicas, legales, sociales y culturales. Nos abocaremos a comprender: 1) porqué estos profesionales decidieron estudiar medicina y 2) algunas de las experiencias que les marcaron en su trayectoria profesional previa y los motivaron a involucrarse en este tema.

Una de las mayores motivaciones de la Dra. Ana Cárdenas, fue el hecho de alcanzar sus metas, sin importar lo difícil que pudiera ser. Lo que motivó a Ana para estudiar esta carrera era “que su trabajo fuera útil” (ED04). La idea de utilidad nos lleva a pensar en algo que puede servir y que además puede ser aprovechado por otros. En este caso, la utilidad para los otros se refiere a “trabajar con la gente y darles servicios a las personas” (ED04). “Trabajar con la gente” (ED04) apunta a que ella quería ejercer su profesión para el beneficio de los demás desde una actitud de servicio y “pudiera ayudar, donde fuera” (ED04). Sin embargo, esta labor no estaba pensada desde una perspectiva de *médica institucional*. Ana no deseaba ser parte de una institución de salud, porque para ella eso implicaba estar atada a la misma. Ella “quería tener libertad en lo que hacía y poder aplicar su criterio, sus espacios y su forma de hacer las cosas” (ED04). Podemos decir que la voz de la Dra. Ana Cárdenas es una voz alternativa en el ejercicio de la medicina ya que ella aspira a “tener libertad”, es decir no estar sujeta a los lineamientos de una institución que le prohíba u obligue a realizar ciertas actividades. Ella tiene una libertad de conciencia en su ejercicio profesional y no se inquieta demasiado por la autoridad institucional. Ella tiene libertad de pensamiento al sentir la necesidad de manifestar y “defender su criterio y su forma de hacer las cosas” (ED04).

La Dra. Ana Cárdenas no deseaba ser una *médica institucional* porque el ser un médico institucional implica responder a ciertas prácticas normalizadoras, a las normas y estereotipos de género relacionados con la sexualidad y la reproducción, que permean en

los médicos desde su formación profesional y se cristalizan cuando laboran en un ámbito institucional de salud. Cabe enfatizar, -desde la literatura-, que las instituciones médicas moldean los condicionamientos, las normas y los valores de los médicos, marcan las formas “esperadas de ser” y de moverse en la institución. Tanto las normas permean a las instituciones formadoras de médicos como a los principios de percepción desarrollados por los médicos en los años de formación profesional. Estos responden a contextos normativos enmarcados en dispositivos de control social (Erviti *et al.*, 2006). Es decir, la Dra. Ana Cárdenas no deseaba responder a lo que una institución de salud le marcaba como un “deber ser”, ella quería “tener libertad”.

En el caso del Dr. Joel Méndez, su decisión de estudiar medicina se debe a que él creció en un espacio en el que su padre fue un ejemplo e inspiración para lo que él quería ser en el futuro. Esta experiencia cercana con la medicina y con su padre, marcó su vida y “desde niño *siempre quiso ser doctor* para apoyar a gente de escasos recursos y con pocas posibilidades” (ED05). El énfasis está en querer ayudar a personas que por su situación económica no tenían acceso a los servicios de salud. Cabe decir, que en este aspecto coinciden los médicos Ana y Joel, porque ellos deseaban “ayudar donde fuera” sin importar la capacidad económica de las personas o el contexto en el que se desenvolvían. Este elemento sería crucial en el futuro de su práctica profesional ya que se empataría con la responsabilidad social del modelo de atención del Dr. Villareal. En ese sentido, veamos algunas de las experiencias a las que nuestros entrevistados nos hicieron referencia: a) dar respuesta a las necesidades de salud de las mujeres y b) el haber vivido “en carne propia” la interrupción del embarazo.

Desde la perspectiva de la Dra. Ana Cárdenas, “*ninguna mujer debía verse obligada a arriesgar su vida, su salud y su fertilidad por la falta de servicios seguros de atención a la salud reproductiva*” (ED04). Podemos vislumbrar que la Dra. Ana Cárdenas parte de otras coordenadas con respecto a su práctica profesional cuando enfoca su mayor preocupación a la defensa de la vida de las mujeres y su acceso a servicios seguros y de calidad desde una perspectiva de derechos. El compromiso con salvar la vida y la salud de las mujeres, es una respuesta a las necesidades cotidianas de su práctica profesional. Ella “solucionaba determinados problemas de salud y ¿Porqué otros problemas no los podía atender?” (ED04).

La Dra. Ana Cárdenas se da cuenta que “la limitante no está en ella como profesionalista” (ED04). Entonces si el límite no está en ella, sí está en el contexto médico, legal, social y cultural, pero ante todas esas barreras, “ella no iba a permitir que *la ley le pusiera límites frente a la salud de una mujer* porque su obligación es que tenga salud” (ED04). Este posicionamiento nos habla de una postura ética que valora por encima de todo la salud y el bienestar de las mujeres. El Dr. Pérez Tamayo menciona⁴⁴ al respecto que “la ética laica del médico abarca el comportamiento moral del individuo no sólo como profesionalista de la medicina sino como ser humano, lo que se conecta con su posición general frente a la vida, su religión, sus tradiciones y costumbres, y por lo tanto, con la ética general o normativa” (Pérez Tamayo, 2005:95). Sugerimos que la Dra. Ana Cárdenas no se ajusta a la posición hegemónica de la medicina y es crítica ante las barreras que le imponían ciertos límites en su práctica profesional, y si bien ella no se define a sí misma como feminista, sí comparte algunas de estas premisas como: vincular la necesidad de justicia social con la demanda del aborto seguro y legal, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la posibilidad de todas las mujeres de poder acceder a servicios de aborto seguro sin distinción socio-económica alguna.

En el caso del Dr. Joel Méndez, la experiencia que lo acercó al tema fue haber vivido con su pareja “en carne propia” la interrupción del embarazo y esto “le sensibilizó como médico” (ED02) o dicho en otras palabras, le movió una serie de sentimientos que le hicieron percibir la necesidad de las mujeres y las parejas de contar con servicios seguros de interrupción del embarazo. Esta vivencia lo condujo a la reflexión personal de “*decidir hacer algo*” (ED02) al respecto, a pesar de las limitantes médicas, legales y sociales en el contexto, así como de la falta de capacitación para llevar a cabo el procedimiento. En el caso del Dr. Joel Méndez, él tenía como limitantes la ley y sus propios miedos en torno al ejercicio de su profesión “porque no quería convertirse en un pirata de la medicina e irse por el camino fácil” (ED02). Cuando él se refiere al temor de ser “un pirata de la medicina” (ED02), alude implícitamente a ser un médico clandestino u oculto y con ingresos derivados por incumplir la ley. Y por otra parte, el “irse por el camino fácil”

⁴⁴ Cabe decir que al interior de la medicina hegemónica, hay también otras visiones con autoridad en el campo médico. Consideramos que su discurso puede apoyar a cambios al interior así como en otros trabajos alternativos. Así, los miedos y temores de estos médicos, pueden ser arropados por el Dr. Tamayo y darles una respuesta.

(ED02) nos hace pensar que inicialmente, el prestar estos servicios le despertaba enormes dudas y temores porque esta ruta no era del todo segura y posiblemente lo llevaría a enfrentarse a “la muerte de alguna mujer o a terminar en la cárcel” (ED02). Sin embargo, “cuando se capacita, aparece un panorama diferente” (ED02).

En síntesis, desde la perspectiva de los médicos estudiados, en el caso de la Dra. Ana Cárdenas, ella se da cuenta a lo largo de su ejercicio profesional que “la limitante no está en ella como profesionista y que no iba a permitir que la ley le pusiera límites frente a la salud de las mujeres” (ED04). Esta determinación la conducirá a dar el siguiente paso: la capacitación en el modelo de atención del Dr. Villareal. Mientras que para el Dr. Joel Méndez, su experiencia personal “en carne propia” lo lleva a la reflexión de “hacer algo al respecto” (ED02). Sin embargo, él enfrenta dudas y temores, pero la capacitación “le abre un panorama diferente” (ED02). Finalmente, estos médicos deseaban responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las parejas a pesar de los diversos miedos y las tensiones que cada uno experimentaba.

6.3.2 Experiencias de vida y de crecimiento personal y profesional de las orientadoras

En el caso de las orientadoras, su experiencia de vida y su labor profesional están entrelazadas. Cabe decir, que las orientadoras se ubican en un espacio diferente con respecto a los médicos porque ellas son mujeres que trabajan en los servicios de salud y su labor es de escucha y acompañamiento a las consultantes. Frente al modelo de la medicina hegemónica, cabe decir que la presencia de las orientadoras obliga a una serie de cambios frente al encuentro tradicional de médico-paciente, ya que “el discurso médico no es un discurso sobre el hombre sino sobre la enfermedad, hay un rechazo del discurso del enfermo. Al dejarlo de lado quedan fuera sentimientos de interés: la angustia, el dolor y el sufrimiento. El médico se siente desprovisto de recursos, tanto para dar una explicación científica sobre ellos, como para tratarlos” (Clavreul, 19778. Cit. Gómez, 2002:136).

En los servicios que ofrece esta organización, se escucha a las mujeres y las parejas, se toma en cuenta el contexto específico en el que se ubica cada consultante, se exploran sus sentimientos de angustia, culpa y preocupaciones. Y las mujeres como sujetos de derechos toman la decisión, de manera libre e informada de interrumpir, o no un embarazo no planeado.

Para las orientadoras Lucía Juárez y Elvira Acosta, su acercamiento en el tema se basó en haber decidido interrumpir sus embarazos y acudir a esta organización a solicitar el servicio en un contexto de restricciones legales. Lucía llegó como paciente -al igual que su hermana- y algo que “le movió mucho es que eran *mujeres trabajando para otras mujeres y sus derechos*” (EO06). Elvira Acosta también cuenta que “ella llegó como paciente, empapada en trabajar siempre con organizaciones que trabajan en pro de los derechos de las mujeres” (EO07). Y cuando ella conoció los servicios de la organización, “*creía que todo esto era una utopía* y que lugares así no existían” (EO07). Sin duda, existe una gran heterogeneidad en las formas de vivir y asumir un aborto desde la subjetividad individual. El caso de Lucía y de Elvira, se refieren a experiencias de crecimiento personal que eventualmente les motivaron a trabajar en esta organización que trabaja por la salud de las mujeres. Así, la vivencia del aborto depende, de acuerdo con Lagarde (2003), en los significados que se le asignan en el orden simbólico y político.

En palabras de Elvira Acosta, ella pudo vivir la interrupción de un embarazo “de manera digna, como las mujeres merecemos” (EO07), sin riesgos y con atención médica profesional. O como refiere Lucía Juárez, “se trataba de mujeres trabajando por los derechos de otras mujeres y eso está padrísimo” (EO06). Esta sorpresa positiva al conocer los servicios que ofrecía esta organización, es también compartida por Juana de Asbaje desde su trabajo en la sociedad civil. Ella en “su trabajo en otra organización no gubernamental, trató de impulsar el tema del aborto desde un modelo de atención amigable para el adolescente” (EO08). De tal forma, en la búsqueda de profesionales que pudieran prestar estos servicios, ella conoce a la Dra. Ana Cárdenas. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de Juana de Asbaje, no fue posible concretar el proyecto ya que “este grupo de adolescentes tenían otros intereses y mucho miedo” (EO08). Es con el paso del tiempo que Juana comienza a trabajar con la Dra. Ana Cárdenas porque “desde que conoció la organización, le pareció una actividad mucho *más radical que podía resolver los problemas de las mujeres*” (EO08).

En el caso de las orientadoras Lucía y Elvira, su decisión de interrumpir su embarazo en un contexto legal restrictivo, las condujo a conocer la organización encabezada por la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez. Esta experiencia positiva en sus vidas fue determinante para que decidieran trabajar en la organización en pro de los

derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Mientras que en el caso de Juana de Asbaje, ella se sorprende por el trabajo que lleva a cabo la Dra. Cárdenas porque le parece “una actividad mucho más radical” (EO08).

Finalmente, la vivencia de interrupción del embarazo de Lucía y Elvira, las impulsa a querer trabajar en los servicios de orientación que ofrece esta organización. Esto nos da luces, para poder comprender a Lucía y Elvira desde su posición profesional como orientadoras, pero también como sujetos que son capaces de tener una posición diferente con respecto a la ideología y los valores morales predominantes en una sociedad influenciada por valores católicos. Ellas decidieron de manera autónoma interrumpir sus embarazos y desarrollarse profesionalmente en esta organización para trabajar por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Mientras que el deseo de contribuir a mejorar la salud de las mujeres desde una posición más radical, es el motor de Juana de Asbaje. Veamos a continuación la importancia de los retos profesionales y personales en la construcción de la organización en el contexto restrictivo del Distrito Federal.

6.3.3 Retos profesionales y personales de los médicos pioneros en la construcción de esta organización civil

En este apartado seguiremos profundizando en *¿Cuáles son los significados que le atribuyen los prestadores de servicios a su trabajo?* En la década de los noventa, con el paradigma en boga de los derechos sexuales y reproductivos, se introduce una visión de las mujeres como sujetos con derechos. En este contexto de vanguardia, el modelo del Dr. Villareal experimenta una fase que apuntala su expansión con la creación de la Fundación de la Educación para la Salud Reproductiva (ESAR), con la finalidad dar respuesta a las necesidades de los prestadores de servicios de salud en su práctica profesional en América Latina. Como se mencionó anteriormente en nuestro marco teórico, ESAR capacita a profesionales de la salud en Colombia en la prevención y manejo integral del embarazo indeseado y el tratamiento ambulatorio del aborto incompleto. Estos esfuerzos para replicar el modelo desde Colombia se empalman con las necesidades profesionales de la Dra. Ana Cárdenas.

Cuando invitan a la Dra. Ana Cárdenas a que se capacite, ella estaba en la búsqueda de “alternativas para prestar esos servicios” (ED01). Su mayor preocupación era salvar la

vida de las mujeres ya que de lo contrario “se iban a morir o iban a estar en dificultades serias para su salud” (ED01). Así, cuando la invitan a capacitarse “dijo sí, sin pensarlo demasiado” (ED01) porque ella se considera a sí misma como “una persona autónoma, que sabe cuáles son *sus necesidades profesionales*” y que “*no le preocupaba mucho la ley*” (ED01). Con ley o sin ley, mientras las causas sociales no se enfrenten seguirá habiendo abortos. En ese sentido, con la ley vigente en esos momentos, “casi todos los abortos seguían siendo penados, lo que además de ser un problema penal contribuía a perpetuar un grave problema de salud, porque pone al aborto en manos de sujetos que aceptan hacerlo y que no siempre están capacitados para realizarlo en forma adecuada” (Pérez Tamayo, 2005:179).

La Dra. Ana Cárdenas pone por encima de cualquier ley la necesidad de ofrecer servicios de aborto seguro a las mujeres sin distinción. Cabe decir que “hay circunstancias en las que éste es un delito que implica responsabilidad penal, pero no todo lo castigado por la ley es una falta de ética médica, y en cambio el médico cumple con las obligaciones que le impone el ejercicio ético de su profesión” (Pérez Tamayo, 2005:185).

Cuando la Dra. Cárdenas regresa a la Ciudad de México, a “los 2 días tiene su primera paciente y le realiza la interrupción del embarazo” (EO03). Ella tiene la visión de capacitar “inmediatamente al Dr. Méndez para que estuviera ayudándole” (EO03) en la prestación de servicios. De tal forma, el primer capacitado en México en el modelo de atención del Dr. Villareal fue este médico. Consideramos que ambos prestadores de servicios, consideran en su práctica profesional -a diferencia de una lógica patriarcal- que la vida de las mujeres está por encima del valor humano de los embriones y los fetos. Ellos no concuerdan con “la comparación entre diferentes no equiparables, mujeres y fetos, y además desiguales, colocados en una jerarquía simétrica de supremacía fetal [...]. Esa ecuación binaria en la que resulta más importante la vida en gestación que la de la mujer.” (Lagarde, 2003:39).

A partir de 1993, estos dos médicos empezaron a trabajar desde la práctica privada “con muchas *limitaciones, miedos y temores*” (ED02) durante 5 años. En el caso del Dr. Joel Méndez, su mayor temor era lucrar con la medicina pero el impulso de la Dra. Ana Cárdenas le fue “dando confianza poco a poco” (ED05). En ese sentido, el apoyo del Dr. Villareal y de ESAR fue fundamental en el trabajo de estos dos médicos comprometidos

con la salud de las mujeres, ya que con el paso del tiempo en 1999, se creó esta organización civil. Una vez que se conformada, se realizó un trabajo arduo para contactar a más prestadores de servicios (médicos, enfermeras, parteras, etc.) para capacitarse. La meta era “fortalecer el programa en México, recibir a becarios y *consolidar un grupo de médicos capacitados* en este modelo” (ED05). En paralelo a la formación de una red de prestadores de servicios, también se prestaban servicios a mujeres que eran referidas por otros médicos y organizaciones no gubernamentales como: “GIRE, Católicas por el Derecho a Decidir, Equidad de Género, Gente Joven de Mexfam y Elige. Y finalmente, en el año 2001, esta organización “se consolida como capacitadora del modelo a nivel nacional” (ED04).

En resumen, en este apartado conocimos la historia de esta organización, desde la voz de sus protagonistas, sus temores, sus dudas y su determinación. El compromiso por salvar la vida de las mujeres de la Dra. Ana Cárdenas, fue fundamental para que se consolidara esta organización con el apoyo de la Fundación ESAR. Sin duda, creemos que el Dr. Joel Méndez optó también por una actitud responsable y de ética médica laica. Esto nos da paso a explorar con mayor detenimiento, a qué tensiones y contradicciones se enfrentaron ambos médicos en el proceso de *dar el paso* para prestar servicios de interrupción del embarazo en un contexto de control social, estigma y ética médica.

6.4 Una mirada a las tensiones, contradicciones y retos

6.4.1 La reafirmación de un orden de género. Control social, estigma y ética médica laica

En este apartado conoceremos las dificultades personales y los retos a los que hicieron frente los pioneros de esta organización civil para “hacer realidad *esta utopía*” (EO07) de derechos sexuales y reproductivos desde una ética médica laica, un marco de control profesional y de estigma. Consideramos que estas tensiones, contradicciones y retos, son parte de las presiones institucionales y legales del contexto. Los mecanismos de control social -como el estigma- instalan el temor entre los profesionales. Y por otra, evitan que se construya en la realidad, la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Así, en este contexto legalmente restringido, los prestadores de servicios estudiados elaboraron una serie de estrategias para adaptarse a las restricciones en su práctica profesional.

Decimos que a pesar de ubicarse en un contexto legal restringido, estos profesionales de la salud se ubican en una posición diferente con respecto a la medicina hegemónica y al orden de género, porque este modelo de atención parte de la premisa que es un derecho de las mujeres decidir sobre su propio cuerpo y tener un servicio de orientación que las escuche, basado en la no coerción, el respeto y la responsabilidad. Tenemos indicios de que en este modelo de atención, existe la posibilidad de que la mujer se apropie de *su atención* y sea ella quien la dirija *a sus necesidades y preocupaciones específicas*. Un ejemplo de esto, parte de lo que mencionaba Juana de Asbaje desde su experiencia como orientadora. La orientación se basa “en escuchar a la mujer desde su propia experiencia” (EO03), en concebirla como un sujeto con *derecho a tener derechos* que tiene la capacidad de decidir qué es lo mejor para ella y su vida. Aquí el énfasis está en cada una de las mujeres porque *“lo importante son las consultantes y sus necesidades. Es oriéntame TU, no yo. Como que quien no sabe soy yo, no la mujer*. Entonces eso hace que la relación entre la consultante y el profesional de la salud, tenga una visión de poder diferente” (EO03).

En un contexto poco favorable, la Dra. Ana Cárdenas se ubicaron en una posición diferente con respecto a la medicina hegemónica, ya que subvierten desde su actividad individual el orden de género. Decimos esto debido a que Ana parte desde un espacio de libertad de hacer lo que le dicta su propia conciencia⁴⁵, ya que “pocas personas tienen la libertad de decidir si hacen o no una interrupción del embarazo” (ED04). Esto nos permite vislumbrar que lo que coarta la “libertad de decidir” de los médicos está inmerso en una serie de mecanismos constitutivos de un esquema de percepción al cual estos profesionales se enfrentan en su práctica médica cotidiana. Sin duda, estos son mecanismos de expresión y de reproducción de una estructura caracterizada por la desigualdad de género, que cumple funciones específicas de reproducción de un orden social jerarquizado, desigual y autoritario (Erviti *et al.*, 2006) tanto al interior del gremio como en la relación médico-paciente.

Nathanson y Becker (1981) muestran las implicaciones del orden y el control social en la práctica médica, y cómo culturalmente estos roles son construidos como un reflejo del

⁴⁵Con libertad de conciencia me refiero “a la libertad de elegir entre varias opciones que tienes a tu disposición, reconociendo que te puedes equivocar. [...] Santo Tomás de Aquino, señala que no siempre lo más moral es elegir entre un bien y un mal, si no que a veces hay que elegir entre dos males y el principio es elegir el mal menor” (Cruzalta, 2008:148).

comportamiento esperado por parte de los médicos y el proceso de socialización al interior de su profesión. Al interior del gremio, estos mecanismos de expresión y reproducción de una estructura médica hegemónica se expresan en esquemas de percepción que regulan lo que los médicos *hacen y dejan de hacer, y deben o no deben de hacer* (Erviti *et. al*, 2006). En ese sentido, de acuerdo a una visión hegemónica, “*no se deben*” de hacer interrupciones del embarazo. Esta visión de los médicos en México, se refleja en la *Encuesta de opinión a médicos sobre el aborto* dada a conocer en 2004 por el Population Council, dirigida a médicos gineco-obstetras, médicos familiares y médicos generales que laboran en clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud y del sector privado⁴⁶ en todo el país, en el que sólo el 11% dijo que en el transcurso de su vida profesional había *hecho alguna vez un aborto legal*.

En un marco de razones patriarcales, se legitima un dominio todopoderoso de género sobre las mujeres. Este discurso hegemónico, tiene como su lado invisible, la reiteración de la supremacía masculina (Lagarde, 2003). Lo que “*no se debe hacer*” es incorporado por los profesionales de la salud durante su formación escolar. La constitución de lo médico es una estrategia de poder que se renueva permanentemente en las diferentes fases de su producción, como la enseñanza y la práctica médica. En el tema específico del aborto, existe la visión dominante de la medicina en torno a la reproducción, relacionada con los factores religiosos, culturales y sociales en torno a esta práctica. Lo anterior, se puede constatar en el hecho de que en la formación médica, la tipificación legal del aborto como delito influye en la postura de las facultades de medicina, y pocas veces se aborda este tema como un fenómeno con una dimensión social y como un problema de salud pública (Erviti *et al.*, 2006).

Los futuros médicos, en su instrucción, incorporan las estructuras y el orden social al que aspiran y desarrollan un *habitus* que les permite actuar en el *campo* de manera natural, reproduciendo en su práctica cotidiana la jerarquización que el campo médico presupone (Bourdieu, 1991). El campo médico estructura el *habitus* de los estudiantes a lo largo de su enseñanza, y a su vez el *habitus* médico le da sentido y refuerza las relaciones al interior del *campo* dándole significado, poder, sentido y valor. Es decir, en las interacciones

⁴⁶ En total participaron 1,206 médicos y la recolección de información se llevó a cabo del 2 de julio al 16 de agosto de 2002.

sociales del mundo de la medicina, predomina y se reproduce la jerarquía de género que los estudiantes incorporan como “normal” en su visión profesional del mundo (Hinze, 2004; Rance, 1999).

En esta visión del mundo, ante la sospecha de médicos que realizan abortos, se pone en marcha todo una serie de mecanismos de control social al interior del gremio que trata de arrancar *confesiones* ante la menor provocación. Esto se refleja en la siguiente anécdota que nos contó la Dra. Ana Cárdenas. Todo inicia en una reunión de fin de año con otros médicos y “a su pareja se le ocurrió decir que tenían su clínica en San Francisco *legrador*” (ED04). A partir de este comentario por parte del Dr. Joel Méndez, empezaron las tensiones con el correr de los rumores y los chismes de que hacían abortos en su clínica. Varias personas y amigos “en secreto” (ED04) se le acercaron a la Dra. Ana para *arrancarle una confesión* que confirmara lo que suponían porque a una amiga “ya le habían dicho que sí hacían abortos en su clínica” (ED04). Cabe decir que en ese entonces, ni la Dra. Ana Cárdenas ni el Dr. Joel Méndez, se dedicaban a la prestación de servicios de interrupción del embarazo, pero eso no impidió que cayera en ellos la duda y el estigma de que sí lo hacían.

Consideramos que el estigma es un mecanismo de control social que tiene como finalidad instalar el temor entre los profesionales para evitar que presten servicios de interrupción del embarazo. No podemos olvidar que la medicina es una institución de control social y los médicos “en tanto agentes sociales [...] están activamente involucrados en la producción y reproducción de una estructura médica de dominación cuyas estrategias de reproducción impactan más allá del campo médico, pues involucran a la sociedad en su conjunto” (Erviti *et al.*, 2006:659). De tal suerte, de acuerdo con Erviti *et al.*, los médicos que practican abortos se convierten también en sujetos sobre los cuales se ejercen acciones de condena moral y de segregación profesional, como parte de un mecanismo de control social. Por tanto, los médicos que aprueban y aceptan realizar abortos, viven en su entorno un castigo simbólico y cultural porque cargan con la “culpa” de hacer algo “reprobable”.

En el momento de la entrevista, la Dra. Ana Cárdenas se preguntaba por qué nadie de los presentes en la mesa, les preguntó directamente si hacían interrupciones del embarazo. Ella interpreta que entre los médicos, este es un tema que genera tensiones por lo que “no se habla ni se trata fácilmente” (ED04). Es decir, lo médico como una estrategia

de poder que se renueva en las fases de la enseñanza y la práctica médica les ha enseñado a un número importante de médicos que “eso no se hace” y “mucho menos se habla de ello”. La anécdota anterior de la Dra. Ana Cárdenas, nos da algunas luces de cómo el simple rumor de que un médico realiza interrupciones del embarazo es simbólicamente penado en el círculo en el que se desenvuelven los médicos, el cual no es ajeno a las relaciones de poder y al estigma social, ya que son relaciones que prevalecen en la sociedad en general. Pero veamos con detalle otra de las experiencias de los prestadores de servicios.

Una de las tensiones personales más significativas a las que se enfrentó el Dr. Joel Méndez fue “dar servicios de interrupción del embarazo en la clínica de su papá pero *sin que él lo supiera*” (ED05). Cabe enfatizar que en un primer momento, el Dr. Joel vivía con la enorme tensión entre su práctica profesional y la relación con su padre –quien también es médico-. En torno al aborto, su padre decía “yo nunca me metí en *nada de eso y mucho menos por razones económicas*” (ED05). Estaba implícito el rechazo hacia la posibilidad de realizar interrupciones del embarazo y la idea de que quienes lo hacían era para lucrar o para “ganar dinero fácil”. Al respecto, “investigaciones realizadas en otros países han demostrado que en las actitudes de los médicos frente al aborto influyen factores diversos como los de carácter ético, religioso, político, jurídico, médico y científico. Y se ha encontrado que estas actitudes tienen elementos como el sexo, la edad o el tipo de práctica que los profesionales realizan” (González de León, 1999:192).

En el caso del padre del Dr. Joel Méndez y sus actitudes frente al aborto es importante tomar en cuenta su sexo, edad y tipo de práctica profesional. Varón, médico, de aproximadamente 60 años y con una labor en hospitales públicos así como en su clínica. En alguna ocasión, en casi tono de confesión, su padre le dijo a Joel que “en sus inicios casi se vio *obligado* a realizarle la interrupción del embarazo a la hija de su amigo pero que esto *no fue de su total agrado*” (ED05). Esto nos lleva a pensar que él no estaba de acuerdo con llevar a cabo el procedimiento pero que estuvo dispuesto a realizarlo por el vínculo que lo unía a su amigo. Esta experiencia sería importante en el futuro ya que marcaría el rechazo inicial⁴⁷ a la labor de su hijo.

⁴⁷ Actualmente padre e hijo trabajan en el mismo espacio. El padre del Dr. Joel Méndez está enterado de que la organización donde trabaja su hijo presta servicios de interrupción legal del embarazo e incluso accedió a ser capacitado. Aunque cabe decir que el padre del Dr. Méndez no realiza este procedimiento.

En ese sentido, cuando el padre se entera que en su clínica su hijo realiza interrupciones del embarazo, se desató “un *problema muy fuerte, muy serio...* y decidieron *separarse* y tener espacios diferentes, respetando su espacio y eso *fue lo más fuerte*” (ED05). Este cisma personal para el Dr. Méndez significó un paso enorme en su compromiso con la vida y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ya que a pesar de la tormenta familiar que se desató, el no cambió su forma de pensar ni dejó de prestar servicios de interrupción del embarazo. A pesar de las dificultades personales y familiares, consideramos que las tensiones y los miedos más fuertes a los que se enfrentaron la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez fueron: 1) en el ámbito profesional porque ellos deseaban responder a las necesidades de salud de las mujeres pero no estaban capacitados para ello. Y, 2) el estigma profesional de hacer abortos, que se cristaliza en las ideas de que sólo lo hacen “los malos profesionistas, los fracasados, los comerciantes de la medicina y médicos sin ética” (ED02).

En cuanto al deseo de proteger y salvar la vida de las mujeres, estaba la dificultad de no estar capacitados para ello, ya que a los médicos durante su enseñanza “*nunca se les capacita para ello* porque ni siquiera está en la currícula de la universidad, *¡eso jamás!*” (ED04). En la literatura, se menciona que “la formación escolar que habitualmente reciben los médicos mexicanos representa un aspecto de gran importancia en las posturas contrarias al aborto que la mayoría de ellos adoptan. Tal formación ofrece a los médicos muy pocos elementos para ubicar al aborto como un problema social y de salud pública” (González de León, 1999:194). En la formación que reciben los médicos en México, el aborto “es abordado sólo de manera esporádica e irregular. E incluso, algunos médicos comentan que sus maestros utilizaban videos del grupo Pro vida con el fin de desalentarlos a participar en “*ese tipo de cosas*”. Y otros señalan que generalmente las discusiones al respecto estaban impregnadas de orientaciones religiosas o éticas que impulsaban a cada uno a tomar una postura personal de rechazo” (Erviti *et al.*, 2006:649). Como consecuencia, los futuros profesionistas “refuerzan mitos culturalmente aceptados en torno a la sexualidad y la reproducción, y adquieren conocimientos sesgados sobre los problemas y las necesidades de salud de las mujeres” (González de León, 1999:194).

Si bien la Dra. Ana Cárdenas no tenía una actitud de rechazo ante la posibilidad de realizar interrupciones del embarazo “ella estuvo mucho tiempo pensando y tenía *la duda*

porque ella no quería convertirse en comerciante de la medicina” (ED04). La Dra. Cárdenas, no deseaba sacar provecho de las necesidades de las mujeres, ella deseaba salvar vidas. Incluso, una de las mayores tensiones que ella vivió, fue “manejar el prejuicio de que todos los médicos que hacen abortos, lo hacen para hacerse ricos. Este prejuicio le limitó para tomar esa decisión” (ED04). Estas ideas son la expresión de una serie de mecanismos de control social que tienen la finalidad de instalar el temor entre los médicos para evitar que presten estos servicios de salud. Así, la posibilidad de capacitarse en el modelo de atención del Dr. Villareal le da una respuesta a sus necesidades profesionales y personales porque su mayor preocupación era “no convertirse en una *comerciante de la medicina*” (ED04).

En el caso del Dr. Joel Méndez, a él le preocupaba que “la ley no lo permitía y dudaba si podría hacer eso, si era muy riesgoso, *si podía hacerle daño a las mujeres, qué pasaría si sucedía una muerte y él terminaba en la cárcel*” (ED05). Al igual que la Dra. Ana Cárdenas, el Dr. Joel Méndez no estaba capacitado para realizar este procedimiento, pero él tenía mucho más enraizadas las ideas de riesgo en torno al aborto ya que podía “ser peligroso para la mujeres e incluso para *él porque podía terminar en la prisión*” (ED05). Para el Dr. Joel Méndez, dar ese paso implicaba que en cualquier momento sucediera algo negativo tanto a nivel profesional como personal. En otras palabras, lo hacía sentir expuesto a convertirse en “*un pirata de la medicina* e irse por el *camino fácil*” (ED05). En la vivencia del Dr. Méndez, juegan un papel importante las actitudes de sus colegas en la institución de salud donde trabajaba así como el contexto legal restrictivo, ya que se exponían a ser el blanco de de ataques y descalificaciones. Por ende, consideramos que los mecanismos de control social y de género, se reflejan en el papel que juegan otros profesionales así como en sus actitudes con las consultantes y los médicos que prestan estos servicios.

Ambos médicos coinciden en que a partir de su capacitación en el modelo de atención del Dr. Villareal “se abre un panorama diferente” (ED05) pero difieren en sus temores. En el caso de la Dra. Ana Cárdenas, su miedo tenía que ver con “poner en riesgo el programa y *no que la metieran a la cárcel* porque ella sabía que estaba haciendo *algo legítimo aunque no fuera legal*” (ED04) por ende, una forma para protegerse de los riesgos que corrían fue “siempre ser muy cautelosos” (ED04). Analicemos con más detalle

la frase anterior, Nathanson y Becker (1981) mostraron en sus estudios que la legitimidad de los procedimientos médicos está estrechamente relacionada con la incorporación de: a) la estructura médico-hospitalaria, b) la práctica y c) la posición personal de los médicos, ya que su participación o no en el procedimiento determina su labor como “valiosa e importante” en la institución médica. Estos autores mencionan que las condiciones sociales e institucionales en las que los médicos estarán dispuestos -o no- a realizar el procedimiento de interrupción del embarazo, se basa en las normas profesionales del entorno y las actitudes personales. En contextos favorables, las actitudes y las normas no sancionan el aborto y existe una coincidencia con las actitudes personales y las creencias compartidas por los médicos. De tal forma, las normas institucionales consideran al procedimiento de interrupción del embarazo como una labor importante en la práctica médica, así como en la vida de la comunidad.

La Dra. Ana Cárdenas, nunca trabajó en una institución de salud pública porque “ella no quería ser empleada de una institución *ni ser médica institucional*. Ella quería tener libertad en lo que hacía para poder aplicar su criterio, sus espacios y su forma de hacer las cosas” (ED04). Desde la literatura, se sabe que las instituciones médicas moldean los condicionamientos, las normas y los valores de los médicos. Es decir, la Dra. Ana Cárdenas no deseaba responder a las formas que los valores y las normas institucionales le marcaban, y que sin duda le dificultarían poder aplicar su criterio y su manera de hacer las cosas.

La práctica profesional de la Dra. Ana Cárdenas, le muestra “la necesidad de prestar servicios de interrupción del embarazo” (ED04) porque “ella escuchaba a sus pacientes solicitar una atención como esta y darse cuenta que si no tenía esas habilidades las mujeres *se iban a morir o iban a estar en dificultades serias* para su salud” (ED04). En su caso, en un contexto legal, social y cultural poco favorable hacia el aborto, resulta favorable que ella ejerciera su profesión desde la práctica privada teniendo como sustento su convicción de que la interrupción del embarazo “no es sólo un problema *personal* sino que es también *social*” (ED04). De acuerdo con el Dr. Pérez Tamayo (2005), podemos decir que la ética médica laica de la Dra. Ana Cárdenas tiene su sustento en los objetivos de la medicina que consisten en: preservar la salud, curar o ayudar al paciente y sobre todo, en evitar muertes prematuras o innecesarias. Consideramos que la Dra. Ana Cárdenas

trabajaba con ética médica laica porque con su labor salvaba la vida de las mujeres, y por otra parte, su compromiso social le impulsaba a responder a las necesidades apremiantes de salud de las mujeres que no eran atendidas ni en hospitales públicos ni en espacios privados. En ese sentido, “ella sabía que estaba haciendo algo *legítimo aunque no fuera legal*” (ED04) porque cumplía con “su *responsabilidad profesional y con su compromiso*” (ED04).

Por otra parte, el caso del Dr. Joel Méndez tiene algunas diferencias y similitudes con la experiencia de la Dra. Ana Cárdenas. Él trabajó durante varios años en un hospital público pero “eran *contados los que sabían* de su trabajo porque *él tenía miedo a decirles a sus compañeros* que realizaba interrupciones del embarazo por *temor al rechazo, al ser señalado e incluso, ser denunciado* ante la policía o las instituciones de salud” (ED05). El Dr. Méndez se desenvolvía en una estructura médico institucional que sanciona tanto a los médicos que “*hacen ese tipo de cosas*” como a las mujeres que llegan con complicaciones de abortos en curso. En el espacio de la estructura médico-hospitalaria, los médicos aprenden mediante la práctica lo que “*se debe hacer*” y lo que “*no se debe de hacer*”, esto se refuerza a través de mecanismos de control social que marcan lo que se *debe pensar* al respecto. Se trata de un aprendizaje mucho más práctico que teórico y por ende mucho más espontáneo que reflexivo (Erviti *et al.*, 2006). Así, en el entorno del Dr. Méndez, un aborto “*no se debía de hacer*” porque implicaba serios riesgos profesionales como dejar de ejercer, ser responsable de la muerte de alguna mujer o en “el peor de los casos terminar en la cárcel” (ED05).

Finalmente, el control social, el estigma y las tensiones a las que se enfrentaron la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez difieren en que para Ana, a) realizar interrupciones del embarazo era completamente algo “legítimo aunque no legal” (ED04) porque ella respondía a las necesidades de salud de las mujeres y salvaba vidas, y b) si bien Joel “vivió en carne propia la interrupción del embarazo de su pareja años atrás” (ED05), él estaba muy temeroso de lo negativo que pudiera pasar. Por otra parte, ambos coinciden en su preocupación por no convertirse en “comerciantes” o “piratas de la medicina” e “irse por el camino fácil”. En ese sentido, la importancia de la capacitación de estos profesionales de la salud en el modelo del Dr. Villareal fue determinante porque les “abrió un panorama diferente” (ED04) y “era lo que estaban esperando” (ED04) porque está

anclado desde un posición de ética médica laica que tiene como finalidad última salvar la vida de las mujeres. Este sería el principio de un largo camino que los enfrentaría a nuevas tensiones entre la hegemonía, la normalidad y la autocensura, en sus esfuerzos por consolidar el programa en la Ciudad de México y el resto del país a través de la creación de redes de prestadores de servicios capacitados. Pasemos entonces el siguiente apartado.

6.4.2 Hegemonía, normalidad y autocensura en la formación de redes de prestadores de servicios

En este apartado nos centraremos en observar a qué tensiones se enfrentaron estos médicos pioneros con las visiones de la medicina hegemónica, la normalidad y la autocensura en la formación de redes de prestadores de servicios capacitados en este modelo de atención. Como se mencionó en la sección anterior, una de las tensiones más fuertes a las que se enfrentó la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez, fue el de desear salvar vidas y responder a las necesidades de salud de las mujeres, pero no estar capacitados para ello. Cabe decir que el discurso de salvar las vidas de las mujeres es común entre los profesionales médicos, prestadores de servicios, activistas y personas con una posición *pro choice* (Rance, 2005). Lo que ejemplifica la posición ideológica desde la cual ambos médicos se ubican en su práctica profesional en relación al tema de la interrupción del embarazo.

La capacitación de la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez sería el inicio de una labor de mayor envergadura. El periodo de 1993 a 1995 es el comienzo para crear una red de profesionales de la salud⁴⁸ capacitados en el modelo del Dr. Villareal. Una de las primeras acciones que se llevaron a cabo, fue buscar en la Ciudad de México a los profesionales de la salud que habían sido capacitados anteriormente pero “para su sorpresa algunos de ellos *lo niegan* y otros tenían una *actitud completamente mercantil*” (ED04). La tarea de crear una red desde cero, les conduce a ambos médicos a experimentar de nuevo la tensión del estigma profesional desde una visión hegemónica de la medicina y el aborto que se cristaliza en las ideas despectivas de que sólo lo hacen *los aborteros, los mata cigüeñas, los malos profesionistas, los fracasados, los comerciantes, los piratas de la medicina*, los que se quieren hacer ricos *fácilmente* y los médicos sin ética. Como

⁴⁸ La red de colegas puede emplearse como prototipo de un acuerdo de trabajo informal que organiza las relaciones entre los médicos que practican de forma independiente (Freidson, 1998.)

mencionamos anteriormente, estas tensiones son parte de las presiones de un contexto legalmente restringido, en el que el estigma es un mecanismo de control social que juega del lado de la hegemonía y de un orden de género patriarcal y desigual.

Desde la teoría, la ciencia médica es un instrumento de comunicación y de dominación que hace posible un consenso moral, al mismo tiempo que contribuye a la reproducción del orden social (Bourdieu, 1991). El conocimiento médico y la práctica hegemónica trabajan en el sostenimiento de un determinado orden socialmente aceptado y de una cierta mirada en torno a la reproducción y los cuerpos de las mujeres (Rance, 1999). Así, en este consenso moral hegemónico, los médicos se identifican más fácilmente con los profesionales de la salud que comparten sus orientaciones culturales y estilos de vida. Y con quienes no se identifican, son catalogados como más o menos valiosos (Mechanic, 1998). Al interior del gremio médico se reproducen relaciones de dominación desde una visión hegemónica, en la que algunos profesionales de la salud ejercen su poder y control sobre otros a través de mecanismos de control social como el estigma. Para Goffman, en un marco hegemónico, la existencia de la categoría de lo “normal” depende de cierto tipo de consenso sobre lo que significa *no ser* “normal”. En ese sentido, lo “*normal*” desde una óptica hegemónica sería que los médicos no realizaran interrupciones del embarazo, por ende quien sale de la norma comienza a experimentar una identidad deteriorada ya que el estigma es un proceso social caracterizado por la exclusión, la condena o la devaluación que resulta de un juicio social adverso sobre una persona (Goffman, 1963).

La Dra. Ana Cárdenas menciona que entre los médicos “el estigma profesional es muy grande” (ED04); el Dr. Joel Méndez comenta que cuando un médico se posiciona a favor del aborto entonces los demás médicos les dicen: “¡ah!... entonces, tú lo haces... y sobre ti recae el *estigma*” (ED05). Esto se debe a que “el aborto pone en funcionamiento una serie de reacciones profundamente enraizadas en la subjetividad de los profesionales de la salud, fundadas en modelos ideológicos referidos a la maternidad y la sexualidad. A la vez que se reactualizan los prejuicios [...]. En ese sentido, la intervención está ligada a una función de control social” (González, 1995. Cit. González de León, 1999:196-197).

Es decir, en el marco del control social de lo que es considerado parte de la normalidad, realizar interrupciones del embarazo es visto como “*algo malo*” que sólo lo hacen “los malos profesionistas, los profesionistas fracasados”. Tales expresiones se

montan sobre una práctica normativa que prejuzga el carácter moral de los sujetos como “malos”, “fracasados”, “criminales” o “deshonestos” y se vislumbra un tono de censura enmarcada por una doble verdad clínico-normativa (Erviti *et al.*, 2006). Tales adjetivos de rechazo dan cuenta del discurso normativo en la práctica médica y del estigma como dispositivo de control social al interior del gremio. Ante el estigma inminente que implica para los médicos realizar abortos, existe la oscilación de algunos médicos entre el *deber ser* y *el ser* en un marco de autocensura. Es decir, existen profesionales “médicos que lo hacen y no lo van a decir jamás porque para ellos es algo malo y prefieren hacer *en lo oscuro*” (ED04). Ellos oscilan entre el discurso normativo que reprueba esta práctica y el hecho de hacerlo en la total opacidad como una forma de protección ante los costos que implica el ser señalado. Se vuelve entonces un “asunto de manejar la información. Exhibir o no exhibir; decir o no decir; permitir o no permitir; mentir o no mentir; en cada caso, a quién, cómo, cuándo y dónde corresponda” (Goffman,1963:57).

A la Dra. Ana Cárdenas tocar el tema con algunos de sus colegas le causaba en algunos casos la autocensura, le daba “*temor* porque es un tema difícil y había gente que se podía ofender y podía acusarla o denunciarla” (ED04). Cabe decir que también desde la propia censura, “los médicos muy raramente denuncian ante una autoridad judicial los casos de aborto provocado, debido al temor de verse involucrados en un proceso penal” (González de León, 1999:195). Aunado a los propios temores de la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez, lo más complicado resultó contactar a profesionales interesados en capacitarse en el modelo porque “hay países donde crear la red fue muy sencillo y en México no fue fácil porque existe una *doble moral muy fuerte y eso no se dice*” (ED04).

Es una realidad que en México “muchos son los médicos que en el nivel institucional se oponen públicamente al aborto y lo condenan, pero que a nivel privado lo practican con fines de lucro y sin ninguna consideración ética o moral hacia las necesidades de quienes pagan sus servicios” (González de León, 1999:193). En ese sentido, la doble moral y la autocensura en ciertos espacios, hace referencia a un patrón de conducta flexible que sienta simpatía o hipocresía de acuerdo al momento *en el que se tiene que fingir estar de acuerdo*. Esta doble moral está atravesada por una lógica de género que dictamina qué es “lo moral” y “aceptable socialmente” para las mujeres y estigmatiza una sexualidad libre y activa. Por una parte, la doble moral “llama a un orden” patriarcal con el que se

finge estar de acuerdo, y por otra, se lleva a cabo la interrupción del embarazo en la oscuridad y el silencio porque de eso “*no se habla*”.

Una de las estrategias por parte de estos médicos para lidiar con esta dificultad, fue seleccionar cuidadosamente a las personas, platicando y sondeándolas, “exagerando en el *cuidado* de con quien sí abrirlo” (ED04). De “poquito en poquito” (ED04) y “con *mucho tiento*” (ED05), se buscó a médicos que trabajaban en otras organizaciones civiles y que tenían una posición más abierta en relación al aborto y se les invitaba personalmente a conocer el modelo del Dr. Villareal. Ellos eran “compañeros que se sabía que eran más abiertos y que seguramente pensaban igual que nosotros” (ED05). O en palabras de Goffman (1963), se seleccionó a “el otro simpatizante” que podía ser considerado uno de “los propios”. Este autor menciona que las personas estigmatizadas aprenden a manejar esta situación, cultivando categorías de “el otro simpatizante” en cuya presencia pueden estar seguros de ser aceptados. El autor los llama “los propios” y son aquellos que comparten el ser señalados y entre quienes el estigma en sí puede significar una ventaja. En este grupo, la persona es libre de hablar abiertamente y sin fingimientos, y por lo tanto puede desarrollar su propia historia.

La construcción de esta organización estaba encaminada a tejer una red de prestadores de servicios, la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez se enfrentaron ante múltiples señalamientos en el gremio así como a la dificultad para difundir sus servicios porque les preocupaba que “sólo las personas que *necesitaban saber de ellos lo supieran*” (ED04). Para lograr su cometido, ellos tenían que lidiar con el “*riesgo de exponerse y ser descalificados*” (ED05) ya que “el aborto despierta un *tremendo miedo* en los médicos porque les genera *un gran estigma social* en el mismo gremio médico.... y esto *no lo hace fácil*” (ED04). Consideramos que el estigma es un mecanismo de control social sobre los profesionales de la salud que tiene la finalidad de instalar el temor entre quienes lo hacen y evita que otros médicos deseen involucrarse.

Al respecto, “las consideraciones éticas y religiosas, así como el temor de las médicos al estigma de ser llamados “aborteros”, tiene sin duda gran influencia en el hecho de que la mayoría de los profesionales se rehúsen a practicar abortos” (González de León, 1999:197). Era difícil poder tratar el tema de la interrupción del embarazo, sin que la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez fueran tachados de “*aborteros*”. Pero como ellos bien

lo señalan, “*es diferente dar servicios de atención integral a ser simplemente “abortero”* porque está en polos opuestos” (ED05). Podríamos decir entonces, que en un extremo estarían los médicos que lucran con las necesidades de las mujeres, y en otro “quienes practican abortos en condiciones adecuadas desde una postura de ética médica, apoyada en los derechos de las mujeres. Aunque desafortunadamente, “quienes tienen esta actitud, representan una minoría dentro del gremio y se trata en general, de médicos con un contacto cotidiano con la realidad del aborto” (González de León, 1999:193).

En la creación de las redes de profesionales de la salud capacitados o de “los propios” -en palabras de Goffman-, la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez realizaron un trabajo “*demasiado cuidado*” (ED04) ante cuatro posturas desfavorables de los médicos: 1) quienes rechazaron la posibilidad de capacitarse y/o participar en el proyecto de alguna u otra forma, 2) quienes decían “*sí me interesa*” pero nunca lo concretaron, 3) quienes abiertamente dijeron “*no me capacito*”, pero sí les refiero pacientes y 4) las personas que buscaron la oportunidad para lucrar con la salud de las mujeres.

En el primer grupo, se rechazó tajantemente involucrarse de alguna forma con la interrupción del embarazo por “el temor al estigma”, aunque cabe decir que de acuerdo a la experiencia de la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez, éstos médicos fueron la minoría. El segundo grupo, que dijeron “*sí me interesa, lo voy a pensar...*” pero que finalmente nunca concretaron la capacitación, es un reflejo del peso del estigma sobre algunos prestadores de servicios, que les inhibe involucrarse en el tema del aborto porque representa “un conflicto ético o moral entre su compromiso personal con lo que perciben como salvar vidas y la solicitud de una mujer de interrumpir un embarazo no deseado” (David, 1992. Cit. González de León, 1999:192). El tercer grupo, son profesionales que integran la red y su colaboración consiste solamente en remitir a consultantes a la organización, ya que ellos no realizan el procedimiento ni están capacitados. En ese sentido, “aludiendo a razones éticas y religiosas, les recomiendan a las mujeres buscar los servicios de alguien que les pueda resolver el problema” (González de León, 1999:193). En este grupo, están algunos profesionales con una postura “a favor” del aborto en el discurso pero en el momento de capacitarse y llevar a cabo el procedimiento dicen “*yo no lo hago, mejor les refiero a las mujeres a la organización y no me involucro*” (ED05) sobre todo por el riesgo profesional y el estigma que les representa en sus vidas. Y por último, están los médicos que sí estaban

interesados en la capacitación y en canalizar a las pacientes a la organización a cambio “de tener la mitad de lo que *se les cobrara* [a las mujeres]” (ED05). Estos médicos deseaban hacer negocio de las necesidades de salud de las mujeres por lo que obtuvieron la respuesta tajante por parte del Dr. Joel Méndez: “*jno, usted está equivocado y nosotros no trabajamos así!, eso es lucrar con las mujeres y nosotros no hacemos eso*” (ED05).

La respuesta del Dr. Joel Méndez parte de su compromiso personal así como con la filosofía del modelo del Dr. Villareal desde una postura ética que no busca la explotación económica de las mujeres. En palabras del Dr. Pérez Tamayo, las distintas formas de explotar económicamente a las mujeres, son manifestaciones de la corrupción generalizada en la sociedad mexicana. Así, “la corrupción moral no es patrimonio exclusivo de los médicos aprovechados, deshonestos y pillos; la comparten con todos los demás profesionistas cuyo comportamiento es igualmente convenenciero e ilegal” (Pérez Tamayo, 2002:100).

A pesar de las dificultades, los miedos y las tensiones a las que se enfrentaron la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez, las redes se pudieron ir tejiendo no sólo en el Distrito Federal sino también en otros estados del país. Con el paso de los años, de acuerdo con Juana de Asbaje, esta organización “ha capacitado a profesionales de la salud en los estados de Chiapas, Morelos, Baja California Norte, Baja California Sur, Michoacán, Veracruz, Guanajuato y Oaxaca. De entre los que destacan son Guanajuato y Chiapas” (EO03) porque es donde el vínculo de capacitación con los profesionales de la salud ha sido mucho más sólido y duradero a pesar de los contextos restrictivos.

En síntesis, cabe destacar la importante labor de la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez en construir “de la nada” una red de prestadores de servicios comprometidos, no sólo en el Distrito Federal sino también a nivel nacional. Sin duda, el camino no ha sido nada fácil, sobre todo porque se enfrentaron a la hegemonía, la normalidad y la autocensura, en la construcción de puentes con otros actores con suma cautela. Por ende, las numerosas precauciones y la autocensura tomada en el trayecto también ha repercutido en el desarrollo del trabajo de la organización en el largo plazo, ya que en palabras del Dr. Joel Méndez: “el reto que han tenido y que aún *no han logrado, es posicionarse como una organización con un modelo de atención* claro y de vanguardia” (ED05). Veamos a

continuación con mayor detalle, los cambios derivados a partir de la despenalización desde la voz de estos prestadores de servicios.

6.4.3 Claroscuros a partir de la despenalización del aborto en el Distrito Federal. Matices desde la experiencia de esta organización civil y sus prestadores de servicios

En este apartado deseamos explorar los cambios en el trabajo de la organización y en los prestadores de servicios a partir de la despenalización del aborto en el año de 2007. En un primer momento, veremos los claroscuros al interior y al exterior del trabajo de la organización, y posteriormente, abordaremos las percepciones y los cambios en la labor diaria de los médicos y las orientadoras. Consideramos que los cambios en el contexto social y político, generan también cambios en las restricciones legales y la percepción social. Estos cambios, también se ven reflejados en las presiones que viven cotidianamente estos prestadores de servicios.

No podemos olvidar que dichos cambios paulatinos se deben, en parte, al trabajo de décadas del Movimiento Internacional de mujeres y del feminismo en México. En la comprensión de los recientes cambios en la legislación de la capital del país y en el contexto, es importante retomar el trabajo realizado desde la sociedad civil por feministas comprometidas con la demanda de aborto seguro para todas las mujeres sin distinción ya que “el feminismo tiene una larga trayectoria en la que han estado presentes las demandas en torno a la salud y el derecho al control sobre el propio cuerpo” (González, 1999:20). Por otra parte, las conferencias internacionales organizadas por las Naciones Unidas sentaron las bases para la reivindicación del *derecho a tener derechos*.

El 24 de abril de 2007, finalmente se concretó una de las luchas históricas feministas al lograr la despenalización del aborto⁴⁹ hasta las doce semanas de gestación en el Distrito Federal. Este día, finalmente se obtuvo un logro ciudadano para las mujeres y el feminismo en la Ciudad de México. Consideramos que los avances legislativos en esta materia son importantes, sobre todo en el vínculo que tienen con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pero lejos de discursos triunfalistas, cabe decir la organización y sus integrantes sí se han beneficiado, ahora se sienten más tranquilos para

⁴⁹ Algunos grupos feministas lograron consolidar la libertad reproductiva a través de terceros, es decir de los partidos políticos el PRD, el PRI y Alternativa (Ortiz-Ortega, 2008b). La Asamblea Legislativa despenalizó el aborto con 46 votos a favor⁴⁹, 19 en contra⁴⁹ y 1 abstención.

realizar su trabajo, pero también existen cuestionamientos porque “una ley por sí misma *no garantiza el ejercicio de un derecho* y en este país los derechos son para quienes tienen la posibilidad de tenerlos” (EO03). Por tanto, “si revisamos las estadísticas de las interrupciones en hospitales de la red de salud del Distrito Federal, están fuera adolescentes y población indígena” (EO03). La opinión de Juana de Asbaje coincide con el *Diagnóstico de los Derechos Humanos en el Distrito Federal*, en donde se enfatiza que “existe una deficiente aplicación de programas de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva dirigida a grupos específicos como mujeres indígenas, jóvenes y personas adultas mayores, niñas y niños en situación de calle” (CDHDF, 2008:298-299).

Por otra parte, la Dra. Ana Cárdenas menciona que el trabajo de la organización y su estatus ha cambiado, porque actualmente tienen mayor carga en las labores de capacitación y aunado a esto, “tienen relaciones más amplias con la Secretaría de Salud del Distrito Federal⁵⁰, así como con otras organizaciones no gubernamentales a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres” (ED04). Al interior, la dinámica del trabajo de la organización también ha cambiado y en palabras de Juana de Asbaje, “tienen cada vez más trabajo de capacitación, *advocacy*⁵¹ y no tanto en cuanto a servicios” (EO03). Otra de las dificultades a las que se enfrentan actualmente, de acuerdo con la Dra. Ana Cárdenas, consiste en que tienen un exceso de trabajo y eso es complicado debido a que la mayor parte de las tareas recaen en la Dra. Ana Cárdenas como responsable de la *Dirección General*, el Dr. Joel Méndez de la *Coordinación Nacional* y Juana de Asbaje del *Área de Proyectos y Evaluación*. Ellos “trabajan muchas horas en este proyecto que *les gusta mucho y que están felices de hacerlo* pero también llega el momento en el que se cansan y no pueden deslindar responsabilidades, ya que no pueden contratar a más personal” (ED04). Ante este panorama de pros y contras al trabajo diario de esta organización, pasaremos a explorar las percepciones y los cambios en la labor cotidiana de los médicos y las orientadoras.

⁵⁰ Esta organización realizó trabajos durante el 2008 de capacitación con el personal de los hospitales de la red del Distrito Federal.

⁵¹ *Advocacy* se refiere a hacer escuchar las voces de los ciudadanos. Entendemos este concepto como la influencia de grupos de presión -en este caso, de la sociedad civil- en las políticas públicas así como en la toma de decisiones políticas, económicas, los sistemas sociales y las instituciones que afectan directamente las vidas de las personas (Cohen, 2001).

Como se mencionó anteriormente, en el abordaje de las investigaciones realizadas en otros países, se ha mostrado que en las actitudes y percepciones de los médicos ante el aborto influyen factores éticos, políticos, jurídicos y médico-científicos. “Estos elementos adquieren relevancia especial en los contextos donde la práctica del aborto está penalizada. Las diferentes circunstancias han mostrado que la prestación de servicios es un asunto que polariza las opiniones de los médicos y que genera importantes controversias entre ellos” (González de León, 1999:192). En el caso del Distrito Federal, sin duda influye el contexto jurídico y político que reconoce el derecho a la interrupción legal del embarazo y legitima el trabajo de dicha organización no gubernamental como valioso. Sin embargo, a pesar de los avances en la legislación, el Dr. Joel Méndez está consciente de que aun prevalecen las “actitudes que condenan el aborto como un tema tabú y de estigma para quienes lo realizan” (ED05).

Esta afirmación nos recuerda que, si bien la despenalización es un paso importante, el trabajo no termina ahí, ya que todavía quedan pendientes temas importantes como: la calidad de los servicios de interrupción del embarazo en los hospitales de la red del Distrito Federal, qué hacer con los grupos Pro vida, que hostigan tanto a prestadores de servicios como a las consultantes, la calidad de los servicios en espacios privados, entre otros. Además, “*los grupos anti derechos se han encargado de trabajarlo hasta en las escuelas de medicina aquí [en el Distrito Federal]*” (ED04). Cabe decir que “la formación profesional que habitualmente reciben los médicos mexicanos representa un aspecto de gran importancia en las posturas contrarias al aborto que la mayoría de ellos adoptan. Tal formación ofrece muy pocos elementos para ubicar al aborto como un problema social y de salud pública, o para comprender sus aspectos jurídicos y sus efectos psicológicos” (González de León y Salinas, 1997. Cit. González de León, 1999:193).

En cuanto a las percepciones en torno a la despenalización entre los médicos y las orientadoras que trabajan en esta organización, se tienen dos posiciones. Una de optimismo ante “la ley que por primera vez les otorga una mayor libertad y tranquilidad legal⁵² en su trabajo cotidiano” (ED06); y otra que les obliga a replantearse organizacionalmente:

⁵² Cabe decir que en todos los años que tiene la organización prestando servicios de interrupción del embarazo no tiene ninguno de sus integrantes denuncia alguna o procedimiento penal en su contra.

a) cómo hacer la difusión de sus servicios⁵³, b) cómo consolidar redes con otros prestadores de servicios y organizaciones no gubernamentales y c) cómo ampliar sus servicios de salud sexual y reproductiva a mujeres de más sectores de la población. La organización civil estudiada tiene por primera vez el sustento legal para llevar a cabo su labor, y no sólo eso, tienen “la confirmación histórica de su trabajo, su filosofía y sus principios. Es darle luz verde a todo por lo que pelearon por años” (ED06). Y resulta claro que el modelo de atención del Dr. Villareal es importante por sus características y su larga trayectoria de más de 30 años. En ese sentido, la ley nunca fue un impedimento para quienes integran esta organización ya que estuvieron prestando servicios de interrupción del embarazo durante más de “14 años y *no necesitaron pedirle permiso a nadie*, y aun así demostraron que su *trabajo iba por buen camino*” (ED06). A pesar de las restricciones legales, la práctica del aborto en México es un *delito* ampliamente tolerado que no se denuncia ni se castiga. La amenaza de la sanción penal⁵⁴ tampoco evitó que estos prestadores de servicios practicaran el aborto desde una postura ética y de responsabilidad social (González de León, 1999).

El trabajo de estos prestadores de servicios sensibles a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se basa en contribuir a preservar la salud, “lo que significa, que siendo la preservación de la salud uno de los objetivos de la medicina, no hacer todo lo posible para que se cumpla, en la medida de sus posibilidades y en función de sus conocimientos, es una falta de ética profesional” (Pérez Tamayo, 2005:249). En ese sentido, el Dr. Pérez Tamayo (2005) argumenta que el aborto se lleva a cabo para cumplir los objetivos de la medicina y aunque no sea permitido por la ley, puede ser de gran beneficio para la vida de las mujeres. Así, “hay circunstancias en las que no todo lo castigado por la ley es al mismo tiempo una falta de ética médica, y en cambio el médico cumple con las obligaciones que le impone el ejercicio ético de su profesión, que es resolver el problema y aliviar el padecimiento de sus enfermas” (Pérez Tamayo, 2005:185).

A nivel individual, una de las expresiones de mayor optimismo entre los médicos de la organización es la del Dr. Joel Méndez, quien ahora “se siente con toda la libertad para

⁵³ Actualmente, la organización tuvo que replantearse si iban a tomar una cara pública así como una difusión abierta de sus servicios de salud sexual y reproductiva. Lo que resolvieron fue mantener un bajo perfil público y hacer llegar sus servicios a más sectores de la población. Sobre todo a mujeres de escasos recursos.

⁵⁴ Antes del año 2007, en el Distrito Federal la pena por provocar un aborto para los médicos oscilaba entre 1 a 8 años de prisión e incluía la suspensión del ejercicio profesional durante periodos que abarcaban entre los 2 y 5 años (Pérez Duarte, 1994. Cit. González de León, 1999:189).

decir en cualquier espacio del país y del mundo: en mi ciudad, donde *yo vivo, donde yo nací y donde yo ejerzo*, el aborto es legal, ahí se defiende la vida de las mujeres. *Yo me dedico a esto y tengo más de 15 años*. Mi trabajo es profesional y de primera calidad con toda una serie de principios morales y éticos” (ED05). El hecho de que su trabajo sea legal, le abre al Dr. Joel Méndez la posibilidad de poder hablar de manera abierta sobre su labor.

Desde la experiencia de la Dra. Ana Cárdenas y las orientadoras -Juana de Asbaje, Lucía Juárez y Elvira Acosta- en su contacto cotidiano con la realidad del aborto y con las mujeres que acuden a la organización civil, se puede observar que las consultantes “poco a poco se están reposicionando porque cuando solicitan el servicio de interrupción legal del embarazo, tienen *una actitud diferente*, no tienen que mentir tanto para justificar una acción que *es mal vista* y que ahora es una libertad” (EO06). La interrupción del embarazo es un derecho de las mujeres y las parejas, y por tanto, “nos encontramos ante un nuevo umbral donde se reconstruyen las múltiples conexiones entre los derechos, la noción del individuo, los límites de la participación política, las obligaciones y la legitimidad del sistema político dentro del cual se ejerce la ciudadanía” (Ortiz-Ortega, 2006:18).

Durante el servicio de orientación, “se escuchan más comentarios de que es legal” (EO08), “he ido a ver otras clínicas” (EO07) y de esta forma las mujeres tiene más alternativas” (ED05). Como resultado de la despenalización, se abrió el abanico de posibilidades en cuanto a los espacios gubernamentales y no gubernamentales que ofrecen estos servicios de salud sexual y reproductiva. Esto lo pudimos constatar en la sesión de orientación de primera vez⁵⁵, entre la orientadora Elvira Acosta y Julia. La charla estuvo centrada en las necesidades específicas de la consultante. La duda de la consultante era en relación a los diferentes espacios que prestan servicios de interrupción legal del embarazo porque ella “estaba segura de que quería interrumpir pero *no estaba segura de dónde hacerlo*” (OR12). Es decir, en esta primera visita a la organización, Julia quería conocer el lugar que “le recomendó un médico” (OR12) y saber qué ventajas le ofrecían para tomar una decisión de dónde llevarlo a cabo ya que en los lugares que visitó previamente “todos le dijeron, *aquí es seguro*” (OR12). La labor de Elvira Acosta fue presentarle a Julia un

⁵⁵ Este tipo de orientación, se lleva a cabo cuando las mujeres tienen una serie de dudas en relación a los servicios que le puede ofrecer la organización y tiene la finalidad de generar confianza. Esta sesión ocurre generalmente en la primera ocasión en la que la mujer acude a su cita, pero no aplica para todos los casos, depende de las necesidades de cada consultante.

panorama de las diferentes opciones que ella tenía, así como de sus desventajas. Entre los contras de los servicios que ofrecen los hospitales del Gobierno del Distrito Federal, Elvira Acosta le mencionó a Julia que están “los casos de pacientes que refieren que no fueron tratadas bien, la gente que atiende no está a favor de este derecho y las tratan de *convencer* de que no lo hagan” (OR12). Además, afuera de “los hospitales están los grupos de Pro Vida que *hostigan y confunden a las mujeres*” (OR12)⁵⁶.

Ante este panorama y las diferentes opciones con las que contaba Julia, ella decidió interrumpir un embarazo en esta organización civil y agendar su consulta. Al respecto, la orientadora Elvira Acosta menciona, que en su “experiencia prevalece que las *mujeres están claras en su decisión* porque de alguna manera ellas ya iniciaron *el proceso de interrupción* cuando piensan “*no quiero*”, “*me equivoqué*” o “*no resultó*” (EO07). Entonces, cuando llegan a la organización a solicitar el servicio de interrupción del embarazo, las mujeres ya hicieron una primera reflexión acerca de qué desean hacer en relación a un embarazo no esperado, y en algunos casos, se dieron a la tarea de buscar varias opciones en servicios de salud públicos y/o privados.

Entre la variedad de opciones en los servicios de interrupción legal del embarazo, la orientadora Lucía Juárez menciona desde su experiencia profesional que “las pacientes refieren que *fueron a otras alternativas y decidieron quedarse aquí*” (EO07). Y en otros casos las consultantes refieren que en las clínicas del Gobierno del Distrito Federal “*fueron maltratadas*, no se sintieron cómodas o tuvieron que pasar por una *espera muy larga*” (E006). En cuanto al maltrato, podemos decir que éste “*se aplica informalmente en la institución de salud*: el médico se encarga de *convencer o culpar* a la paciente con disertaciones moralistas o “argumentos científicos” que afirman que los abortos, aun aquellos realizados a tiempo y en buenas condiciones, pueden, ocasionalmente, provocar esterilidad” (Rivas y Amuchástegui, 1996:28).

⁵⁶ En el mes de octubre de 2008, tuve la oportunidad de acudir a una visita guiada por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal a la Clínica de Ticomán para que nos mostraran cómo se estaban llevando los procedimientos de interrupción legal del embarazo. En esa ocasión estaba un grupo de Pro Vida con aproximadamente 4 integrantes que detrás de una imagen de la Virgen de Guadalupe y la bandera de México, rezaban, repartían rosarios, fetos de plástico y DVDs de *El grito silencioso* a las mujeres que ingresaban al hospital. En cuanto se percataron que éramos un grupo de especialistas en pro de los derechos sexuales y reproductivos, nos comenzaron a atacar verbalmente por medio de los altavoces. Cuando salimos el hospital ya estaba Jorge Serrano Limón -el dirigente de Pro vida- y sus seguidoras para hostigarnos de nuevo con descalificaciones.

Generalmente en la atención que se da a las mujeres en hospitales del sector salud en México, ellas son estigmatizadas y son objeto de “sospecha” (Erviti, 2006). El maltrato puede obedecer a una postura ambigua del médico ante las mujeres que se han provocado o que desean un aborto [...]. Sin embargo, es frecuente que los médicos apliquen sus propios criterios morales a la práctica institucional y que adopten actitudes punitivas hacia las mujeres (Ehrenfeld *et al.*, 1992. Cit. González de León, 1999). La persistencia, hoy en día, de los malos tratos hacia las mujeres en los espacios de salud públicos y privados, es un reflejo de que si bien la ley representa un avance importante, todavía queda mucho por hacer, sobre todo en una capacitación que tome en cuenta los deseos de los profesionales de la salud. De acuerdo con Juana de Asbaje⁵⁷, actualmente en los hospitales del Distrito Federal existen médicos que “reciben órdenes “desde arriba” porque “hay que atender”, independientemente de *lo que quieran o no quieran hacer* por tanto la ley y las instituciones están *obligando a los profesionales a tener actitudes abiertas de rechazo*” (EO03). Y también se está dando el caso de “algunos médicos que ahora están dando los servicios públicos en los hospitales y que ante la oportunidad han abierto sus espacios privados” (EO03).

Otro tema importante, de acuerdo con el Dr. Joel Méndez, consiste en revisar “la calidad de los servicios que se ofrecen diariamente en los hospitales del Distrito Federal, ya que “en cuanto a las formas y a la calidad, no es la ideal pero están atendiendo a las mujeres y ahora dan servicios de mediana calidad” (ED05). Esta preocupación del Dr. Joel Méndez también coincide con el *Diagnóstico de los Derechos Humanos en el Distrito Federal*, al señalar “la falta de monitoreo en la calidad del servicio de interrupción voluntaria del embarazo, así como en la falta de presupuesto que garantice el abasto de una amplia gama de anticonceptivos” (CDHDF, 2008:298-299).

Las modificaciones legales a partir de la despenalización, abren una serie de retos para esta organización y sus integrantes en el corto y mediano plazo, ya que anteriormente ellos eran parte de “de los *pocos espacios* que tenían sus servicios de atención abiertos al público en general” (ED05). Actualmente se enfrentan ante tres retos y dificultades: 1) los prestadores de servicios de esta organización se sienten más tranquilos pero a la vez mucho

⁵⁷ Juana Asbaje además de ser orientadora es la encargada del Área de Proyectos y evaluación de la organización y adicionalmente colaboró en la capacitación a médicos en hospitales del Distrito Federal.

más vulnerables ante posibles ataques de la derecha, 2) existe una mayor competencia al aumentar la oferta de los servicios y 3) en el caso de esta organización, “ha disminuido el volumen de atención”.

A raíz de tales cambios, los prestadores de servicios -en especial la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez- se sienten mucho más vulnerables a los ataques de la derecha y los grupos de Pro vida que hacen campañas de hostigamiento dirigidas tanto a los prestadores de servicios como a las mujeres que acuden a los hospitales de la red del Distrito Federal. Sin duda, actualmente los miedos y los temores de los prestadores de servicios se ven disminuidos, pero todavía en la capital del país prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo es una labor arriesgada. Por ende, la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez temen por su integridad y su vida, ya que “saben que la ultraderecha mata en Estados Unidos a prestadores de servicios y aquí los maltrata en las clínicas del Distrito Federal” (ED94)⁵⁸. En este contexto, ellos y la organización podrían ser el blanco de sus ataques. Personalmente, coincidimos con la Dra. Ana Cárdenas cuando dice que estos grupos “son gente que no tiene escrúpulos para mentir y engañar en pro de la vida. Les *mienten a las mujeres y casi las obligan a que continúen un embarazo* que ellas no desean a través del *engaño, la extorsión y el maltrato*” (ED04).

Un ejemplo de esto son las clínicas rodantes colocadas a partir de febrero del 2007, frente a hospitales y clínicas en Nueva York, los siete días de la semana. La fachada del autobús dice: “*Image Clear Ultrasound*” y al fondo una fotografía de una mujer con un enorme letrero informativo “*Free pregnancy diagnosis. Ultra sound preg. Test. Immediate*”. Tenemos indicios de que estas estrategias para *convencer*, tratan de incitar a las mujeres a tomar una decisión por encima de sus propios deseos, manipulándolas y utilizando una estrategia del miedo. Otra de las vías de la derecha en México para *convencer* a las mujeres, es la de crear organizaciones no gubernamentales que “protegen la vida del nuevo ser y la madre”. Un ejemplo es la organización civil Vida y Familia (VIFAC)⁵⁹ que tiene presencia en 16 estados del país.

⁵⁸ En una visita a la clínica de Ticomán, tuve la oportunidad de platicar con uno de los médicos que laboran en esta institución. Él me comentaba que le resultaba muy perturbador que todos los días, cuando llegaba a su centro de trabajo, estaban los de Pro Vida atacándolo a través de los altavoces.

⁵⁹ Esta organización se anunciaba en espectaculares en las paradas del transporte público y en el metro. Su campaña tenía la imagen de una joven mujer al fondo y el texto decía: ¿Embarazada? Nosotros te ayudamos. Campaña apoyada también en la televisión abierta por Fundación Televisa.

Por otra parte, existe una mayor competencia al aumentar “la oferta de los servicios que se anuncian con más naturalidad” (ED05) a través de espectaculares⁶⁰ y en Internet. Al hacer una breve búsqueda de los servicios de interrupción legal del embarazo por la red, pudimos localizar cinco espacios diferentes en el Distrito Federal que abiertamente dan a conocer sus servicios e incluso ofrecen la facilidad de pagar con tarjeta de crédito con mensualidades de 3 ó 6 meses sin intereses. Algunas de estas opciones de servicios de salud sexual y reproductiva son: *Asistencia mujer*, *Grupo médico de apoyo a la mujer (GMAMU)*, *Atención a la mujer*, *Asista Med* y *Asistencia Integral para la mujer*.

En el caso de la organización donde se centra nuestro estudio de caso, “ha disminuido el volumen de atención” (ED04) y “cada vez son menos los médicos de su red que les refieren pacientes” (ED04). La Dra. Ana Cárdenas menciona que una mayor competencia en la prestación de los servicios de interrupción del embarazo, no es sólo por parte de otras organizaciones no gubernamentales, sino también por parte de los médicos que ahora prestan estos servicios en sus consultorios y clínicas privadas. En ese sentido, el volumen de atención que maneja la organización tiene cifras variables “*a veces suben, a veces bajan...* y es de acuerdo a las necesidades de las mujeres” (ED05). En este punto, también coincide el Dr. Joel Méndez, ya que el número de pacientes ha disminuido. “Antes [de la despenalización] eran de los pocos que tenían atención al público de manera directa y ahora, le parece una maravilla que exista esta variedad en los servicios” (ED04).

Sin duda, los avances de corte progresista en el contexto de la Ciudad de México, prendieron los focos rojos de la derecha y generaron como respuesta la consolidación de una nutrida red de organizaciones “a favor de la vida” que realizan cabildeo en otras entidades del país. Por ejemplo, de acuerdo con *El Universal*, la Alianza Mexicana por la Vida cuenta con 100 organizaciones afiliadas, la Red Familia tiene una coalición de 400 instituciones, y el Comité Nacional Pro Vida tiene presencia en 27 entidades a través de *lobbying* con congresos locales para que se respete la vida bajo argumentos morales. Algunos de sus logros hasta el momento, han sido la aprobación de la protección de la vida desde el momento de la concepción en las constituciones de los estados de: Baja California, Durango, Jalisco, Morelos, Puebla, Sonora, Quintana Roo, Campeche y San Luis Potosí⁶¹.

⁶⁰ Especialmente en algunos vagones del metro y en las paradas autorizadas del transporte público.

⁶¹ El último estado que hasta la fecha modificó su constitución.

Estos avances y retrocesos, nos permiten reconocer las posibilidades de cambio legal, político, cultural y social. Pero también nos permiten reconocer las dificultades y los claroscuros que obstaculizan que las mujeres sean consideradas como ciudadanas plenas en la construcción y la lucha por los derechos sexuales, lucha que lleva en su seno la exposición de dos conceptos: poder y recursos. Poder para realizar elecciones informadas sobre la propia actividad sexual; recursos para llevar a la práctica esas decisiones de manera efectiva y segura en términos de derechos humanos (Sánchez, 2008:105-106). En conclusión, la despenalización del aborto en el Distrito Federal tiene dos caras para la labor que realiza esta organización. Una positiva y de mayor libertad a raíz del pronunciamiento de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en 2008, que avaló el trabajo de esta organización y la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Y otra cara negativa, que se desprende en dos: una de mayor oferta en los servicios de interrupción legal del embarazo, que les ha impactado y ha disminuido su volumen de atención; y dos, la organización de la derecha, que acosa a los prestadores de servicios de la red de hospitales públicos del Distrito Federal y que representan una amenaza a la tranquilidad e incluso a la vida de los médicos y orientadoras que trabajan en esta organización sin fines de lucro objeto de esta investigación. Veamos a continuación con mayor detenimiento, las experiencias de cuatro mujeres concretas “de carne y hueso” que acudieron a esta organización para interrumpir sus embarazos.

VII. Experiencias de las consultantes y sus parejas

En el presente capítulo dirigimos nuestra mirada a las vivencias de cuatro mujeres y sus parejas que acudieron a esta organización civil para solicitar los servicios de interrupción legal del embarazo. La estructura que seguiremos es la siguiente: en primer lugar, precisamos la mirada teórica desde la cual fundamentamos el análisis de los testimonios y las experiencias de nuestros sujetos de investigación. Decidimos analizar las vivencias por separado ya que cada una encierra un mundo diferente y queremos darle voz e importancia a cada una. En el análisis de las experiencias de nuestras entrevistadas, tomamos en cuenta cuatro dimensiones: 1. Su escenario sociocultural, 2. Sus relaciones interpersonales, 3. Si ella es capaz de tener autonomía

decisoria en diferentes aspectos de su vida y 4. Si en la organización ella se siente protagonista de *su* atención, y si eso es diferente respecto a otras experiencias.

Como se mencionó anteriormente en el estado del arte, reconocemos a las mujeres como sujetos con la capacidad y la autonomía de decidir lo que es mejor para *su vida* y queremos comprender el *sentido de la acción*, donde ellas son sujetos *con derecho a tener derechos*. Para nosotros, estas mujeres son *agentes sociales activos* capaces de tener una posición diferente con respecto a la ideología y los valores morales dominantes, a pesar de estar insertas en un contexto social, cultural e ideológico que condiciona y moldea sus comportamientos individuales. Consideramos que estas capacidades están relacionadas con las características sociales, culturales y de constitución del yo *-self-*, pero también, estos comportamientos individuales están condicionados por la estructura, las normas y los discursos médicos, institucionales, religiosos, morales y de género (Erviti, 2005).

Nuestro enfoque no ve a las mujeres y las parejas desde el lente de la medicina hegemónica que a través de mecanismos de control social y estigma, sancionan a las mujeres que interrumpen sus embarazos como “desviadas sociales” o “transgresoras”. Nosotros tampoco concebimos el cuerpo de estas mujeres como cuerpos meramente biológicos y pasibles de una invasión o de un ejercicio sobre el cual no es necesaria su autorización o su consentimiento (Oliveira y Amaral, 1999). Partimos del paradigma de los derechos sexuales y reproductivos que hacen referencia a los derechos de las personas a decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. Así, el cuerpo es la primera y única posesión ciudadana real, de manera que todas las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción deben tomarse con total autonomía. Nuestro estudio no parte de entes abstractos sino de mujeres y varones concretos “de carne y hueso”, con toda su singularidad y su subjetividad propia. Partimos del hecho que la interpretación subjetiva de la experiencia tiene un contenido humano repleto de interpretaciones de la realidad, basadas en un conjunto de experiencias preexistentes de ella. Así, la realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo que se comparte con los otros. Al respecto, nosotros entendemos la subjetividad como:

“La particular concepción del mundo y de la vida del sujeto, se constituye por el conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, físicas, intelectuales, afectivas y eróticas. Se estructura desde el lugar que el sujeto ocupa en la sociedad y se organiza en torno a formas específicas de percibir, sentir, racionalizar, abstraer y accionar sobre la realidad. Los

comportamientos, actitudes y las acciones del sujeto son la expresión de su *subjetividad, como ser social*, en el marco histórico de su cultura y, por tanto, ésta es la elaboración que hace el sujeto de su experiencia vital” (Lagarde, 1997:302. Cit. Erviti, 2005).

En ese sentido, la subjetividad de las mujeres y los varones estudiados tiene una particular e individual concepción del mundo, de la vida, los sueños y los deseos que cada uno elabora con base en su condición genérica, su contexto sociocultural y su propia visión del mundo. La concepción del mundo, el acceso a discursos y las fuentes de la experiencia están determinadas por la condición social de los sujetos, la clase, el género, la edad, la nacionalidad, el grado y nivel de escolaridad, la posición en el hogar, roles en la familia, la autonomía económica y las redes sociales a las que tienen acceso. Todos estos elementos se combinan de manera particular y determinan la relación entre el sujeto y su concepción del mundo (Lagarde, 1997). El punto de vista de las mujeres y las parejas, la construcción de los significados, las vivencias y sus diferentes percepciones, se analizan en este estudio a partir de la especificidad y la particularidad de los condicionantes sociales, culturales y de género. De tal manera, mostraremos las formas particulares de tomar la decisión de interrumpir un embarazo no deseado en un momento determinado. Al examinarlas, analizaremos si las posibilidades de acción respecto a los derechos se basan en el proceso de constitución del sujeto, esto es, en el autoreconocimiento de la existencia personal. Y si es posible hablar de una apropiación del cuerpo como un terreno de soberanía individual y de la construcción de una voz como la expresión de “autorizarse a sí mismas” (Rivas, Amuchástegui y Ortiz-Ortega, 1999).

En este marco creemos que la ciudadanía cobra expresión cuando las mujeres podemos ejercer nuestros derechos y cuando tenemos la capacidad decidir sobre nuestro cuerpo, ya que generalmente, las diferencias sexuales se tejen con las desigualdades sociales. Silliman (1997) considera que, en la *noción de derechos sexuales*, es necesario concebirlos tomando en cuenta las diferencias de clase, etnia, raza, poder y acceso a los recursos. La inclusión de la dimensión económica puede verse como una de las formas más claras para restablecer las conexiones entre necesidades y derechos que derivan los individuos de su ubicación social, económica y política (Ortiz-Ortega, 2008). O en palabras de Mouffe (2001), es un acto imprescindible construir una ciudadanía femenina que permita el acceso a servicios de salud que no reproduzcan desigualdades sociales y genéricas. Finalmente, una vez hechas las precisiones teóricas que guían nuestro estudio en

este apartado que recupera las vivencias de las mujeres y las parejas, nos adentraremos en: a) comprender si cuando estas mujeres llegan a esta organización civil, ya han sido capaces de tomar una decisión, y si esa decisión es autónoma; y b) vislumbrar si en la organización se sienten -o no- protagonistas durante *su* proceso de atención; y c) explorar si estos servicios de atención son diferentes con respecto a otras experiencias previas.

7.1 Dándole voz a cuatro mujeres concretas “de carne y hueso”

Partimos del hecho de que “los individuos no son meros actores de las normas prescritas culturalmente. También contribuyen a la construcción de esas normas y prescripciones, adaptando y moldeando los escenarios culturales a partir de su experiencia, para conformar pautas de conducta adecuadas a contextos y situaciones específicas” (Szasz, 2001:19). La práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, se inserta en la organización genérica de la sociedad en un contexto específico, en el que existen numerosas variantes de acuerdo al país, la región, la ciudad, la edad, la clase social, el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral y la tradición cultural. Todos estos elementos se conjugan y producen una amplia heterogeneidad en las formas de vivir y asumir la interrupción del embarazo desde la subjetividad femenina individual. Siguiendo esta línea de pensamientos, de acuerdo con Lagarde (2003), la interrupción voluntaria del embarazo transita por la *experiencia personal de las mujeres*, esto significa que su contenido no es universal. Para mostrar esta heterogeneidad de vivencias, en los siguientes apartados mostraremos las experiencias de cuatro mujeres, cada una en mundos, condiciones socioeconómicas y subjetivas diferentes.

De estas cuatro mujeres, tres son estudiantes, solteras, viven con sus padres y sus edades van de los 19 a los 21 años. En el análisis de sus vivencias, tenemos indicios de que cada una de ellas cuenta con diferentes grados de autonomía, así, “en el caso de la maternidad, la autonomía se define como la posibilidad de *elegir cómo, cuándo y con quién tener un hijo*. Y se pueda saber, qué se quiere para su vida y cómo lograrlo, se sienta con derecho a decir no, a incidir en su realidad y lograr sus proyectos” (Fernández y Tajer, 2006:36). Creemos que escuchar las voces de las mujeres es aclarar y conocer la profundidad de los sentimientos inmersos en estas vivencias. Cada una de estas historias, son construcciones elaboradas por medio de fragmentos de las narrativas de nuestras entrevistadas en la organización civil que amablemente nos abrió sus puertas. En tanto, no

hay mejor manera de entender sus razones que escuchando sus experiencias ya que “el relato de cada mujer es único y sirve para ilustrar la diversidad de circunstancias que las llevan a poner fin a un embarazo” (Faúndes y Barzelatto, 2005:29). Veamos con más detalle cada caso, y de acuerdo con Llovet y Ramos (2001), tratemos de encontrar la lógica individual y el motor que guía el proceso de decisiones para buscar los servicios de interrupción legal del embarazo en la organización no gubernamental a estudiar.

7.1.1 Daniela, “Yo ya estaba segura de ello”

En la vivencia de Daniela, queremos comprender su concepción del mundo y de su vida. Pensamos que ésta se estructura desde el lugar que el sujeto ocupa en la sociedad y se organiza en torno a las formas específicas de percibir, sentir, racionalizar, abstraer y accionar sobre la realidad (Erviti, 2005). En el escenario sociocultural de donde proviene Daniela, Querétaro tiene un gobernador conservador. De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano del PNUD (2009), este estado ocupa la posición número 13 a nivel nacional. Mientras que el municipio de San Juan del Río ocupa el tercer puesto estatal tanto de desarrollo municipal con (0.8389) como de Índice de Género con (0.8337).

Cabe mencionar que el congreso local rechazó en febrero de 2008, la propuesta de despenalizar el aborto. Ante la discusión de este tema en el cabildo, de acuerdo con *El Universal*, aproximadamente mil 800 personas participaron en la *Marcha Nacional por la Vida, la Familia y por México*. Al respecto, consideramos que “las construcciones morales difundidas por la iglesia católica tienen todavía una influencia definitoria tanto en la experiencia sexual de los sujetos como en las decisiones gubernamentales acerca de la salud y la legislación” (Amuchástegui, 1998:108).

Éste es el contexto conservador donde Daniela, una joven de 19 años, de clase media-baja, vive, estudia y trabaja en San Juan del Río, Querétaro. Ella, para poder ingresar a la universidad pública, tuvo que salir de su comunidad de origen y de la casa de sus padres. Sin duda, Daniela tiene una actitud de independencia que le permite trabajar y mantenerse a sí misma porque “ella vive sola, se paga la renta, sus servicios y paga su escuela” (EM11). Podemos decir que ella cuenta con un *self* estructurado derivado de asistir a la universidad, vivir sola y contar con ingresos propios que le dan la posibilidad de mantener un margen de autonomía, defender determinadas actitudes y comportamientos, y

crearse una identidad propia. Consideramos que Daniela es una mujer *autónoma* porque tiene la posibilidad de tomar decisiones en su vida en general y en el manejo de su vida reproductiva en particular (Szasz, 2001). Su proyecto de vida consiste en seguir trabajando para tener recursos y terminar la carrera, y tal vez, en un futuro, casarse con su pareja. Mario tiene 22 años, terminó la preparatoria, vive solo y trabaja como empleado en una tienda. Daniela y Mario tienen 3 años de relación de pareja, “aunque no han llegado a pensar *en casarse y esas cosas*” (EM11).

Este embarazo inesperado era algo que Daniela presentía, en consecuencia, se hizo una prueba para comprobarlo. Ella “*ya más o menos sospechaba* porque *no le bajaba* y por los síntomas” (OR10). Cuando Daniela y Mario se enteran del resultado positivo, fue algo que “*realmente no se esperaban* ninguno de los dos y surgió la pregunta de *¿Qué vamos a hacer?*” (EM11). Ante esta situación, ambos platicaron y tomaron la decisión de interrumpir el embarazo. Consideramos que en esta pareja, se vislumbra la aceptación de nuevos roles de género en una relación de pareja más igualitaria, en la que ambos toman decisiones. Y por su parte, Daniela tiene un proyecto de vida personal y profesional propio, “porque la decisión que está tomando es algo que *ella quiere*” (OR10) y por eso “se siente *tranquila*” (OR10).

Daniela recurrió a sus redes de apoyo, en especial con un amigo de la universidad que trabaja en una organización civil en Querétaro. “Él le dio el contacto para que *la canalizaran* a México” (EM11). Sugerimos que la movilización y recepción de apoyo social, está relacionada con las características personales de los sujetos y el tamaño, la densidad, la accesibilidad, las características del vínculo y las relaciones no conflictivas al interior de su red social (Erviti, 2005). La red social de Daniela le abrió la posibilidad de poder llegar a la ciudad de México para ser atendida. Y como mencionamos anteriormente, sólo en el Distrito Federal es posible solicitar legalmente los servicios de interrupción del embarazo, a diferencia del resto de los estados del país. Este nuevo contexto, permite que la capital del país, sea la única entidad a la cual las mujeres pueden acudir para solicitar legalmente estos servicios y en donde los riesgos para su salud son mínimos.

Cuando Daniela hace el viaje acompañada de su prima, ella ya tomó una decisión y “está *segura* de ello” (EM11). Desafortunadamente, su pareja no la pudo acompañar porque “él no puede dejar de trabajar ni un día porque tienen que pagar *todo lo que deben*”

(EM11). Cabe decir que para pagar el costo de la atención, el transporte y las comidas⁶², Daniela y Mario tuvieron que “sacar de sus ahorros y *endrogarse*” (EM11). Por otra parte, la frase de “él no puede de dejar de trabajar”(EM11), nos deja ver que el trabajo es un tema importante en los estudios que exploran la construcción de la masculinidad, ya que considera que “trabajar”, “ser responsable en el trabajo” y “cumplir” con los compromisos laborales son elementos centrales de “ser hombre” (Núñez, 2007:155). Así, en un pensamiento tradicional, si el ser hombre tiene como eje el trabajo, el ser mujer se rige en parte por el papel reproductivo, que recae en este caso, en el cuerpo de Daniela.

La experiencia de Daniela al tener un espacio de orientación para expresar sus necesidades, decisiones y para hacer preguntas, consideramos que fue positiva. Durante la sesión, la orientadora Lucía Juárez le preguntó a la consultante cómo se sentía frente a la posibilidad de interrumpir el embarazo. Daniela contestó que “se *sentía bien* y se *sentía tranquila* porque esta decisión la tomó con su pareja y desde que supo que estaba embarazada *tomaron la decisión de no tenerlo*” (OR10). Ella “se siente *tranquila*” (OR10) con su decisión porque está consciente que continuar con un embarazo le implicaría interrumpir sus estudios y su proyecto de vida. Ella y su pareja, reconocen que no tienen las condiciones materiales para mantener a un hijo.

Tenemos indicios para pensar que a pesar de que su pareja la apoya, en su subjetividad está presente la idea de un orden de género, en el que la responsabilidad de criar y educar a los hijos recae en la madre. Por otra parte, Daniela no tiene “*ningún conflicto moral*” (OR10) y “*no le conflictua mucho lo que llegue a decir la religión* con respecto al aborto. Y aun cuando digan eso, es *lo que ella quiere*” (OR10). En esta frase, podemos vislumbrar la constitución de un *self* articulado y una *autonomía* porque Daniela es capaz de tener una posición diferente con respecto a la ideología y los valores morales predominantes en una sociedad conservadora influenciada por los postulados de la Iglesia católica. Hay elementos de que Daniela experimentó tener un espacio de orientación como la oportunidad para reafirmar su decisión, ya que “*ella venía segura, y por eso no fue complicado* para ella este asunto” (EM11). En la “orientación se sintió bien y a pesar de

⁶² En su caso, la cuota fue de \$3,500 y los costos de la alimentación y transporte de dos personas -ella y su prima- fue de aproximadamente \$1,000 (EM11).

que tenía que tomar una decisión, ella *ya estaba segura de ello, no se quedó con ninguna duda y le gustó como le explicaron lo de los cuidados y todo el proceso*” (EM11).

Daniela tuvo la posibilidad de decidir lo que era mejor para ella y su vida, pero no podemos pasar por alto, que dada su frágil situación económica, no le era posible estudiar, trabajar, mantenerse a sí misma y además mantener a un hijo. Daniela está ceñida por su situación socioeconómica y contextual. Adicionalmente, no podemos olvidar que en el contexto de Querétaro, el “aborto es penado y los servicios públicos de salud no ofrecen una atención calificada para responder a las demandas y necesidades de las mujeres en el caso del aborto y esto se constituye en una falta de respeto a los derechos de ciudadanía de las mujeres” (Oliveira y Amaral, 1999:253).

De acuerdo con la vivencia de esta joven, lo que hizo diferente a esta organización civil, es que “la atención *es buena y te tratan con amabilidad, no es una cuestión agresiva sino que te tratan amablemente*” (EM11). Lo agresivo nos hace suponer que Daniela temía que alguien pudiera ofenderla o atacarla. Si bien estas actitudes son posibles, tienen lugar en contextos en donde se estigmatiza y se aplican sanciones por parte de algunos prestadores de servicios en un marco de control social que trata de “castigar” a las mujeres “desviadas”. Su relato nos permite entender que en esta organización, Daniela fue la protagonista de su propia atención y fue tratada con respeto. En este espacio, ella tuvo las condiciones para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, pudo tomar una decisión de manera libre e informada, contó con información y acceso a métodos anticonceptivos. Digamos entonces que en esta organización, Daniela fue la protagonista de *su* atención porque fue percibida como un sujeto *con derecho a tener derechos* sobre su propio cuerpo. O en palabras de Correa y Petchesky (1994), tiene una reivindicación profundamente subversiva del cuerpo como propiedad de la mujer.

Cabe decir que Daniela, hasta el momento de la entrevista, no contaba con otras experiencias que le permitieran comparar la atención que recibió en la organización ya que “*nunca había ido antes al ginecólogo, hasta ahora*” (EM11). Esto nos permite reflexionar que para algunos jóvenes en México, los servicios de salud sexual y reproductiva no son accesibles y no existen políticas públicas claras para el cuidado de la salud de los adolescentes con una vida sexual activa. Sin duda, este tema requiere de investigaciones futuras que nos permitan comprender con mayor profundidad este tema. Finalmente,

consideramos que el énfasis en la prestación de servicios de salud a los jóvenes debe estar en “reforzar las tomas de decisiones individuales, las habilidades de negociación de pareja, la asertividad personal y los elementos de protección propios de cada individuo respecto a las presiones psicológicas, sociales y de género” (Schiavon, 2003:72). Estos elementos pueden brindarle a los jóvenes mayores herramientas para tomar decisiones autónomas e informadas sobre su sexualidad y su reproducción. Una vez que conocimos el relato de vida centrado en la vivencia de Daniela, exploremos las circunstancias de María y sus razones para interrumpir voluntariamente su embarazo.

7.1.2 María, “Porque cuando uno dice no, es no”

En la comprensión de la vivencia de María, retomamos las dimensiones de análisis mencionadas anteriormente, así, tomando en cuenta estos elementos, veamos el escenario sociocultural donde María se desenvuelve cotidianamente.

La delegación Xochimilco está ubicada al sur del Distrito Federal. Actualmente su delegado es de izquierda. De acuerdo con el PNUD (2009), esta entidad tiene uno de los Índices de Desarrollo Humano Municipal más bajos en el Distrito Federal, que la coloca en el lugar 13 de las 16 delegaciones. En cuanto al Índice de Potenciación de Género (2009), Xochimilco ocupa el lugar número trece, con un índice de (0.8456). Cabe señalar que la tasa de crecimiento de la población, es una de las más elevadas del Distrito Federal. Esto se debe a que esta entidad, se ha convertido en el destino de movimientos de población que provienen de otras delegaciones y estados de la república. Xochimilco es también una de las entidades con mayores niveles de marginalidad en la ciudad, sin embargo, éste no es un fenómeno uniforme en todo su territorio. En el noroeste, en el límite con Tlalpan y Coyoacán, se localizan fraccionamientos de reciente creación, donde viven personas de clase media con acceso a todos los servicios. Y en contraste, en los pueblos chinamperos y los barrios, escasea el agua potable, no hay pavimentación y los servicios sociales son insuficientes para la población.

En la experiencia de María, es importante partir de su contexto sociocultural de clase baja. María es una mujer de 27 años, con escolaridad de secundaria y trabaja en varias casas como empleada doméstica. Ella vive sola y con su trabajo puede mantenerse a sí misma. María tiene un *self* estructurado derivado de su independencia económica que le

da la posibilidad de mantener una vida modesta pero autónoma porque ha tomado decisiones claras a lo largo de toda su vida (Szasz, 2001). Algunas de ellas fueron el terminar con su relación de pareja insatisfactoria y decidir no continuar con un embarazo inesperado. Veamos con más detalle sus relaciones interpersonales y su grado de autonomía.

Actualmente, María no tiene pareja. Ella piensa que “en una pareja hay uno que *es más y otro menos...* y él siempre fue *el menos en todo*” (EM16). En la frase anterior, asumimos que en su subjetividad y en su construcción de género, existe una jerarquía diferencial en función de masculino/femenino. Tal pareciera que “*siempre* en una pareja hay uno que es más que el otro” (EM16). En una visión patriarcal, predomina lo masculino sobre lo femenino pero en este caso, su pareja “siempre fue *el menos en todo*” (EM16). Así, María tomó el primer paso para terminar su relación de pareja después de 6 años porque “se volvió costumbre y *ella no podía seguir así* porque se enojaba todo el tiempo” (EM16). Un día María dijo: “esta relación *se acabó, y se acabó*” (EM16).

María, desde el retraso de su menstruación, supo que necesitaba comprar una prueba y fue a la farmacia. En ese momento, ella confirma el embarazo inesperado tiempo después de que terminó con su pareja, pero ella ya tomó una determinación. María decidió no volver a hablar con él, “él no sabía nada... *nunca se lo dijo ¿Para qué?* Además, *no le iba a preguntar o explicar lo que él quería hacer o no*” (EM16). En esta frase, se puede vislumbrar que María está consciente de que quien tiene el control sobre su cuerpo y su vida es de ella. Presumimos que la forma en la que experimenta María su *derecho a tener derechos*, parte desde un marco de *autonomía* desde la cual ella tomó la decisión de interrumpir su embarazo. Desde la teoría, el control sobre el propio cuerpo, se relaciona con los derechos reproductivos y su apropiación, en un marco de libertad y autonomía en las decisiones acerca de la sexualidad y procreación, sin verse sujeta a coerción, discriminación o violencia (Checa, 2007).

No podemos olvidar que en estos momentos, las condiciones afectivas de María estaban experimentando un cambio importante después algunos años. María deseaba interrumpir su embarazo inesperado porque había terminado con su relación de pareja y “no tenía algo seguro para el bebé” (OR15). Ella piensa que “*no tiene caso traer un hijo al mundo* si no se tiene el tiempo para darle los cuidados que requiere” (OR15). Esta

afirmación es importante, ya que en el contexto de clase baja en el que María se desenvuelve, ella transgrede su propio orden social y decide que ella va a tener hijos cuando ella quiera, con quien quiera y cuando tenga los recursos y el tiempo necesarios.

Por otra parte, ella vive en soledad esta decisión porque no lo sabe ni su ex pareja ni su familia. Posiblemente, en el contexto familiar y personal de María, la autocensura y la condena social, silencian a las mujeres y las obliga a actuar en soledad. La decisión de vivir en solitario esta experiencia puede estar influenciada por una noción de espejo -como la representación de una imagen-, con respecto a la vivencia de aborto de su hermana menor y de ella como su acompañante. Esta vivencia, le resultó a María sumamente estresante porque “un día su hermana le dijo: “*acompañame*”, y cuando ella estaba ahí... *se enteró de qué se trataba*” (EM16). Ella “no se lo esperaba... y estaba *muy preocupada* porque si le pasaba algo a su hermana... *¿Qué iba a hacer?...*” (EM16) María “*tenía mucho miedo* y después del procedimiento estaba muy *espantada*” (EM16). En ese sentido, suponemos que basada en esta experiencia previa, María no quiso que nadie la acompañara.

María nos contó que “su hermana *lo tuvo que hacer* porque su ginecólogo le dijo que el producto *no venía bien*” (EM16). Consideramos que esta justificación podría ser una vía para aminorar el estigma por haber abortado, ante los ojos de su hermana mayor. La ambigüedad de la hermana de María al solicitar “que la acompañara *sin decirle de qué se trataba*” (EM16), nos hace pensar que esta fue una estrategia que liberaba –o aligeraba- cualquier reclamo o sospecha del resto de su red social. “Si *el bebé* no venía bien” y “le dijo su ginecólogo que *no podía continuar* el embarazo” (EM16), presumimos que podría ser una justificación que elaboró esta mujer para afrontar los sentimientos de culpa y de estigma social (Erviti, 2005). Tanto María como su hermana optaron por ocultar a las personas de su red social la interrupción de sus embarazos. Pensamos que un efecto directo de la estigmatización es el silencio, por las consecuencias derivadas de rechazo y exclusión social. El peso de ser juzgada por su familia y su entorno social, refuerza el auto silenciamiento. Así, las mujeres se protegen para conservar el respeto en su comunidad y en sus redes más cercanas (Erviti, 2005).

María, antes de llegar a la organización, ya había tomado la decisión de que no deseaba continuar su embarazo. Ella se entera de este espacio porque acudió con su ginecóloga para pedirle si ella “podía ayudarle con *su problema*” (EM16). Una de las

razones que le dio esta doctora fue que “ella no hacía ese procedimiento porque *no tenía todos los aparatos*” (EM16) pero en un gesto solidario, le dio el contacto de “un lugar de *confianza* donde habían atendido a *otras pacientes tuyas*” (EM16). María en ese momento se sintió confiada porque venía recomendada por su ginecóloga y le planteó a la Dra. Ana Cárdenas sus preocupaciones. María “cree que *estuvo bien que viniera aquí*” (EM16). De esta manera, ella pudo “resolver su problema” (EM16) en condiciones de nulo riesgo para su salud y recibió un apoyo que no le impuso actitudes de culpa y penalización.

En la organización, María “se sintió bien, *a gusto porque fueron muy amables*, muy atentos y muy educados” (EM16). A diferencia de otros espacios, “aquí *se siente bien*, muy tranquila porque *sabe que va a estar bien*” (EM16). Posiblemente, las actitudes de los médicos y las orientadoras, le hicieron sentirse escuchada, tranquila y respetada. Sin embargo, un día antes de ir a la organización, ella tenía miedo “de que cuando llegara todos la vieran como *bicho raro* por lo que *venía a pedir* y le angustiaba que estaba *de por medio su vida*” (EM16). María estaba temerosa que “por lo que venía a pedir” fuera estigmatizada ya que en otros espacios -tanto como públicos y privados-, las mujeres solas o acompañadas deben de afrontar múltiples connotaciones de estigma moral. Tales expresiones de castigos y regaños, se dan en un marco en el que el poder médico ejerce mecanismos de control social y de género sobre las mujeres que solicitan estos servicios.

María experimentó tener un espacio de orientación como un momento de reflexión en el que las mujeres “pueden darse cuenta *si realmente quieren* interrumpir su embarazo o no” (EM16). Por su parte, en un marco *de autonomía*, desde que ella se enteró del embarazo inesperado, “pensó: *no, y cuando uno dice no, es no*” (OR15). Correa y Petchesky (1994), consideran que para convertir el campo del ejercicio de la sexualidad en uno de derecho, es necesario el respeto a la autodeterminación que incluye el respeto a las decisiones propias sobre la sexualidad y reproducción. María tomó decisiones propias sobre su vida porque “*cuando uno dice no, es no*” (OR15). Posiblemente, nuestra entrevistada se apropió de su propio cuerpo como un terreno de su soberanía individual y de la construcción de una voz como la expresión de “autorizarse a sí misma” (Rivas, Amuchástegui y Ortiz-Ortega, 1999).

María piensa que “la *orientación no debería de faltar en ningún lugar*, porque en la plática, uno toma una decisión importante de continuar o no con su embarazo” (EM16). Al

respecto, Correa y Petchesky (1994), enfatizan en el respeto a la posibilidad de tomar decisiones libremente y ser escuchadas en sus propios términos. María apunta a esta necesidad de las mujeres de hablar y ser escuchadas para tomar o reafirmar, la decisión de continuar o no con un embarazo. La orientación tiene la finalidad de ir más allá de este evento y poder mirar “*este momento como vivible y recordable*” (EO06).

En cuanto a otras experiencias que le permitieran a María comparar la atención que recibió en la organización, ella nos comentó el incidente que tuvo con otra doctora que le ofreció sus servicios de interrupción del embarazo. Todo sucedió cuando María fue a la farmacia a comprar una prueba, y ahí trabajaba una doctora que le dice “si quieres te checo” (EM16). Ella le contestó: “no, nada más vine por la prueba” (EM16). A continuación, la dependiente le ofrece que se haga la prueba en el baño de la farmacia, y ella acepta. María comprueba que está embarazada y cuando sale, la doctora le pregunta: “y ¿*Tu qué quieres hacer?*” (EM16). María le contestó: “no pues... *yo no lo pienso tener*” (EM16). En ese momento, le dice: “yo te puedo solucionar tu problema, y son \$5,000” (EM16).

María se quedó pensando y le pregunta, “y entonces, ¿Cuál es la garantía? Porque *yo también estoy corriendo riesgos*” (EM16). Ante esta pregunta, la doctora se molesta, pero María insiste, “pero dígame, ¿Cuál es el procedimiento?”. Esta persona comienza a agredirla y le contesta: “*no te puedo decir cuál es el procedimiento porque para empezar tú ni si quiera eres doctora ¿Para qué quieres saber?*” (EM16). Esta experiencia nos hace pensar en: a) la actitud oportunista y de lucro de ciertos médicos que siguen trabajando como lo hacían en un contexto restrictivo, y b) una visión poco sensible y autoritaria de algunos profesionales de la salud que basan su actuar en los presupuestos de la medicina hegemónica.

De acuerdo con el relato de María y ante la respuesta de que ella “*no lo piensa tener*” (OR15), esta doctora le ofrece “solucionar su problema y son \$5,000 en efectivo” (EM16). Como se puede vislumbrar, desde el principio, esta doctora trató que no se le fuera “el cliente” porque sabe que se puede beneficiar si a las mujeres les ofrece que se hagan la prueba de embarazo en la farmacia. Consideramos que estas actitudes de lucro y oportunistas, son posibles aun en un contexto donde la interrupción del embarazo es legal. Al respecto, si bien, en los últimos dos años se ha ampliado la oferta de servicios públicos,

también se abre la puerta a que algunos profesionales privados traten de aprovecharse y lucren con las mujeres y su situación al cobrarles cuotas elevadas por sus servicios.

Cuando esta doctora se negó a contestar y descalificó a María, “no le podía decir porque para empezar *ella ni si quiera es doctora y ¿Para qué quiere saber?*” (EM16). En la práctica de este sujeto específico, tales actitudes irrespetuosas y autoritarias, se ajustan a la visión hegemónica en la relación médico-paciente. La doctora es quien tiene el *saber-poder* y le impone a María “lo que es mejor para ella por su propio bien”, dejando de lado las necesidades y el derecho de los pacientes a recibir información, clara y científica. Desde esta lógica, María y ella se encuentran en posiciones jerárquicas diferentes. Esto le permite, descalificar las dudas y las necesidades de información de las consultantes. María es “solo” una paciente más. Sin embargo, esta doctora olvida que es un derecho de cualquier paciente -sin importar su clase social, sexo, raza o etnia- tener información clara acerca del procedimiento que se le va a realizar y recibir información clara en sus propios términos, que le permita tomar decisiones informadas sobre su salud (Elú, 1997. Cit. Sánchez, 2008).

Por otra parte, con base en la experiencia de María con esta doctora, cabe decir que a pesar de los cambios en el contexto en el Distrito Federal, el comercio privado busca la forma de seguir lucrando con las necesidades de salud las mujeres. Consideramos que uno de los problemas más importantes que presentan este tipo de servicios oportunistas, es que no toman en cuenta a las mujeres como sujetos con derechos, sino como “clientes” potenciales para generar ganancias. Podemos decir que existen elementos que nos permiten comparar el tipo de atención que ofrecía esta doctora con respecto a los servicios que se ofrecen actualmente en la organización civil estudiada. Presumimos que algunas de las diferencias consisten en que: a) la atención en esta organización está centrada en prestar servicios sin importar la capacidad económica o social de las mujeres. A diferencia de los servicios que ofrecía esta doctora con un precio fijo y no negociable, b) en el proceso de atención en la organización, se le presentaron las alternativas que tenía María con respecto a su embarazo y los posibles impactos en su vida. En contraste, esta doctora se negó tajantemente a darle cualquier información. Y, c) durante la orientación, se creó una atmósfera de reflexión personal, posibilidad que no existía ni remotamente en la otra opción.

Finalmente, hay indicios de que en los servicios que presta esta organización civil, se generaron cambios en la relación médico-paciente, así como en el orden de género, ya que promueven la participación de las consultantes desde un *rol activo* en las decisiones que afectan su salud porque ellas definen sus propias necesidades; el poder de tener derecho a la información y una respuesta a sus inquietudes; y el uso de la información a su alcance para que cada mujer y pareja pueda tomar sus propias decisiones en torno a su proyecto vida (AHRQ, 2005).

Una vez que conocimos la experiencia de María, exploraremos los relatos de vida centrados en la experiencia de dos parejas y dos mundos diferentes: Renata y José, y Lorena e Ismael.

7.1.3 Renata y José, “Nosotros estábamos decididos a hacerlo”

En la vivencia de Renata y su pareja, tomamos en cuenta las cinco dimensiones de análisis anteriormente mencionadas. Tomando en cuenta dichos elementos, analizamos el caso de esta pareja. La delegación Benito Juárez está ubicada al sur del Distrito Federal. Actualmente, su delegado es de un partido conservador. En base al Índice de Desarrollo Humano estimado por el PNUD (2009), esta delegación ocupa la primera posición (0.9510) a nivel municipal y nacional, y cuenta con índices de desarrollo humano comparables con países como Alemania, Italia y España. En el Índice de potenciación de Género (2009), ocupa el primer lugar a nivel nacional con (0.9503). Cabe decir que de acuerdo con INEGI (2004), esta entidad obtuvo el primer lugar de ingresos per cápita del país (US \$32,2444). Además, por su localización céntrica, esta delegación es el cruce de caminos entre las diversas zonas de la ciudad y cuenta con abundantes vías de comunicación. Tiene una importante actividad comercial así como el mayor asentamiento de centros comerciales del país. Lo anterior, explica que esta delegación está habitada en su mayoría por personas de estratos medios y medios-altos.

En este contexto de clase media-alta, viven Renata y José. Renata tiene 18 años, es estudiante en una preparatoria privada y vive con su madre y su hermana mayor. José tiene 19 años, vive con su madre y está a punto de terminar la preparatoria. Ambos dependen económicamente de su familia y viven en una situación desahogada. Aunque los dos viven en el hogar materno, tienen una relativa independencia, especialmente en lo referente a sus

relaciones personales y actividades de ocio y esparcimiento. Renata tiene un proyecto de vida, basado en su desarrollo personal. Ella desea estudiar en la universidad y convertirse en una profesional exitosa. Renata tiene un *self* estructurado, pero a pesar de contar con abundantes recursos materiales y con relaciones sociales, en el caso de que hubiera deseado continuar el embarazo, en estos momentos no hubiera podido mantener su estilo de vida por cuenta propia ni tampoco apegarse al *deber ser* marcado para una joven de clase media alta.

Renata y José, se conocieron en la preparatoria y tienen una relación de pareja “de un año o dos” (EP14). Ellos sospechaban que había la posibilidad de un embarazo y decidieron hacer la prueba juntos. La noticia le resulta sorpresiva a Renata, “ella se siente *muy mal, muy triste...* y pensó: *¿Y ahora qué vamos a hacer?*” (EP14). José “*se preocupó mucho* y lo primero que hizo fue llamar a su primo que *es médico*” (EP14). Posiblemente, José piensa en su familiar porque él es joven, y supone que puede tener mayor empatía y comprensión de su parte. Efectivamente, su primo le informa acerca de los métodos que existen para interrumpir el embarazo y cuáles eran los posibles riesgos, pero “*esa es toda la ayuda que le presta* porque él *no se dedica a eso*” (EP14).

Hay indicios de que el estrés generado por esta situación, tuvo el efecto de movilizar el apoyo social y los lazos familiares de José para solicitar información y consejo. De acuerdo con la literatura, los médicos se sienten más identificados con las personas que comparten su estilo de vida, su clase social y su visión del mundo. En la búsqueda de apoyo social, es importante tomar en cuenta el género, la clase y la edad. Es relevante que se trata de un hombre pidiendo la ayuda de otro hombre, de clases sociales similares y ambos jóvenes. Un elemento importante, es que él es quien decide pedir ayuda mientras que Renata toma una *actitud pasiva*. Consideramos que la existencia de este evento estresante, puede interpretarse para algunas personas como una situación que no les es posible afrontar, lo que refuerza sentimientos de inadecuación y falta de control que pueden inhibir la búsqueda de ayuda (Pearlin, 1983. Cit. Erviti, 2005). En esta pareja, el estrés por esta situación tuvo un doble efecto, a José lo impulsó a solicitar apoyo social, y a Renata a inhibir la búsqueda de ayuda y dejar casi todo en las manos de José. Él continuó buscando apoyo en su red social y acudió con un amigo “que *tuvo el mismo problema* y que había estado con su novia” (EP14). Él le dijo que “el lugar *estaba muy bien*, y que en su caso *todo salió bien y rápido*” (EP14).

La decisión de la interrupción del embarazo fue tomada en pareja, de modo que se compartieron riesgos, y Renata obtuvo apoyo por parte de José a lo largo del proceso. Para él, este evento le resultó estresante, “primero *se preocupó mucho* pero empezaron a investigar y a preguntar... y cuando encontraron este lugar, los *dos se sintieron mucho más tranquilos*” (EP14). Los dos “*se sienten seguros* de lo que *quieren hacer*, porque *estaban decididos a hacerlo* (EP14). Renata “*está decidida* y se siente tranquila” (EP14) porque desde que se enteraron del embarazo “*decidido estaba de lo que iban a hacer pero no de qué manera y cuándo y cómo...*” (OR13).

Las razones de Renata y José para interrumpir el embarazo, son que ambos viven con su madre, “además ahorita *en la sociedad no se ve bien* tener un hijo tan joven y *menos sin tener una carrera o un trabajo*” (OR13). Hay indicios que para esta joven pareja de clase media-alta, su mayor preocupación en torno a este embarazo inesperado reside en las expectativas materiales de lo que “*debe de tener*” un hijo, frente a la imposibilidad de poder ofrecerle estabilidad económica, al no contar con una vivienda propia ni con los medios para hacer frente a esta situación. Por otra parte, no podemos olvidar que las expectativas de maternidad y el proyecto de vida de Renata están mediados por su contexto socioeconómico, su sistema familiar y la institución escolar a la que asiste. Existen fuertes relaciones entre el origen social, el sexo del individuo y su educación. En los “distintos contextos familiares y sociales surgen proyectos de vida en los que están presentes las imágenes de género en torno de la sexualidad, la familia y el rol de la mujer” (Climent, 2003:81).

Suponemos que tanto Renata como José, tratan de adecuarse a las expectativas marcadas por su clase. Entre algunas personas de clase media-alta, “*no se ve bien* tener un hijo tan joven” (OR13) porque en general, se espera que las chicas continúen con su educación para que puedan trabajar y tener una vida independiente. En este contexto, “el hecho de que una mujer no haya evitado el embarazo, supone un fracaso en el discurso dominante, tanto si la mujer continua con el embarazo como si se provoca la interrupción” (Erviti, 2005:358). El fracaso implica para su círculo familiar y social, la frustración de ciertas expectativas y romper con los anhelos que se tenían acerca de la propia vida. De tal manera, el embarazo a temprana edad es visto como un “fracaso” no sólo individual sino también social porque puede excluir a las jóvenes de la educación superior y del mercado

laboral bien remunerado. Esta percepción de “haber tropezado” acarrea la vivencia de un embarazo estigmatizado socialmente en ciertos sectores⁶³ para las jóvenes y “la falla” de los padres en la educación de los hijos. Pero de nuevo, estas son ideas que funcionan como mecanismos de control social que sancionan simbólicamente a quienes “fallan” con su clase y no cumplen con las expectativas de su entorno.

Renata “*tenía miedo* porque hace como un año su hermana también abortó, *pero ella no quería hacerlo...*” (EP14). En su círculo familiar, “su mamá sabe lo que pasó con su hermana y no hubo problema, al contrario, *su mamá le dijo que la apoyaba*” (EP14). En su caso, Renata resolvió “no decirle porque quería *evitar* lo que su mamá pudiera sentir y no quiere que ella se sienta *defraudada o engañada*” (EP14). El proceso de comunicación del problema y la solicitud de apoyo, suponía una fuente de angustia, en especial cuando Renata debía de “enfrentar el proceso con la persona con quien durante la adolescencia estaban negociando la confianza de sus comportamientos y acciones, su independencia moral y social” (Erviti, 2005:359).

En cuanto a las experiencias de atención de esta pareja, “la primera vez que ella llegó, la *atendieron súper bien* porque la doctora fue muy *amable* y la revisó, *todo estuvo muy bien*” (EP14). Hay indicios que apuntan, a que a Renata le pareció adecuada la atención y la doctora la atendió con respeto. La consultante se sintió cómoda porque no vivió expresiones de condena, maltrato o regaños en ningún momento⁶⁴. En este espacio, de acuerdo con Elvira Acosta: “a las mujeres y las parejas se les considera sujetos con derechos y por tanto, este espacio les ofrece un *trato digno como nosotras merecemos*” (OR13). Renata “*está decidida*, se siente tranquila y afortunada de estar aquí [en la organización] en vez de estar en otro lugar. Ella sabe que *tiene los recursos para poder hacerlo*, y eso es algo que *valora*” (EP14).

Presumimos que éste espacio le brinda tranquilidad a Renata, porque su salud no está en riesgo y es tratada de manera respetuosa. Sin embargo, ella estaba muy preocupada por el dolor físico que “*podiera sentir* durante el procedimiento” (EP14)⁶⁵. A petición

⁶³ A diferencia, por ejemplo de ciertas áreas rurales, en donde las jóvenes forman parejas a una edad temprana y son madres, y esto es valorado socialmente en su entorno.

⁶⁴ Afirmamos esto, porque la investigadora estuvo presente durante el proceso de atención.

⁶⁵ Renata estaba muy ansiosa porque su embarazo era de 11 semanas. Ella tenía mucho miedo de poder sentir dolor durante el procedimiento de AMEU. Por esta razón, ella le pidió a la Dra. Ana Cárdenas que la anestesia fuera general y no local.

expresa de Renata, la sesión de orientación se enfocó en la selección de un método anticonceptivo, ya que en esos momentos, ella “*no quería saber lo que le iban a hacer*” (OR13). En ese sentido, en la organización se respetó su petición de “no saber” la forma en la que se realizaría el procedimiento, pero sí se le dieron las indicaciones de los cuidados posteriores y de la necesidad de acudir a una cita 15 días después. En este caso, tenemos indicios que los prestadores de servicios fueron sensibles y respetaron las decisiones de Renata porque nadie mejor que ella, sabía lo que necesitaba.

Cuando le preguntamos a Renata acerca de otras experiencias que le permitieran comparar los servicios que ofrece la organización, ella nos hizo alusión a la difícil experiencia de su hermana mayor, 8 meses atrás⁶⁶. Renata cuenta que en el lugar donde acudió su hermana, al terminar el legrado “las enfermeras le dijeron: “*ay...era niño*”. “Y llorando, y que le pidió a la enfermera que le *tomara de la mano* y ella le contestó: *no... tú te metiste en esto sola*” (EP14). Posiblemente, la experiencia de su hermana mayor, influyó en la decisión de Renata de “*no querer saber ni sentir nada*” (EP14). Sostenemos esto, porque fuimos testigos de que el procedimiento mismo y el posible dolor físico, le generaba una alta ansiedad a esta joven. Sin duda, ella quedó muy impresionada por las actitudes de las enfermeras que atendieron a su hermana.

Esta dura experiencia nos hace reflexionar que a pesar de la despenalización en el Distrito Federal, en la atención que se da a las mujeres en algunos espacios privados, ellas continúan siendo maltratadas y estigmatizadas por haber tomado esta decisión. En ese sentido, algunos prestadores de servicios culpabilizan a las mujeres como una forma de ejercicio de control social, expresado en frases como: “*no... tú te metiste en esto sola*” (EP14). En base a lo anterior, podemos entrever que en una lógica hegemónica de género, la reproducción es solamente responsabilidad de las mujeres porque ellas “*se meten solas*” en ese problema, dejando de lado que los varones también juegan un papel importante en un embarazo no deseado. Por otra parte, la frase “*ay...era niño*” (EP14), también nos muestra que continua presente la expresión de un imaginario de género en donde hasta las mórulas son “niños” y los fetos varones tienen simbólicamente un mayor valor que los fetos femeninos.

⁶⁶La entrevista la realizamos en el mes de marzo de 2009, por lo que calculamos que esta experiencia que vivió la hermana de Renata, sucedió aproximadamente en mayo de 2008.

Finalmente, algunas mujeres atendidas en espacios hostiles, son vistas como “desviadas sociales o “transgresoras” por abortar. Consideramos que el maltrato que desafortunadamente viven algunas mujeres en estas circunstancias, tiene consecuencias importantes no sólo en su salud física sino también en su salud psicológica y emocional. No podemos pasar por alto que el daño emocional que se les produce a las mujeres en ciertos espacios, muestra que los efectos tóxicos de esta experiencia van más allá de una sola vivencia e impacta también a otras personas cercanas, y posiblemente, aumenta sus temores imaginarios. Pensamos que una diferencia fundamental de los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece esta organización civil con respecto a otros, es que en todo momento, se considera a la mujer como un ser autónomo y con capacidad de decisión. Este marco da pie a que estos profesionales de la salud respeten a las consultantes como sujetos con el *derecho a tener derechos*, subvirtiendo entre ambos un orden de género. Finalmente, Renata “se siente *afortunada de estar aquí*, en vez de estar en otro lugar. Y eso es algo que *valora* porque aquí *nadie la molesta*” (EP14). Y sin duda, ésta es una diferencia importante. A continuación, exploraremos los relatos de vida centrados en la experiencia de Lorena e Ismael.

7.1.4 Lorena e Ismael, “*Yo nunca dudé, yo sabía lo que quería*”

En la vivencia de Lorena e Ismael, tomamos en cuenta las cinco dimensiones de análisis anteriores debido a que estos elementos nos permiten explorar con mayor profundidad la vivencia de estos dos jóvenes. La delegación Iztapalapa está ubicada al este del Distrito Federal. Actualmente, su delegado es de izquierda. La mayor parte de la población es de clase media baja y baja con contados sectores de clase media y media alta. La zona más marginada de la delegación se encuentra en las faldas de la Sierra de Santa Catarina, mientras que la zona que colinda con la delegación Benito Juárez es la menos conflictiva. De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano municipal dado a conocer por el PNUD (2009), Iztapalapa está en el penúltimo lugar (0.8464) de las 16 delegaciones que componen a la Ciudad de México. En el Índice de potenciación de Género, ocupa la catorceava posición (0.8431) de 16 puestos.

En este contexto de clase media-baja viven Lorena e Ismael. Lorena tiene 20 años, vive con su madre y sus hermanas, es estudiante universitaria en una institución pública y

trabaja en un banco de medio tiempo. Ismael tiene 22 años, desertó de la universidad y actualmente trabaja en una empresa transportista como conductor. Lorena trabaja porque la situación económica que se vive en su familia es difícil y ella tiene que buscar los medios para poder seguir estudiando y apoyar económicamente a sus hermanos.

El empleo de Lorena, le permite aportar ingresos a su familia, colocándola en una situación de mayor poder de negociación y de autonomía. Ella cuenta con un *self* estructurado derivado de asistir a la universidad, trabajar y contar con ingresos propios que le dan la posibilidad de mantener una vida mucho más autónoma con respecto a sus hermanos, defender determinadas actitudes y comportamientos, y crearse una identidad propia.

La relación de pareja de Lorena e Ismael es estable y “ya tiene más de dos años...” (EP18). Incluso “ellos ya habían dicho que *se querían casar desde antes de que pasara todo eso...*” (EP18). En la reproducción de las identidades genéricas en esta pareja, Ismael asume “la responsabilidad” por las consecuencias reproductivas de las relaciones sexuales con la mujer que cumple con sus ideales de género (Núñez, 2007). Además, establece el interés en el matrimonio como una muestra de sus “buenas intenciones”. Ismael, reproduce su identidad de género como “padre-esposo” y está dispuesto a trabajar para “mantener a su familia”. Esto sería posible porque al tener un trabajo e independencia económica, considera que “puede mantener [a Lorena y a su hijo] porque le va bien en *su trabajo* y pueden ver *lo de la casa...*” (EP18). De acuerdo con Núñez (2007), los espacios del trabajo y de la sexualidad están complejamente vinculados. El ser hombre, en ciertos contextos, significa ser un *buen trabajador remunerado*. El trabajo confiere adultez y hace que los demás varones lo consideren como sujetos con derechos y deberes. En ese sentido, la masculinidad se construye a partir de la apropiación de la sexualidad de la mujer, así “el trabajo del proveedor varón representa la posibilidad de ser querido, de ser deseado, de ganarse el derecho a la atención sexual. Tal atención aparece como un retribución de la hombría capaz de mantener y procrear” (Núñez, 2007:23).

Ismael se considera “lo suficientemente hombre para enfrentar las *consecuencias de lo que hizo*” (EP18) ya que es capaz de mantener e incluso de procrear con Lorena. La subjetividad de Ismael parece encontrar discordancias con la subjetividad de Lorena, a raíz de que ella le dijo que no deseaba continuar con el embarazo. Ismael “se siente *muy mal*

porque él *si tenía muchas ganas de tenerlo*. La verdad le genera *tristeza... se siente impotente...* Y por esto los dos tuvieron *muchas peleas...*” (EP18)⁶⁷. A Ismael le resulta doloroso y difícil de soportar que Lorena no quiera continuar con la gestación, él se siente impotente porque no puede tener un hijo sin el consentimiento de ella. Por otra parte, presumimos que Lorena en su identidad genérica y su subjetividad, tiene un desfase entre el vivir para otros y el vivir para sí misma. Este conflicto interno lo podemos identificar porque ella “*cree que es egoísta porque sólo piensa en ella... su pareja sí lo quería tener... pero ella no quiere*” (OR17). No consideramos que Lorena sea egoísta. La idea de egoísmo tiene su fundamento en la lógica patriarcal que les impide a las mujeres tomar sus propias decisiones y apropiarse de su cuerpo. En el patriarcado, se coloca al “otro” como lo importante y a las mujeres como servidoras de la maternidad porque “es lo natural” y lo que socialmente les corresponde.

Lorena, desde una *autonomía* decisoria, dice: “no”, a los deseos de su pareja y lo que le marca su contexto. De acuerdo con Basaglia, “el primer no de las mujeres a los otros, es el primer sí de cada mujer a sí misma” (Cit. Lagarde, 2003:59). Así, la interrupción voluntaria del embarazo es un tema que nos corresponde primeramente a las mujeres porque nosotras somos las únicas que podemos decidir sobre nuestros cuerpos. Consideramos que Lorena tiene un *self* estructurado y una *autonomía* que le permite tomar decisiones sobre su vida aún frente al desacuerdo de su pareja. Sugerimos que los derechos sexuales y los derechos reproductivos, fijan la atención en los sujetos, y toman en cuenta que el cuerpo es la primera y única posesión ciudadana real.

Lorena e Ismael se ubican en posiciones diferentes frente al embarazo y la maternidad, ya que para ella es una opción y para él es casi un deber. De acuerdo con Amuchástegui (2007), la sexualidad y la reproducción no comparten el mismo significado en la cultura general, ni tampoco significan lo mismo para los hombres y las mujeres. En este marco, a pesar de que ambos desean cosas diferentes, ellos logran llegar a un acuerdo, “se hará lo que *ella quiera*” (EP18) y “él la va a *apoyar...porque al final él respeta la decisión que ella tomó*” (EP18). Aunque, “*no está contento con la decisión que ella tomó...porque a él... las razones que le da Lorena no lo convencen...* pero bueno, él le dijo

⁶⁷ Pudimos conocer con mayor profundidad lo que Ismael pensaba gracias a que tuvimos unos minutos en los que pudimos conversar sin la presencia de Lorena. Cabe resaltar que frente a ella él no quiso mostrar su descontento y tenía más bien una actitud solidaria.

que la iba a *apoyar... y así va a ser*” (EP18). El hecho de que Ismael dejara la decisión final a Lorena, puede entenderse como un reconocimiento de que ella era la protagonista en el proceso y quién lo iba a vivir en su propio cuerpo, aunque también implicaba el traspaso de la responsabilidad final a la mujer (Erviti, 2005). Estas negociaciones en torno a la reproducción también nos dejan ver algunos cambios en la participación de los varones en este proceso. Por una parte, a pesar de que encontramos indicios de que Ismael en su contexto, se apega en su identidad de género a una construcción y expresión de hombría tradicional -de hombre proveedor quien desea procrear-, él a regañadientes acepta que quien tiene la última palabra es Lorena, y en ese sentido, “él le dijo que la *va a apoyar, y así va a ser*” (EP18).

A pesar de las nuevas posibilidades que permite la despenalización, esta pareja sigue un camino muy similar al que otras mujeres y parejas recorrieron cuando esta práctica era restringida. Ambos recurrieron a sus redes de apoyo para preguntarles qué podían hacer al respecto. Lorena pide ayuda a una amiga “que le había contado que *ella se las había tomado* [pastillas de misoprostol] y que *le habían funcionado*” (EP18). Por su parte, Ismael “fue con su primo que le dijo que *le habían funcionado a su chava*” (EP18). En este caso, el uso y la autoadministración del misoprostol, permite tener la interrupción del embarazo de manera no quirúrgica. Pensamos que esta es una posibilidad para aminorar la inaccesibilidad a los servicios de la interrupción del embarazo y el impacto de los mecanismos de control social sobre las mujeres.

El uso del misoprostol es conocido entre algunos jóvenes, sin embargo, la automedicación sin vigilancia médica, deriva a que en ocasiones, su uso y dosis no sean las adecuadas, y por tanto, no tengan los efectos esperados. Este fue el caso de Lorena, quien “tomó la dosis que su amiga le dijo” (EP18) pero al “no funcionar, tomó una segunda dosis *por su cuenta* tiempo después” (EP18). “La segunda vez que se las tomó, *ella estaba segura que si habían funcionado* porque tuvo un sangrado...” (EP18). “Pasaron *los días y los meses...* y ella se sentía como dudosa... *como que no sé...* Entonces volvieron a hacer otra [prueba de embarazo] y salió como que *ni negativo ni positivo...entonces fueron* [con un médico] para ver si seguía el embarazo...” (OR17). Al confirmar que la gestación continuaba, Lorena “*no lo podía creer...* la verdad nos confiamos” (OR17).

Ismael recurre de nuevo a sus redes de apoyo y uno de sus primos le da el contacto. Antes de llegar a la organización, Ismael y Lorena “*tenían mucho miedo... no querían ir a cualquier lugar...porque...se dicen muchas cosas... te espantan...* por lo que fuera a pasar, que no fuera seguro, que *se complicaran las cosas...*” (EP18). Lorena también se sentía muy temerosa pero “*aquí sí les pudieron ayudar*” (EP18). “*El miedo, que no fuera seguro y que se complicaran las cosas*” (EP18), nos hacen pensar en las condiciones en un contexto de restrictivo, donde “a pesar de los riesgos para la salud y la vida que implica la interrupción del embarazo, del asedio y el chantaje lacerantes, a pesar del miedo, las mujeres recurrían al aborto” (Lagarde, 2003:41). En ese sentido, presumimos que a pesar de la despenalización, está aun presente el “espantar” a las mujeres y parejas que desean interrumpir su embarazo como parte del funcionamiento de mecanismos de control social y de género por parte de algunos profesionales de la salud.

Cuando Lorena e Ismael llegan a esta organización, “*aquí sí les pudieron ayudar*” (EP18). El contar con un espacio de orientación para expresar sus necesidades y hacer preguntas, fue una experiencia reconfortante para Lorena. Tenemos indicios de que ella “*se sintió muy, muy bien... primero tenía miedo... no sé... de que la regañaran...pero pues no... desde el momento que en el que te pasan para pesarte, revisarte...no, te hacen sentir culpable*” (EP18). Los sentimientos de miedo a sentirse juzgada, culpabilizada o regañada, son posibles en un espacio que responde a mecanismos de control social que tratan de calificar a las mujeres que solicitan estos servicios como “desviadas sociales” o “transgresoras” de un orden patriarcal de género. “En algunos casos, las formas del regaño alcanzan modalidades de un autoritarismo extremo, represivo, sólo interpretable en el contexto de la desigualdad de género que caracteriza estos encuentros” (Castro y Erviti, 2003:257).

La experiencia de Lorena en esta organización está lejos de tal situación. Ella se sintió “*muy, muy bien. No la hicieron sentir culpable y la animaron a asimilar la situación por la que estaba pasando*” (EP18). Consideramos que en otros espacios tanto públicos como privados, la culpa es un mecanismo de transferencia de la responsabilidad hacia las mujeres como las únicas responsables de las “consecuencias” de la reproducción en un contexto de opresión de género (Castro y Erviti, 2003). A diferencia de esto, Lorena encontró un espacio donde respetaron su decisión, la escucharon y la “*animaron a asimilar*

su situación” (EP18) desde sus propios términos y sus inquietudes. O en palabras de Lucía Juárez, durante la orientación se trabajó para “construir la posibilidad de que esta experiencia fuera *recordable y vivible*” (EO06).

Lorena siempre estuvo segura de su decisión porque ella “sabía que *no lo quería, no lo quería... nada que le dijeran o que escuchara... la hubiera hecho cambiar de opinión. Ella ya estaba segura* y la orientación le sirvió para hacerlo *más llevadero*” (EP18). Ella tuvo la capacidad de defender su decisión desde una posición de *autonomía* sobre su propio cuerpo a pesar de la oposición de su pareja. Ella siempre tuvo la visión clara de que la decisión era suya, y por tanto, le afectaba principalmente a ella y a su vida. Cabe enfatizar que estas actitudes son altamente transgresoras de lo que le marcaba su entorno y muestran su convicción por concretar su proyecto de vida futuro.

Lorena ya había tomado su decisión, porque cuando llegó a la organización “ella ya estaba *segura, segura*” (EP18). Consideramos que la orientación le fue de utilidad porque “le sirvió para *hacer más llevadera* la experiencia” (EP18) a nivel personal y de pareja. En el marco de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, el respeto a la autodeterminación de Lorena sobre su sexualidad y su reproducción, se observó en el actuar de los servicios de orientación, que operaron como el espacio donde ella reafirmó su decisión de interrumpir el embarazo. Tenemos indicios de que durante la orientación, existió la posibilidad para la consultante de hablar y ser escuchada en sus propios términos⁶⁸ porque “cuando estás tú con tu pareja y la orientadora... pues si tienes *una duda... a ella se la dices y ya te sientes más tranquila*” (EP18). Los prestadores de servicios escucharon las necesidades de salud sexual y reproductiva de Lorena, y la orientadora Juana de Asbaje, creó un espacio de confianza y acompañamiento, en el que la consultante y su pareja pudieran expresar sus dudas y necesidades específicas.

Sugerimos que en los servicios que ofrece esta organización civil, es un derecho de las mujeres decidir sobre su propio cuerpo y tener un servicio de orientación que las escuche, basado en la no coerción, el respeto y la responsabilidad. Desde esta postura, suponemos que existe un cambio de coordenadas con respecto a la medicina hegemónica en la relación médico-paciente. En esta organización, fue posible que Lorena se apropiara de

⁶⁸ La investigadora estuvo todo el tiempo presente durante la sesión de orientación entre la orientadora Juana Asbaje y la pareja formada por Lorena e Ismael.

su atención y que ella la dirigiera a sus necesidades que le permitieran “hacer *más llevadera* esta experiencia” (EP18). Cabe señalar que el apoyo por parte del personal médico y las orientadoras, le brindó la posibilidad de vivir dignamente esta decisión, debido a la ausencia de culpas y de regaños en un ambiente de actitudes sensibles y no impositivas.

En cuanto a las experiencias de Lorena con otros prestadores de servicios que le permitieran comparar la atención que recibió en esta organización, está la difícil vivencia de haber recurrido a un ginecólogo para que le hiciera a Lorena una revisión y saber si el embarazo continuaba o no, tras haberse auto-administrado semanas atrás el misoprostol. Cuando llegaron con este médico, “él antes del ultrasonido les había dicho que si habían quedado residuos pues ya... *sólo un legrado... y que ella ya iba a estar bien...* y ya cuando vio el ultrasonido les dijo que el *producto estaba bien* y que *no le habían hecho nada las pastillas...*” (EP18). Ante el resultado, este médico inicia con su labor para convencer a Lorena que continúe con el embarazo “porque ya no había *nada que hacer*” (EP18) ya que “*el bebé* tenía de 10 a 11 semanas, que todo iba *bien y normal*” (EP18). “Ya era muy tarde... ya no era tiempo para... para... cortar el embarazo...” (EP18). En el discurso de este médico y su lucha para *convencer* con argumentos no científicos, están presentes: el abuso de *su saber* y el intento de la imposición de *sus ideas* sobre los deseos de Lorena. Tenemos indicios de cómo en este caso concreto, se manejaron presupuestos de la medicina hegemónica, relativos a: a) la resignación de las mujeres frente a embarazos no deseados, b) lo que es considerado como “normal” y “*lo que debe ser*”, y c) el manejo del tiempo de gestación. Veamos con más detalle en qué consiste cada una.

Desde una lógica hegemónica de la medicina y desde una visión patriarcal, ante un embarazo no deseado a la mujer sólo le resta la resignación “*porque no había nada más que hacer*” (EP18). “Ya *sólo nos quedaba esperar...* además... que era *nuestra responsabilidad...*” (EP18). En la visión hegemónica de este médico, Lorena es un *ser pasivo* que no tiene posibilidad de “hacer nada” ante el embarazo no planeado. Es decir, lo que sí podría hacer es continuar con la gestación por encima de sus deseos. Desde esta lógica patriarcal de género, sólo les resta a las mujeres resignación. Por ende, vale más lo gestado que el sentido de la vida y las expectativas de su desarrollo personal. Digamos entonces que en “el discurso patriarcal se crea una teleología materna, una trascendencia

femenina a través de la maternidad, a la vez superior, esencial y diferente por el simple hecho de ser mujer, por tanto ser madre es mejor que ser mujer” (Lagarde, 2003:41).

Otro de los presupuestos de la medicina hegemónica que usa este médico para convencer a Lorena de que continúe con la gestación, es que “el producto *está bien* y no le hicieron nada las pastillas” (EP18) y “el bebé estaba *bien y normal*” (EP18). Estas ideas, nos permiten reflexionar en torno a lo que es considerado por este médico como parte de la normalidad, ya que podríamos suponer que para él, los abortos son “*algo malo*” por tanto, si Lorena quiere hacer “*algo bueno*” debe de *convencerse* de continuar con el embarazo ya que no tiene razón aparente para interrumpir porque “*el bebé está bien y normal*”. En el discurso hegemónico, con el simple hecho de estar embarazada, Lorena es la madre de “un bebé”. Así, “la categoría madre correspondiente al orden simbólico patriarcal contiene cuatro implícitos: la pérdida real de la libertad para la mujer, su subsunción al producto, la intervención legítima del poder en la definición de lo prioritario para ella y la subordinación de su voluntad a cualquier otra voluntad con poder” (Lagarde, 2003:43).

En la labor para *convencer* a Lorena, está también el uso de ciertas herramientas como formas elementales de abuso. En este caso, tenemos el uso de la imagen del ultrasonido como una herramienta para convencer y hacer sentir culpable a Lorena de sus deseos de interrumpir la gestación. Sin duda, esta experiencia le resultó conflictiva porque ella refirió durante la sesión de orientación⁶⁹: “me hicieron un ultrasonido y ya salieron como las fotos... y pues creo que ahí... *yo lo ví... y me entró el sentimiento de culpa... cuando lo ví... pues... no tenía forma todavía... pero fue más porque el doctor me empezó a decir “mira a tu bebé”* y así... y igual me dijo: “mira está sano...”” (OR17). Tenemos indicios para decir que la imagen del ultrasonido fue una herramienta que utilizó este galeno para generar sentimientos de culpa en Lorena. De acuerdo con Lagarde (2003), la culpa como una experiencia subjetiva, funciona como crítica, control y *acusación social* que legítima la subordinación de las mujeres y el poder sobre ellas. Consideramos que estas herramientas que algunos médicos utilizan para culpabilizar, tienen la función política de

⁶⁹ Esta fue uno de los temas complicados que Lorena trató con la orientadora Juana Asbaje. Al respecto, la intervención consistió en hacer reflexionar a Lorena de que “mucho de lo que *nos dicen los médicos lo proyectamos*. Por ejemplo, a mi me dicen “ahí está el corazón” y yo pregunto ¿dónde?... también bueno, tú tienes que mirar *que algunos médicos asumen que todos los embarazos son deseados y que todas las mujeres les hace felices la maternidad. Hay un concepto que la maternidad es buena para todas, pero la verdad es que no siempre*. Y que tenemos la posibilidad de tomar esta decisión” (OR17).

controlar a las mujeres y justificar su castigo. Así, el mecanismo de culpa transfiere la responsabilidad hacia las mujeres en un contexto de opresión de género (Castro y Erviti, 2003).

La manipulación del tiempo de la gestación, es otra de las *formas elementales de abuso* por parte de algunos médicos que falsean información para *convencer* a las mujeres. A Lorena e Ismael, este ginecólogo les dijo “que ya *era muy tarde... que ya no era tiempo* para... para... *cortar el embarazo...*” (EP18). En ese momento, Lorena tenía entre 10 y 11 semanas de gestación, y no sólo es posible médicamente realizar la interrupción del embarazo sino que también lo es legalmente. Con esta forma de abuso, Lorena pudo haber perdido la posibilidad de interrumpir el embarazo. Esta mentira ocasionó que cuando Lorena llegó a la organización estuviera demasiado tensa⁷⁰ y temerosa “por lo que pudiera pasarle” (EP18). Todas las presiones por parte de este ginecólogo, le hicieron sentir a Lorena “*frustrada* porque pues pensó... ahora... *¿Qué vamos a hacer?... Pero de todas formas yo seguía pensando que yo no lo quería... y yo no lo quería*. Yo sentí como que ese médico *no nos ayudó... y que nos quería convencer y no escuchaba lo que yo quería... y nos dijo que era muy peligroso...*” (EP18).

Esta experiencia fue difícil de manejar porque presumimos que se tienen sentimientos de impotencia, de enojo y de indefensión ante un médico que tiene el *saber-poder*. Sin embargo, desde un *alto nivel de autonomía*, Lorena siempre fue muy clara con su decisión a pesar de todas las presiones a las que se enfrentó porque ella “seguía pensando que *no lo quería, y no lo quería*” (EP18). Ella pudo percibir que “ese médico los quería convencer y *no escuchaba lo que ella quería*” (EP18). Digamos que este ginecólogo promocionaba la conformidad y la obediencia, descalificando las opiniones y los deseos de Lorena.

Algunos médicos afines a la medicina hegemónica, miran a las mujeres como seres pasivos y sin posibilidad de tomar sus propias decisiones porque las pacientes “tienen que obedecer por su propio bien” a los médicos que se ubican en un situación jerárquica superior. Así, en numerosas ocasiones, “los encuentros médico-paciente constituyen formas de interacciones sociales asimétricas, pues en ellos uno es el detentador del *saber-poder*, y

⁷⁰ Era tal su tensión y nerviosismo que durante la entrevista, Lorena tuvo que salir porque tenía náuseas. Pensamos que esta respuesta física se pudo deber a la tensión que ella vivía aunado a los síntomas propios del embarazo.

la otra “*sólo*” es una paciente” (Castro y Erviti, 2003:258). En síntesis, este ginecólogo deseaba persuadir a Lorena, a través de una serie de mecanismos de control social que atropellan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Así, el hecho de haber llegado a esta organización civil le permitió a Lorena ejercer su derecho a la interrupción del embarazo en un ambiente respetuoso.

Finalmente, el haber escuchado los relatos de cuatro mujeres concretas y sus parejas, nos permitió reconocerlas como sujetos con la capacidad y la autonomía para decidir lo que es mejor para su proyecto de vida futuro. Cada una se enfrentó a obstáculos y retos diversos, pero al final de cuentas lograron tener una posición diferente con respecto a los valores morales dominantes. Al respecto, pensamos que el cuerpo es la primera y la última posesión ciudadana real. Sin embargo, la interpretación que cada una hizo de su realidad, está estrechamente relacionada con la forma en la que las diferencias sociales se tejen con la desigualdad y con su propia visión del mundo. En ese sentido, creemos que cada vivencia encierra un mundo particular que transita por la experiencia personal de cada mujer. Veamos a continuación las reflexiones finales de nuestra investigación.

VIII. Conclusiones y reflexiones finales

El foco principal de este estudio se centró en comprender si existen diferencias respecto de la visión médica hegemónica y en el orden de género dominante, a) en el trabajo cotidiano que realizan médicos y orientadoras en una organización civil en el Distrito Federal, y b) y si las mujeres que acuden a este espacio, se experimentan desde su vivencia y sus imaginarios como sujetos con *derecho a tener derechos*. Inicialmente, fue necesario explorar las experiencias subjetivas de los médicos y las orientadoras que laboran en esta organización. Posteriormente, conocimos las vivencias de las mujeres que solicitaron en este espacio los servicios de interrupción legal del embarazo. Nuestro estudio cualitativo incorporó el contexto legal-social-cultural así como las características individuales y subjetivas de nuestros entrevistados; también consideramos que las relaciones sociales entre los géneros están presentes en todas partes y se reflejan a través de las narrativas individuales que se entretajan con las expresiones del orden social y de la posición de los sujetos en esta estructura social.

Reflexionamos en torno al papel de la medicina hegemónica como “un modo de construir y conferir significados no sólo sexistas, sino también racistas, clasistas y coercitivos en el plano cultural” (Harding, 1996:11). En este marco, los cuerpos femeninos fueron vistos, estudiados y pensados desde una óptica masculina y patriarcal que fue cimentando en las sociedades occidentales: valores, creencias y mitos en los que se sentaron las bases para una moral sexual imperante heterosexual y una represión social genérica (Pauluzzi, 2006). La medicina hegemónica, con el paso del tiempo, fue dotando de argumentos científicos y “objetivos” que apuntalaron la construcción de una serie de mecanismos de control social para ajustar a las mujeres a aceptar las normas y valores imperantes sobre sus cuerpos, su sexualidad y su reproducción.

En el siglo XX, uno de los legados históricos de la profesión médica occidental, fue la construcción de las mujeres y sus cuerpos en función del lugar que “naturalmente” les correspondía en el orden social generizado. Consideramos que uno de los aportes del pensamiento feminista y la sociología médica, radica en deconstruir estas “verdades” y en mostrar a la ciencia médica como un agente de control y de construcción social del género porque gracias a estas ideas se ha estado desmontando paulatinamente esa voluntad totalizadora y esencialista.

También abordamos los mecanismos de control social en la anticoncepción y la medicalización de los cuerpos femeninos, para evidenciar el papel de algunos médicos como agentes activos de dominación y control genérico. En México, el proceso de medicalización en las instituciones de salud jerárquicas y autoritarias, por mucho tiempo ignoraron a las mujeres como sujetos activos y con *derechos* porque eran “sólo una paciente más”. Consideramos que como todo orden institucional, “el sector salud está atravesado por un orden de género, desigual y discriminatorio, que se refleja en la modalidad de organización del sistema de salud, sus jerarquías, la distribución y promoción de recursos humanos, los discursos y las prácticas” (Cátedra UNESCO-FLACSO, 2008).

En este entorno de relaciones desiguales de poder, identificamos que algunos prestadores de servicios consideran que *deben* incidir sobre la población, con base en las expectativas de lo deseable socialmente. Así, la medicina juega el papel de transmitir y reafirmar mensajes ideológicos hegemónicos, que tienen como función dirigir el comportamiento de las pacientes hacia canales seguros, aceptables y no disruptivos

(Waitzkin, 1986). Reiteramos que la medicina es una forma de control social y en la prestación de los servicios salud “los médicos están activamente involucrados en la producción y reproducción de una estructura médica de dominación cuyas estrategias de reproducción impactan más allá del campo médico, pues involucran a la sociedad en su conjunto” (Erviti *et al.*, 2006:659).

Presumimos que el origen de la generación de una nueva corriente en la perspectiva médica, inició varias décadas atrás gracias a los aportes del movimiento feminista y la sensibilización de algunos prestadores de servicios sobre las necesidades de salud de las mujeres para acceder a servicios de aborto seguro sin importar su condición socioeconómica. Nuestro interés estuvo en mostrar que, en la medicina hegemónica existen manifestaciones de control que les impiden tomar parte activa en la atención a su salud. También existen esfuerzos en los que se genera un cambio de coordenadas con respecto a la medicina hegemónica, y paulatinamente es posible subvertir el orden de género. Este es el caso del modelo de atención del Dr. Villareal, que tiene como su fundamento ético la protección a la vida y la salud de las mujeres desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos. Desde esta mirada, la maternidad es una elección y no una imposición biológica y social. En esta posición, sugerimos que en la organización civil estudiada, las consultantes *son sujetos con derechos a tener derechos* y tienen la posibilidad de decidir sobre su cuerpo y sus capacidades reproductivas.

Como mencionamos anteriormente, si bien el contenido de este modelo de atención, no tiene explícitamente un contenido feminista, sí comparte algunas de las premisas del movimiento feminista como: a) vincular la necesidad de justicia social con la demanda del aborto seguro y legal, b) el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y c) la posibilidad de todas las mujeres de poder acceder a estos servicios sin distinción alguna. Recordemos que es en la década de los noventa, cuando el movimiento internacional de mujeres y los organismos internacionales inician el debate a escala global, y este dio pie para ampliar las perspectivas acerca de la ciudadanía y los derechos humanos con una perspectiva de género. En este contexto, se iniciaron esfuerzos por parte de organizaciones civiles y grupos de mujeres para capacitar a profesionales de la salud en América Latina.

Tenemos indicios de que en la práctica profesional, este modelo retoma el discurso de los derechos sexuales y reproductivos en la prestación de servicios de interrupción del

embarazo, desde los principios que formularon Correa y Petchesky (1994): 1. el respeto a la autodeterminación de las mujeres sobre su sexualidad y su reproducción. Se observa en los servicios de orientación, espacio en el que las mujeres deciden si es mejor para ellas, interrumpir o continuar con su embarazo. 2. en la orientación también se reconocen las diferencias y la pluralidad de mujeres que solicitan los servicios de salud a esta organización civil, ya que se les brinda la posibilidad de hablar y ser escuchadas en sus propios términos. Y, 3. en cuanto a la igualdad en el acceso a los servicios de salud, la prestación de servicios de interrupción del embarazo considera un abanico de tarifas al alcance de las mujeres de todas las clases sociales.

Desde la mirada de los prestadores de servicios entrevistados, en este estudio recuperamos algunas de las ausencias y los vacíos existentes en la literatura acerca de la prestación de servicios de interrupción del embarazo en organizaciones civiles en el Distrito Federal. Reivindicamos la labor de los médicos y orientadoras desde su compromiso con un contenido de ética médica laica y mostramos que este proceso tiene sus matices, tanto en un contexto restrictivo, como en uno de despenalización. Vimos cómo las condicionantes macroestructurales interactúan con las condicionantes intrapersonales e interpersonales. Tenemos indicios de que estos prestadores de servicios están abiertos a la posibilidad de que las mujeres tomen decisiones de manera autónoma sobre su propio cuerpo. Por ende, para el trabajo de esta organización civil y sus integrantes, *“el eje son las mujeres y sus decisiones, ellas son el centro y lo más importante”* (ED04).

Desde el significado que el Dr. Joel Méndez le da al modelo de atención a nivel discursivo, se sientan precedentes en el tipo de servicios que las mujeres merecen como sujetos con derechos y pudimos ser testigos de que ellas reciben un servicio basado en el respeto y el ejercicio de su ciudadanía que comienza desde la reivindicación del cuerpo mismo. Sugerimos que escuchar las necesidades específicas de las consultantes como agentes activos, marca una serie de diferencias en la relación de poder entre el médico y la consultante. Pensamos que estas observaciones, fueron elementos relevantes para la presente investigación.

Abrimos la puerta a la existencia de posibilidades y prácticas que no son *utópicas* aun en un contexto de restricciones legales. Suponemos que en el caso de estos prestadores de servicios, existe un cambio de coordenadas con respecto al ejercicio de la medicina

desde preceptos hegemónicos debido a que: a) proporcionan a las consultantes sin distinción alguna, un marco que hace posible el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, b) sustentan una visión de las mujeres como seres autónomos y capaces de tomar decisiones sobre su salud y su vida, y c) se observó una relación de poder más equilibrada entre el prestador de servicios y la consultante en un marco de respeto y no coerción.

Tenemos algunos indicios que apuntan hacia la existencia de un contraste discursivo entre las narraciones de los prestadores de servicios y el discurso médico hegemónico, respecto de la condición de sujetos de las mujeres y su capacidad de toma de decisiones. En esta organización civil, se tiene la posibilidad de solicitar la interrupción del embarazo sin artificios y las mujeres no tienen consecuencias negativas porque “aquí no se juzga ni condena” (ED04), “a las mujeres se les respeta” (EO07), o dicho en otras palabras, se les considera *sujetos con derechos*. El castigo y la condena hacen referencia a una relación de poder jerárquica y desigual, en la que el médico que comparte una visión hegemónica, tiene la autoridad sobre la mujer o la pareja para deliberar acerca de su culpabilidad y darle una “sentencia” o un castigo por su “mal actuar” (Erviti *et al.*, 2006). Y sin duda, esta es la expresión de un mecanismo de control social generizado. Sin embargo, lejos de los mecanismos de control social sobre el cuerpo y la vida de las mujeres, en esta organización civil se parte de una perspectiva de respeto, comprensión y acompañamiento porque esta experiencia “va más allá de una interrupción del embarazo y les permite a las mujeres *ver este momento como vivible y recordable*” (EO06).

Desde una nueva mirada a las realidades y las coyunturas, pudimos recuperar algunas de las tensiones, los miedos y las contradicciones a las que el contexto legal, social y cultural enfrentó a estos médicos en su práctica profesional así como en la formación de redes con otros profesionales de la salud. Cabe subrayar que estas temáticas fueron surgiendo espontáneamente en el discurso de nuestros entrevistados y nos vimos en la necesidad de incluirlas en nuestro estudio debido a la riqueza de su contenido. En ese tenor, en un contexto restrictivo, la Dra. Ana Cárdenas se da cuenta que en su ejercicio profesional, “*la limitante no está en ella como profesionista* y que no iba a permitir que la ley le pusiera límites frente a la salud de las mujeres” (ED04). Mientras que para el Dr. Joel Méndez, su experiencia personal “en carne propia” lo lleva a la reflexión de “hacer algo al

respecto” (ED02). De acuerdo con sus experiencias, ambos médicos, se enfrentaron a los mecanismos de control social y el estigma en su esfera personal y profesional. Sin embargo, la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez difieren en que para Ana, realizar interrupciones del embarazo era completamente “legítimo aunque no fuera legal” (ED04) porque ella respondía a las necesidades de salud de las mujeres y salvaba vidas. Mientras que Joel estaba muy temeroso de los posibles riesgos personales y profesionales que corría al prestar estos servicios. Ambos coinciden en su preocupación por no convertirse en “comerciantes”, “piratas de la medicina”, “aborteros” e “irse por el camino fácil”.

A pesar de las dificultades, los miedos y las tensiones a las que se enfrentaron estos médicos, ambos fueron exitosos en ir consolidando redes de prestadores de servicios capacitados en el modelo de atención del Dr. Villareal, no sólo en el Distrito Federal sino también en otros estados del país. De acuerdo con sus experiencias, tenemos indicios de que el camino andado a lo largo de más de 10 años en condiciones restrictivas, no fue nada fácil, sobre todo porque manejaron la hegemonía, la normalidad y la autocensura en la construcción de puentes con otros profesionales de la salud con suma cautela. A posteriori, aún queda por responder en investigaciones a futuro, ¿A qué nuevos retos se enfrentarán estos médicos en la consolidación de nuevas redes de prestadores de servicios, en contextos donde, recientemente se protege la vida desde el momento de la concepción?

Desde las experiencias personales y profesionales de las orientadoras Lucía Juárez y Elvira Acosta, el haber decidido interrumpir un embarazo, fue una veta de crecimiento personal y profesional que las impulsa día a día a querer trabajar en esta organización civil a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Mientras que el deseo de contribuir a mejorar la salud de las mujeres desde una visión feminista y una posición *más radical*, es el motor de Juana de Asbaje. Presumimos que la labor más importante de las orientadoras es “construir las *experiencias de las mujeres como vivibles y recordables*” (EO06) y permitirles “reflexionar sobre otros aspectos de su vida para *fortalecer proyectos o sueños a futuro*” (EO06).

A partir de la despenalización del aborto en el Distrito Federal y los cambios en el contexto, pudimos identificar una serie de matices desde la experiencia de esta organización civil y de sus prestadores de servicios. Las modificaciones legales, abren una serie de oportunidades y retos ya que anteriormente, ellos eran parte de “*los pocos espacios*

que tenían sus servicios de atención abiertos al *público en general*” (ED05). Consideramos que coyunturalmente: 1) los prestadores de servicios estudiados se sienten más tranquilos pero a la vez mucho más vulnerables ante posibles ataques de la derecha, 2) existe una mayor competencia al aumentar la oferta de los servicios, y 3) “ha disminuido el volumen de atención” (ED04).

Actualmente, en la prestación de servicios de interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal, pensamos que uno de los claroscuros más importantes es la articulación de una red de organizaciones a favor de la vida desde la concepción que realiza cabildeo en casi todas entidades del país. Entre sus logros -hasta el momento-, están los cambios en las constituciones de los estados de: Baja California, Durango, Jalisco, Morelos, Puebla, Sonora, Quintana Roo, Campeche y San Luis Potosí. Estos avances y retrocesos coyunturales, nos permiten mostrar las dos caras en torno a la labor que realiza esta organización. Por un lado, tenemos la cara positiva y de mayor libertad a raíz del pronunciamiento de la Suprema Corte de Justicia que avala el trabajo de esta organización y la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Y por otra, tenemos una cara negativa que presenta una amenaza a la tranquilidad e incluso a la vida de los médicos y orientadoras que trabajan en esta organización. Nos preguntamos si en el futuro próximo ¿Será posible que en la Ciudad de México convivan organizaciones civiles que anuncien abiertamente sus servicios y que quienes trabajen aquí no sean objeto de ataques de la derecha? O incluso, ¿Será posible que, como en Estados Unidos, algunos grupos feministas apoyen la protección de estas clínicas para evitar la violencia y el acoso a sus prestadores de servicios?

En este estudio, les dimos voz a las mujeres y sus parejas, y recuperamos algunas de las ausencias existentes en la literatura sobre la vivencia de las mujeres en un contexto de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. Como reflexiones finales, pretendemos tejer una serie de elementos que nos permitan reflexionar y comparar las vivencias de Daniela, María, Renata y Lorena desde sus propias significaciones y desde el sector social al que pertenecen. En los cuatro testimonios anteriores, indagamos en algunas construcciones imaginarias que pueden generarse en torno a las prácticas de interrupción voluntaria del embarazo y a las muy diversas significaciones que las mujeres les pueden dar a sus propias prácticas abortivas.

Reiteramos que cada mujer y su subjetividad es un mundo, y en cada una de ellas se intersectan las variables de: edad, clase, raza, etnia, religión, escolaridad, relación de pareja, ejercicio de su sexualidad, imágenes de la maternidad y proyecto de vida. La combinación de estas variables, nos brinda una multiplicidad de subjetividades y experiencias, en torno a lo que significa para cada una interrumpir su embarazo. Cada uno de estos elementos “deben ser pensados como una configuración subjetiva donde juega un rol decisivo el bagaje de significaciones que la sociedad en general y cada mujer en particular compongan acerca de lo legal y/o legítimo de esa decisión” (Fernández y Tajer, 2006:33).

Las distintas formas de significación, muestran cómo los modos de *nominación* que la sociedad y el contexto definen para esta práctica, tienen una estrecha relación con el imaginario personal de las mujeres y los varones acerca de la misma. No podemos pasar por alto, que no es igual la significación social cuando un embarazo no deseado le sucede a una mujer de escasos recursos, a una mujer de clase media o alta, a una mujer adulta, a una mujer joven o a una adolescente. Se establecen importantes diferencias en relación con la edad y la clase a la que pertenecen las mujeres. Por ende, cada una cuenta con significaciones sociales diferentes en función de las posibilidades de elección y las prácticas a las que tiene acceso, y por lo tanto, también se encuentran diferencias entre las producciones de subjetividad de las mujeres en cada caso (Fernández y Tajer, 2006).

En las vivencias de Daniela, María, Renata y Lorena, pudimos conocer cuatro mundos diferentes y cómo cada una experimentó su proceso con diversos matices de autonomía y subversión a las expectativas sociales de su contexto, de acuerdo con las posibilidades de elección y las prácticas a las que tiene acceso. Como mencionamos anteriormente, en este pequeño grupo existe una variedad de contextos socioeconómicos. María es de clase baja, Daniela y Lorena de clase media-baja y Renata de clase media-alta. María es una mujer atípica en su contexto, porque ella a pesar de ser empleada doméstica, tiene *autonomía*, es económicamente independiente, vive sola y no deseó continuar con su embarazo porque “*no tiene caso traer un hijo al mundo si no se tiene el tiempo y los cuidados que requiere*” (OR15).

Otra mujer con *autonomía* es Lorena porque con su determinación, desafía los imperativos de su contexto así como los deseos de su pareja. Daniela, también se empeña en construir su proyecto de vida futuro. En contraste, aunque Renata tiene mayor acceso a

recursos materiales y redes sociales, pensamos que es quien más se apega al “*deber ser*” que le marca su clase. Si bien ella tiene un proyecto de vida, también le preocupa que “*en la sociedad no se ve bien tener un hijo tan joven y menos sin tener una carrera o un trabajo*” (OR13). Renata permite que sea su pareja quien asuma un *rol activo* en el proceso de buscar ayuda para interrumpir el embarazo. Coincidimos con Fernández y Tajer (2008), en que en los sectores de clase media y alta, se construyen universos de significaciones imaginarios que al mismo tiempo que culpabilizan las prácticas de interrupción del embarazo, sancionan y/o discriminan de muy variadas formas la continuación del mismo.

Tenemos indicios que en el caso de Daniela y Lorena, un embarazo no deseado implicaba no solamente una carga económica que difícilmente podían afrontar, sino que también representaba la posibilidad de truncar sus sueños y metas a futuro, para las cuales combinaban el trabajo y el estudio en el presente. Ambas comparten la determinación y el deseo de llegar a ser profesionistas, y eventualmente poder ascender socialmente. En contraste, a Renata el embarazo inesperado le significaba una serie de obstáculos para responder a las expectativas familiares y sociales sobre sus hombros.

Consideramos que las cuatro mujeres de este estudio, son capaces de tener una autonomía decisoria con diferentes matices. Por una parte, Daniela, María y Lorena toman una *posición activa* y buscan entre sus redes sociales quiénes pueden apoyarlas y darles la información necesaria de dónde acudir y poder interrumpir sus embarazos. Mientras que Renata tiene una *posición pasiva* porque sobre José recae la responsabilidad de recurrir a sus redes sociales y conseguir los recursos materiales necesarios. Tenemos indicios de que la participación de los varones es también importante en este proceso, porque ellos pueden jugar un papel para incentivar o desincentivar esta decisión de su compañera. En los casos en los que ellos apoyan a su pareja, puede existir una decisión conjunta o una acción de solidaridad con ellas pero sin estar de acuerdo con interrumpir el embarazo. Este fue el caso de Ismael, quien “*no está contento con la decisión que Lorena tomó...porque a él... las razones que le da Lorena no lo convencen... pero bueno, él le dijo que la iba a apoyar... y así va a ser*” (EP18).

En la organización civil estudiada, presumimos que en los cuatro casos, ellas se sintieron las protagonistas de su propia atención, porque de acuerdo a lo que nos refirieron anteriormente, se sintieron cómodas, confiadas, escuchadas, apoyadas y respetadas. A

Daniela los servicios en este espacio le parecieron que eran “*buenos y te tratan con amabilidad, no es una cuestión agresiva sino que te tratan amablemente*” (EM11). María, “se sintió bien, *a gusto porque fueron muy amables, muy atentos y muy educados*” (EM16). Renata, “la primera vez que llegó, la *atendieron súper bien* porque la doctora es muy *amable* y la revisó, *todo estuvo muy bien*” (EP14). Y Lorena, se sintió “*muy, muy bien*. No la hicieron sentir *culpable* y *la animaron a asimilar* la situación por la que estaba pasando” (EP18). De acuerdo con estos testimonios, tenemos elementos para sugerir un cambio de coordenadas con respecto a la medicina hegemónica y a un orden de género porque en este espacio, las mujeres tienen las condiciones para ser consideradas *sujetos con derecho a tener derechos*.

Entre las experiencias previas que pudimos contrastar están las siguientes: a) la vivencia de Lorena y el ginecólogo que emprendió la labor para *convencerla* de continuar el embarazo, b) la experiencia de María con la doctora que la persuadió para realizarle la interrupción del embarazo y c) el maltrato hacia la hermana de Renata. En el primer caso, la estrategia del médico fue de fragilización y operó produciendo miedos y culpas. La culpa como experiencia subjetiva, funciona como crítica, control y acusación que legitima la subordinación de las mujeres y el poder sobre ellas (Lagarde, 2003). En este caso, la imagen del ultrasonido fue una herramienta utilizada por este galeno para generar la culpa en Lorena y así poder controlarla, en un contexto de opresión de género. Este es un ejemplo de las innumerables violencias, simbólicas y represivas que algunos médicos ejercen sobre las mujeres. Aunque como bien apunta Pauluzzi (2006), estas violencias no son privativas de una clase social determinada, consideramos que estas violencias y este ejercicio de poder, se entretajan en una perversa red multidimensional que trata de impedir el poder de decisión sobre los cuerpos de las mujeres porque pone en riesgo el control ejercido sobre los mismos y sus vidas. Así, “los disciplinamientos sociales con respecto a los cuerpos de las adolescentes y adultas, operan eficazmente en todas las clases sociales. Pero estas estrategias difieren según las clases sociales a las que ellas pertenecen” (Fernández y Tajer, 2006:37-38).

En la segunda experiencia, la doctora que quiso convencer a María de practicarle un aborto, se evidencia cómo el comercio privado busca la forma de seguir lucrando con las necesidades de interrupción del embarazo de las mujeres con una actitud de clandestinidad.

Se ofrecen servicios onerosos como si esta práctica fuera incorrecta, siguiendo los presupuestos de la medicina hegemónica. Este es un claro ejemplo de cómo los avances legales caminan con mayor rapidez que los cambios en las mentalidades de algunos médicos. Podemos tener en el Distrito Federal una ley que permita esta práctica pero para algunos, continua siendo algo que debe ser ocultado y que permite lucrar a costa de las necesidades de las mujeres. En este sentido, es de resaltar que el modelo de atención estudiado, durante el proceso de capacitación a los prestadores de servicios no sólo se les enseña la técnica, sino que también existe un espacio de reflexión para que los becarios exploren sus ideas, opiniones y actitudes acerca del aborto, así como su relación profesional con las consultantes. Esto le permite a los futuros prestadores de servicios mirar este tema de manera diferente y evitar el ejercicio de mecanismos de control social hacia las consultantes. En ese sentido, nosotros consideramos que este tema puede dar pie a nuevas investigaciones, sobre todo en el caso de los médicos que laboran en hospitales del Distrito Federal porque ¿Qué tan necesario es que en los procesos de capacitación, además de la información conceptual y técnica, también se exploren y se tomen en cuenta las opiniones personales de los médicos en la prestación de servicios de interrupción del embarazo?, ¿Esto podría redundar en la oferta de servicios de mayor calidad?

En los discursos y las prácticas de Daniela, María, Renata y Lorena, se cuestionaron algunos roles sociales de género, en especial el de la subordinación de la mujer y el reclamo de sus derechos. Sin embargo, nos llamó la atención el poco conocimiento y apropiación de los métodos anticonceptivos hormonales como una herramienta para controlar su fecundidad y apuntalar así su proyecto de vida a futuro. Estas mujeres y sus parejas utilizaron el condón o el coito interrumpido cuando se embarazaron. Sin embargo, cada una asumió su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y ninguna renunció a esta capacidad. Aun en el caso de Renata, quien delegó en José las acciones para concretar la decisión, hubo un claro deseo personal de interrumpir el embarazo. Sugerimos para futuros estudios las siguientes preguntas: ¿Esto se deberá a la deficiente información y al poco acceso que tienen algunos jóvenes y los adolescentes a los métodos anticonceptivos? o ¿Será un reflejo de los mecanismos de control y vigilancia que se ejercen sobre la sexualidad de las jóvenes al interior de sus familias y en la sociedad, lo que les impide hacer uso de un método hormonal por el miedo a “ser descubiertas”?

Cada embarazo no esperado y cada decisión de continuarlo o interrumpirlo, confirma una ecuación singular donde confluyen diversas variables que van desde los universos de significaciones imaginarias de cada mujer, el contexto sociocultural en el que están ubicadas en relación con el aborto y la maternidad, la relación de pareja, su nivel de autonomía, su proyecto de vida futuro y las formas en las que se transitó a través de dudas, conflictos y hostilidades. Así, “el ser una mujer soltera, joven o adolescente embarazada, implica en sociedades como la nuestra quedar expuesta en los engranajes en donde se cruzan, articulan y anudan cuestiones de clase, de género, de edad y de estado civil sobre los cuerpos, prácticas y subjetividades de las mujeres” (Fernández y Tajer, 2006:45).

Como reflexiones finales, estos engranajes están montados sobre una estructura de la medicina hegemónica y las prácticas de algunos médicos afines a un orden social generizado que desea controlar –consciente o inconscientemente- el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. Pero también, en la experiencia y el trabajo de la organización civil estudiada, es posible construir nuevos engranajes y nuevas coordenadas que toman distancia respecto de la medicina hegemónica, en donde se puedan articular el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, el acceso a la interrupción del embarazo sin distinción de clase, edad, religión o raza y el percibir a las mujeres como sujetos autónomos con *derechos*.

Esta experiencia de investigación, aunque en pequeña escala, nos hace reflexionar acerca de la necesidad de que existan cada vez más espacios con estas características. Médicos con ética laica, sensibles y respetuosos a las necesidades de las mujeres, y orientadoras que construyen *momentos recordables*. Un espacio que favorece el ejercicio de los derechos de las mujeres y las parejas sin distinción alguna. Esta organización civil y la forma en la que trabajan día a día, es una fuente de inspiración que nos permite pensar que las *utopías* son posibles. Utopías donde se logra resolver un embarazo no planeado y se tiene la posibilidad de aminorar los costos personales y sociales en torno a esta decisión. Sin embargo, también estamos conscientes de que los grupos activistas de derecha están en desacuerdo con la despenalización del aborto y cada vez más, imponen límites para que experiencias como esta florezcan en más estados del país.

Desde la academia, es imperativo seguir trabajando el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, especialmente en el Distrito Federal, porque abre múltiples

posibilidades a nuevas miradas al tema que nos permitan ir minando las imágenes universalistas y estereotipadas de las mujeres que toman esta decisión, y las califican como irresponsables, malas, asesinas o delincuentes. Es necesario seguir construyendo los argumentos que nos permitan cristalizar la interrupción del embarazo como un derecho, en una democracia más plural e incluyente en México.

En este esfuerzo para cambiar paulatinamente las coordenadas de la medicina hegemónica, no podemos prescindir de los profesionales de la salud porque este es un proceso que va en dos sentidos y ellos también juegan un papel importante en el acceso a los derechos por parte de las mujeres. En ese sentido, queremos dignificar y darle nuestro reconocimiento a los médicos pioneros que sembraron la semilla de esta utopía: la Dra. Ana Cárdenas y el Dr. Joel Méndez. Creemos que profundizar en temáticas como las que se presentan aquí, buscan ampliar la comprensión interpretativa de los profesionales de la salud y su relación con las consultantes que desean interrumpir un embarazo.

Por último, coincido con Martha Rosenberg (2002), cuando dice que la lucha por el derecho a la interrupción del embarazo es también una lucha por la libertad de las mujeres y no en contra de la maternidad. Es la oportunidad para pensar nuevas formas de realizarla, pensarla, representarla, sin que estén sujetas a un imperativo heterónimo. Estas son formas en las cuales se imprimen los rasgos específicos del sujeto femenino, en una etapa histórica que lo sitúe en vías de superar su exclusión, protagonizando la construcción de una ciudadanía real generizada. Este trabajo abre vetas para la investigación futura en la que sigamos explorando cómo las mujeres mexicanas se constituyen como ciudadanas plenas y como sujetos más libres y más autónomos, *con derecho a tener derechos* sobre su cuerpo, su vida y sus sueños.

Bibliografía

- AMORÓS, Celia (2000). *Filosofía y Feminismo*, Madrid, Síntesis.
- AMUCHÁSTEGUI, Ana (1998). "Virginity in Mexico: The Role of Competing Discourses of Sexuality in Personal Experience", *Reproductive Health Matters*, Vol. 6, No. 12, pp.105-115.
- ____ (2001). "Derechos sexuales: un Nuevo concepto de la relación entre lo personal y lo político", en Jáidar Matalobos, *Sexualidad: símbolos, imágenes y discursos*, México, UAM-Xochimilco.
- ____ (2007). "Ética, deseo y masculinidad: la difícil relación entre lo sexual y lo reproductivo", en Ana Amuchástegui e Ivonne Szasz (coords.), *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, México, El Colegio de México.
- BERER, Margaret (2006). "Medical Abortion: Issues of Choice and Acceptability", *Reproductive Health Matters*, vol. 14, núm. 27.
- BILLINGS, Debbie y Ricardo Vernon (2007). *Avances en la atención postaborto en América Latina y el Caribe: investigando, aplicando*, México, Population Council.
- BILLINGS, Debbie, Claudia Moreno y Deyanira González de León (2002). "Constructing access to legal abortion services in Mexico City", *Reproductive Health Matters*, vol. 10, núm. 19.
- BOURDIEU, Pierre (1991). *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.
- CARDICH, Rosario (2000). *Desde las mujeres: visiones y circunstancias del aborto. Impactos demográficos y psicosociales del aborto*, II Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Argentina.
- CASTRO, Roberto y Mario Bronfman (1998). "Teoría feminista y sociología médica", en Juan Guillermo Figueroa, *La condición de la mujer en el espacio de salud*, México, El Colegio de México.
- CASTRO, Roberto (2000). *La vida en la adversidad. Significados de la salud y la reproducción*, Cuernavaca, UNAM/CRIM.
- CASTRO, Roberto y Joaquina Erviti (2003). "La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio", en Paz López, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinoza (comps.), *Género y política en salud*, México, Secretaría de Salud y UNIFEM-México.
- CHECA, Susana (2007). "Del control de la natalidad a los derechos sexuales y reproductivos", (mimeo).
- COHEN David, Rosa De la Vega y Gabrielle Watson (2001). *Advocacy for social justice*, Nueva York, Press Bloomfield.
- CONAPO (2000). *Cuadernos de salud reproductiva en la República Mexicana*, México, CONAPO.
- CORREA, Sonia y Rosalind Petchesky (1994). "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective", en Gita Sen, A. Germaine y L. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered Health, empowerment and rights*, Washington, Harvard University Press, pp.107-123.

- CLIMENT, Graciela (2003), "La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social. El interjuego entre la exclusión social, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas", *Revista Argentina de Sociología*, noviembre-diciembre, pp. 77-93.
- CRESWELL, John (2005). *Educational Research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative Research*, Chicago, Pearson Education.
- CRUZALTA, Julián (2008). "Ética y libertad de conciencia" en *Despenalización del aborto en la Ciudad de México*, en Lourdes Enríquez y Claudia De Anda (coords.), México, PUEG-IPAS- GIRE.
- DE BARBIERI, Teresita (1992). "Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica", *Revista Interamericana de Sociología*, año II, Segunda Época, núm. 2-3, pp.147-178.
- _____ (1999). "Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México", en Adriana Ortiz-Ortega (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate de justicia social en México*, México, EDAMEX-UAM-X.
- _____ (2003). "Circunstancias... incertidumbres... decisiones...", en Martha Patricia Castañeda (coord.), *Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, México, UNAM y Plaza Valdés.
- DE LEÓN, Emilienne (2004). "Organizaciones civiles e instituciones internacionales", en Jorge Cadena Roa (coord.), *Las organizaciones civiles mexicanas hoy*, México, UNAM.
- DENZIN, Norman e Ivonna Lincoln (2003). "Introduction: the discipline and practice of qualitative research", en Denzin N. & Lincoln I. (eds.), *Strategies Of Qualitative Inquiry*, segunda edición, Washington, Sage Publications.
- EHRENREICH, Barbara y Diedre English (1990). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Madrid, Altea.
- EICHLER, Margrit (1997). *Feminist Methodology*, *Current Sociology*, vol. 45, núm. 2, 1997, Londres, Sage Publications.
- ERGAS, Yasmine (2003). "El sujeto mujer: el feminismo de los años setenta-ochenta", en Georges Duby y Michelle Perrot (coords.), *Historia de las mujeres. El siglo XX*, España, Taurus.
- ERVITI, Joaquina (2005). *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*, México, UNAM-CRIM.
- _____ (2005b). "Aborto y apoyo social en México. Un estudio con mujeres atendidas en hospitales públicos y privados de Morelos", en Marta Torres (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México, El Colegio de México-PIEM.
- ERVITI, Joaquina, Roberto Castro e Itzel Sosa (2006). "Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en los hospitales públicos de México", *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, vol. XXIV, núm. 72, septiembre-diciembre, pp.637-665.
- FACIO, Alda (2008). *Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos*, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- FAÚNDES, Aníbal y José Barzelatto (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*, Colombia, Tercer mundo.

- FAUSTO-STERLING, Anne (1987). "Society Writes Biology, Biology Constructs Gender", *Daedalus*, vol. 116, núm. 4, pp.61-76.
- FERNÁNDEZ, Ana María y Débora Tajer (2006). "Los abortos y sus significaciones imaginarias", en *Realidades y coyunturas del aborto, entre el derecho y la necesidad*, en Susana Checa (comp.), Argentina, Paidós.
- FIGUEROA, Juan Guillermo (1995). "Aproximación al estudios de los derechos reproductivos", *Programa de salud reproductiva y sociedad*, núm. 8, México, El Colegio de México.
- _____ (1999). "Algunos desencuentros al normar servicios sobre salud reproductiva: un apunte desde la experiencia de las Organizaciones No Gubernamentales", en Soledad González Montes (coord.), *Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, México, El Colegio de México.
- _____ (1999b). "Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana", en Adriana Ortiz-Ortega (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México*, México, EDAMEX-UAM-X.
- _____ (1999c). "El significado del consentimiento informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción", *Revista de Perinatología y reproducción humana*, vol.13, núm.1, enero-marzo, pp.32-43.
- FILC, Danni (2004). "The medical text: between biomedicine and hegemony", *Social Science and Medicine*, núm 59, pp.1275-1285.
- FOUCAULT, Michel (1980). *La microfísica del poder*, España, La Piqueta.
- FREIDSON, Eliot (1998). "La organización de la práctica médica" en Howard Freeman, Sol Levine y Leo Reeder (comps.), en *Manual de Sociología Médica*, México, FCE-Secretaría de Salud.
- GARCÍA Sandra y Becker Davida (2001). *¿Qué piensan y opinan las y los mexicanos sobre el aborto? Resultados de la encuesta nacional de opinión*, México, Population Council-Grupo IDM.
- GONZÁLEZ RUIZ, Edgar (2000). *Paulina: en nombre de la ley*, México, GIRE.
- GLASER, A. y Strauss N. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, Nueva York, Aldine de Gruyter.
- GOFFMAN, Erving (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, Londres, Penguin.
- GÓMEZ, Rosa (2002). *El médico como persona en la relación médico paciente*, España, Omagraf.
- GONZÁLEZ DE LEÓN, Deyanira (1994). Los médicos y el aborto, *Cuadernos de Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 3.
- _____ (1999). "Una mirada a la situación del aborto en México", en Lucila Scavone, *Género y salud reproductiva en América Latina*, Costa Rica, Libro Universitario Regional.
- GONZÁLEZ DE LEÓN, Deyanira, Deborah Billings y Rubén Ramírez (2008). "El aborto y la educación médica en México", *Revista de Salud Pública de México*, mayo-junio.
- GONZÁLEZ DE LEÓN, Deyanira y Adis Salinas (1995). "Atención del aborto en México: una aproximación a las actitudes de los médicos", *Reporte de Investigación*, núm. 69, UAM-X, México.

- GONZÁLEZ Montes, Soledad (1999). “Los aportes de las ONG a la salud reproductiva”, en Soledad González Montes (coord.), *Las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, México, El Colegio de México.
- GUILLAUME, Agnes y Susana Lerner (2007). *El aborto en América Latina y el Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*, Paris-México, Centre de Population et Développement,.
- GUILLAUME, Agnes, Susana Lerner y Guadalupe Salas (2005), *El aborto en América Latina y el Caribe: una revisión de la literatura de los años 90 a nuestros días*, Paris, Les numériques du CEPED (borrador).
- HARDING, Sandra (1996). *Ciencia y Feminismo*, Madrid, Ediciones Morata.
- HENSHAW, Stanley (1990). “Induced Abortion in Poland”, *Women’s Studies International Forum*, vol. 18, núm. 1, pp. 76-89.
- HÉRITIER, Françoise (2007). *Masculino/femenino II: disolver la jerarquía*, Buenos Aires, FCE.
- HINOJOSA, Claudia (2008). “En busca de pistas para la construcción de los derechos sexuales como derechos humanos”, en Ivonne Szasz y Guadalupe Salas (coords.), *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía*, México, El Colegio de México.
- HERNÁNDEZ-Sampieri, Roberto, Carlos Fernández-Collado y Pilar Baptista-Lucio (2007). *Metodología de la investigación*, cuarta edición, México, Mc-Graw Hill.
- HIERRO, Graciela (2003). “El aborto y la ética”, en Martha Patricia Castañeda (coord.), *Interrupción voluntaria del embarazo. Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, México, UNAM-Plaza Valdés.
- HINZE, Susan (2004). “Am I Being Over-Sensitive? Women’s Experience of Sexual Harassment in Medical Training”, *Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, núm.8, vol.1, pp.125-151.
- HUMAN RIGHTS WATCH (2006). “Informe Víctimas por partida doble. Obstrucciones al aborto legal en casos de violación en México”, *Human Rights Watch*, marzo, vol. 18, núm.1.
- INSTITUTO ALAN GUTTMACHER (1994). *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York, Instituto Alan Guttmacher.
- JUAREZ, Fátima, Susheela Singh, Sandra García y Claudia Díaz (2008). “Estimates of Induced Abortion in Mexico: What’s Changed Between 1990 and 2006?”, *International Family Planning Perspectives*, núm. 34, pp.02-12.
- LAGARDE, Marcela (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM.
- _____ (2003). “La condición humana de las mujeres”, en Martha Patricia Castañeda (coord.), *Interrupción voluntaria del embarazo, reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, México, UNAM-Plaza y Valdés.
- LAMAS, Marta (1999). “Deconstrucción simbólica u laicismo: dos requisitos imprescindibles para la defensa de los derechos reproductivos”, en Beatriz Figueroa (coord.), *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*, México, El Colegio de México y SOMEDE.

- _____ (2001). “Del drama personal a la batalla política”, *Paulina en nombre de la ley*, México, GIRE.
- _____ (2001b). *Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*, México, Plaza y Janés.
- _____ (2001c). “Movimiento feminista y discurso político: los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna”, en Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (cords.), *Encuentros y desencuentros en salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, México, El Colegio de México.
- LAQUEUR, Thomas (1990). *Making sex. Body and gender from Greeks to Freud*, Boston, Harvard University Press.
- LLOVET, Juan José (1996). “El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro”, *Seminario internacional en salud reproductiva y sexualidad*, México.
- LLOVET, Juan José y Ramos Silvina (1998), “Induced abortion in Latin America: Strategies for future social research”, *Reproductive Health Matters*, vol. 6, núm. 1, pp. 55-65.
- _____ (2001). “El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas para el futuro”, en Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (cords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México, pp.285-322.
- LÓPEZ, Olivia (2008). “La centralidad del útero en las representaciones técnicas del cuerpo femenino en la medicina del siglo XIX”, en Julia Tuñón (comp.), *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México.
- LUPTON, Deborah (1994). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western Societies*, second edition, Londres, Sage Publications.
- MACKINNON, Catherine (1989). *Hacia una teoría feminista del Estado*, Barcelona, Cátedra.
- MARTIN, Emily (1990). “Science and Women’s Bodies: Forms of Anthropological Knowledge”, en Jacobus Feller y Shuttleworth (cords.), *Body Politics. Women and the discourse of science*, Nueva York, Routledge.
- MECHANIC, David (1998). “Los médicos”, en Howard Freeman, Sol Levine y Leo Reeder (comps.), *Manual de Sociología Médica*, México, Secretaría de Salud-FCE.
- MILLER, Alice (2004). “Sexuality, Violence against Women, and Human Rights: Women Make Demands and Ladies Get Protection”, *Health and Human Rights*, vol. 7, núm.2.
- MILLET, Kate (1975). *La política sexual*, México, Aguilar.
- MOUFFE, Chantal (2001). “Feminismo, ciudadanía y política democrática radical”, en *Ciudadanía y feminismo*, Debate Feminista-IFE-UNIFEM, núm. 25, pp.33-54.
- NATHANSON, C.A y Becker H.D. (1981). “The influence of physicians attitudes on abortion performance”, *Family Planning*, vol.9, núm.4, pp.158-163.
- NAVARRO, P. y Díaz C. (1999). “Análisis de contenido”, en Juan Delgado y Juan Gutiérrez (coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Síntesis.

- NUÑEZ, Guillermo (2007). "Vínculo de pareja y hombría: "atender y mantener" en adultos mayores del Río de Sonora, México", en Ana Amuchástegui e Ivonne Szasz (coords.), *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, México, El Colegio de México.
- NUÑEZ Fernández, Leopoldo y Yolanda Palma (1994). "El aborto en cifras", en Adriana Ortiz-Ortega, *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, The Population Council-EDAMEX.
- NUSSBAUM, Martha (1999). *Los límites del patriotismo: identidad, pertenencia y "ciudadanía mundial"*, Barcelona, Paidós.
- OAKLEY, Ann (1986). *The Captured Womb: a History of the Medical Care of Pregnant Women*, Nueva York, Blackwell Pub.
- OLIVEIRA, Eleonora y Amaral Lucila (1999). "Soledad y abandono: una constantes entre mujeres que abortaron", en Lucila Scavone (comp.), *Género y salud reproductiva en América Latina*, Costa Rica, Libro Universitario Regional.
- OSIS, María José y Ardí Ellen (1994). *Metodologías usadas para estudiar frecuencia e questões relativas ao aborto provocado: principais problemas e vantagem, aspectos metodológicos*, en II Encuentro de Investigadores sobre el Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Argentina, (mimeo).
- OAKLEY, Ann (1986). *The Captured Womb: a History of the Medical Care of Pregnant Women*, Nueva York, Blackwell.
- ORTIZ-ORTEGA, Adriana (1994). *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*, México, EDAMEX-Population Council.
- _____ (2001). *Si los hombres se embarazaran ¿el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*, EDAMEX-Population Council.
- _____ (2003). "Debates actuales en torno a los derechos sexuales y la ciudadanía sexual. Precarias negociaciones sobre los derechos sexuales desde los movimientos sociales", (mimeo).
- _____ (2008). "Debates actuales en torno a los derechos sexuales", en Ivonne Szasz y Guadalupe Salas (coords.), *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción*, México, El Colegio de México.
- _____ (2008b). "El aborto en el escenario de la post transición hacia la democracia", (mimeo).
- ORTIZ-ORTEGA, Adriana y Rivas Marta (2006). "Porque yo los traje al mundo", en Rosalind Petchesky y Karen Judd (comps.), *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre cultura, política y religiones*, México, El Colegio de México.
- ORTIZ-ORTEGA, Adriana y Barquet Mercedes (2008). "Generizando la transición a la democracia y las políticas post transición en México", (mimeo).
- ORTIZ-ORTEGA, Adriana, Salas Guadalupe y Meza Patricia (2008). "Mujeres que declaran abortos en México", en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Tomo II, México, El Colegio de México.
- ORTNER, Sherry (1979). "¿Es la mujer respecto al hombre lo que la naturaleza respecto a la cultura?", en Olivia Harris y Kate Young (comps.), *Antropología y feminismo*, Barcelona, Anagrama.

- PAULUZZI, Liliana (2006). “Degradación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pobres: abortar y parir”, en Susana Checa (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto, entre el derecho y la necesidad*, Argentina, Paidós.
- PÉREZ Tamayo, Ruy (2002). *Ética médica laica*, México, FCE-El Colegio Nacional.
- _____ (2005). “Ética médica, salud y protección social”, *Salud Pública de México*, mayo-junio, pp. 245-251.
- PETCHESKY, Rosalind (2003). “Transnationalizing women’s health movements”, en Rosalind Petchesky (coord.), *Global Prescriptions, Gendering Health and Human Rights*, Londres, Zed Books.
- _____ (2000). *Reproductive and sexual rights: charting the course of transnational women's NGOs*, Suiza, United Nations Research Institute for Social Development.
- _____ (2006). “Los orígenes y el contexto global del IRRAG”, en Rosalind Petchesky y Karen Judd (comps.), *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo: una intersección entre culturas, políticas y religiones*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios de Asia y África, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos.
- PNUD (2009). *Índices de Desarrollo humano y relativo al género en México 2000-2005*, México, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- POPULATION COUNCIL (2004). *Resultados de una encuesta de opinión a médicos mexicanos sobre el aborto*, Population Council, México.
- RANCE, Susan (1999). *Trato humano y educación médica: investigación-acción con estudiantes y docentes de la carrera de medicina*, IPAS-MSPS-DFID, Bolivia, Viceministerio de Asuntos de Género.
- _____ (2005). “Abortion discourse in Bolivian hospital contexts: doctor’s repertoire and the Saving Women device”, *Sociology of Health & Illness*, vol. 27, pp.188-214.
- RICH, Adrienne (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Madrid, Cátedra-Universidad de Valencia.
- RIVAS Zivy, Marta y Ana Amuchástegui (1996). *Voces e historias sobre el aborto*, México, Population Council-EDAMEX.
- _____ (1999). “La construcción de la noción de derechos reproductivos entre mujeres mexicanas: el caso del Distrito Federal”, *Reflexiones Programa de Salud Reproductiva y Sociedad*, México, Año 2, núm 10, septiembre.
- RIVAS, Martha, Ana Amuchástegui y Adriana Ortiz-Ortega (1999). “La negociación de los derechos reproductivos en México”, en Ortiz-Ortega Adriana (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México*, México, EDAMEX-UAM-X.
- RODRÍGUEZ, Karen y Strickler Jennifer (1999). “Clandestine abortion in Latin America: providers perspectives”, *Women & Health*, vol. 28, Haworth Press, pp.59-75.
- ROE, Kathleen (1989). “Private troubles and public issues: providing abortion in competing definitions”, *Social Science Medicine*, Inglaterra, vol. 29, núm. 10, pp.1191-1198.

- ROSTAGNOL, Susana (2005). *Las marcas de la religión en las prácticas sexuales en una sociedad laica*, ponencia presentada en XIII Jornadas sobre Alternativas Religiosas en América Latina, Porto Alegre.
- ____ (2007). “Aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay”, en Leonel Briozzo (coord.), *Contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. La experiencia del modelo de reducción de daños en aborto inseguro*, Uruguay, Iniciativas Sanitarias.
- ROSENGERG, Martha (2002). “Aborto, sexualidad, subjetividad”, *Revista Mora*, Buenos Aires, núm.8, Diciembre 2002.
- RUBIN, Gayle (1986). “El tráfico de mujeres. Notas sobre la ‘economía política’ del sexo”, *Nueva Antropología*, México, vol. VIII, núm. 30.
- SALLES, Arleen (2006). “El debate moral sobre el aborto”, *Debate Feminista*, México, año 17, vol.34, octubre.
- SANCHEZ, Olvera Alma (2008), “El cuerpo: espacio de construcción y ejercicio de ciudadanía desde los derechos sexuales y reproductivos”, en Silvia Bolos (coord.), *Mujeres y espacio público: construcción y ejercicio de ciudadanía*, México, Universidad Iberoamericana-INMUJERES.
- SCOTT, Joan (1999). *Gender and the Politics of History*, Nueva York, Columbia University Press.
- SCHIAVON, Raffaella, (2003). “Problemas de salud en la adolescencia”, en Paz López, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinoza (comps.), *Género y política en salud*, México, Secretaría de Salud-UNIFEM-México.
- SCULLY, Diana (1994). *Men who control women’s health. The Miseducation of Obstetrician-Gynecologists*, Nueva York, Athene Series.
- SHERWIN, Susan (1996). “Ética, ética femenina y ética feminista”, en Gloria Careaga, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía (comps.), *Ética y salud reproductiva*, México, PUEG-UNAM-Porrúa.
- SILLIMAN, Jael (1997). “Making the Connections: Women’s Health and Environmental Justice”, *Race, Gender and Class*, vol. 5.
- SINGH, Susheela (2005). *Incidence of unsafe abortion a resulting mortality and morbidity: A review of data, methods and information gaps*, *Workshop on research on the economic impact of abortion-related mortality and morbidity*, Nueva York, Instituto Alan Guttmacher.
- SINGH, Susheela y Diedre Wulf (1999). “Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos”, *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, pp. 3-13.
- STAPLES, Anne (2008). “El cuerpo femenino. Embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico”, en Julia Tuñón (comp.), *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México.
- STRAUSS, Leo (2007). *Liberalismo antiguo y moderno*, Madrid, Katz.
- SZASZ, Ivonne (2001). “Significados de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción. Análisis de entrevistas en profundidad a 13 mujeres que se practicaron la cirugía anticonceptiva en una zona rural del centro de México”, México, *Programa Salud Reproductiva y Sociedad*, México, núm. 3.

- _____ (2008). “Introducción. Aportes para el desarrollo conceptual de los derechos humanos en el ámbito de las sexualidades”, en Ivonne Szasz y Guadalupe Salas (coords.), *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía*, México, El Colegio de México.
- SZASZ, Ivonne y Amuchástegui Ana (1996). “La investigación cualitativa en México”, en Ivonne Szasz y Lerner Susana (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México.
- TARACENA, Rosario (2003). *Cifras del aborto en México. ¿Cómo se calcula el número de abortos que se realiza en México?*, México, GIRE.
- TARRÉS, María Luisa (2001). *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, Porrúa-FLACSO-El Colegio de México.
- TAYLOR, S.J y BOGDAN R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos en la investigación*, Argentina, Paidós.
- TREICHLER, Paula (1990). “Feminism, Medicine and the Meaning of Childbirth”, en Mary Jacobus, Evelyn Fox Feller y Sally Shuttleworth (eds.), *Body Politics. Women and the discourse of science*, Nueva York, Routledge.
- TUÑÓN, Julia (2008). “Ensayo introductorio” en Julia Tuñón (comp), *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México.
- TURNER, Bryan (1992). *Regulating bodies. Essays in Medical Sociology*, Londres, Sage.
- WAITZKIN, Howard (1986). “Micropolitics of Medicine: Theoretical Issues”, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, núm. 5, noviembre, pp.134-136.
- ZAMUDIO, Lucero, Rubiano Blanco Norma Lilia, Wartenberg Lucy, Viveros Mara y Salcedo Fidalgo Hernando (1999). *El aborto inducido en Colombia*, Colombia, Universidad Externado de Colombia.
- ZOLA, Irving (1999). “La medicina como institución de control social”, en Carmen de la Cuesta (comp.), *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*, Medellín, Universidad de Antioquia.

Fuentes electrónicas

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ) (2005). *Guide to health Care Quality. How to know when you see it*, Agency for Healthcare Research and Quality, Estados Unidos, URL: <http://www.ahrq.gov/consumer/guidetoq/guidetoq.pdf>, última consulta el 02 de marzo de 2008.
- CÁTEDRA UNESCO-FLACSO (2008). Seminario "*La integración del enfoque de género en el abordaje de la salud: Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer la calidad y la equidad*", UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en América Latina, Argentina, URL: http://www.catunescomujer.org/catunesco_mujer, última consulta el 13 de septiembre de 2008.
- CATOLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR (2001). *Seminário Nacional de Intercâmbio e Formação sobre Questões Ético – Religiosas para Técnicos/as dos Programas de Aborto Legal Católicas pelo*

Direito de Decidir, São Paulo Brasil, URL: <http://www.catolicasonline.org.br/>, última consulta el 08 de marzo de 2009.

Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) (2008). *Diagnóstico de los Derechos Humanos en el Distrito Federal*, Solar Servicios editoriales, México, URL: <http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=informesdiagnostico>, última consulta el 15 de marzo de 2009.

DE LA OSA, José A. (2008). *Entrevista con Miguel Sosa Marín, especialista en Ginecología y presidente de la Sociedad Cubana de Desarrollo de la Familia (SOCUDEP)*, Consultas Médicas, Cuba, URL: <http://consultas.cuba.cu/consultas.php?ini=a&ord=1>, última consulta el 09 de abril de 2008.

EL PAÍS (2008). *Blindaje a la intimidad de los abortos*, URL: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Blindaje/intimidad/abortos/elpepusoc/20080711elpepusoc_4/Tes, última consulta el 14 de marzo de 2009.

ESAR (2008). Fundación para la Educación Sexual Bogotá, Colombia, URL: <http://www.fundacionesar.org/esp/serviciosesp.html>, última consulta el 13 septiembre de 2008.

EL UNIVERSAL (2009). “Ya son 11 los estados en “favor de la vida”, URL: www.eluniversal.com.mx/ProVida.html, última consulta el 24 de abril de 2009.

INEGI (1999). Instituto Nacional del Geografía e Informática, URL: <http://www.inegi.gob.mx>, última consulta el 07 de agosto de 2008.

_____ (2009). Instituto Nacional del Geografía e Informática, URL: <http://www.inegi.gob.mx>, última consulta el 13 de febrero de 2009.

_____ (2008). Instituto Nacional del Geografía e Informática, URL: <http://www.inegi.gob.mx>, última consulta el 03 de agosto de 2008.

INICIATIVAS SANITARIAS (2008). *Iniciativas sanitarias*, Uruguay, URL: www.iniciativas.org.uy, última consulta el 22 octubre de 2008.

INSTITUTO ALAN GUTTMACHER (2008). *Datos sobre el aborto inducido en México*, Instituto Alan Guttmacher, Population Council y El Colegio de México, Nueva York, Octubre, URL: http://www.guttmacher.org/pubs/2008/10/01/FIB_IA_Mexico_sp.pdf última consulta el 16 de marzo de 2009.

ORIENTAME (2008). Colombia, URL: <http://orientame.org.co/xpose/index.php?section=7>, última consulta el 15 junio de 2008.

Anexo 1

Datos generales de las mujeres entrevistadas (según seudónimo)

Nombre	Tiempo de la sesión de orientación	Lugar de residencia	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Con quién vive	Uso de anticonceptivos	Tiempo Relación de pareja
Daniela	32 minutos	Querétaro	19 años	Soltera	Estudiante universitaria	Estudiante y trabaja	Sola	Condón y condón femenino	3 años
Renata	25 minutos	Distrito Federal	18 años	Soltera	Estudiante de preparatoria	Estudiante	Madre y hermana	Condón, coito interrumpido y pastilla del día siguiente	3 años
María	45 minutos	Distrito Federal	27 años	Soltera	Secundaria	Empleada doméstica	Sola	Condón	Sin pareja
Lorena	60 minutos	Distrito Federal	21 años	Soltera	Estudiante universitaria	Estudiante y trabaja	Madre y hermana	Condón y coito interrumpido	2 años

Anexo 2

Datos generales de las parejas de las mujeres entrevistadas (según seudónimo)

Nombre y vínculo	Presencia en la sesión de orientación	Lugar de residencia	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Con quién vive	Apoyo hacia la pareja y su decisión
Mario, pareja de Daniela	No	Querétaro	22 años	Soltero	Preparatoria	Empleado	Solo	De acuerdo, no estuvo presente
José, pareja de Renata	Sí, en toda la sesión	Distrito Federal	19 años	Soltero	Preparatoria	Estudiante	Madre	De acuerdo, estuvo presente y colaboró activamente
María, sin pareja	-	-	-	-	-	-	-	-
Ismael, pareja de Lorena	Sí, sólo en la parte final de la sesión	Distrito Federal	22 años	Soltero	Universidad trunca	Transportista	Padres	No estaba de acuerdo, pero sí estuvo presente